

II 28645

CONSTANTIN GORGOS

— sub redacția —

DICTIONAR ENCICLOPEDIC DE PSIHIATRIE

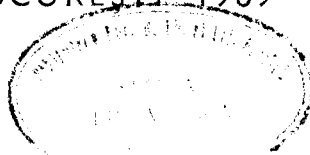
Vol. III

M—R

BIBLIOTECA INSTITUTULUI DE NEUROLOGIE
INVENTAR CĂRȚI NR. 27/78



EDITURA MEDICALĂ
BUCUREȘTI—1989



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 CARMEN
STOLTZ GABRIELA
STROIAN GABRIELA
ȘANDOR VERONICA
ȘTEFĂNESCU MUGUR GABRIEL
TALABAN ANDRUCOVICI IRENA
TUDOSE CĂTĂLINA
TUDOSE FLORIN**

Grafică :

**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

ISBN 973-39-0026-5

973-39-0027-3

LISTA ABREVIERILOR FOLOSITE ÎN TEXT

(B) = boală	limba germană = germ.
cf. = confer (compară)	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 verzale.
De exemplu : ACTIVITATEA NERVOASĂ SUPERIOARĂ = ANS ;
AMNEZIE RETROGRADĂ = AR ș.a. ;
- săgeata (→) trimite spre articole conexe ;
 - săgeata cu sinonim ($\xrightarrow{\text{sin.}}$) trimite spre articole sinonime.

DICȚIONARUL ENCICLOPEDIC — O DESCHIDERE NECESARĂ

Psihiatria este o disciplină medicală de ample referințe. Spațiul ei informațional cunoaște o adevărată densificare de date și cunoștințe care decurg din progresul cercetărilor sistemului psihic și a complexelor relații psihocomportamentale. În același timp, psihiatria s-a edificat prin stratificarea unor observații și descrieri ale naturii umane, prin acea splendidă însușire a ființei de a se identifica pe sine ca sens și realitate distinctă, prin măsura și valorile ce-i definesc existența. Este firesc să constatăm, prin problematica și competența sa, implicarea psihiatriei ca disciplină medicală, în diversitatea uneori neașteptată a relațiilor de viață, ceea ce explică și distribuția sa specializată în unele direcții de cercetare și asistență. Extinderea domeniului ce aparține obiectului său de studiu se realizează astfel printr-un proces continuu de ipoteze și validări, ca demers caracteristic progresului științific contemporan. Literatura medicală din ultimele decenii și din întreaga lume exprimă această dezvoltare problematică a psihiatriei prin inerenta publicare și circulație a unui amplu și valoros documentar de fapte și idei ce instrumentează acțiunea asistenței și cercetării în promovarea sănătății mintale. Numeroase lucrări de direcție mono-problematică contribuie la scrutarea analitică a studiului despre sănătatea și boala mintală, știind să clarifice relațiile de extremă finețe și diversitate ale structurii și funcției comportamentului uman și, prin aceasta, ale particularităților distincte privind condiția de afirmare a personalității.

Publicația științifică, de la articol, monografie și pînă la manualele sau tratatul de specialitate, se constituie în epoca noastră într-un instrument acțional al cunoașterii, a cărui formă, conținut și utilitate se completează și se dezvoltă în dimensiunile capacității de a accede la progres. Există și exemplare situații, de o nesubstituibilă valoare, în care instrumentul acțional al cunoașterii oferă o deschidere de o amploare și temerară cuprindere, căreia i s-a consacrat și sensul enciclopedic.

Avem deplina mulțumire de a putea semnala în literatura noastră medicală un asemenea exemplu, fără precedent pentru psihiatrie, în forma consistentului serial de volume intitulat „Dicționarul enciclopedic de psihiatrie”, sub redacția lui Constantin Gorgos. Cartea se impune atenției și aprecierii noastre prin ceea ce ar putea fi denumit matura și viguroasă capacitate de a da o integrală și competentă cuprindere psihiatriei, la stadiul ei actual și de perspectivă. Lucrarea, departe de a fi o tentativă de tatonare a unei încercări, se afirmă ca o elaborare atent studiată, care și-a găsit forma și expresia redactării printr-o reușită încheiere conceptuală, argumentată și lipsită de prejudecăți. Dacă metodologia dicționarului ordonează noțiuni, nume și definiții, după succesiunea lor alfabetică, tratarea lor explicativă oferă în mod convingător conținutul enciclopedic al informației, ca modalitate de înțelegere, dar și demers pentru construcțiile creative ale cunoașterii.

În ansamblul ei, lucrarea oferă mai mult decât lapidarul sens explicativ al dicționarului obișnuit, întrucît învață și, zecătorivă, servește celor care au învățat și se găsesc angajați în asistența și cercetarea patologiei mintale. Audiența și utilitatea unei asemenea lucrări răspunde în mod incontestabil unui interes general pentru un domeniu al cunoașterii cum este psihiatria, cît și exigențelor celor aflați în specialitate, pentru care cunoașterea psihiatriei constituie o direcție creativă și novatoare a cunoașterii naturii umane.

Elaborarea lucrării intitulată „Dicționar enciclopedic de psihiatrie” dovedește capacitatea de a da expresie unică unei metodologii care este proprie fiecărui model constitutiv de dicționar și de informare enciclopedică. Astfel, denumiri aliniate alfabetic în sistemul de dicționar, cum sînt: *mindal*, *morfologie* obiect, *pașiune*, *percepție*, *pesimism*, *postură*, sînt explicate și introduse în contextul problematic a

psihiatriei, iar altele, cum sînt : manie, narcofilie, nevroză, parafrenie, paranoia, psihic, psihoză, întrunesc în conținutul lor explicativ competența unui tratat de specialitate. În orientarea acestui sistem de prezentare sînt cuprinse numeroase informații ce aparțin altor domenii ale științei, fiind în același timp absolut necesare studiului și practicii psihiatriei.

De altfel, psihiatria, ca disciplină medicală integrativă, antropologică și socială recurge prin excelență la nevoia de clarificare a unor noțiuni prin care se structurează complementaritatea și demersul științific al cercetărilor inter- și pluridisciplinare. În mod deosebit este apreciată de cititor ampla și adusa la zi informare despre procedurile terapeutice și medicamentele folosite în psihiatrie. Se oferă în acest sens o prețioasă și necesară informare pentru medicii de toate specialitățile cuprinse în asistența medicală.

O lucrare care-și păstrează unitatea și înalta competență la dimensiuni enciclopedice a putut fi realizată grație unui valoros grup unitar de autori, angrenați echilibrat în realizarea exemplar coordonată de Constantin Gorgos, la rîndul său cu o importanță participare de autor. Exemplul și meritul acestei colaborări ilustrează, dincolo de calitățile fiecărui autor și de incontestabila valoare a unei capacități de inițiativă și de concepție a coordonatorului, și direcția sau modalitatea prin care se constituie și se afirmă o școală medicală. Elaborarea și promovarea informației științifice, ca o condiție inerentă și esențială progresului cercetării și asistenței medicale, este ea însăși un proces de valoare și originalitate în creația științifică și aceasta este convingerea pe care ne-o lasă lectura și analiza „Dicționarului enciclopedic de psihiatrie” alături de sentimentul de prețuire pentru autorii lui.

O carte, după cum se spune, se poate consulta la bibliotecă, unele rămîn însă ca referință și îndreptar pentru ceea ce constituie permanenta reflexiune meditativă a oricărui medic în lupta cu boala și, implicit, prin aceasta, în destinul bolnavilor săi.

Lucrarea de care vorbim s-a dovedit a fi deja o prezență necesară nu numai bibliotecii, dar și spațiului de lucru și meditație al fiecărui psihiatru, cît și a tuturor celor care cercetează natura proceselor mintale și destinul destrucției lor.

Cuprinsul și dimensiunea enciclopedică a unei lucrări, pentru a dura în aceste limite, devine un continuu proces de completări și adăugiri, astfel încît integrala realizare a unui proiect de volume devine o continuă angajare și servitute a necruțătoarei exigențe a științei din lumea noastră contemporană.

Proba de valoare arătată de autori pînă în prezent este și o speranță pentru măiestria lor de a afirma vigoarea creativă a psihiatriei noastre în coordonatele competitive ale cunoașterii, care, depășindu-și mereu limitele, configurează deschideri de mereu noi orizonturi.

„Dicționarul enciclopedic de psihiatrie”, ca o confirmată realitate, dar și ca perspectivă, este o originală și valoroasă realizare, de care am fost lipsiți pînă în prezent și prin care tradiția și potențialul creativ al psihiatriei noastre se afirmă cu sobrietatea și cutezanța autenticelor sale capacități.

Valorosul grup de autori, sub redacția lui Constantin Gorgos, dovedesc, la o ținută de înaltă competență științifică, această capacitate de afirmare la dimensiunea proiectului integral al „Dicționarului enciclopedic de psihiatrie”.

Conf. dr. TADEUSZ PIROZYNSKI

MMMM		MMMM
MMMMM		MMMMM
MMMMMMM		MMMMMMM
MMMM MM	MM	MMMM
MMMM MM MM	MM	MMMM
MMMM MMM		MMMM
MMMM M		MMMM
MMMM		MMMM
MMMM		MMMM

1. **m** ● Simbol grafic, în teoria lui L. SZONDI, intitulată de autor „analiza destinului”, semnificând factorii pulsionali. Conform acestei teorii (→SZONDI^(T) test), există opt boli psihice de natură pulsională, care se grupează în patru categorii psihologice ereditare;

- bolile sexuale, în care intră homosexualitatea și sadismul;
- bolile paroxismale, care includ isteria și epilepsia;
- bolile schiziforme sau ale Eului, care includ schizofrenia catatonică și schizofrenia paranoică;
- bolile circulare sau de contact, care includ depresia și mania.

Fiecărei maladii, în concepția acestui autor, îi corespunde o trebuință pulsională specifică sau un factor pulsional. Astfel, factorul „m” desemnează mania, în limbajul analitic pulsional, reprezentând: trebuința de acroșaj la obiectele achiziționate (la vechi obiecte de relație), securizare; în echivalență freudiană: oralitate. După cum acest factor este pozitiv (m+) sau negativ (m-) în alegerea subiectului, el reprezintă:

- m+ : tendința de acroșaj la obiectul achiziționat anterior, la obiectul vechi, în scopul asigurării că acest obiect există și se păstrează; tendința de securizare;
- m- : tendința de separare, detașarea de obiectul vechi; solitudine; abandon;
- m± : persistență a fixației/acroșajului la vechiul obiect, deși acest obiect este pierdut;
- m0 : descărcare/manifestare pulsională de tip patologic, simptomatic; predominant principiul plăcerii, relația infantilă cu lumea obiectelor.

„m”, ca indice al unei clase pulsionale, desemnează acea clasă care se caracterizează esențial prin latența trebuinței de acroșaj la obiect (clasa Cm); aici intră subiecții aflați în permanentă incertitudine în relația cu obiectul (ei nu au nicio dată sentimentul că sînt în posesia obiectului), la care persistă o fixație la stadiul oral (SZONDI

îi numește sadic-oral) și au predispoziție pentru: logoree, bavardaj, pseudomanii (a bea, a mânca, a fuma); predispozițiile premorbide sînt pentru: manie, hipomanie. Clasa Cm+ este clasa cea mai răspîdită la normalii adulți; predispozițiile se manifestă pentru stări anxioase (anxietate de pierdere a obiectului). Clasa Cm- este clasa „abandonaților”, a subiecților care resimt profund suferința pierderii unui vechi obiect de relație. Ei pot deveni, aparent și compensatoriu, hedonici (lipsă de frînă, de control și de măsură în comportament); boala specifică: psihoza maniacală, hipomania.

2. **MACARIO Maurice Martin Antonin** (1811—1898) ● Psihiatru francez. Și-a efectuat studiile la Paris, fiind elevul lui PIORRY, LEURET și ARCHAMBAULT; și-a susținut în 1843 teza „Traitement de la folie”, care nu i-a asigurat însă cîștigarea concursului pentru ocuparea unui post la Bicêtre, pierzînd în favoarea lui DELASIEUVE. A practicat totuși psihiatria la Lyon și Nisa. Este autorul a numeroase lucrări, reprezentînd studii clinice asupra demonomaniei (1843), asupra halucinațiilor, somnului, viselor, somnambulismului, drogurilor, isteriei (pe care o explică prin slăbirea coordonării nervoase).

3. **MACEWEN** * semn ● Semn pentru evidențierea hidrocefaliei interne, constînd în zgomotul de rezonanță obținut prin percuția cutiei craniene; utilizat de semiologia clasică, a fost abandonat în favoarea mijloacelor moderne de investigație.

4. **MACHOVER** (T) test ● Test proiectiv, imaginat de autorul al cărui nume îl poartă, în 1948; constă în interpretarea desenelor bolnavilor care primesc indicația de a desena un om. Subiectului i se cere mai întîi ca personajul pe care îl desenează să fie de un anumit sex, apoi să deseneze un personaj de sex opus. După ce realizează desenele, subiectului i se cer explicații asupra unor particularități ale desenului. Interpretarea se face conform simbolisticii psihanalitice, pornindu-se de la ideea identificării bolna-

mului cu personajul său. Autorul susține că poate obține date referitoare la autoaprecierea bolnavului și asupra reprezentărilor sale despre propriul corp. Testul poate fi aplicat diferențiat la copil și la adult (se pare că rezultatele sînt mai bune în cazul copiilor).

5. **MACRO-** (cf. gr. *makros* „mare”) ● Element de compunere prin a cărui utilizare se introduce semnificația de mărime, dimensiune mare.

6. **MACROCEFALIE** (cf. *macro-* ; gr. *kephale* „cap”) ● Denumire dată anomaliei constînd din mărirea dimensiunilor craniului. În funcție de diametrul preponderent mărit, macrocefalia este:

- turicefalie, cînd dimensiunea interesată este înălțimea (craniu în formă de turn) ;
- platicefalie, cînd dimensiunea interesată este diametrul transversal.

În sindromul de hipertensiune craniană la copil, macrocefalia (hidrocefalia) are aspect caracteristic, constînd din dehiscenta suturilor osase și bombarea fontanelor rămase neînchise.

7. **MACROGENITOSOMIE PRECOCE** (cf. *macro-* ; lat. *genitalis* „genital” , gr. *soma* „corp”)

● Afecțiune constînd în apariția la băieți a unei pubertăți precoce izosexuale, determinată de dezvoltarea unei tumori epifizare, mai rar cortico-suprarenale sau testiculare. Sindromul, descris de PELLIZI, care i-a dat și numele (în 1910), se manifestă printr-o dezvoltare globală și prematură a organismului, inclusiv a organelor genitale, care uneori apar disproportionat de mari în raport cu statura ponderală. Se asociază, în diferite grade, întîrziere a dezvoltării psihice.

8. **MACROMANIACAL** ^(D) delir (cf. *macro-* ; gr. *mania* „nebulie”) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **MACROPTIC** ^(D) — delir.

9. **MACROSCOPICE** ^(I) iluzii (cf. *macro-* ; gr. *ops* „vedere”) — sin. **MEGALOPSICE** ^(I) iluzii

● Iluzii vizuale cu caracter fiziologic (optico-geometrice), constînd în percepere eronată a uneia dintre dimensiunile reale, ceea ce conduce la supradimensionare. Nu are semnificație patologică în general , exceptînd situația de aură epileptică.

10. **MACROSCOPICE** ^(III) halucinații — sin. **GUILVERNIENE** ^(II) halucinații $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **GIGANTICE** ^(II) halucinații.

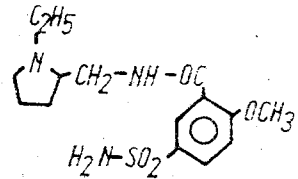
11. **MACROPSIE** (cf. *macro-* ; gr. *ops*). ● Formă de metamorfozie, în care perceperea mediului înconjurător se realizează la dimensiuni mai mari decît cele reale. Poate fi urmarea unei iluzii sau halucinații — ambele forme putînd constitui aura unei crize uncinat.

12. **MACROPTIC** ^(D) delir (cf. *macro-* ; gr. *ops*) ● Convingere puternică, impenetrabilă la argumente logice și la proba obiectivă a realității, care survine secundar unor tulburări de percepție, caracterizate prin faptul că obiectele apar cu dimensiuni mult mai mari decît cele reale. Uneori, această convingere vizează segmente ale propriului corp, pacientul afirmînd că ele au dimensiuni foarte mari. Se întîlnește în schizofrenie, intoxicație cu substanțe halucinogene, leziuni organice cerebrale și la nivelul anumitor zone ale căilor optice.

13. **MACROSOMIE HIPOFIZARĂ ACROMEGALICĂ** (cf. *macro-* ; gr. *soma* „corp”) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **ACROMEGALIE**.

14. **MACROSTEROGNOZIE** (cf. *macro-* ; gr. *stereos* „solid” ; *gnosis* „cunoaștere”). ● Agnozie vizuală, caracterizată prin perceperea globală a celor trei dimensiuni ale obiectelor, ceea ce conduce în final la o supraestimare, supradimensionare a lor ; se deosebește de iluzia macropsică, în care este alterată perceperea unei singure dimensiuni.

15. **MACTYL** ^(M) Coreea—DCI *Sulpiridă*. ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-1(1-etil-2-pirolidinil)metil-5-sulfamoi-0-anisamidă cu certe valențe antidepressive, fără componentă se-



dativ-hipnotică. Are inditațiile NL-incisive (endogenii), dar este util și în combaterea impulsivităților obsesiv-compulsive, ca și în afecțiunile psihosomatiche, vertij în special de tip Ménière. Efectele secundare sînt comune NL incisive pentru dozele mari. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

16. **MADALEN** ^(MC) Brazilia. ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate cu acțiune diferită, dar care se completează:

- **IMIPRAMINA** ^(M) — timoleptic, derivat dibenzazepinic ;
- **CLORDIAZEPOXID** ^(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Are acțiune antidepressiv-sedativă.

17. **MADAR** ^(M) Belgia, Italia—DCI *Nordazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-

onă, cu acțiune sedativ-anxiolitică. Indicat în dis-tonii neurovegetative, boli psihosomatice; are o bună toleranță și o singură contraindicație— mias-tenia.

18. **MADDOCK^(S) sindrom** ● Sindrom endocrin generat de insuficiența hipofizară parțială (funcția tireotropică intactă), a cărei simptomatologie, datorită polimorfismului și tulburărilor psihice, poate aduce subiectul atât în fața endocrinologului, cât și a psihiatrului. Se manifestă prin următoarele semne clinice: amenoree la femeie, discretă atrofie a organelor genitale, căderea părului, astenie destul de marcată, cefalee, scăderea libidoului, modificări ale comportamentului, în special în sfera afectivă.

19. **MADONA DUDU** ● Acordarea asistenței psihiatrice diferențiate și calificate la Craiova și în Oltenia este strâns legată (Al. OLARU) de ospiciul de pe lângă biserica Madona Duda. Așezămîntul are și o legendă a sa: într-o livadă de duzi a fost găsită o icoană care, după ce a fost vindută, s-a reîntors la locul său, ceea ce face ca „locul să devină un obiect de pelerinaj”, boierul GĂIANU ridicînd, în 1658, o biserică de lemn: „Precista ot dud” (există însă și opinii privind existența bisericii încă din 1569).

Bisericiuța capătă din ce în ce mai mult faima unui loc în care se obține vindecarea: la mijlocul secolului al XVIII-lea este împrejmuită cu un zid și se construiesc câteva chilii pentru adăpostirea celor ce își caută vindecarea și alinarea, devenind un refugiu atât pentru bolnavi, cât și pentru vagabonzi. Un document din 1813, adus la lumină de Al. OLARU, arată că „adăpostirea nu implica și asistența medicală”.



Existența unui „focar de nebunie” la Craiova intrigă atât pe locuitori, cât și pe autorități. De aceea, la 5 mai 1844, municipalității i se aduce la cunoștință unde și cum trebuie să se înființeze un azil internat, și anume în spitalul Mărcuța — așezămînt centralizat, destinat acestui scop, pentru toți „smintiții” din Țara Românească. Cu toate acestea, din alt document, din 24 ianuarie 1851, reiese că la așezămîntul de la Madona Duda continuau să fie internați bolnavii din orașul Craiova. În 1858, municipalitatea Craiovei admite funcționarea permanentă a azilului, care, în 1861, se transformă în „Spitalul regulat pentru smintiți”. Între timp (1859), se stabilește ca numai infractorii bolnavi psihic să fie trimiși la Mărcuța.

În octombrie 1859 este numit medic primar al orașului Craiova dr. Nicolae HANSELMAN, cu preocupări psihiatrice remarcabile (deși nu avea o pregătire în acest sens), atenția sa concentrîndu-se asupra bolilor mintale și a asistenței medicale; din 1860 devine și medic al ospiciului de alienați din curtea bisericii Maica Precista Duda.

Eforturile sale pentru transformarea „unei curți făcătoare de minuni”, care nu avea nimic comun cu psihiatria, într-un spital de psihiatrie sînt remarcabile. Interesantă este motivarea organelor medicale (dr. HANSELMAN) în solicitarea lor către municipalitate: combătîndu-se „orientarea țărilor occidentale, care țin smintiții împreună cu criminalii în aresturi”, s-a cerut „ca alienații să fie asistați pe lângă mănăstiri, ca la vechii eieni, sau lăsați liberi în societate, în căutare medică”. Ca urmare a acestor demersuri, s-a amenajat un spital în curtea bisericii, condus, din 1860 pînă în 1865, de dr. Nicolae HANSELMAN.

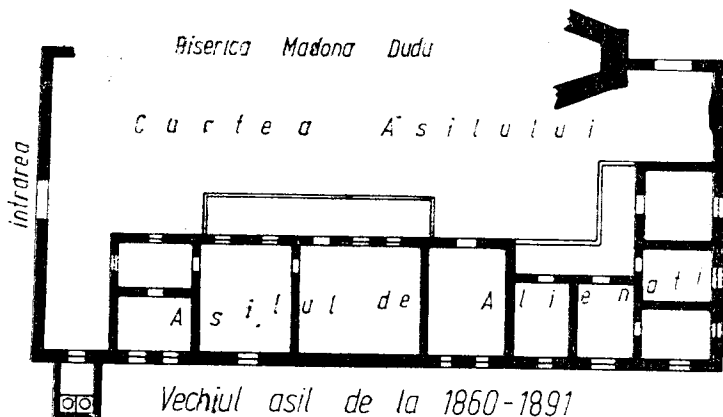
Lui HANSELMAN îi urmează la conducerea spitalului George DEMETRIADIS, care a ocupat această funcție între 1865 (anul morții lui HANSELMAN) și 1872 (anul pensionării sale), încercînd să îmbunătățească condițiile de spitalizare existente; încercările sale de mutare a ospiciului au rămas însă fără rezultat.

Visul lui HANSELMAN și DEMETRIADIS de a realiza un nou edificiu și de a îmbunătăți condițiile de tratament și viață ale bolnavilor psihici au devenit o realitate prin eforturile făcute de FABRICIUS și MILETICIU. Încă din 1881 încep pregătirile construcției unui nou spital, dar refuzul autorităților a fost ferm la nivel central și... mai puțin ferm la nivel local, ceea ce permite reluarea demersurilor la nivel local în 1885, cînd FABRICIUS, împreună cu MILETICIU, înaintează un fondat raport de necesitate care, în 1887, va fi aprobat, cumpărîndu-se în acest scop și terenul (nouă hectare) la periferia Craiovei, la bariera Amaradiei.

În 1888, planurile sînt gata, ele aparținînd arhitectului bucureștean Al. SĂVULESCU, antreprenorul fiind Giuseppe TOLLI; planurile oglîndesc din plin experiența lui FABRICIUS și MILE-

TICIU, rod al studiilor făcute în unități moderne de profil din Franța, Germania, Austro-Ungaria ; lucrările încep propriu-zis la 15 septembrie (dar fără FABRICIUS, care decedase). Ritmul este alert și în trei ani noul spital este gata, la 5 iunie 1891, bolnavii fiind transferați în noul local.

Numărul de paturi al noului ospiciu era de 35 de paturi gratuite, 30 de paturi cu plată în secția comună și 6 paturi „rezervate” (deci, în total, 71 de paturi), în afara celor din camerele de izolare ale agitaților cu boli intercurrente. Pentru locurile gratuite se cerea prezentarea



Noul ospiciu Madona Dudu, descris de Al. OLARU, „era o construcție de tip pavilionar, cu un edificiu central construit în formă de patrulater cu parter și etaj, cuprinzând la parter magazia de îmbrăcăminte, locuința internului și atelierul de croitorie, iar la etaj locuința medicului secundar și a intendentului. Lateral se afla câte un salon pentru afecțiunile psihice acute, iar aripile erau formate din câte un salon spațios, unul pentru bărbați și altul pentru femei, atelierile de ocupație manuală și de distracție”. De o parte și de alta porneau două aripi, formate din câte trei pavilioane separate, care comunicau între ele printr-un coridor spațios, deschizându-se în curtea din mijloc. Un șir de pavilioane erau destinate femeilor, altul bărbaților. În fiecare pavilion puteau încăpea comod câte 20 de paturi ; un pavilion era destinat pacienților liniștiți, altul epilepticilor și paralizicilor, iar al treilea agitaților, fiecare pavilion de agitați având camere de izolare. Pătratul se încheia cu edificiul administrativ, adăpostind două săli spațioase de mese, bucătăria, spălătoria, băile și dușurile pentru bărbați și femei și opt camere separate (rezerve) pentru bolnavi. Înapoia acestor clădiri se aflau unele dependințe : un pavilion izolat pentru bolile contagioase, morga, magazia de lemne etc. Întreg ospiciul era înconjurat de grădini, plantații de pomi fructiferi și brazi, precum și un teren de muncă cu o suprafață de nouă hectare, totul fiind sub îngrijirea unui inginer silvic, salariat al episcopiei.

unui act de paupertate, iar pentru cele cu plată din secția comună se achitau 45 de lei lunar.

Regimul alimentar era bogat, variat și substanțial. De menționat organizarea ergoterapiei după modelul ospiciilor moderne din Austro-Ungaria, Germania, Belgia și Franța, pe care le vizitase directorul așezământului. Iată ocupațiile bolnavilor, descrise de G. MILETICIU : „Pe timpul verii, pacienții apți sînt ocupați cu grădinaritul, cu udatul florilor și pomilor, cu curățitul drumurilor de iarbă în grădină și parc, și aceasta în mod regulat, la ore fixe. Pentru distracția convalescenților, ospiciul dispune de o mică bibliotecă, de șah, table, domino, cărți de joc etc. ; femeile apte ajută cusătoresei, bucătăresei, spălătoresei, la udatul florilor, se ocupă cu brodatul, tricotașul și alte asemenea arte feminine, toate îndreptate după poziția socială a pacientei”. Iarna, bolnavii aveau ocupații adecvate : scoaterea apei cu pompa, tăiatul lemnului, curățitul zăpezii. MILETICIU se plînge însă de faptul că nu s-a putut asigura efectuarea unor „ocupații mecanice” în atelierile de strungărie, țimplărie etc. El speră să înființeze un atelier de cartonaje sub conducerea unui maestru : „Acest meșteșug inofensiv și ușor va ocupa și va distra pe pacienți, doi factori indispensabili unui tratament rațional”. Toate acestea erau prevăzute în Regulamentul Ospiciului pe care îl elaborase încă în 1891 (adaptat după Regulamentul pentru primirea bolnavilor în ospiciile de alienați, publicat în Monitorul Oficial din 15 iunie 1867), dar pe care avea să-l tipărească abia în 1908, sub titlul

„Regulamentul Sanatoriului Madona Dudu din Craiova”; în capitolul „Ocuparea pacienților”, el se referă pe larg la acest mijloc important de vindecare, constând în activități lucrative și distractive. Doctorul MILETICIU a amenajat pentru distracția bolnavilor prima popicărie din institutele de alienați de la noi din țară.

Datorită condițiilor de spitalizare, tratamentului la care erau supuși bolnavii, dar mai ales faptului că spitalul nu reprezenta numai un „loc de depozitare al bolnavilor cronici”, peste jumătate din numărul de paturi fiind afectat bolnavilor acuti, această unitate poate fi considerată drept primul spital de psihiatrie, în adevăratul sens al cuvântului, de la noi din țară.

De altfel și evoluția numelui așezământului este un indiciu în acest sens : „Spital pentru smintiți și imbecili Maica Precista Madona Dudu”, în 1864, la propunerea dr. Nicolae HANSELMAN ; „Ospiciul Madona Dudu”, în 1891, la propunerea lui Iosif FABRICIUS ; „Sanatoriul Madona Dudu din Craiova”, în 1908, la propunerea lui George MILETICIU.



Considerăm utilă prezentarea succintă, cronologică, a principalilor artizani ai acestui așezământ de sănătate :

● HANSELMAN Nicolae (1826—1865), originar din Salzburg ; studii și doctorat la Viena (1853) ; medic și director al ospiciului între 1860—1865 ; poate fi considerat creatorul asistenței medicale de psihiatrie din Craiova și al primului „Spital regulat public al maladiilor cronice de nervi” → HANSELMAN Nicolae.

● DEMETRIADIS George (1814—1891), originar din Pesta ; studii și doctorat la Viena (1841) ; medic primar al județului Dolj (1855—1865) și, din 1865, după moartea prematură a lui HANSEL-

MAN (39 de ani), medic și director al ospiciului ; s-a preocupat de îmbunătățirea condițiilor din așezământ și a militat pentru o psihiatrie unitară ; se pensionează la începutul anului 1872.

● FABRICIUS Iosif (1830—1888), originar din Brașov ; studii și doctorat la Viena (1855) ; medic și director al ospiciului între 1872—1888 ; are merite deosebite în realizarea noului și modernului spital de psihiatrie Madona Dudu pe actualul amplasament, cel al Școlii Pedagogice din Craiova. Contribuie la formarea ca psihiatru a lui George MILETICIU → FABRICIUS IOSIF.

● MILETICIU George (1853—1917), studiază medicina la București ; este primul psihiatru „diplomat” care va lucra la Madona Dudu ; teza sa de doctorat „Alcoolismul — efectele sale fizice și morale asupra populației” (București, 1881) ; medic la ospiciul Madona Dudu între 1882—1888 și, după moartea lui FABRICIUS, medic director până în 1917. El a condus atât vechiul așezământ din curtea mănăstirii (1888—1891), cât și noul și modernul ospiciu al Craiovei, din 5 iunie 1891, până la moartea sa (1917). A colaborat cu FABRICIUS la realizarea planului noului ospiciu, a întreprins o serie de călătorii de studii în Franța, Germania, Austria ; a fost nu numai un om de acțiune și inițiativă, ci și un psihiatru dotat cu o bună pregătire, fiind considerat, pe drept cuvânt, creatorul psihiatriei în Oltenia și unul dintre pionierii psihiatriei științifice românești. Principalul său elev a fost George CONSTANTINESCU → MILETICIU George.

● CONSTANTINESCU George (1884—1962), studiază medicina la București, unde își susține și diploma (1909) : „Considerații asupra etiologiei și patogeniei paraliziei generale”. Funcționează ca medic secundar până în 1919 la ospiciul Madona Dudu, sub conducerea doctorului MILETICIU, căruia îi va urma la conducerea unității, în 1917, post pe care-l va ocupa până în 1922, data încheierii spitalului.

La 13 mai 1922, arată Alexandru OLARU, șeful psihiatriei craiovene, distins psihiatru și om de cultură, „Epitropia bisericii Madona Dudu a cedat Ministerului Sănătății Publice, Muncii și Ocrotirilor Sociale Sanatoriul de alienați Madona Dudu, cu toate pavilioanele, instalațiile, zestrea spitalicească, terenul de cultură și parcul aferent. Ministerul nu a mai continuat opera făurită cu atâtă trudă, ci a cedat, la rîndul său, întreg localul, cu zestrea lui, Ministerului Instrucțiunii, care instalează acolo, începînd de la 1 septembrie 1922, Școala Normală de fete din Craiova. Bolnavii din sanatoriu au fost transferați în iulie 1922, la ospiciile Socola Iași și Costugeni Chișinău. Astfel și-a încheiat existența una din cele mai bine organizate instituții de asistență a alienaților, marcînd o etapă memorabilă în istoria psihiatriei românești”.

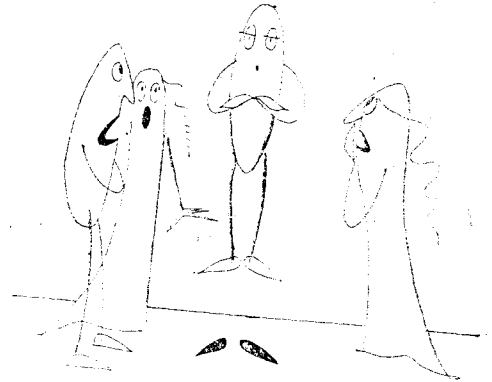
20. **MADOPAR**^(MC) Iugoslavia. Produs farmaceutic care conține două substanțe active: L-DOPA și BENSERAZIDĂ în proporție de 4/1, realizînd un antiparkinsonian mai eficient. L-dopa este un precursor dopaminic care, odată administrat, este decarboxilat, în special periferic (în mai mică cantitate și în creier); în scopul împiedicării acestui fapt, L-dopa a fost combinată cu benserazida, care este un inhibitor al decarboxilării periferice. Produsul este indicat atît în boala Parkinson, cît și în toate formele de parkinsonism simptomatic, arteriosclerotic, toxic, postencefalic; este contraindicat în sindromul parkinsonian indus medicamentos (postneuroleptic) și în toate afecțiunile psihice (endo- sau psihogene), în sarcină sau la subiecți sub 25 de ani. Nu se va administra concomitent cu IMAO sau cu simpaticomimetice.

21. **MAEVA**^(3D) Italia — 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, în timpul alăptării, la copii și vîrstnici.

22. **MAGICĂ** — gîndire (cf. gr. *magos* „mag, vrăjitor”). ● Gîndire arhaică, primitivă, considerată multă vreme ca reprezentînd o fază „prelogică” în evoluția intelectului uman. În această interpretare, gîndirea magică se caracterizează printr-un demers intuitiv, care folosește o serie de reprezentări puse în slujba realizării cerințelor, operînd prin eroare: un raport ideal este considerat, apreciat ca raport real (E. B. TAYLOR); gîndirea magică nu se bazează pe raționamente asupra realității, ci pe lanțuri asociative (ceva natural este înlocuit prin ceva psihologic, o lege psihologică se substituie unei legi naturale și această substituție are la bază atotputernicia dorinței care generează atotputernicia ideii). Mai recent, antropologia culturală a insistat însă asupra caracterului „rațional” al gîndirii primitive, legată de activități destinate procurării hranei, de preocupări pentru stabilirea unor reguli de conviețuire etc., ale cărei soluții la problemele vitale apar mai degrabă ca alternative în raport cu propriile noastre soluții decît ca „ilogice”. În acest sens, C. LEVI-STRAUSS vorbește despre o „logică a sensibilului sau a calităților sensibile”, intrinsecă spiritului uman, care este o logică a concretului, la fel de riguroasă ca și logica abstractă.

Gîndirea „magică”, normală la copiii mici, apare la schizofreni, ai căror proces de gîndire, manifest în discurs, reflectă regresia la nivelul unor modalități concrete, în nevroza obsesională și în procesele psihice regresive.

23. **MAGIE** (cf. gr. *magos*) ● Ansamblu de practici rituale (gesturi, incantații, manipularea codificată a unor feteșuri, talismanuri etc.), fundamentate pe credința în existența unor forțe supranaturale, practici menite să producă, prin supunerea sau înduplecarea acestor forțe, efecte miracu-



loase. Asociată celor mai vechi forme de manifestare a religiozității, magia a devenit un pseudo-instrument de supunere a hazardului sau de realizare a unei necesități naturale, oferind un iluzoriu temei speranțelor celui confruntat cu un viitor incert, că desfășurarea ulterioară a evenimentelor poate fi îndreptată, prin intermediul forțelor misterioase, într-o direcție favorabilă celui ce știe să își subordoneze puterea lor tainică.

În funcție de „tehnică” înduplecării sau a subordonării spiritelor, magia poate fi:

- magie prin imitație — bazată pe credința că reproducerea ritualică, simbolică, a fenomenului dorit poate declanșa prezența lui în realitate;
- magie prin contact — bazată pe credința că posesia și utilizarea unui obiect aparținînd unei persoane poate asigura o comuniune cu sau efecte (miraculoase) asupra persoanei respective.

După orientarea lor, practicile magice pot fi clasificate în benefice (menite să abată o primejdie sau o amenințare) și malefice (destinate a face rău unui adversar). Această clasificare se suprapune parțial cu distincția între magia albă, care face apel la spirite sau demoni benefici, și magia neagră, care se adresează unor spirite sau demoni malefici. După sfera de activitate în care se exercită pretinsa lor influență, ritualurile magice au mai fost clasificate în: magie războinică, erotică, agrară, vindecătoare etc.

Prin analogie cu mentalitatea primitivă care stă la originea practicilor și ritualurilor magice, se poate vorbi și în gîndirea omului modern despre

o concepție sau interpretare magică, definite prin tendința de a căuta explicația fenomenelor date, într-o experiență datorată unei voințe de esență spirituală, ce intervine în desfășurarea evenimentelor prin intermediul unei cauzalități supranaturale → **MAGICĂ** — gândire.

24. MAGIE INFANTILĂ ● Ansamblu de comportamente aparținând etapei prelogice, egocentrice a dezvoltării individuale, caracterizată prin raționament transductiv (STERN) sociabilitate sincretică (WALLON), omnipotență halucinatorie (FERENCZI).

În cadrul procesului de constituire a realului la copil, apariția unor practici „magice” este favorizată de două etape, care stau la baza mentalității infantile (LAFON) :

- O primă etapă, în care copilul ia perspectiva proprie drept absolută, în care exteriorul și interiorul se confundă (LAFON, PIAGET), realitatea este introiectată în Eu (FERENCZI). Gîndul și dorința acțiunii sînt acțiunea însăși și rezultatul ei. Există deci o legătură arbitrară între fenomene. Practicile de magie sînt o consecință (de exemplu : a spune o formulă pentru a evita o nenorocire).
- Etapa animismului, rezultînd din opoziția constantă a lumii exterioare ; este etapa de proiecție a Eului (FERENCZI), în care lumea exterioară este investită cu propriile calități, dorințe etc.

Odată cu dezvoltarea limbajului, simbolismului gestual și corporal i se adaugă simbolismul verbal. Mimica expresivă a copilului, formularea dorințelor în cuvînte, solicitudinea anturajului (care pare să citească gîndurile copilului) duc, conform teoriei psihanalitice, la instalarea gîndirii și cuvintelor magice.

În patologie, persistența raționamentului transductiv al copilului se manifestă prin întîrziere intelectuală și dificultăți afective. Întîlnit la adult, dincolo de practicile rituale curente (care adesea și-au pierdut semnificația magică și au devenit simple obiceiuri sociale), avînd o accentuată caracteristică de originalitate, de unicitate, constituie de cele mai multe ori semnul unor tulburări de dezvoltare afectivă sau chiar un simptom (în nevroza obsesivă, paranoia).

25. MAGNAN Jacques Joseph Valentin (1835—1916) ● Psihiatru francez ; a studiat medicina la Montpellier, Lyon, Paris, fiind elev al unor dascăli de seamă : MARCÉ, LUCAS, FALRET, BAILLARGER ; și-a susținut teza în 1866 („De la lesion anatomique de la paralysie générale”) și a lucrat în toate marile clinici de psihiatrie ale Parisului ; în 1883 devine membru al Academiei de Medicină. Are numeroase preocupări, dintre care se detașează cele referitoare la alcoolism (comunicări asupra accidentelor produse de alcool —

— 1864 : „De l'alcoolisme”, 1874 ; statistica alcoolizilor tratați timp de 45 de ani de activitate—1912), stigmatul degenerării, terapia neconstrîngerii, clinoterapia, delirurile. Ceea ce l-a legat însă de istoria psihiatriei a fost clasificarea boilor min-



Jacques Magnan

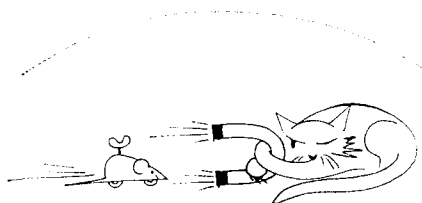
tale, realizată în 1881 și perfecționată succesiv, în care elementul de avangardă l-a constituit evidențierea „stărilor mixte și diferențierea lor.

26. MAGNAN^(II) halucinație ● Tip de halucinații tactile, descrise inițial la toxicomani (cocainomani), percepute sub forma unor senzații tactile provocate de paraziți (insecte, viermi) care se mișcă sub piele, mai rar pe piele (parestezii). Aceste senzații patologice nu sînt însă specifice numai cocainomaniei, așa cum a crezut cel care le-a descris, fiind frecvent întîlnite și în patologia psihiatrică a vîrstnicului.

27. MAGNAN³ semn ● În 1885, MAGNAN descrie „mania lăcomiei” : apetit pe cît de impulsiv, pe atît de inoportun, la subiecții afectați de psihoza maniaco-depresivă. Ulterior, a fost semnalat și în alte afecțiuni → SITIOMANIE.

28. MAGNAN³ simptom ● Descriș de MAGNAN în 1883, sub numele de „mania cifrelor”, ulterior numit aritmomanie. Denumirea de simptomul lui Magnan este încă întîlnită în unele lucrări de specialitate din Franța, Polonia, Grecia → ARITMOMANIE.

29. MAGNETISM ANIMAL (cf. gr. *magnes*, de la *Magnesia*, oraș în Asia Mică unde au fost descoperite minereuri magnetice) ● Doctrină, datorată lui F. A. MESSMER (1733—1815), care susține existența unui fluid magnetic universal datorat corpurilor cerești, manifestat atât la ființele umane, cât și la animale. Fluidul magnetic poate



trece de la o ființă la alta prin intermediul unei simple atingeri sau prin pase magnetice efectuate de un operator. Scopul acestei transmisii, care are un efect curativ, este de a redistribui fluidul în mod armonios în corpul subiectului. Vindecarea s-ar produce prin inducerea unor crize convulsive, ce se pot transmite de la un pacient la altul, în cazul în care tratamentul se efectuează în grup. Lipsită de o bază științifică, teoria a fost repudiată de Academia din Berlin, încă la sfârșitul secolului al XVIII-lea (1799), întâmplându-se același lucru și în 1801—1802, în cadrul Academiei franceze. Reapare cu periodicitate, la un interval de 50—60, de ani pe diferite meridiane, sub o formă sau alta, pentru a se scufunda din nou în uitare. În acest sens, pot fi amintite unele experiențe privind acest domeniu, comentate de presa (de nespecialitate) din diferite țări (inclusiv la noi), în ultimii ani.

30. MAGNETOTROPISM (cf. gr. *magnes*; *tropos* „direcție, manieră, mod”) ● Calitatea unor organisme de a se dezvolta (mai bine) și a se orienta sub influența unui câmp magnetic. Datele existente, puțin numeroase, fac ca, până în prezent, noțiunea să nu servească decât la încercarea de explicare (săracă) a unor fenomene parapsihologice.

31. MAGNEZIUM (Mg) ● Ion metallic cu repartiție dominant intracelulară, cu un comportament asemănător potasiului; se află în organism în cantitate totală de aproximativ 24 g, nivelul plasmatic fiind cuprins între 1,4—2,2 mEq/l, aproape jumătate fiind legat de proteine.

Aportul alimentar este asigurat prin consumul de verdețuri, pește, carne, iar nivelul plasmatic al Mg pare a fi reglat de parathormon și aldosteron. Funcțiile magneziului sînt legate de rolul său de cofactor al unor sisteme enzimatice implicate în transferul de ioni de fosfat, în procesele de fosfo-

rilare oxidativă, în sinteza de acizi nucleici și proteine. Intervenția magneziului se realizează și în procesul de transmitere sinaptică, în transportul activ al noradrenalinei, iar veziculele sinaptice sînt condiționate de prezența adenozintrifosfatului și a Mg. Sistemul membranelor de transport activ este inhibat de reserpină (POPOVICIU). Este, de asemenea, implicat în contracția musculară, avînd efect curarizant prin deprimarea sinapsei neuromusculare (inhibă eliberarea acetilcolinei din terminațiile nervoase motorii).

Utilizat ca sedativ sub formă de sulfat de magneziu, soluție 20%, administrată intravenos, își exercită efectul prin reducerea excitabilității la nivelul sistemului nervos central (activitatea motorie este considerabil deprimată, ceea ce permite și utilizarea substanței ca anticonvulsivant și antispastic). Alte acțiuni farmacologice se exercită asupra aparatului cardiovascular, prin deprimarea activității cordului, vasodilatație periferică, inhibarea centrilor cardiaci extopici. Acțiunea asupra aparatului cardiovascular se exercită direct sau prin inhibarea ganglionilor vegetativi (V. STROESCU), ceea ce permite utilizarea sulfatului de Mg în terapia crizelor hipertensive, cu manifestări encefalopatie, mai ales datorită efectului de combatere a edemului cerebral. Mai este indicat în migrene, nevralgii, tetanos, eclampsie, coree.

Contraindicațiile se referă la insuficiența renală, tulburări de conducere cardiacă, boala Addison.

Magneziul se utilizează sub forma următoarelor preparate :

- sulfat de magneziu soluție, administrată intravenos sau intramuscular, în funcție de starea clinică a bolnavului și de nivelul magneziemiei; supradozarea poate determina congestia feței prin vasodilatație periferică, hipotensiune, hiporeflexie sau chiar paralizii ale musculaturii, ce pot culmina cu stop respirator ;
- clorura de magneziu — fiind foarte iritantă este, din ce în ce mai puțin, utilizată ;
- oxidul de magneziu — administrat oral este utilizat în tratamentul profilactic al hipomagneziemiei.

Hipomagneziemia apare în terapia excesivă cu calciu (calciul în exces antagonizează efectul magneziului) și vitamina D₂, dar cel mai frecvent este asociată alcoolismului cronic. Nivelul scăzut plasmatic al Mg a fost corelat (SNYDER, SOLOMON) cu tendința la convulsii a alcoolicii cronici, fapt explicat de autori prin acțiunea ionului de reducere a excitabilității neuronale. Se preconizează astfel utilizarea sulfatului de Mg în prevenirea crizelor de delirium tremens. Coexistînd, de regulă, cu hipocalcemia, hipomagneziemia se manifestă prin astenie, apatie, parestezii, depresie, stări confuzionale. La nivel muscular se pot constata tremor,

fasciculații musculare, mișcări coreo-atetozice, convulsii. Se mai semnalează tahicardie, tulburări de ritm, hipotensiune ce poate merge pînă la colaps, anorexie, grețuri, vărsături, amețeli — care se amendează prin administrare de magneziu.

Hipermagneziemia poate fi determinată de insuficiența renală, de unele afecțiuni endocrine (hipotiroidism, boala Cushing) sau supradozare în terapia cu Mg. Se manifestă prin grețuri, vărsături, hipotensiune, somnolență, hiporeflexie ce poate merge pînă la dispariția reflexului cornean, deprimare respiratorie, stop cardiac.

32. MAGNICID (cf. lat. *magnus* „mare” ; *caedere* „a ucide”) ● Denumeste atît atentatul la viața unei personalități sau om de stat, cit și pe cel care îl comite. Redăm definiția clasică a lui RÉGIS (care a dedicat o monografie acestui subiect) : „Subiecții cu temperament mistic care, conduși de un delir politic sau religios, complicat uneori cu halucinații, se cred chemați să îndeplinească un dublu rol, de justițieri și de martiri și, sub imperiul unei idei obsesive căreia nu i se pot împotrivi, sfîrșesc prin a ucide o persoană deosebit de importantă în numele puterii divine, al patriei, al libertății sau al anarhiei”. După RÉGIS, acești bolnavi fac parte, de obicei, din grupa persecutorilor ambițioși, a căror înclinație către violență politică și exaltare pot fi deseori evidențiate. DIDE subînțiază (desigur, influențat de concepțiile epocii) tarele ereditare ale acestor subiecți, ca și o anumită traiectorie existențială, marcată de copilărie foarte studiosă, castitate, izolare, revelația bruscă a unor certitudini, dizarmonia personalității. Întîlnind condițiile favorabile, subînțiază RÉGIS, acest fanatism latent se declanșează, aducînd subiectul la convingerea fatală că este chemat să dea „marea lovitură” și, evident, să se sacrifice pentru „cauza justă”.

Magnicidul poate apărea în condiții istorice speciale, autorul fiind un anarhist sau un fanatic al unei idei care se vrea revoluționară („revoltatul fără cauză” al lui LINDNER poate deveni și magnicid) — în acest caz, trebuie distins de complotul subversiv sau de actul eroic, cu motivație socială valabilă (BARDENAT) — sau în condițiile unei patologii psihice a atentatorului. În acest din urmă caz, poate fi vorba de paranoiaci reformatori, care își pregătesc și execută atentatul în solitudine (după BARDENAT) sau de persecutați-persecutori și așa-zisii „persecutori-ambicioși” (RÉGIS). Primul dintre tipurile de magnicid descrise de RÉGIS realizează răzbunarea din motive personale, al doilea dezvoltă delirul paranoiac pînă la identificarea propriei cauze cu cea a clasei sale sociale sau a poporului, considerîndu-se mandatarul răzbunării justițiare a acestora împotriva presupusului tiran (GENIL-PERRIN) și acționînd în finalmente nu din motive personale, ci din dorința

transgresată în trăire delirantă de a îndeplini un act de reformă socială. Acest tip de magnicid paranoiac „ambicios” este, în fapt, tot un paranoiac reformator. Uneori, caracterul prevalent al acțiunii acestor „paranoiaci ambițioși” izvorăște și dintr-o motivație limitată la propria vanitate nesatisfăcută, care se cere gratificată cu aureola de martir (BARDENAT).

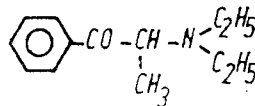
Atentatele vizează persoane care, în ochii magnicidului, reprezintă abuzul de autoritate sau indezirabilitatea unei anumite concepții (conducători de state, conducători militari, mari conducători religioși). Evident, magnicizii acționează solitar, fără complici și/sau confidenți, conform structurii lor de personalitate și convingerii delirante, care îi determină să se considere „unicii aleși” pentru respectivul act.

GUIRAUD propune o explicație a magnicidului, ca proiecție a unei cenotimii neplăcute asupra lumii sociale și consideră uciderea unui personaj important ca un simbol al uciderii propriului corp al acestor bolnavi (punct de vedere care ni s pare insuficient argumentat și simplist).

Un magnicid de tip paranoiac reformator îl constituie actul lui Daniel Mc NAGHTEN, care atentează, în 1843, la viața primului ministru britanic, dar îl ucide pe secretarul acestuia. Mc NAGHTEN suferea de un delir de persecuție, în cadrul căruia persecutorii erau thorii, din partidul cărora făcea parte primul ministru. Magnicidul lui Mc NAGHTEN este important pentru istoria psihiatriei judiciare întrucît, în epoca modernă, el este primul bolnav psihic declarat iresponsabil de către juriu. El a fost internat într-un azil, unde și-a petrecut ultimii 22 de ani de viață. În urma acestui proces, care a suscitât vii dezbateri în Camera Lorzilor, la cererea reginei VICTORIA, un consiliu format din 15 judecători a reexaminat cazul, considerat de opinia publică drept asasinat politic. Acest juriu a enunțat așa-zisele „reguli ale lui Mc Naghten”, fundament teoretic al principiului iresponsabilității delinventului psihic, considerat lipsit de discernămint în toate legislațiile actuale.

Aspectul transcultural al magnicidului poate fi luat în discuție, acest tip particular de crimă fiind la fel de vechi ca și organizarea societății umane, iar motivația sa rămînd constant în limitele delirului. Unii autori contemporani consideră magnicidul ca o posibilă formă de manifestare a psihozei paranoice.

33. MAGRENE^(M) Italia; **MAGRENE RETARD^(M)** Portugalia — DCI Amfepramonă ● Psihostimulente derivate feniletilaminici de tip 2-(dietil-amino)



propiofenonă; sînt amine simpaticomimetice anorexigene, cu performanțe psihostimulatoare inferioare AMFETAMINEI, dar cu efecte anorexigene apropiate de ale FENMETRAZINEI. Nu se asociază cu IMAO; pot realiza în timp farmacodependență. Acțiunea unei doze durează 5—6 ore. Se pot utiliza în combaterea unor efecte secundare ale neurolepticelor.

34. **MAGRILAN PLUS**^(MC) Argentina ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, cu acțiune diferită, dar care se complementează:

- MAZINDOL^(M) — psihostimulent, derivat imidazolic;
- LORAZEPAM^(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Are acțiune psihostimulentă și miorelaxantă.

35. **MAIEUSOFOBIE**^(P) (cf. gr. *maieysis* „naștere”; *phobos* „frică”) ● Frică exagerată a unor femei de naștere. Poate fi însoțită de algofobie și tanatofobie.

Existînd la o „cotă normală” la orice viitoare mamă, mai ales în cazul primiparelor, această fobie capătă trăsături patologice la persoane anxioase, psihastenice, dizarmonice de tip pituitic.

36. **MAIEUTICĂ** (cf. gr. *maieutike* „arta moștului”) ● Metoda socratică a dialogului filozofic. Prin intermediul unor întrebări abile, SOCRATE urmărea să își aducă interlocutorul mai înții într-o stare de perplexitate, făcîndu-l să recunoască lipsa de teme a prejudecăților sale, iar după aceea să-l îndrume pe calea descoperirii adevărului. Maieutica presupune existența unor cunoștințe înnăscute, iar dialogul socratic urmărește conștientizarea lor, prin înlăturarea critică a iluziilor senzoriale și a credințelor false, proprii opiniei comune, lăsînd rațiunea să-și dea la iveală propriile-i evidențe, netulburate de aparențele empiricului. Psihanaliza este, la rîndul ei, un tip aparte de maieutică, ce urmărește să extindă cunoașterea de sine a subiectului, prin conștientizarea de către acesta a conținutului psihic refuzat în sfera inconștientului.

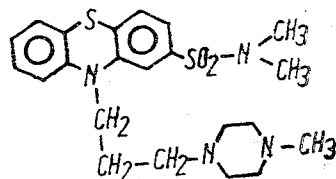
37. **MAIMONIDE** Moses ben Maimon (1135—1204) ● Celebru medic și filozof al evului mediu. A scris o serie de lucrări medicale („Comentarii asupra lui GALEN și HIPOCRATE”, „Aforisme”, „Clasor”, „Cartea cunoașterii”, „Ghidul bunei sănătăți”) și filozofice (printre care o compilație a Talmudului), care i-au adus celebritatea, fiind comparat cu biblicul MOISE.

A acordat o atenție deosebită bolilor mintale, definind astfel bolnavul psihic: „Nu este nebun numai cel care umblă gol, sparge obiecte și aruncă cu pietre, dar și cel al cărui spirit este tulburat, ale cărui gînduri se încîlcesc întotdeauna către un același subiect, chiar dacă el vorbește și în-

treabă normal în alte domenii”. El va aborda și problema periodicității anumitor boli psihice, a mărturiilor false pe care bolnavii psihici le fac în dorința de a fi pedepsiți (idei de culpabilitate). MAIMONIDE va fi supranumit, pentru opera sa, „vulturul sinagogii”.

38. **MAINE de BRIAN**^(S) sindrom ● Stări psihotice induse personalului auxiliar feminin din unitățile de psihiatrie, descrise de MAINE de BRIAN în 1957. Rolul inductor îl joacă pacienții, atmosfera din spitalul psihiatric oferind condiții favorizante. Odată cu politica „ușilor deschise”, cu dezvoltarea noilor forme de asistență psihiatrică, acest sindrom a devenit mai rar. Totuși, pentru evitarea sa, se impune în unitățile de psihiatrie, mai ales în cele cu bolnavi cu evoluție prelungită, atît rotația personalului auxiliar, cît și controlul periodic al acestuia de către medicul psihiatru.

39. **MAJEPTIL**^(M) Anglia, Austria, Belgia, Canada, Elveția, Finlanda, Franța, Grecia, Olanda, Turcia — DCI *Tiopropazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat de tip N,N-dimetil-10-13-(4-metil-1-piperazinil)propil-2-fenotiazin-



sulfonamidă, cu acțiune antipsihotică marcată, în special antiautistă, cu instalare rapidă a efectului terapeutic. Indicat în schizofrenie, psihoze halucinatorii cronice, stări apato-abulice, dizarmonii severe ale personalității și în unele nevroze cu componentă anxioasă sau obsesivă, rebele la alte forme de tratament. Efectele secundare sînt marcate — reprezintă etalonul pentru N-incisive —, ceea ce obligă la o administrare sub supraveghere atunci cînd dozele depășesc valorile medii; produse similare farmaceutice: CEPHALMIN^(M) Japonia, MAYEPTIL^(M) RFG, VONTIL^(M) SUA.

40. **MAJOR/MAJORAT** (cf. lat. *major* „mai mare”) ● Vîrstă de la care un subiect își poate exercita drepturile civile și, în același timp, răspunde pentru propriile acte. Fixată inițial la 24 de ani, limita a coborît succesiv la 21 și, în fine, la 18 ani. Reprezintă o „graniță a maturității”, dar nu trebuie pierdută din vedere posibilitatea lipsei de coincidență între vîrsta biologică și cea mentală.

41. MAJSOLIN^(M) Iugoslavia — DCI Primidonum

● Antiepileptic, derivat fenobarbituric^{sin.} → PRIMIDON^(M).

42. MAKARENCO Anton Semionovici (1888—1939) ● Pedagog rus, cunoscut pentru introducerea metodelor noi de reeducare a adolescenților neadaptati.

S-a născut la Belopalie (Ucraina) și a murit la Moscova. Își începe cariera pedagogică ca profesor de istorie. În 1920, este organizatorul coloniei Maxim Gorki și, în 1931, al coloniei F. Dzerjinski — colectivități în care copiii, reuniți în grupe, aveau de îndeplinit o anumită muncă. Activitatea de resocializare se desfășura sub supravegherea unor echipe specializate. Metodele de lucru constau în orientarea copiilor spre o „disciplină conștientă”. MAKARENCO prezintă, romanțat, rezultatele acestor experiențe, în câteva lucrări : „Poemul pedagogic” și „Steaguri pe turnuri”.

43. MAKETHIN^(M) Italia ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic^{sin.} → MAGRENE^(M) Italia.

44. MAL- (cf. lat. *malum* „rău, boală”) ● Element de compunere care introduce referirea la starea de rău, de boală.

45. MAL COMIȚIAL (cf. lat. *malum* ; *comitialis* „epileptic”) ● Termen foarte vechi, utilizat de romani, sinonim crizei epileptice majore ; atunci când criza apărea în cursul unei adunări, ducea la suspendarea acesteia, considerându-se a fi un semn nefavorabil. Termenul nu se mai utilizează cu acest sens.

46. MALADIE CONGENITALĂ (cf. lat. *malum*)

● Boală pusă în evidență la naștere sau imediat după aceasta, transmisă fătului fie ereditar, fie ca boală maternă contractată în timpul sarcinii sau anterior.

47. MALADIE (A) CRAMPelor ● Crampe

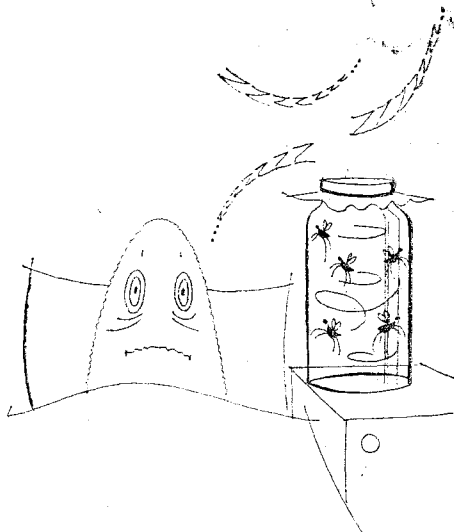
spontane, dureroase, prezente în special la membrele inferioare, cu o durată de pină la un minut, însoțite de semne de polinevrită și hiporeflexie. Atingerea renală se pune în evidență în fazele avansate de boală, constând în : albuminurie, hiperazotemie și glicozurie. Boala debutează la vârsta de 30 — 40 ani, îndeosebi la sexul masculin, etiologia este neelucidată pe deplin, are evoluție trenantă cu alternanțe; prognostic nefavorabil.

48. MALADIE EREDITARĂ ● Boală transmisă fătului în conformitate cu legile eredității → EREDITATE.

49. MALADIE FAMILIALĂ ● Prezența uneia și aceleiași boli la mai mulți membri ai unei familii, determinată prin mecanism ereditar sau ciștigată.

50. MALADIE A TICURILOR — sin. BOALĂ A TICURILOR^{sin.} → GILLES DE LA TOURETTE^(B) boală.

51. MALARIOTERAPIE (cf. it. *mala* „rău”; *aria* „aer”; gr. *therapeia* „îngrijire”) — sin. IMPALUDARE ● Metodă de tratament a paraliziei generale progresive, constând în inocularea bolnavului cu germele patogen al malariei (plasmodium falciparum), prelevat din sângele bolnavilor de malarie. Această tehnică de tratament a fost descrisă de WAGNER von JAUREGG în 1917. Punctul de pornire l-a reprezentat o foarte veche observație clinică : îmbunătățirea evoluției bolii psihice după vindecarea unei boli febrile contractate de un bolnav psihic (evident, hipertermie severă și, la fel de evident, numai dacă pacientul supraviețuia, avându-se în vedere posibilitățile terapeutice ale epocii). După 1900, WAGNER von JAUREGG și-a restrâns aria observației la bolnavii cu paralizie generală progresivă care parcurseră pusee hipertermice (ca urmare a unei afecțiuni intercurente), constatănd o reală îmbunătățire a stării lor. În etapa respectivă, evoluția paraliziei generale progresive era deosebit de rapidă (maximum doi ani), iar prognosticul malign (100%), decesul survenind prin demență atrofică. Pornind de la acești doi parametri, JAUREGG a descris experimentarea acestei noi metode de tratament (impaludarea), reprezentând în fond rezultatul unor observații clinice sistematice și îndelungate.



Metoda s-a dovedit a avea bune rezultate, după 10—12 accese hipertermice (controlate cu chinină), produse de malarie, evoluția paraliziei ge-



nerale progresive ameliorându-se, iar în cazul instituirii precoce a tratamentului, prognosticul modificându-se paralel cu înregistrarea unei limitări anatomo-patologice.

Trebuie menționate două aspecte clinico-experimentale mai puțin cunoscute (care explică și anumite aprecieri deplasate ale metodei):

- tratamentul hipertermic malaric aplicat în restul psihozelor este ineficient;
- tratamentul hipertermic nemalaric (abces de fixare) în paralizia generală progresivă este ineficient.

Aceste aspecte erau cunoscute și au fost comunicate de către JAUREGG încă din 1920, care a dorit astfel să demonstreze că malarioterapia are la bază un mecanism antipatogenic în adevăratul sens al cuvântului.

Abandonarea metodei nu este rezultatul ineficienței ei, ci al descoperirii penicilinei, tratamentul penicilinic devenind tratament etiologic al sifilisului și, preventiv, al paraliziei generale progresive, ceea ce a făcut ca paralizia generală progresivă să dispară practic; acest lucru, deși salutar, nu diminuează meritul descoperirii lui JAUREGG.

52. MALEXIL^(M) Danemarca — DCI *Femoxetină*

● Antidepresiv timoleptic, avînd o structură specifică clasei, de tip (+)-trans-3-/(p-metoxifenoxi)metil/-1-metil-4-fenilpiperidină. Indicat în depresiile endogene, în schizofrenia și epilepsia cu componentă depresivă. Nu are acțiune anxiolitică și nici sedativă (necesită asocierea).

53. MALFORMAȚIE (cf. lat. *malum* „rău, boală”; *formatio* „alcătuire”) ● Anomalie congenitală; malformațiile compatibile cu viața, indiferent de amploarea lor, duc în cele mai multe dintre cazuri la modifierea carea patologică a personalității.

54. MALI-MALI^(S) sindrom ● Sindrom isteric cu expresie motorie, întîlnit în zona insulelor Filipine. Este unul din aspectele transculturale ale isteriei.

55. MALIGNITATE (cf. lat. *malignitas* „răutate”)

● Gravitate cu potențial terminal, atribuită unui proces patologic, îndeosebi tumoral.

Psihiatria atribuie malignității caracteriale și variantelor ei psihoteice înțelesul de predispoziție, potențialitate spre rău și transformarea acestora în acțiunea concretă de a comite „răul”, în mod intenționat sau delirant, altor persoane. Motivația acestor acțiuni transgresează normalul psihic, intersectînd patologia psihică marginală (dizarmonia de personalitate, stări psihopatoide) sau psihotică (paranoia, schizofrenia). Malignitatea caracterială este o noțiune psihologică și sociologică în același timp; caracterizează anumite evoluții psihodinamice (în care sînt implicate reacțiile defensive și supracompensatorii specifice „ne-

vrozei de caracter” ale unor subiecți cu complexe de inferioritate, de multe ori frustrați afectiv în cadrul absenței sau deficiențelor cuplului parental) și nu se poate manifesta, prin definiție, în afara grupului social.

Specie a agresivității „maligne” (FROMM), explicată de psihanaliză ca pulsione instinctivă (FREUD, ADLER) sau de teorii de inspirație psihanalitică drept rezultat al învățării prin blocare exogenă sau frustrare (SCHÖTT, DOLLARD, MILLER), malignitatea caracterială poate fi și un substitut a ceea ce POPESCU-NEVEANU numește „agresivitate secundară”. Expresimare indirectă a agresivității, îmbrăcînd forme variate de atitudini, comportamente și conduite (ipocrizia, perfidia, rachiuna, opoziționismul pasiv sau activ, sarcasmul), malignitatea este arma preferată a celor slabi (POROT) și rezultă din deturnarea sau redirectionarea unei agresivități latente (TIMBERGEN), ineficientă pentru a fi exteriorizată în plan social, ca agresivitate competitivă și reținută sub forma „conflictualității” (LORENZ). Malignitatea conține uneori „în nuce” un potențial evolutiv, finalitatea ei înconștientă fiind distrucția celui alt, iar motivația este întotdeauna, chiar și în cazul malignității reactive, disproporționată față de gravitatea motivelor invocate real. Normele societăților civilizate reprimă manifestarea malignității, prin promovarea conduitei pozitive și a valorilor autentice.

Malignitatea caracterială se manifestă intermitent (reacțional) sau permanent. Se întîlnește la personalități accentuate hiperperseverente a căror suspiciozitate și egoism („arivistii” lui DUPRÉ) poate genera dezvoltări paranoiace, la personalități structurate paranoiac, astenic (a căror lașitate și nehotărîre poate determina denunțuri calomnioase), la isterici (forma „malignă” și „perversă” a mitomaniei, descrisă de DUPRÉ), care își pot camufla intențiile sub comportamente amabile față de victime (pe care le acuză de atentate la pudoare, false violuri), la perversii sexuali (sadici) și în cazul unor dezvoltări nevrotice sau a unor stări psihopatoide de origine organică. La copiii cu mari carențe afective și educative pot apărea comportamente caracterizate prin malignitate, de la cruzimi față de animale pînă la piromanie, farse colective față de camarazi handicapați sau nesiguri din grup, care uneori pot avea consecințe neașteptate. Malignitatea unor comportamente disociale poate apărea în cadrul unor medii subculturale sau a unor grupuri etnice particulare (atentate politice, „vendetta” etc.).

Malignitatea de intensitate psihotică este caracteristică paranoiei (delirul senzitiv de relație, gelozia erotomaniacă, delirul persecutatului-persecutor, delirurile pasionale și de revendicare descrise de CLÉRAMBAULT, idealității pasionale descriși de DIDE, misticii fanatici organizați sau

nu în secte), în care psihorigiditatea, hiperperseverența, forța sistematizării coerente a delirului, suspiciozitatea, orgoliul, conferă un potențial agresiv redutabil. În alte afecțiuni (schizofrenia paranoidă, mania coleroasă, depresia majoră, anorexia mintală a tinerelor femei căsătorite, cu refugiu în boală și comportament agresiv față de soți), malignitatea comportamentului este apanajul caracterului de multe ori imprezvizibil al unor acte agresive.

56. **MALINOVSKI Bronislaw** (1884—1942) ● Sociolog, etnolog, antropolog englez de origine poloneză, promotor al teoriei funcționaliste în studierea fenomenelor sociale și culturale. A accentuat influența factorului biologic în explicarea fenomenului cultural, a situat în centrul teoriei sale conceptul de „nevoi umane” grupate în: primare, derivate sau instrumentale și integrative sau sintetice. El a îmbogățit instrumentarul științific al antropologiei sociale și culturale, elaborând schema metodologică a celor „șapte universalii de cultură”. Opere mai importante: „Mitul în societatea primitivă”, „Etnologia și studiul societății”, „Teoria științifică a culturii”.

57. **MALLER^(S) sindrom** ● Sindrom „amotival” descris relativ recent (1978), constând într-o tulburare a percepției stimulilor, survenită în schizofrenie, determinată genetic. Această abordare a genezei defectului schizofrenic, de pe pozițiile psihobiologiei, ar implica modificarea rolului substanței reticulate și, în special, al hipotalamusului, în raport cu scoarța cerebrală.

58. „**MALLEUS MALEFICARUM**” (lat. „Ciocanul sau măciuca răufăcătorilor”) ● Lucrare celebră, scrisă de doi călugări dominicani, Henriche KRAMER și James SPRANGER, în 1486, ca ghid de „diagnostic și tratament” pentru inchișitori. Și-a păstrat această funcție timp de două secole.

Cu toate că această lucrare nu se adresa medicilor, rămâne surprinzătoare descrierea de finețe a tablourilor psihopatologice („una dintre marile cărți ale psihologiei” — J.C.NEMIAH, 1985). Ea reprezintă totuși un exemplu de superstiție, cruzime, misoginism, constituind și din acest punct de vedere un document cu valențe psihopatologice.

59. **MALLOROL^(M)** Suedia — DCI *Tioridazin* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic alkil-piperazinat de tip 10-12-(1-metil-2-piperidil)etil-2-(metiltio)-fenotiazină, cu acțiune sedativ-anxiolitică; în funcție de doză se pretează la utilizare atât în psihogenii, cât și în endogenii. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **TIORIDAZIN^(M)**.

60. **MAMĂ BUNĂ** ● În psihanaliză, investirea conștientă a mamei cu cele mai frumoase calități,

ca procedeu de îndepărtare a angoasei, derivând fie din culpabilitatea oedipiană, fie din proiecția agresivității din stadiile pregenitale, în care relația cu obiectul este ambivalentă → **MAMĂ FALICĂ**, **STADII LIBIDINALE**.

61. **MAMĂ FALICĂ** — sin. **FEMEIE FALICĂ** ● Reprezentare/imagie la nivel fantasmatic, în care femeia apare înzestrată cu falus. Reprezentarea



mamei falice ar avea la bază credința infantilă că ambele sexe posedă un singur organ sexual, anume falusul (→**STADIU FALIC**). Imaginea femeii/mamei falice poate avea două aspecte: însușiri de natură falică sau falus existent în interiorul corpului feminin. În explicarea fetișismului, FREUD apreciază că fetișul ar fi un substitut al falusului matern (copilul neacceptând ideea absenței acestui falus). La homosexualii masculini, în cadrul curei analitice, se descoperă fantasma anxioasă a femeii/mamei investite cu falus.

Într-un limbaj mai puțin riguros, termenul de „femeie falică” se folosește pentru a desemna tipul de femeie cu trăsături autoritare, cu atitudini tipic masculine, aceste manifestări neavând însă la bază, în mod necesar, fantasma mamei falice, ele putând deriva din alte fantasme (de exemplu, fantasma castrării).

62. **MAMECTOMIE** — tulburări psihice (cf. lat. *mamma* „sîn”; gr. *ektome* „amputare”) ● Patologia sînelui, mai ales cea în care se impune o intervenție chirurgicală, are reverberații majore asupra psihismului feminin, putând antrena tulburări psihice grave. Depășind cadrul său funcțional, sînul este investit sexual și erotic (chiar suprainvestit prin mijloacele mass mediai, modei, publicității). Operațiile pe sîn, chiar în cazurile

benigne, „atentează” la imaginea individualității feminine, noua situație fiind cu greu acceptată și antrenând reacții depresive, dismorfofobie, anxietate, tendințe la izolare.

Psihoterapia de susținere individuală sau cea de grup (în acest sens, LAUSSER a raportat o serie de rezultate deosebite), este urmată întotdeauna de o îmbunătățire a rezultatelor postoperatorii.

63. **MANAGER^(S) sindrom** (engl. *manager*) ● Sindrom descris de psihiatrii americani la persoanele de sex masculin cu funcții administrative și de conducere. Apare între 30—60 ani și constă în: astenie, tulburări hipnice, tulburări de dinamică sexuală (interesând atât libidoul cât și potența), dificultăți respiratorii. De asemenea, apar complicații de tip psihosomatic, interesând aparatul cardiovascular: hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică.

64. **MANĂ** (cf. ebr. *man*) ● În credințele primitive, reprezenta un fluid (flux), care determină viața: ar fi un „arhisuflet”, un premergător al noțiunii de suflet în religiile ulterioare.

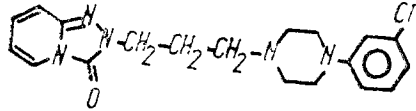
Mana este investită cu însușiri magice, putând fi utilizată, prin intermediul unor ritualuri esoterice, știute de inițiați, în scopuri benefice sau malefice. Este una dintre cele mai timpurii și elementare forme de reprezentare a sacrului.

65. **MANCINISM** (cf. lat. *mancus* „ciung, mutilat”): ● Utilizarea preponderentă a mîinii stîngi în efectuarea unor acte ce se execută de obicei cu mîna dreaptă: prehensiune, scris, mîncat.

66. **MANDALA** ● Termen provenit din sanscrită, cu înțelesul de cerc magic. Pentru lamaism și yoga yantrică, mandala capătă sensul de imagine-simbol, cu rolul de instrument al contemplației (yantra), lăcaș și origine a divinității.

În concepția lui JUNG, mandala simbolizează un țel principal, totalitatea psihică, autoreprezentarea proceselor psihice de centrare pe sine, producerea unui nou punct central al personalității. Ar fi reprezentată simbolic prin cerc, pătrat sau aranjamentele obținute din numărul patru și multiplii săi. JUNG nu descoperă mandala numai în sinul culturilor orientale, ci și în creștinismul evului mediu timpuriu. În viziunea sa, mandala apare de obicei în situații de confuzie mintală și dezorientare în cadrul visului, în desenele executate schematic, semiconștient, sau în imagini eidetice. Ea reprezintă în acest caz un model al ordinii, marcat cu o cruce sau un cerc divizat în patru, suprapus peste haosul psihic, astfel încît elementele haotice sînt menținute împreună în cadrul cercului protector. Sub aspectul de yantra, JUNG consideră mandala ca instrument ce poate favoriza introducerea unei ordini în existență.

67. **MANEGAN^(M)** Argentina — DCI Trazodonă ● Psihotrop timoleptic cu o structură chimică de tip 2-13-14-(*m*-clorfenil)-1-piperazinilpropil-1-s-triazolol4,3-alfipridin-3(2H)-onă, cu acțiune



antidepresivă și valențe anxiolitic-sedative. Efectele secundare sînt practic nule. Nu se administrează în primele luni de sarcină.

68. **MANIACO-DEPRESIVĂ (PERIODICĂ) psihoză — concept** (cf. gr. *mania* „nebulie”; lat. *deprimare* „a apăsa”) ● Tulburările afective au constituit primele descrieri „clinice” exacte din istoria psihiatriei. Atît mania cît și depresia și-au găsit locul în lucrările medicilor Egiptului antic și ale celor din Grecia pre- și posthipocratică. Mai mult, alături de lucrările lui HIPOCRATE, ALEXANDRU din Trales sau ARETEU din Capadocia, descrieri de certă valoare aparțin Vechiului Testament, ca și lui HOMER sau PLUTARH. Explicația își află originea, pe de o parte, în accesibilitatea simptomatologiei chiar și pentru observatorul „laic”, iar pe de altă parte, în capacitatea acestei simptomatologii de a-l impresiona profund. Primele observații care au sugerat posibila înlănțuire a celor două tipuri de tulburări îi aparțin lui ARETEU, care afirmă că „melancolia este un început sau un soi de semimanie” și că, „atunci cînd melancolia încetează, mania poate reîncepe ca și cum ar exista o trecere sau o reîntoarcere de la una la alta după anumite perioade”. GALEN semnala faptul că, atunci cînd agitația maniacală încetează, bolnavii devin taciturni și timizi, iar ALEXANDRU din Trales sublinia intermitența acestelor de manie și melancolie.

Ideile antichității vor fi reluate, în 1676, de Th. WILLIS care, în lucrarea sa „De anima brutarum” afirma că „după melancolie trebuie tratată mania care are atîtea afinități cu aceasta încît aceste afecțiuni se schimbă adesea una în cealaltă”. În secolul luminilor, clinicienii vor remarca și mai mult apropierea dintre cele două faze. În „Dicționarul Universal de medicină” (primul mare dicționar medical) editat de JAMES în 1746, se afirmă că: „este absolut necesar a se reduce mania și melancolia la o singură specie de boală și a fi examinată în mod unic, dintr-un singur punct de vedere”. MORGAGNI și apoi LORRY vor accepta, de asemenea, această concepție a transformării acestelor melancolice și maniacale.

Deși se părea că secolul al XIX-lea va aduce, încă de la începutul său, rezolvarea problemei unității tulburărilor maniacale și depresive, acest lucru a fost oarecum întîrziat de opinia lui Ph.

PINEL, care considera cele două tulburări într-un raport de simultaneitate sau de asociere, sau de cea a lui DUBUISSON (1816), care considera mania drept o „complicație” a melancoliei. GRIESINGER va afirma însă că tranziția între cele două forme este curentă, iar boala constă într-o alternare regulată a celor două polarități. În 1851, J. P. FALRET va descrie „forma circulară a bolii mintale”, iar în 1854, BAILLARGER, pornind de la observațiile pe șapte cazuri, „nebulia cu formă dublă” („folie à double forme”). Cu toate studiile consistente întreprinse de L. MEYER (1874), L. BERN (1878), KRAFFT-EBING (1888) și de alți autori germani, totuși KRAEPELIN va fi cel care, în ediția a 6-a a tratatului său (1899), va descrie „das manisch-depressive Irresein” — nebunia maniaco-depresivă. Autorul va conferi un statut definitiv acestui concept abia în ediția din 1913 a lucrării sale, descriind și cele patru forme ale bolii : starea depresivă, starea maniacală, stările fundamentale (cicloida) și stările mixte. Cu toată claritatea conceptului „unicist” kraepelian, impunerea sa sa făcut cu destulă dificultate, o serie de autori manifestându-și rezervele.

K. SCHNEIDER și elevii săi au meritul semnalării apartenenței ciclotimiei la psihoza maniaco-depresivă. Iar autorii moderni, pe cel al „diversificării” denumirilor corespundente : psihoze afective, psihoze fazice, boală maniaco-depresivă, psihoză periodică. Ar fi de amintit termenul de „fază”, pe care JASPERS (1913) îl pune în relație cu endogenitatea bolii, și pe care WEITBRECHT (1963) îl menține în descrierea evoluției psihozei maniaco-depresive, ca și termenul de „interval liber”. Sint de menționat însă și pozițiile lui KLEIST (1929), care introduce, în opoziție cu KRAEPELIN, conceptul psihozelor „fazice” (fazofrenii) pentru manie și depresie, ca două boli independente cu mai multe tipuri (lista este foarte lungă), și ale lui LEONHARD (1939—1960), care ajunge la o diviziune : psihoze maniaco-depresive (analoge stărilor mixte) și psihoze fazice (fazofrenii) de tip unipolar (cu 11 subtipuri) și bipolar (cu 13 subtipuri de psihoze cicloide).

Noutăți aduc, în mod independent, ANGST și PERRIS, din punct de vedere al studiilor genetice, care confirmă unicitatea bolii maniaco-depresive, separând, în același timp, ca forme evolutive, psihozele bipolare (ciclice sau circulare) de cele monopolare (depresie periodică). Structura personalității premorbide indică diferențe în ceea ce privește subiecții „astenici”, în cazul psihozelor depresive, și cei „picnici” pentru formele circulare. Pentru formele așa-zise „tardive” nu s-a identificat încă un mecanism genetic bine determinat, dar teoria unei poligenii sau heterogenii (ZERBIN, RÜBIN) este astăzi acreditată, ca și ipoteza unui fenomen de linkage între psihoza maniaco-depresivă și genele situate pe cromozo-

mul X (preferința bolii pentru sexul feminin). Descoperirea unei „funcții timice” situate în diencefal, i-a determinat pe unii autori (DELAY) să susțină originea psihozei maniaco-depresive în dereglările de la acest nivel. Este implicat și rolul monoaminelor catecolaminergice și serotonergice depistat prin studiile efectuate cu medicamente antidepresive care restabilesc integritatea funcției timice. Deși majoritatea autorilor menționează o revenire la nivelul personalității anterioare după consumarea episodului depresiv sau maniacal, se notează o anumită modificare psihică permanentă, cu tulburări în sfera gândirii, dar mai ales a personalității. Factorii endocrini, infecțioși, traumatici, emoționali, par să joace un rol în declanșarea afecțiunii, acționând asupra unui teren predispus sau în perioadele biologice critice. DSM III (1980) ia în considerație tulburările afectivității separat, criteriul de diferențiere reprezentându-l intensitatea manifestărilor depresive/maniacale.

KRAEPELIN nu a reușit să opereze o sinteză asupra conceptului melancoliei de involuție, delimitând-o ca o entitate nosologică aparte (1896), dar nedistingând-o de „melancoliile adevărate” (cu o evoluție mai lentă și o stare de inhibiție mai stearsă în raport cu prima). Autori ca : STRANSKY, BLEULER, WEITBRECHT, MAYER-GROSS, EY, GHILJAROWSKY, PREDESCU susțin independența nosologică a melancoliei de involuție, dar majoritatea autorilor moderni o privesc ca pe o formă distinctă a psihozelor afective monopolare, cu debut la involuție.



Un mod de evoluție particular al psihozei maniaco-depresive a constituit și un criteriu al delimitării unor forme depresive „pure”, monopolare, periodice sau monofazice (care alcătuiesc grupul cel mai numeros, aproximativ 2/3, după

KINKELIN). Debutul depresiilor monopoliare pare a fi situat la femeii în decada a treia de vîrstă (33%, după MATUSSEK); după alți autori, este egal cu numărul de debuturi din decada a patra. La bărbați, apariția se produce după 50 de ani (31%); formele circulare predomină la bărbați (ANGST, PETRILOWICI).

OMS încadrează în prezent psihoza maniaco-depresivă în grupul psihozelor afective (codificabile 296) și le caracterizează :

- 296 PSIHOZELE AFECTIVE : tulburările mintale, de obicei periodice, caracterizate prin tulburări grave ale dispoziției (constituite în special din depresie și anxietate, dar care se manifestă de asemenea prin euforie și excitație). Aceste tulburări se însoțesc de unul sau mai multe din următoarele simptome : idei delirante, perplexitate, tulburarea identității a percepției, a comportamentului. Toate aceste simptome sînt în acord cu dispoziția predominantă a bolnavului. Din considerente practice, tulburările ușoare de dispoziție pot fi de asemenea plasate aici, în cazul cînd simptomele corespund descrierilor date. Această observație se aplică în special la hipomanie. Sînt însă excluse : depresia nevrotică (300.4), excitația reaccională (298.1), psihoza depresivă reaccională (298.0).
- 296.0 PSIHOZA MANIACO-DEPRESIVĂ, FORMA MANIACĂ : tulburări mintale caracterizate prin stări de euforie sau excitație, fără legătură cu împrejurările în care se găsește bolnavul, stări ce variază de la starea de antren exagerat (hipomanie), pînă la o excitație violentă abia controlabilă. Agresivitatea și mînia, fuga de idei, neatenția, alterarea judecării și ideile de grandoare sînt curențe. Se încadrează : hipomania FAI, mania (monopolară) FAI* — fără alte indicații psihoza hipomaniacă și maniacă, psihoza sau reacția maniaco-depresivă hipomaniacă și maniacă. Este exclusă : forma circulară, în cazul cînd anterior a mai avut loc un acces depresiv (296.2).
- 296.1 PSIHOZA MANIACO-DEPRESIVĂ, FORMA DEPRESIVĂ : psihoză afectivă caracterizată printr-un sentiment generalizat depresiv de tristețe și de nenorocire, însoțit de un oarecare grad de anxietate. Există deseori o diminuare a activității, dar pot apărea, de asemenea, turbulență și agitație. Există o tendință pronunțată la recidivă care, în unele cazuri, se poate produce la intervale regulate. Se încadrează depresia endogenă, monopolară și psihotică ; melancolia de involuție ; psihoza depresivă ; reacția maniaco-depresivă, tip depresiv. Sînt excluse însă : depresia FAI (311) și forma circulară, cînd, anterior ori, a mai fost un acces maniaco (296.3).
- 296.2 PSIHOZA MANIACO-DEPRESIVĂ, FORMA CIRCULARĂ, ÎN PERIOADA MANIACĂ : psihoza afectivă care s-a manifestat în același timp sub forma depresivă și sub forma maniacă, fie alternativ fie separată de un interval normal, dar în care episodul maniaco este cel actual (fazele maniace sînt mult mai puțin frecvente decît fazele depresive). Se încadrează psihoza alternativă, perioada maniacă. Sînt însă excluse scurtele variații de dispoziție (296.8).
- 296.3 PSIHOZA MANIACO-DEPRESIVĂ, FORMA CIRCULARĂ, ÎN PERIOADA DEPRESIVĂ : forma circulară (296.2) în care există un episod depresiv la un moment dat. Se încadrează : psihoza alternantă, perioada depresivă. Sînt excluse însă scurtele variații ale dispoziției (296.8)
- 296.4 PSIHOZA MANIACO-DEPRESIVĂ, FORMA CIRCULARĂ MIXTĂ : psihoză afectivă în care cele două tipuri de simptome, maniace și depresive, sînt prezente în același timp.
- 296.5 PSIHOZA MANIACO-DEPRESIVĂ, FORMĂ CIRCULARĂ, STAREA ACTUALĂ NEFIIND INDICATĂ : formă circulară (296.2), în care starea actuală nu este indicată ca fiind maniacă sau depresivă.
- 296.6 ALTE PSIHOZE MANIACO-DEPRESIVE FĂRĂ PRECIZARE : această situație este întîlnită cînd se menționează formele de psihoză maniaco-depresivă fără nici o altă precizare sau atunci cînd este vorba de un sindrom corespunzător formelor depresive (296.1) sau maniace (296.0) descrise mai sus, dar care, din alte cauze, nu pot fi clasate la subcodurile 296.0—296.5.
- 296.8 ALTE PSIHOZE AFECTIVE, cu excepția psihozelor afective psihogene (298).
- 296.9 PSIHOZA MANIACO-DEPRESIVĂ FĂRĂ O ALTĂ PRECIZARE
 Enumerarea posibilităților de codificare evidențiază dificultățile existente încă în încadrarea psihozelor afective.

69. MANIACOFOBIE^(F) (cf. gr. *mania* „neburie” ; *phobos* „frică”) ● Variantă de nosofobie, constînd din teama patologică, exagerată și nejustificată față de o boală mintală. Apare în sindromul obsesivo-fobic din psihozele depresive, în decopen-

săriile de coloratură depresivă ale personalităților dizarmonice psihastenice, în nevroză obsesivo-fobică.

70. MANIALIT^(M) Italia — DCI *Litium carbonat*

● Timoizoleptic, sare de litiu ^{sin.} → CARBONAT DE LITIU^(M) România.

71. MANIE (cf. gr. *mania* „nebulie”) ● Sindrom psihotic acut, în care locul central îl ocupă exaltarea psihomotorie și dezinhibiția pulsioniilor instinctiv-afective. Tabloul clinic se caracterizează prin dispoziție euforică, accelerarea ritmului ideativ și hiperactivitate dezordonată.

Limbajul curent conferă termenului și accepțiunea de „comportament bizar, tiranic, agasant sau ridicol” sau de idee fixă sau obsesivă — aritmonație, onomatomanie (CORDIER).

Ca și melancolia, mania a fost concepută ca boală încă din antichitate; HIPOCRATE îi atribuia un substrat corporal manifestat în mod cronic, în timp ce ARETEU din Capadocia și GALEN interpretau manifestările maniei ca pe niște tulburări acute și ciclice. SORANUS din Efes considera mania ca o „boală fără febră a minții”. Până în timpul Renașterii, cunoștințele despre tulburările afectivității nu au avansat prea mult în delimitare; abia în secolul al XVII-lea, mania și melancolia au fost considerate ca boli distincte, dar cărora li se atribuie încă originea umorală (bila neagră în exces sau în minus). Emoțiile triste sau vesele din melancolie și, respectiv, manie îi sugerează lui PINEL (1802) o definiție a maniei: o excitație determinată de lezarea uneia sau mai multor funcții nervoase; ESQUIROL este primul care face distincția între manie și monomanii (deliruri parțiale).

În 1851, FALRET descrie mania ca o fază expansivă, iar melancolia ca una depresivă, conferindu-le, alături de BAILLARGER, sensul actual de boală psihică bine conturată („folie circulaire”, sau „folie à double forme”); KRAEPELIN a definit apartenența la psihoza maniaco-depresivă.

Sindromul maniaco-depresiv este considerat ca făcând parte din psihozele afective de tip bipolar, maniaco-depresiv, în care sînt incluse și episoadele maniacale pure. Exaltarea, hipertimia de tip euforic, care antrenează des dezlănțuirea impulsioniilor instinctiv-afective, fac din subiectul maniaco-depresiv un om totdeauna vesel, capabil de a trece peste orice dificultate (refuză de fapt să accepte existența dificultăților), aflat în permanentă sintonie cu sine și cu anturajul, ceea ce poate constitui cauza schimbărilor bruște în tonalitatea sa afectivă (de la iritare, pînă la reacție de furie). Excesele pe plan instinctual se concretizează de cele mai multe ori pe linia sexualității, a alcoolismului, instinctul alimentar putînd face uneori excepție (absența senzației de foame). Gîndirea maniaco-depresivului este accelerată pe toate planurile (tahipsihie, fugă de

idei), caracteristică ce se răsfrînge și în sfera vorbirii și grafiei. Conținutul expunerii fluctuează într-un ritm care recurge la asociații spontane, superficiale și prin asonanță, pentru a putea face față abundenței imaginative. În timpul excitației maniacale, fuga de idei se poate transforma în incoerență, dar atunci, după cum remarcă ANGST, afectivitatea își schimbă aspectul: bolnavul nu mai este euforic, ci mai curînd disforic, iritabil.

Hiperactivitatea psihomotorie este exprimarea unei nevoi imperioase de a acționa, începînd de la mimică, gestică, de la vorbire abundentă și cu voce tare, rîs zgomotos, pînă la un adevărat comportament ludic, de joc, pe care H. EY îl consideră o structură pozitivă a sindromului maniaco-depresiv. Inițiativele indivizilor afectați sînt numeroase, dar nefinalizate, datorită instabilității psihomotorii și fugii de idei, conferînd un caracter steril activității pornite aparent din cele mai generoase și nobile intenții.

Sindromul somatic și biologic întregeste tabloul maniei, prin disfuncția neurofiziologică pe care o antrenează starea de agitație: insomnie, bulimie, dipsomanie, scădere ponderală, deshidratare, posibilă hipertermie, tahicardie, hipertensiune arterială, oligurie cu albuminurie, amenoree.

Ca forme clinice ale maniei, hipomania (→) reproduce în miniatură sindromul maniaco-depresiv pur. Mania supraacută (furia maniacală) atinge paroxisme mai rar întîlnite în clinica psihiatrică actuală, iar mania delirantă adaugă fondului maniaco-depresiv idei delirante cu conținut expansiv (sînt posibile și halucinații cu același conținut).

Ca forme etiologice, CORDIER atribuie sindromul maniaco-depresiv, în 80% din cazuri, psihozei maniaco-depresive, iar ANGST consideră că, în cadrul acestei afecțiuni, 1/4 din faze sînt pur maniacale, 1/4 mixte maniaco-depresive și 1/2 pur depresive.

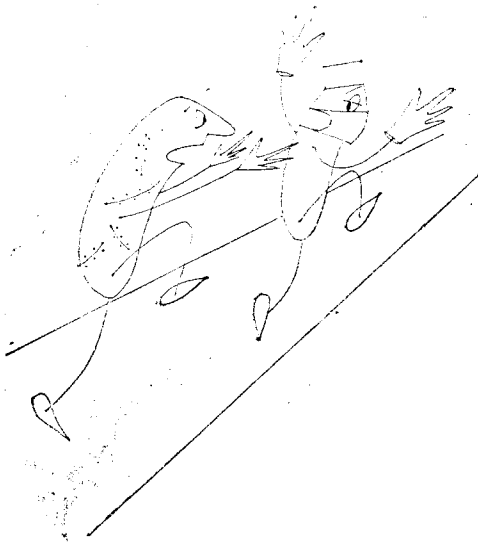
Sindroamele care nu întrunesc toate criteriile unei psihoze afective sînt denumite maniforme și se întîlnesc în cadrul schizofreniilor, psihozelor schizo-afective, patologiei cerebrale organice (paralizia generală, tumori cerebrale, intoxicația cu amfetamine, bromuri, corticoizi, ACTH, L-dopa, antidepressive, alcool, cafeină, cocaină etc.).

Alte circumstanțe etiologice în care poate fi întîlnit sindromul maniaco-depresiv sînt reprezentate de boli infecțioase (gripă, malarie, encefalite), tulburări endocrine (hipertiroidie, boală Cushing, cele din graviditate, menopauză), hemodializa.

Necesitînd, în cele mai multe cazuri, spitalizare (sindromul maniaco-depresiv este considerat o urgență psihiatrică), atît în vederea instituirii tratamentului, cît și pentru prevenirea unor situații socio-familiale complicate, bolnavul maniaco-depresiv beneficiază de terapie psihotropă (neurolepticele), care reduce durata accesului și riscul recidivelor. Concomitent, unii autori indică instituirea terapiei cu săruri de litiu (cu eficiență în formele grave —

ANGST) care poate fi continuată în scop profilactic.

72. MANIE CHIRURGICALĂ CHERTOK^(S) (cf. gr. *mania* „nebulie”) — sin. SINDROMUL POLIOPERATIILOR ; TOXICOMANIE CHIRURGICALĂ MENNINGER ● Sindrom descris de CHERTOK în 1972, la bolnavi spitalofili dornici, din diverse motive, de a se supune intervențiilor chirurgicale, fără a fi simulanți — fiind bolnavi psihic bine definiți sau cu structuri dizarmonice accentuate. Aceste situații au constituit domeniul observațiilor clinice și pentru MENNINGER, care le-a descris în 1934, propunând termenul de „toxicomanie chirurgicală” (polyurgical addiction), cit și pentru ASHER (1951), ROUSSELET (1972), FERREY (1977), HAYNAL (1978). La noi în țară, sindromul a fost descris de POPA (1982) și ANGHELUȚĂ, NICA (1986). Redăm, după ultimii, sistematizarea celor mai frecvente categorii de boli psihice în care se realizează aceste solicitări :



- schizofrenii : cereri absurde sau cereri de corectare a unor „defecte” (legate de trăirile dismorfofobice, de impresia că „s-au modificat” unele segmente ale corpului) ;
- psihoze depresive : cereri care se bazează pe simptomatologia somatică a depresiei, dar care ascund ideile de suicid și ideile de autopedepsire (acești bolnavi speră că vor muri în timpul intervenției chirurgicale) ;
- psihoze și personalități dizarmonice paranoiace : cereri de corectare a unor dismorfii minime ;

- personalități dizarmonice psihastenice și nevroze obsesivo-fobice : utilizarea operației ca o soluție de rezolvare a fobiilor și obsesiilor sau solicitarea unor intervenții de chirurgie estetică ;

- personalități dizarmonice și nevroze isterice : utilizarea intervențiilor chirurgicale ca mijloc de „demonstrativitate”, de dominare și de tiranizare.

Se pare că majoritatea acestor cazuri au ca factor comun depresia profundă cu tendințe de autodistrugere, dublată de un adevărat masochism moral — ceea ce îl îndreptățește pe FERREY să considere acești subiecți „perverși ai apetenței chirurgicale”.

73. MANIE (A) CIFRELOR ● Denumire sub care, în 1883, MAGNAN a descris aritmomania sau onomatomania.

74. MANIE (A) CITITULUI — sin. LECTURO-
MANIE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CLINOMANIE.

75. MANIERISM (cf. fr. *maniérisme*) ● Modalitate patologică de exprimare verbală, mimică, gestuală, atitudinală, caracterizată prin lipsă de naturalitate, neadecvare la situație, prețiozitate, discordanță, inutilitate.

Manierismul limbajului constă în folosirea unor cuvinte enigmatice, neadecvate, formulări ezoterice, adjective ce exprimă o simbolistică proprie, incomprehensibilă, dar și în modificări de intonație, intensitate, tonalitate. Manierismul gestual se exprimă prin gesturi deformatate, amplificate, distorsionate, care își pierd utilitatea reală de comunicare, conducând la o atitudine teatrală, lipsită de naturalitate, plină de ciudățenii, prețiozitate sau rafinement excesiv. Această atitudine traduce, în fond, disproporția dintre dorința de a se afirma față de sine și față de ceilalți, ultima fiind prevalentă (a fi „în public” umple, de fapt, un vid interior).

Manierismul atinge forma extremă în bizaterii, precedând uneori stereotipiile din schizofrenie și constituind, după BINSWANGER, una dintre cele trei forme ale autismului. Asociat frecvent cu puerilismul (sau în absența acestuia), se regăsește în isterie. Se mai întâlnește în delirurile cronice, legat de tema centrală a delirului, în sindromul maniacial, mai ales la debut.

76. MANIFESTĂRI PAROXISTICE NEEPILEPTICE (cf. lat. *manifestare* „a face cunoscut, a arăta”) ● În psihiatrie, pot constitui sursa unor erori grave de diagnostic și tratament ; unele manifestări paroxistice cerebrale neepileptice sînt bine conturate clinic și diagnostic (migrenele, manifestările paroxistice vasculare, crizele vertiginoase etc.), în timp ce altele (narcolepsia, sincopel, accesele cataplectice etc.) ridică probleme serioase de încadrare nosologică, diagnostic și tratament.

Cunoscerea lor se impune pentru a interveni salutar atît cînd constituie urgențe, cît și cînd reprezintă pentru pacient adevărate infirmități.

Criza cerebrală (sinonime : atac, acces, paroxizm, manifestare paroxistică cerebrală) desemnează, în accepțiunea modernă (H. GASTAUD), un „accident” de origine cerebrală care afectează o persoană în stare de sănătate aparentă sau care agravează în mod brusc o stare patologică cronică. O clasificare, aproape unanim acceptată, este următoarea (GASTAUD) :

- crize de origine epileptică, datorate unei descărcări excesive a unei populații neuronale hiperexcitabile ;
- crize cerebrale de origine anoxică, datorate unei „paralizii funcționale” tranzitorii a unei populații neuronale :
 - crize anoxo-anoxice, produse prin insuficiență bruscă a presiunii parțiale a oxigenului sanguin ;
 - crize anoxo-ischemice sau ischemice, produse prin insuficiență bruscă a transportului sau distribuției cerebrale a sîngelui oxigenat, cauzată de oprirea cardiacă, de scăderea tensiunii arteriale sau de obstrucția unei artere aferente cerebrale, extra- sau intracraniene ;
 - crize anoxo-toxice, produse prin blocaj toxic al enzimelor și fermenților respiratori ;
- crize cerebrale de origine toxică, produse de „activarea” unor anumite structuri cerebrale sub efectul unui toxic sau al unei toxine ;
- crize cerebrale datorate unor perturbări metabolice (insuficiență hepatică, hipoglicemie, intoxicație alcoolică) ;
- crize cerebrale în a căror patogenie sînt implicate activări sau eliberări de sub controlul instanțelor inhibitorii superioare a diverselor structuri cerebrale, datorate unor dezechilibre afective (crize de isterie, de anxietate, de furie) ;
- crize cerebrale de origine hipnotică :
 - crize care se traduc printr-un somn patologic (narcolepsia și sindroamele înrudite) ;
 - crize care se manifestă prin unele „stări disociate” de somn (cataplexia, halucinoza) ;
 - crize care survin în cursul somnului fiziologic sau patologic (somnambulismul, automatisme ambulatorii) ;
- crize cerebrale de origine nedeterminată ;
- crize cerebrale determinate de factori intricaiți (sincopă emoțională, crize epileptice provocate de somn).

Relația acestor manifestări paroxistice cerebrale cu epilepsia este variabilă de la caz la caz, unele manifestări fiind sigure neepileptice, în timp ce altele au relații strînse cu epilepsia.

De menționat este și clasificarea autorilor români :

- Manifestări paroxistice cerebrale de origine anoxică :
 - Crize anoxo-ischemice sau ischemice :
 - crize sincopale de diverse origini și mecanisme ;
 - manifestări paroxistice vasculare : insuficiențe circulatorii cerebrale, tranzitorii și intermitente :
 - de origine cerebrală ;
 - de origine extracerebrală (inclusiv hemodinamică) ;
 - crize de drop-attack.
 - Crize anoxo-anoxice sau anoxo-asfixice.
 - Crize anoxo-toxice.
 - Crize cerebrale de origine toxică.
 - Crize cerebrale de origine metabolică :
 - hipoglicemice ;
 - diskaliemice ;
 - din diverse tulburări metabolice (inclusiv genetice) ;
 - spasmofilice.
 - Crize cerebrale de origine psihică :
 - crizele isterice ;
 - crizele de anxietate ;
 - manifestări episodice temporale neepileptice.
 - Convulsiile febrile neepileptice.
 - Crize vertiginoase.
 - Manifestări paroxistice cefaloalgice (îndeosebi migrenele).
 - Crizele de natură sau origine hipnică.
- Pe baza acestei clasificări, poate fi precizată relația cu manifestările epileptice.
- Crizele anoxice cerebrale se împart în :
- crize anoxo-ischemice generalizate și localizate ;
 - crize anoxo-anoxice ;
 - crize anoxo-toxice ;
 - crize anoxo-hipoglicemice.
- Crizele anoxo-ischemice generalizate sau sincopale constau într-o pierdere bruscă și de scurtă durată a cunoștinței, însoțită sau nu de manifestări convulsive, precedată sau nu de simptome preaccusale datorate unei anoxii cerebrale generalizate. Ele se pot produce în urma a șase cauze majore :
- tulburări ale circulației periferice :
 - sincopa vaso-depresorie ;
 - sincopa din hipotensiunea ortostatică ;
 - boli cardiace :
 - tulburări de ritm cardiac, sindromul Adams-Stokes ;

- sincopa din hipersensibilitatea sinusului carotidian;
- alte tulburări : — reflexe vago-vagale ;
— reflexe glosio-faringo-vagale ;
— reflexe oculo-vagale;
- sincopa produsă de afecțiuni pulmonare și ale căilor respiratorii :
— sincopa de hiperventilație ;
— sincopa de tuse ;
- sincopa cauzată de diferite tulburări cerebrale ;
- sincopa psihică ;
- alte tipuri : sincopa de micțiune.

Pentru a pune un diagnostic corect, de mare importanță este analiza împrejurărilor care au dus la pierderea cunoștinței (schimbări de poziție, tuse, micțiune, febră, emoții, frică, compresii pe regiunea latero-cervicală), stabilirea antecedentelor personale ale pacientului (boli cardiace, pulmonare, endocrine, ale sistemului nervos : tabes, siringomieli) și prezența manifestărilor preaccusuale, postaccusuale, ca și manifestarea clinică a sincopii.

Simptomele preaccusuale constau în stare de disconfort, transpirații reci, vertij, greață, paloare, senzație de prăbușire și nu apar în mod constant, neavertizând bolnavul.

Pierderea de cunoștință este de regulă de durată scurtă, pină la un minut, în cele mai multe cazuri bolnavul prezentînd flaciditate musculară și paloare. Uneori, poate prezenta o contractură tonică mai lungă însoțită de apnee și terminată printr-o respirație stertoroasă, urmată de o fază clonică foarte scurtă și clonii de mică intensitate.

Simptomele postaccusuale sînt reprezentate de o scurtă perioadă confuzională, după care bolnavul își recapătă cunoștința acuzînd astenie marcată, ele deosebindu-se net de simptomatologia post-critică epileptică.

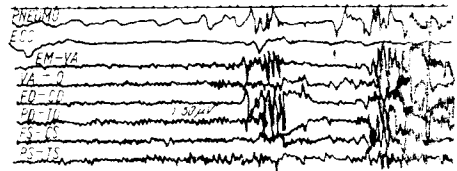
Crizele anoxo-ischemice parțiale, consecutive suspendării tranzitorii a circulației într-un teritoriu vascular cerebral limitat, ridică probleme de diagnostic diferențial, simptomatologia fiind reversibilă sau recurentă. Ele cuprind atacurile de insuficiență circulatorie în teritoriul carotidian (cu episoade de disfazie, disestezie, pareze sau tulburări de conștiință), atacuri de insuficiență circulatorie în sistemul vertebro-bazilar (cu crize de „drop-attack” caracterizate prin cădere, cu pierderea tonusului muscular, fără alterarea conștiinței) sau atacuri de migrenă complexe (cu simptome vizuale, somatomotorii, auditive).

Accesele anoxo-hipoxice sînt declanșate de tulburări de distribuție a gazelor, ducînd la importante perturbări ale metabolismului cerebral. Hipoxia declanșează apariția sincopii. Există patru tipuri de hipoxii :

- anoxic (în tulburări ale mecanicii respiratorii sau de circulație) ;

- anemic (anemii, hemoragii, intoxicație cu oxid de carbon, nitriți și cloral) ;
- stagnant (insuficiență cardiacă, tulburări în reîntoarcerea venoasă a sîngelui) ;
- histo-toxic (blocarea mecanismelor respiratori celulare în administrarea de morfină, anestezice, barbiturice, intoxicația cu cianuri).

Sincopa cu mecanism anoxic se produce în timpul efortului la cardiopați, mai ales la cei cu tulburări de conducere atrio-ventriculară, în stări emoționale (de exemplu, de frică) sau în spasmele de plîns ale nou-născuților cînd se modifică mecanica respiratorie.



Sincopă în sindromul Adams-Stokes (după Popoviciu)

Cel mai des, sincopa poate fi confundată cu epilepsia, fie cu formele akinetice sau atonice, fie cu crizele de grand mal, cînd accesul sincopal este convulsiv. Diagnosticul diferențial se bazează pe clinica accesului sincopal (în formele convulsive faza tonică și clonică sînt mai scurte și estompate, lipsește coma postcritică) și pe înregistrările electroencefalografice, standard sau după activare. De mare ajutor sînt și alte înregistrări poligrafice, care furnizează date legate de modificările diversilor parametri, permițînd formularea unor concluzii asupra mecanismelor cauzale sincopale.

În cadrul manifestărilor episodice legate de somn, o atenție deosebită trebuie acordată hiper-somniilor funcționale, identificate în cea mai mare parte cu narcolepsiile.

Narcolepsia se caracterizează prin crize bruște de somn (sleep attack), cu durate variabile, care pot apărea de mai multe ori pe zi. Atacul de somn poate fi însoțit de alte simptome: cataplexie, halucinații hipnagogice și paralizii de somn, constituindu-se astfel „tetrada narcoleptică” clasică → NARCOLEPSIE.

Atacurile cataplectice apar mai rar, asociindu-se cu atacurile narcoleptice. Marile accese cataplectice, cu inhibiția totală a tonusului postural, se deosebesc de crizele cataplectice parțiale, în care există o diminuare tonică localizată la un teritoriu muscular.

Accesul cataplectic major constă într-o prăbușire rapidă, dar nu instantanee, brutală ca în epilepsie, bolnavul asistînd conștient la prăbușirea cataplectică, rămînd imobil și aton. În mod brusc, mandibula coboară, gura se întredeschice, pieoapele se închid, capul se înclină pe piept, mem-

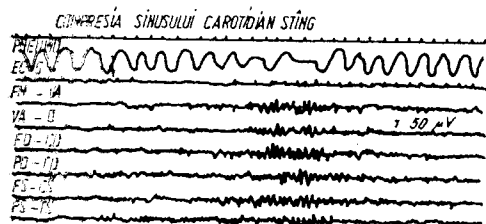
brele superioare cad de-a lungul corpului, genunchii se îndoaie și bolnavul se prăbușește. Uneori se remarcă mișcări involuntare, abolirea reflexelor tendinoase, fotomotorii, tulburări vegetative paroxistice.

Există și manifestări combinate de accese narcoleptice și cataplectice, succesiunea fiind cataleptie-narcolepsie.

Formele parțiale de cataleptie (larvate), limitate ca topografie și durată, se manifestă prin flexia bruscă anterioară a capului, hipotonia limitându-se uneori doar la maxilarul inferior sau la unul dintre membrele superioare sau inferioare (cu dereobare parțială), alteori interesând trunchiul (cu înclinare bruscă într-o „reverență”).

Paralizările de somn, după momentul apariției lor, pot fi de trezire sau de adormire, manifestându-se sub formă de crize în care bolnavul se simte paralizat, „incapacitatea” motorie asociindu-se cu anxietatea.

Clinic, diagnosticul diferențial al crizelor cataleptice se face cu epilepsiile statice Ramsay-Hunt, cu crizele de picnolepsie, cu crizele epileptice akinetice și amiotonice Gastaud, elementele diferențiale fiind următoarele: absența factorului emoțional declanșant, asocierea frecventă a tulburărilor de conștiință, stările confuzionale postaccesuale și amnezia accesului. Anomaliile electroencefalografice și poligrafice sînt cele care tranșează diagnosticul.



Sincopă prin hiperreflectivitate sinocarotidiană (după Popoviciu)

Hipersomniile simptomatice cuprind sindromul Kleine-Lewin-Critchley, care asociază din punct de vedere clinic o hipersomnie de tip periodic cu hiperfagia. El nu are nici o relație cu narcolepsia sau cu epilepsia, fiind cauzat, se pare, de o leziune mezodiencefalică.

Sindroamele de hipersomnie cu hipoventilație respiratorie și cu obezitate au pus probleme de încadrare și de fiziopatologie. Un exemplu mai bine cunoscut îl constituie sindromul Pickwick, în care somnolența este întreruptă de apnee severă de tip central, obstructiv sau mixt, însoțită de atonie musculară și activități lente delta, în bufeuri pe derivațiile electroencefalografice ale liniei mediane. reapariția tonusului muscular precedând reluarea respirației.

O altă manifestare paroxistică este reprezentată de halucinoza pedunculară descrisă de LHERMITTE, caracterizată prin percepția vizuală a unor imagini colorate, mobile, reprezentînd persoane sau animale de dimensiuni mici (liliputane), percepția care survine vespéral, uneori hipnagogic, confundîndu-se cu halucinațiile din „dreamy state”; se deosebesc însă de acestea prin lipsa stării confuzionale, a anxietății sau a oricărei trăiri delirante și prin asocierea cu alte procese patologice pedunculare (tulburări motorii, senzitive, cerebeloase sau leziunea perechii a treia de nervi cranieni).

Manifestările paroxistice nocturne neconvulsive nu au relații cu epilepsia decît dacă sînt asociate cu crize convulsive tipice sau cu alte accese epileptice caracteristice. După GASTAUD și colaboratorii, ele se clasifică, după gradul de „gravitate” al modificărilor electrice induse în electrogeneza cerebrală hipnică, în:

- Fenomene care nu provoacă modificări în electrogeneza cerebrală hipnică, fiind considerate „elemente integrante” ale somnului nocturn:
 - mioclonii hipnice fiziologice;
 - automatismele masticatorii hipnice;
 - automatismele „habituale” hipnice (ticuri obișnuite);
 - automatisme mimice hipnice (rîsul și plînsul);
 - reveriile hipnagogice;
 - visurile.
- Fenomene care provoacă modificări ușoare, simple, ale electrogenezei cerebrale hipnice, fără întreruperea somnului:
 - mișcări brutale segmentare și globale;
 - mișcări gestuale;
 - automatismele verbale (somniale);
 - enurezis nocturn.
- Fenomene care provoacă modificări importante ale electrogenezei cerebrale hipnice, realizînd „episoade de trezire electroencefalografică”:
 - fenomene care provoacă o trezire EEG discretă în cursul adormirii sau în timpul somnului superficial:
 - senzațiile, iluziile și halucinațiile hipnagogice;
 - paralizările hipnagogice;
 - anxietatea nocturnă;
 - fenomene care provoacă o trezire EEG intensă în timpul somnului profund:
 - automatismul ambulatoriu nocturn;
 - pavorul nocturn;
 - coșmarurile.

Automatismele ambulatorii nocturne (somniale) reprezintă un fenomen nocturn profund adesea cu automatismele psihomotorii sau cu episoadele somnambulice ale istericilor. De multă vreme se știe că automatismele de diverse tipuri depășesc cadrul strict al epilepsiei

temporale, ele fiind comune mai multor tipuri de epilepsie (petit mal, psihomotorii, centrencefalice, focale frontale). Din definiția dată de JASPERS și PENFIELD automatismelor motorii din timpul sau după o criză comițială, rezultă că fenomenele motorii sînt însoțite de tulburări de conștiință și amnezie, fiind doar un element al tabloului clinic, dominat în mod esențial de celelalte tulburări amintite.

După unii autori, printre care și GASTAUD, somnambulismul este o manifestare episodică nocturnă neepileptică, de cele mai multe ori de origine psihoreactivă, frecventă la copii și mai rară la adolescenți și adulți. Un procent mare de somnambulism se întâlnește în dizarmoniile de personalitate, la bolnavii cu tulburări de tip schizoid, la spasmo-filici. Episodul constă în mișcări lente și necoordonate; subiectul coboară din pat, umblă prin cameră sau chiar prin locuință, palid, cu ochii deschiși, privirea fixată în sus, putînd efectua uneori mișcări precise, coordonate, sau răspunzînd la întrebări, după care se reîntoarce în pat. Trezirea în timpul episodului este dificilă, iar după episod subiectul are o amnezie completă. Unii specialiști consideră aceste manifestări drept crize confuzionale isterice, dar alții merg mai departe, considerînd somnambulismul un „echivalent” comițial.

Autorii români consideră somnambulismul și manifestările motorii nocturne ca evenimente fiziologice fără relații cu epilepsia, ca manifestări psihoreactive, dar și ca manifestări neepileptice apărute la bolnavi cu suferință organică cerebrală (encefalopatii etc.); sînt evidențiate însă și automatisme ambulatorii nocturne realmente epileptice. Numai întregul context clinico-electroencefalografic și poligrafic permite stabilirea relațiilor cu epilepsia.

Alături de somnambulism și enurezis, una dintre manifestările episodice nocturne, frecvent întîlnite la copii, este pavorul nocturn, caracterizat prin: trezire bruscă, anxietate intensă cu tulburări vegetative, mișcări corporale, deambulări de tipul somnambulismelor, vocalizări, stări halucinatorii și confuzo-delirante și amnezia episodului.

Problema relațiilor pavorului nocturn cu bolile organice ale sistemului nervos central și cu epilepsia este controversată; elementele de diagnostic diferențial cu epilepsia sînt reprezentate de caracterul paroxistic al manifestărilor, amnezia episodului, unele caractere poligrafice din cursul unor episoade, prezența unor antecedente de crize epileptice în unele cazuri de pavor nocturn, existența unor semne clinice de suferință cerebrală organică și prezența unor anomalii de tip epileptic pe înregistrări EEG.

Există studii (TASSINARI și colaboratorii) făcute pe bolnavi epileptici cu crize de pavor noc-

turn, care au demonstrat că la nici un episod de pavor nocturn modificările EEG nu erau de tip epileptic, cu toate că bolnavii prezentau și rare crize epileptice, însoțite de modificări EEG caracteristice. Deci ipoteza cea mai probabilă este asocierea a două fenomene independente, și nici-decum identificarea lor, nici o legătură causală patogenică.

Majoritatea autorilor susțin însă că pavorul nocturn, ca și somnambulismul, este o manifestare episodică neepileptică, de origine psihoreactivă, apărută mai ales la copiii fricoși, anxioși, irascibili, instabili, impulsivi, fiind uneori consecința unei educații greșite.

A treia manifestare, cunoscută ca „sleep disorder”, este enurezisul nocturn, caracterizat prin emisiune involuntară de urină în timpul somnului, la o vîrstă cînd, în mod normal, ar trebui să existe controlul micțiunilor. Mult mai frecvent la băieți decît la fete, sindromul enuretic poate fi primar (atunci cînd controlul cerebral al micțiunilor nu a existat niciodată) sau secundar (cînd controlul conștient al micțiunilor este pierdut după o perioadă de timp de la instalarea lui). Etiopatogenia enurezisului include afecțiuni organice: malformații congenitale ale măduvei și ale coloanei vertebrale, malformații urogenitale și afecțiuni inflamatorii cronice ale căilor urinare, leziuni post-traumatice cerebrale, medulare, sechele de encefalopatie infantilă, parazitoze intestinale, afecțiuni endocrinologice. Mai există enurezisul nocturn „esențial” (de origine nedeterminată). În privința originii epileptice a enurezisului, literatura de specialitate oferă date contradictorii. Unii autori îl încadrează în teritoriile de limită ale epilepsiei (borderlands of epilepsy), alții îl consideră de origine epileptică, în timp ce alții au ajuns la concluzia că ar fi o manifestare nocturnă vegetativă neepileptică, de origine psihogenă, care poate să apară și la bolnavi epileptici.

Problema relațiilor dintre enurezis și epilepsie este deosebit de complexă. Astfel, asocierea enurezisului cu alte fenomene episodice hipnice este un criteriu clinic important, care atrage atenția asupra originii organice sau chiar epileptice; în aceste cazuri, se evidențiază și semne electrice anormale, chiar comițiale, enurezisul manifestîndu-se într-o formă primară, iar în antecedentele pacienților se semnalează meningoencefalite, traumatisme obstetricale și craniocerebrale, convulsii febrile infantile.

Focalizarea temporală unilaterală netă a modificărilor electrice comițiale pe traseele EEG ale unor copii enuretici este un argument pentru originea epileptică a enurezisului.

După clasificarea lui GASTAUD, o altă manifestare nocturnă psihomotorie este reprezentată de automatismele verbale — manifestări episodice caracterizate printr-o vorbire mai mult sau mai

puțin inteligibilă în timpul somnului nocturn (somnialeocvia). Acestea, mai ales în cazurile simple, neasociate cu alte paroxisme hipnice, au o origine psihoreactivă, confirmată de lipsa alterărilor electrice de tip epileptic pe traseele EEG, chiar la activarea cu Baytinal sau Epartol. În situația în care se asociază cu automatisme ambulatorii nocturne, pot să reprezinte simptome de asociere în cadrul unei epilepsii temporale.

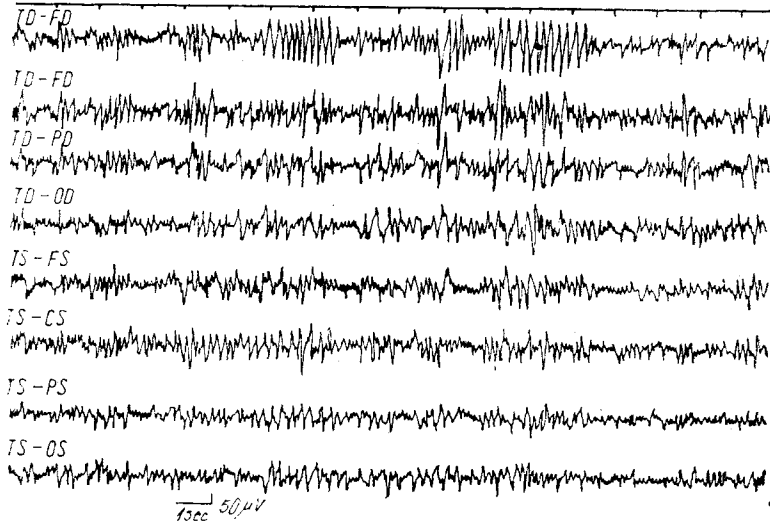
În afara automatismelor ambulatorii nocturne, manifestările motorii paroxistice hipnice sînt extrem de variate, putînd fi încadrate în următoarele categorii :

- Fenomene paroxistice care nu provoacă modificări semnificative în electrogeneza cerebrală hipnică :
 - mioclonii hipnice „fiziologice” ;
 - automatisme habituale hipnice (ticuri obișnuite, jactatio capitis) ;
 - automatisme masticatorii hipnice (bruxism) ;
 - automatisme mimice hipnice (rîs, plîns) ;
 - sindromul „picioarelor neliniștite”.
- Fenomene paroxistice care provoacă modificări ușoare în activitatea cerebrală hipnică :
 - mișcări banale, segmentare și globale ;
 - automatisme gestuale hipnice (mișcări gestuale).

Ca privire de ansamblu, există o incidență familială deosebită a acestor manifestări nocturne, mai frecventă în cazurile cu jactatio capitis nocturna, cu mișcări gestuale și cu sindromul „picioarelor neliniștite”. În marea majoritate a cazurilor sindroamele motorii paroxistice nocturne sînt de origine psihoreactivă ; datele anamnestice, clinica și normalitatea traseelor EEG constituie argumente în sprijinul acestei afirmații. Din cercetările efectuate se desprinde concluzia că majoritatea miocloniilor hipnice, numite „fiziologice”, sînt în realitate expresiile clinice neepileptice ale unor afecțiuni cerebrale organice sau manifestări nocturne de origine epileptică, concretizate prin caracterul bilateral, sincron și simetric al descărcărilor EEG.

Variete și frecvente sînt și manifestările psihosenzoriale nocturne, fenomene hipnice episodice ce reprezintă o „activitate mentală ideativă” în timpul somnului nocturn. Acestea pot fi clasificate în :

- Manifestări psihosenzoriale care nu provoacă modificări EEG semnificative :
 - reveriile și imaginile hipnagogice ;
 - visele.
- Manifestări psihosenzoriale care provoacă modificări ușoare EEG, realizînd un episod de discretă trezire EEG :



Somnialeocvie și automatisme ambulatorii nocturne (după Popovicu)

- Fenomene paroxistice care provoacă tulburări importante în electrogeneza cerebrală hipnică, realizînd foarte des o reacție de trezire EEG :
 - tresăriri hipnagogice ;
 - paralizii hipnagogice sau hipnice (inclusiv „catalepsia hipnică”).

- senzații nocturne (extero-, intero- sau proprioceptive) ;
- iluziile nocturne, consecutive unor excitanți, îndeosebi auditivi ;
- halucinații nocturne, mai frecvente în faza de adormire, putîndu-se asocia cu paralizii hipnagogice și cu catalepsia nocturnă ;

- anxietate nocturnă, care determină o disociație clinico-electroencefalografică (clinic subiectul doarme, în timp ce EEG prezintă o stare de veghe).
- Manifestări psihosenzoriale care provoacă modificări EEG importante, realizând un episod de trezire intensă EEG :
- obnubilarea care, după GASTAUD, este o disociație clinico-electroencefalografică prin somn comportamental fără somn electric ;
- coșmarele, caracterizate prin trei elemente importante (JONES și GASTAUD) : anxietate, senzație de sufocare și senzație de paralizie.

În apariția acestor manifestări nocturne psihosenzoriale, rolul principal este deținut de factorul psihic, observațiile electroencefalografice și poligrafice neevidențind modificări de tip epileptic sau anomalii de focar.

Un grup bine delimitat, cuprins în clasificarea manifestărilor paroxistice cerebrale neepileptice, îl constituie crizele cerebrale psihogene. În cadrul acestora, crizele isterice se prezintă în general sub aparența unor manifestări nervoase organice, cuprinzând sindromul „neurologic” (paralizii, contracturi, anestezii, tulburări senzoriale, somnul sau catalepsia isterică, tulburări vasomotorii și secretorii, criza nervoasă isterică), toate evoluind pe fondul unei personalități isterice și fiind declanșată psihogen.

Diagnosticul diferențial cu epilepsia este relativ simplu când se pune problema diferențierii crizelor de grand mal de cele isterice, în care reflexele nu sînt abolite, nu apar reflexe patologice, nu există aură, nu se înregistrează convulsii clonico-tonice tipice, nu există relaxare sfincteriană, iar durata este mai lungă decît a crizelor epileptice. Mai dificilă este situația intricării celor două afecțiuni, istero-epilepsia, cînd, după o traumă psihică se declanșează criza isterică, continuată de o criză epileptică. Electroencefalograma constituie examenul paraclinic de diferențiere a epilepsiei de isterie, deși absența modificărilor EEG nu este suficientă pentru infirmarea cu certitudine a diagnosticului de epilepsie, impunîndu-se **necesitatea** folosirii activărilor medicamentoase.

Datorită polimorfismului ei, criza isterică mai trebuie diferențiată de sindroamele subcorticale și diencefalice, de diferitele afecțiuni organice, de tetanie și chiar de simularea conștienței.

În categoria manifestărilor paroxistice cu aspect psihopatologic sînt incluse crizele de anxietate, precum și manifestări temporale neepileptice, constituite din tulburări tranzitorii ale stării de conștiență, considerate a avea însă un substrat organic. În cadrul acestora, sînt descrise episoadele dipsomanice, episoadele depresive, crizele de agresivitate, de impulsivitate episodică, episoadele

porio-maniacale. Diagnosticul diferențial al acestor manifestări cu epilepsia și cu fenomenele psihice postcritice este dificil, datorită asemănării cu tulburările psihice din anumite forme de epilepsie ; se bazează pe absența oricărui alt simptom epileptic paroxistic și pe absența anomaliilor electroencefalografice de tip epileptic, cu excepția modificărilor la activările cu barbiturice (bufeuri de unde ample, uneori cu vîrfuri lente, bifazice, unilaterale, pe derivațiile temporale).

Crizele cerebrale de origine metabolică (așa-numitele „epilepsii funcționale”), consecință a unei tulburări funcționale cerebrale, sînt independente de orice leziuni organice a sistemului nervos central, și reprezintă modalități de răspuns ale creie rului la perturbări metabolice complexe, care modifică excitabilitatea neuronilor.

GASTAUD le clasifică în trei categorii :

- epilepsii metabolice „pure” (independente de orice leziune organică decelabilă) ;
- epilepsii metabolice „secundare” unor leziuni cerebrale determinate de tulburări metabolice ;
- convulsii epileptice induse prin condiții metabolice speciale (anoxie, hipoglicemie, alcool).

Convulsiile de origine metabolică sînt fie consecința unor tulburări metabolice ereditare, fie consecința unor tulburări metabolice generale neereditare.

Bolile metabolice ereditare în al căror tablou clinic apar convulsiile sînt datorate :

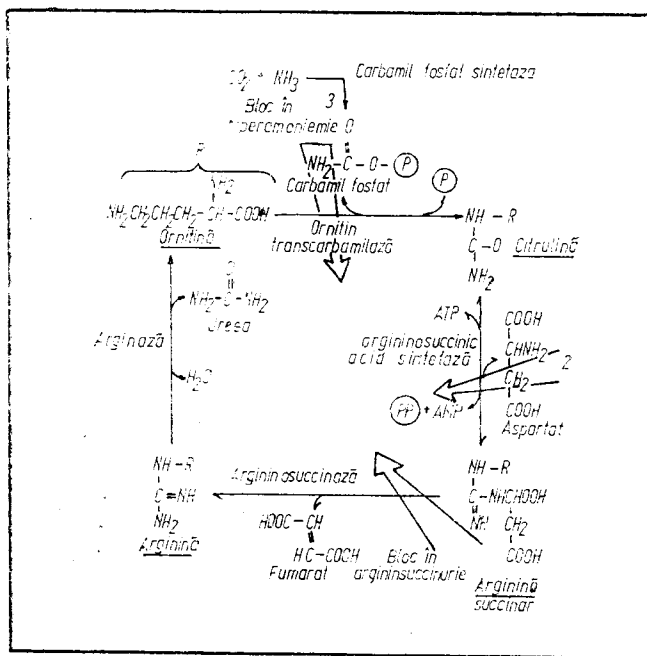
- tulburărilor metabolismului proteic și al aminoacizilor (fenilketonuria, argininsuccinuria, boala „urinilor cu miros de arșar”, encefalopatia Smith și Strang, hiperprolinemia, hiperlizinemia, homocistinuria, argininemia, metionin-malabsorbția, hiperglicinemia, tirozinoza, citrulinuria) ;
- tulburărilor metabolismului glucidic (lacticacidemia, hipoglicemia idiopatică infantilă spontană, hipoglicemia indusă de leucină, intoleranța la fructoză, glicogenoza de tip doi — boala Pompe — și trei — boala Forbes —, galactozemia, mucopolizaharidozele) ;
- tulburărilor metabolismului lipidic (sindromul Sidbury Schmith și Harian, gangliozi-dozele, sulfatidozele, fosfolipidoze, cerebrozidoze, boala Hand-Schüller-Christian, hiperlipemia esențială, sindromul Chediak-Higashi, epilepsia „sensibilă la dietă hiperlipidică”, lipofuscinoza difuză a sistemului nervos central) ;
- tulburărilor metabolismului bilirubinei (sindromul Crigler-Najjar) ;
- tulburărilor în metabolismul porfirinelor (porfirie acută intermitentă) ;
- sindromului de piridoxidependență ;

- altor tulburări ereditare însoțite de crize convulsive (hipofosfatemie, lupus eritematos difuz ș.a.).
- Convulsiile din bolile metabolice neereditare se întâlnesc în :
 - tulburările metabolismului apei și sodiului datorate hiperhidratării celulare (insuficiențe

digestivă, metabolică) sau hipoglicemia idiopatică.

Cu frecvență redusă sînt semnalate :

- paralizii diskaliemice paroxistice, în cadrul paraliziei periodice familiale hipokaliemice (boala Westphal), constînd în crize paretice ale unui mușchi sau grup de mușchi, care



Defecte metabolice în ciclul ureei (după Popoviciu)

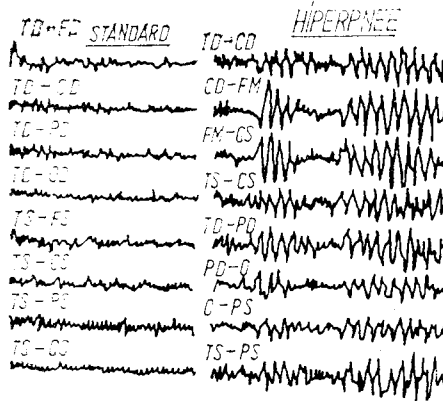
- renale, toxemii gravidice, insuficiențe endocrine, sindromul paraneoplazic Schwartz-Bartter, hipernatriemia esențială);
- tulburările metabolismului magneziului, în special scăderea ionilor de magneziu (în tulburări gastrointestinale: sindrom de malabsorbție, ciroze alcoolice; tulburări endocrine: hiperparatiroidism, hiperaldosteronism, comă diabetice; tulburări renale: pielonefrite și acidoze renale);
- convulsii din encefalopatia hepatică;
- convulsii din stări uremice;
- convulsii provocate prin carență piridoxinică (la sugari hrăniți cu lapte praf și în tratamentul de lungă durată cu hidrazidă și izoniazidă);
- convulsii hipoglicemice din hipoglicemiile spontane, organice, de origine pancreatică (adenoame, carcinoame, hiperplazii simple) sau de cauză extrapancreatică (endocrină,

merg pînă la paraliza completă a unui anumit teritoriu, cu mărirea de volum a teritoriului afectat, fără tulburări sfincteriene, de sensibilitate sau modificări EEG;

- paralizii periodice familiale hiperkaliemice (boala Gamstrop) — accese de paralizie cu debut brusc în timpul unei activități intense musculare, interesînd membrele inferioare, cu modificări numai de ionogramă sanguină și de electromiogramă;
- paraliza periodică normokaliemică — crize paretice musculare fără modificări semnificative ale ionului de potasiu.

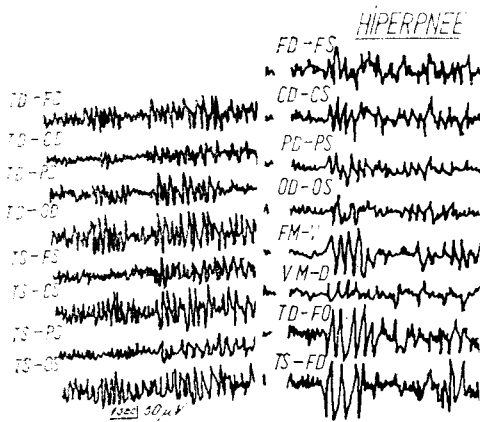
Manifestările spasmodice, fie că ne referim la manifestările cronice ale sindroamelor spasmodice sau la crizele acute de tetanie, cu contracții musculare generalizate, se caracterizează prin polimorfism clinic, fiind asociate cu manifestări centrale, periferice, vegetative, trofice, psihice etc.

Unele fenomene clinice (tremurăturile, lipotimiile, pierderile de conștiință cu convulsii generalizate) pun problema diagnosticului diferențial cu epilepsia, mai ales cu „epilepsia funcțională generalizată”, care are la bază tulburări metabolice și disfuncții endocrine. Acesta este tranșat prin interpretarea corectă a fenomenelor clinice



Convulsii spasmofilice (după Popoviciu)

și traseelor EEG obținute (inclusiv după activare medicamentoasă), fiind bine cunoscute situațiile în care cele două boli coexistă.



Convulsii febrile (după Popoviciu)

Convulsiile febrile sînt accese convulsive generalizate sau parțiale, asociate unor stări febrile care apar cu precădere în jurul vârstei de trei ani. Criteriile încadrării unui episod convulsiv în cadrul convulsiilor febrile sînt :

- accesul convulsiv în stare febrilă trebuie să fie primul semn din cadrul sindromului ;
- convulsiile să aibă loc în primele 24 de ore ale unei stări febrile de cel puțin 38°C ;
- bolnavul să nu prezinte afecțiuni organice la nivelul sistemului nervos central ;
- durata crizelor să nu depășească 15 minute, și, chiar dacă ele se repetă, să nu ducă la un status convulsiv ;
- prima criză să aibă loc înaintea vârstei de trei ani ;
- pe EEG să nu se evidențieze, la cel puțin o săptămînă după criză, grafoele menteevocatoare de comițialitate.

Delimitarea exactă a convulsiilor febrile de epilepsie este deosebit de dificilă, datorită suprapunerii a numeroase aspecte clinice și bioelectrice. Există convulsiile febrile complicate, care apar pe un fond organic cerebral-lezional, de obicei la epileptici, la care hipertermia are doar un rol activator în geneza convulsiilor.

■ 77. MANIHEISM (cf. fr. *manichéisme*, de la MANIHEUS, învățat persan) ● Religie orientală întemeiată de preotul persan MANES (MANIHEUS) în secolul al III-lea e.n. Aspirînd să întemeieze o religie universală, MANES a îmbinat, în mod eclectic mazdeismul (sau zoroastrismul) cu elemente gnostice, creștine și budiste. Maniheismul propune o viziune cosmogonică dualistă, apreciind ca principiu dinamic al universului antagonismul dintre Bine (lumina, de esență spirituală) și Rău (asociat cu tenebrele, materia). Misiunea omului iluminat de revelație constă în eliberarea binelui subjugat de rău, prin autocunoaștere și armonizare lăuntrică, ceea ce presupune celibatul și asceza. Elemente de maniheism se regăsesc în unele erezi creștine medievale (bogomili, catari, albigenzii etc.).

Prin generalizare, termenul desemnează orice doctrină care ipostaziază opoziția etică dintre bine

și rău, înălțând-o la rangul de principiu ontologic și interpretând finalist devenirea universală ca apropiere de triumful final al binelui asupra răului.

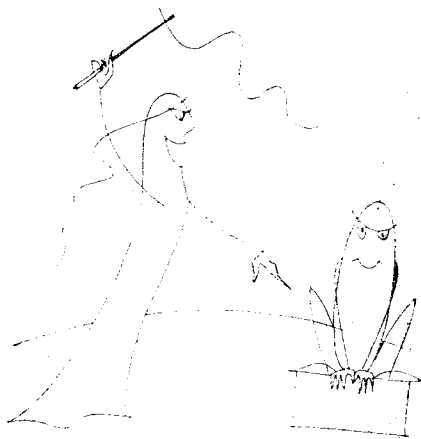


78. **MANIHEISM DELIRANT**⁽¹⁾ ● Delir a cărui tematică o reprezintă înfruntarea nesfârșită dintre bine și rău (principiu pe care maniheiismul îl interpretează ca o confruntare între Dumnezeu și Diavol). Deși persoana sa reprezintă obiectul conflictului, delirantul asistă, fără să participe, la războiul care se desfășoară între cele două fracțiuni în care este împărțită lumea. Detașarea, neangajarea în conflict, denotă un delir evoluat, în care suportul afectiv este slab sau lipsește, ca în stările terminale ale psihozelor delirante cronice și în demențe. În delirurile paranoide, maniheiismul delirant se poate manifesta precoce, ideile de persecuție și cele de grandoare înfruntându-se în mintea bolnavului. Idealul victoriei complete a forțelor binelui rămâne de neatins, resurrecția forțelor malefice fiind oricând posibilă.

79. **MANN**⁸ semn ● Descriș de Ludwig MANN (1866 — 1936), constă în dezechilibrarea subiectului în momentul în care, în poziție ortostatică, cu picioarele unul în fața celuilalt, i se solicită să închidă ochii. Este caracteristic pentru leziunile vestibulare sau ale sensibilității profunde. În cazul funcționalului, dezechilibrul nu se produce.

80. **MANIPULARE** (cf. fr. *manipuler*: vezi lat *manus* „mână”) ● Termen care, în afara sensului de comportament motor specific mîinii, a căpătat, prin extensie, și înțelesul de influențare a conduitei altor persoane. Se vorbește, de exemplu, despre manipularea opiniei publice cu ajutorul mass-media. La nivel individual, manipularea este realizată fie cu ajutorul unor metode persuasive deosebite, fie cu ajutorul unor tehnici ca „spălarea creierului”, practicate de unele secte religioase.

În psihiatrie, se poate vorbi de o manipulare a anturajului de către bolnavul isteric, care își folosește în acest scop potențialul conversiv. FORGUS, citat de POPESCU-NEVEANU, vorbește despre așa-numita manipulare a percepției.



81. **MANIPREX**^(M) Belgia ● Timozoleptic, sare de litiu $\xrightarrow{\text{sin}}$ CARBONAT DE LITIU^(M) România.

82. **MANOZIDOZĂ** ● Sindrom care asociază hepatomegalia, modificările măduvei osoase și malformațiile feței cu grade diferite de întârziere mentală. Are transmitere ereditară autosomal-recesivă și este legat de deficitul de monoizidază. Ca și alte enzimopatii, este deosebit de rar. Diagnosticul prenatal poate fi făcut.

83. **MANTICĂ** (cf. gr. *mantis* „profet, ghicitor”) ● Artă a divinației, constînd într-un ansamblu de tehnici diverse pentru prezicerea viitorului cu ajutorul pretenșii interpretării a semnelor cerești, a zborului păsărilor sau al altor fenomene naturale. Asociindu-se în mod necesar cu credința în predestinare, mantica pretinde să descifreze traseul destinului individual sau colectiv prin interpretarea codificată a unor semne cu valoare simbolic-profetică, avînd un caracter mai mult sau mai puțin esoteric. Printre cele mai elaborate

și mai răspândite tehnici mantice se numără astrologia, chiromanția, cartomanția, aritmomanția sau numerologia — la care se mai adaugă alte câteva zeci de „arte divinatorii”, dintre cele mai fanteziste.

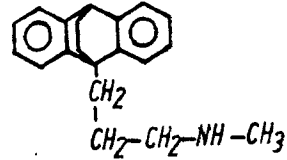
84. MAO (monoaminoxidaza) ● Enzimă care participă, împreună cu catecoloximetiltransferaza (COMT), la inactivarea catecolaminelor după eliberarea acestora din depozite. Sub acțiunea enzimelor, catecolaminele se transformă în aldehidele corespunzătoare, acestea fiind metabolizate pînă la forme eliminabile și dozabile. Astfel, acidul vanil-mandelic eliminat prin urină reflectă gradul de solicitare a catecolaminelor de la periferie. În ceea ce privește activitatea sistemelor adrenergice centrale, produsul final dozabil este 3-metoxi-4-hidroxi-feniletilenglicolul (MHPG). Din degradarea serotoninei, eliberată din depozite sub acțiunea MAO, rezultă ca produs final acidul 5-hidroxi-indol-acetic (5HIA), prezent în urină în cantități mari, în alcoolismul cronic. Metabolizii acizi se pot acumula în lichidul cefalorahidian prin blocarea transportului lor sub acțiunea Probenecidului. Fiind o metaloenzimă dependentă de ionii de calciu și de ionii de fier, MAO își exercită acțiunea preferențial la nivel cerebrospinal, unde au fost decelate două tipuri de MAO: A și B. Tipul A acționează specific asupra noradrenalinei, serotoninei, dopaminei și tiraminei, în timp ce tipul B este activ asupra beta-feniletilaminei, benzilaminei, triptaminei și dopaminei (POPOVICIU). Înhibarea celor două tipuri de MAO se face de asemenea specific, clorgilina fiind inhibitorul tipului A, iar deprenilul acționînd asupra MAO de tip B. Prin aceste acțiuni specifice, MAO își exercită rolul biologic de degradare a excesului de catecolamine din teritoriul presinaptic și, deci, de participare la menținerea constantă a depozitelor de catecolamine din organism.

MAO este prezentă și în mucoasa intestinală și în ficat, cea intestinală fiind de tip A. Acțiunea enzimei la acest nivel constă în metabolizarea și controlul nivelului aminelor presoare absorbite de-a lungul mucoasei intestinale. Importanța clinică a acestui aspect se leagă de faptul că înhibarea medicamentoasă a MAO de tip A poate produce crize hipertensive, iar administrarea orală a simpaticomimeticelelor nu mai poate fi controlată, deoarece nu mai există posibilitatea controlului absorbției lor intestinale. Pe de altă parte, utilizarea inhibitorilor poate influența stările depresive în mod diferențiat, în funcție de substratul jor biochimic.

S-au utilizat în ultimii ani tehnici de explorare a activității MAO plachetare la bolnavii psihici, în ideea obținerii unor informații privind substratul biochimic al acestor afecțiuni. Rezultatele sînt diferite în funcție de autori, constatîndu-se

reduceri ale acitivității MAO plachetare în schizofrenie și creșteri în depresiile atipice. Aceste constatări vin în sprijinul ipotezei patogeniei biochimice a bolilor psihice.

85. MAPROTILINE (DCI) ● Derivat dibenzociclo-octadienic, de tip N-metil-9,10-etancantracen-9



(10H)-propilamină, cu acțiune antidepresivă, anxiolitică și sedativă. Acțiunea sa terapeutică se instalează rapid, manifestîndu-se în trepte asupra insomniei (după cîteva zile), anxietății și depresiei. Este indicat mai ales în depresii, indiferent de intensitate (depresii endogene, psihogene, reacții cu componentă depresivă, depresii somatogene, depresii mascate, depresii de involuție). Avînd o bună toleranță și efecte secundare moderate, cît și datorită posibilității administrării în doză unică, se impune tot mai mult ca un antidepresiv ideal pentru tratamentul ambulator de lungă durată.

Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

LADIOMIL^(M) Iugoslavia

LUDIOMIL^(M) Anglia, Austria, Belgia, Canada, Danemarca, Elveția, Finlanda, Franța, Grecia, Italia, Japonia, Olanda, R.F.G., Spania, Suedia, S.U.A., Turcia

LUDOMIL^(M) Chile, Elveția

Nu se administrează concomitent cu produși IMAO — necesită o pauză de minimum 14 zile.

86. M.A.P.S. (T) — test — sin. SCHEIDMAN (T) test (engl. *Make a Picture Story*) ● Tehnică proiectivă tematică, elaborată de E. S. SCHEIDMAN în 1947. Sînt folosite 22 de planșe reprezentînd imagini mai mult sau mai puțin structurate (baie, stradă, dormitor, sufragerie, nori, planșă albă etc.) și 67, reprezentînd figuri umane (bărbați, femei, copii) sau animale (cîini etc.), confecționate din carton, cu care subiectului i se cere să întocmească, un tablou și să realizeze o povestire legată de acesta. Povestirea este apreciată după coerența formă și conținut. Interpretarea testului permite aprecieri referitoare la adaptarea socială a individului, ca și la modul în care acesta se autoapreciază; este util în diagnosticarea structurilor nevrotice, dizarmonice ale personalității și uneori a psihozelor (în 1948 a fost aplicat la schizofreni, iar în 1951 — WALKER l-a aplicat la pacienții cu potențial suicidal).

87. **MARANON** ⁽⁸⁾ **sindrom** ● Sindrom cu manifestări polimorfe, grupate pe trei axe: obezitate, simptomatologie moderată de tip basedowian și manifestări psihice de intensitate nevrotică — iritabilitate, însoțită de ușoară anxietate și depresie. Survine la femei în perioada climacteriului. Are evoluție benignă.

88. **MARASM** (cf. gr. *marainen* „a se consuma, a se veșteji”) ● Stare generală alterată, caracterizată din punct de vedere somatic prin: cașexie, prezența ulcerărilor trofice, reducerea marcată a rezistenței la infecții (mai ales complicații pulmonare), leziuni trofice de decubit, gatism. Din punct de vedere al vieții psihice, aceasta „abia-abia mai pălăie în organismul bolnavului” (KORSAKOV), funcțiile psihice fiind complet prăbușite, iar subiectul pierzându-și autonomia vitală. Bolnavii nu mai părăsesc patul, activitățile uzuale, chiar și cele cu grad de automatizare foarte ridicat, devenind imposibile. Se pierde total capacitatea autofingrijirii elementare, apare incontinența sfincteriană și inerta motorie, favorizând degradarea stării generale. În cele din urmă, complicațiile infecțioase produc moartea.

Marasmul reprezintă stadiul final, preagonic, caracteristic demențelor senile.

89. **MARATON — terapie** ● Formă particulară de psihoterapie de grup utilizată în SUA, în perioada anilor '60 (F. STOLLER, G. BACH, E. MINTZ), pe coasta de vest și, ulterior, într-o variantă modificată, în aria New-York-ului și în California (W. SCHUTZ, 1967), pornind de la tezele culturaliste și filozofice ale conflictului, ale formării, antrenării și dezvoltării sensibilității umane.

La ședințele de grup, care pot dura 5—48 de ore, participă 10—14 persoane conduse de unul sau mai mulți „leaderi”. Presiunea de grup este folosită ca instrument terapeutic, durata ședinței extinzându-se atât cât este nevoie pentru a se stabili un grad de intimitate în interacțiunile dintre participanți. Ședințele de grup sînt focalizate spre prezent, în care se caută primatul experienței directe, al exprimării complete a Eului și confruntarea directă a apărărilor psihologice ale fiecărui individ din grup. Sînt incluse interacțiuni nonverbale și „jocuri” fizice, în care, de exemplu, un participant se luptă cu un alt membru al grupului și apoi își explorează simțămintele provocate de această experiență (A. K. HESS).

Una dintre regulile de bază stipulează rămânerea participanților în grup pînă la sfîrșitul ședinței, permițîndu-li-se pauze colective pentru masă, de baie și somn, după un program prestabil.

Entuziasmul care a însoțit inițial această terapie „de întărire” și de stabilire de noi contacte a scăzut treptat, sub influența unor critici severe,

care au acuzat-o de „spălare a creierului” (brain lavage), securizare necorespunzătoare și epuizare nervoasă a pacienților mai fragili. Tuturor acestor critici nu li s-au putut opune rezultate terapeutice notabile.

90. **MAR-BATE** ⁽³⁾ **SUA—DCI Meproamat** ● 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 psihomate. 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 ⁽³⁾.

91. **MARBE — lege** ● Lege, în psihologie, elaborată de MARBE și THUMB, referitoare la timpul de latență al evocărilor în asociațiile libere de cuvinte sau imagini: „cu cît este mai scurtă latența, cu atît este mai mare potențialitatea evocării”. Dinamica realizării asociațiilor de cuvinte, imagini, idei, constituie un indicator al creativității.

92. **MARBURG** ⁽⁸⁾ **sindrom** ● Sindrom descris de MARBURG (1938) constînd în gruparea a cinci semne caracteristice sclerozei diseminate: tremor intențional, abolirea reflexelor abdominale, vorbire sacadată, nistagmus, paliditate bitemporală a retinei (sau atrofia acesteia).

93. **MARC Charles Chrétien Henry** (1771—1840) ● Psihiatru francez. A studiat medicina la Jena și Erlangen și a practicat-o la Viena și Paris, unde i-a întîlnit pe CABANIS, PINEL, ESQUIROL, cu care a participat, începînd din 1829, la redactarea periodicului „Annales d'hygiène publique et de médecine légale”. Principala sa lucrare este „De la folie considérée dans ses rapports avec l'aliénation”, în care ridică importante probleme de responsabilitate și nonresponsabilitate a bolnavului psihic, adevărate jaloane pentru expertiza psihiatrică în Franța, la mijlocul secolului al XIX-lea.

94. **MARCÉ Louis Victor** (1828—1864) ● Psihiatru francez. Și-a început studiile la Nantes și le-a terminat la Paris, avînd dascăli iluștri (CHARCOT, POTAIN, VULPIAN), avîndu-l ulterior cînd lucra la Bicêtre, ca intern pe MAGNAN. Deși a murit tînăr, la 36 de ani, a lăsat o serie de lucrări acoperind o arie vastă de preocupări: modificările scrisului la alienați, alcoolismul, mușismul, psihozele puerperale. Principala sa lucrare este „Traité pratique des maladies mentales” (1862).

95. **MARCHAND^(B)** boală ● Afecțiune rară descrisă în 1939 de MARCHAND și considerată a fi urmare a unei encefalite de origine necunoscută, cu o simptomatologie ciudată: fără semne neurologice, cu azotemie (fără a se putea pune însă în evidență leziunea renală) și cu manifestări psihice zgomotoase (stare confuzională, delir, halucinații, agitație psihomotorie alternând cu somnolență). Evoluția supraacută, scurtă, este urmată de exitus.

96. **MARCHIAFAVA-BIGNAMI^(B)** boală → DEMENTE TOXICE.

97. **MARCUSE Herbert** (1898—1985) ● Filozof german; și-a început studiile de filozofie în 1920, în agitatul oraș natal Berlin, continuându-le la Freiburg, unde și-a susținut teza de doctorat în 1923. A predat pînă în 1929 la Berlin, apoi la Freiburg, unde s-a apropiat de HUSSERL și HEIDEGGER (cu ultimul și-a susținut și docența în 1932).

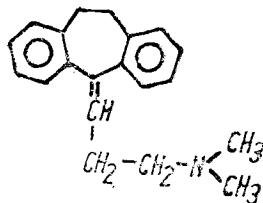
Lucrările din această perioadă stau sub semnul dialecticii marxiste, dar și al unei inedite interferențe a acesteia cu fenomenologia și existențialismul. Datorită disensiunilor în plan teoretic cu HEIDEGGER (ale cărui lucrări „alunecă” spre dreapta), MARCUSE părăsește Freiburg-ul și devine unul dintre principalii colaboratori ai Institutului pentru cercetări sociale din Frankfurt, care va reprezenta nucleul așa-numitei „Școli de la Frankfurt”. După instalarea regimului nazist (1933), „institutul” va emigra la Geneva și, ulterior, la Universitatea Columbia (1934), care-i va oferi și un sediu la New-York. Alături de MARCUSE, aici au lucrat și HORKHEIMER, LÖWENTHAL, POLLOCK, WITTFOGEL, FROMM și, ulterior ADORNO.

În 1941, a tipărit în SUA „Rațiune și revoluție”, în care revigorează o serie de idei hegeliene și realizează o clasificare a raporturilor existente între dialectica lui HEGEL și teoria critică a societății elaborată de MARX.

Doctrina psihanalitică a exercitat o puternică înfrurire asupra lui MARCUSE, care a sperat să descopere în metapsihologia freudiană un instrument necesar elucidării mecanismelor de alienare a individului în societatea capitalistă, care, în ciuda belșugului și extremei productivități, are un potențial alienant și represiv major. Aceste idei vor face obiectul lucrării „Eros și Civilizație” (1955). El va structura în această lucrare așa-numitul „freudo-marxism”, mișcare de idei care rămîne însă superficială atîta timp cît se întemeiază pe premise teoretice pe care le apropie paradoxal.

98. **MAREA AFTOZĂ TOURAINS** — sin. ADAMANNIDIS-BEHÇET^(B) sindrom; AFTOZĂ BEHÇET^(B) sindrom; GILBERT-BEHÇET^(B) sindrom; OCULO-BUCO-GENITAL^(B) sindrom; TRIPLU SINDROM BEHÇET $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BEHÇET^(B) sindrom.

99. **MARELINE^(M)** Canada — DCI Amitriptilină ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N,N-dimetil-5H-dibenzofa,



d/-cicloheptenă- $\Delta^{5,10}$ -propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de AMI-TRIPTILINĂ^(M).

100. **MARFAN^(B)** boală — sin. PARAPLEGIE SPASTICĂ EREDOSIFILITICĂ ● Formă clinică de manifestare a sifilisului congenital tardiv, avînd drept caracteristică pareza spastică a membrilor inferioare, absența tulburărilor trofice, de sensibilitate și sfincieriene.

Poate fi însoțită însă și de manifestări oculare (cheratită, anizocorie, semnul Argyll-Robertson prezent) și psihice: întîrziere în dezvoltarea funcției intelectuale și tulburări de comportament.

101. **MARFAN-ACHARD^(S)** sindrom — sin. ACROMACRIE PFAUNDLER^(B) boală; ARAHNO-DACTILIE; DISMEZECTOPIE LAVAL; DISTROFIE MEZODERMALĂ CONGENITALĂ HIPOPLAZICĂ WEFÉ; DOLICOMORFIE; HIPERCONDROPLAZIE MERY-BABONNEIX; MARFAN-ERB^(B) — sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DOLICOSTENOMELIE.

102. **MAGREN^(M)** Columbia — 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.

103. **MARGINAL** → BORDER-LINE.

104. **MARIAJ** (fr. mariage; vezi lat. maritus „soț”) → CĂSĂTORIE, FAMILIE.

105. **MARIAJ NECONSUMAT** (fr. mariage) ● Situație cu puternice implicații psihopatologice, constînd în imposibilitatea realizării de relații sexuale în cuplurile familiale nou constituite, datorată în special lipsei de informare și inhibiției în legătură cu viața sexuală.

Această situație creează celor doi parteneri sentimente de rușine, vinovăție, lipsă de adaptare și izolare. De asemenea, între dorința de a fi aju-

tați și impasul prin care trec există un permanent conflict (V. JOHNSON). Totuși, cu ocazia unor examene somatice sau ginecologice ale soției, acestea relevă dificultățile prin care trece căsătoria.

Autoculpabilizarea soției duce uneori la hime-nectomie, procedură care nu conduce decât la apariția de exacerbări ale tensiunilor dintre cei doi soți, datorită frustrării suplimentare pe care partenera o resimte. În mod paradoxal, au fost semnalate cazuri în care cei doi parteneri au consultat medicul pentru sfaturi contraceptive sau tratament pentru infertilitate. Alături de impotența soțului, nu rareori este semnalat vaginismul, situație care creează probleme diagnostice și terapeutice, mai ales în cazul în care ambii parteneri nu au avut experiențe sexuale premaritale. Chiar atunci când unul dintre parteneri realizează în timpul căsătoriei o legătură extraconjugală, acest lucru nu face ca situația din cuplu să se amelioreze, ci să devină mai dramatică și mai tensionată.

Dintre cauzele incriminate, modelul educațional se află pe primul loc. Eărbatul, de exemplu, a fost învățat că există două feluri de femei, pentru viața sexuală și pentru iubiri idealizate. De asemenea, femeia a fost învățată că poate pierde respectul soțului dacă arată interes sau insistență pentru viața sexuală. Imaturitatea afectiv-emoțională a ambilor parteneri, tulburările de personalitate de tip pasiv-dependent, modelele religioase care consideră sexualitatea un „păcat al cărnii” sînt cauze posibile ale acestei situații, care după majoritatea autorilor, este destul de frecventă.

Tratamentul este întotdeauna psihoterapeutic, constînd în terapia cuplului. Nu există o legătură demonstrabilă între vechimea disfuncției maritale și rezultatele terapeutice.

106. MARIASTEL^(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 NL incisive (endogenii), fiind în același timp util în combaterea impulsurilor obsesivo-compulsive și în afecțiuni psihosomatice. Are efecte secundare comune cu NL incisive pentru dozele mari. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

107. MARIE Auguste (1865—1934) ● Psihiatru francez. După terminarea studiilor medicale, în 1890, orientîndu-se către psihiatrie, i se oferă o bursă să studieze în Anglia. Ca urmare a acestei specializări înființează în Franța coloniile familiale de la Chier, creînd posibilitatea de externare a unor bolnavi cronici din azile și de plasare a acestora în familii. Sistemul francez se situează, din acest punct de vedere, între sistemul bri-

tanic și cel belgian, fără însă a se aplica această formă de resocializare și bolnavilor acuți (Gheel — Belgia). Tot de numele său se leagă și introducerea în Franța a malarioterapiei lui WAGNER von JAUREGG.

108. MARIE Pierre^(S) sindrom — sin. SINDROM LACUNAR; STARE LACUNARĂ; STARE SINUSOIDALĂ ● Sindrom descris în cadrul arteriosclerozei cerebrale, evidențiat clinic prin manifestări akinetico-hipertonice, semne piramidale discrete, stare confuzională intermitentă, anxietate, agitație psihomotorie.

109. MARIJUANA → HAȘIȘ, TOXICOMANIE.

110. MARINESCU Gheorghe (1863—1938) ● Inițiatorul școlii de neurologie din România. S-a născut la București, într-o familie modestă.

După absolvirea claselor primare, urmează cursurile seminarului central (1874—1882), pe care-l abandonează pentru a se înscrie la două facultăți în paralel: facultatea de drumuri și poduri și medicina. Rămîne fidel acesteia din urmă, clasificîndu-se al doilea la examenul de externat, apoi devenînd intern prin concurs la Spitalul Brîncovenesc.



Gheorghe Marinescu

Susținut de dr. V. BABEȘ, pleacă în 1890 pentru a-și desăvîrși studiile la Paris și devine un nume cunoscut în știință la numai 28 de ani. La Paris a lucrat la Salpêtrière cu CHARCOT și a publicat diverse lucrări împreună cu ROUX, PASTEUR, PIERRE MARIE, BABINSKI, CI. BERNARD. Prima

sa lucrare științifică a fost un atlas de histopatologie a sistemului nervos. A fost premiat cu patru premii internaționale, dintre care unul a fost obținut, în 1895, în Belgia, pentru studiul epilepsiei.

În 1897, se reintoarce în țară și-și susține teza de doctorat cu tema „Mina suculentă și atrofia musculară în siringomieliile”. Începe să activeze la Spitalul Pantelimon, unde înființează prima clinică de neurologie din țară, și predă la facultate, fiind numit profesor. Devine membru al Academiei în 1906.

Din 1916, lucrează la Spitalul Colentina, unde înființează o clinică de neurologie, dorindu-și o clădire nouă, ce va fi gata abia în 1936.

Dintre lucrările aparținând perioadei 1897—1916, când a activat în Spitalul Pantelimon, menționăm: „Mecanismul chimico-coloidal al bătrâniei și problema morții naturale”, „Studiu despre un caz de isterie respiratorie cu contractura corzilor vocale”, „Neurologia pe cîmpul de război”, „Nevroza traumatică”, „Notă despre structura reticulată a cîlindraxului”, „Despre chimioterapia și tratamentul lui Erlich aplicat la bolile sistemului nervos”, „Studiu asupra audicienii colorate”. În 1909, a publicat prima și cea mai completă monografie despre celula nervoasă, fiind un precursor al fundamentării biologiei pe biochimie și chimie fizică.

Din perioada 1919—1938, când a funcționat la Spitalul Colentina, pot fi amintite următoarele lucrări: „Tratamentul poliomielitei acute”, „Encefalita epidemică și sarcina”, „Date și cercetări asupra biologiei celulei nervoase”, „Cercetări asupra razelor mitogenetice”, „Contribuții clinice și fiziopatologice în tulburările respiratorii din encefalita epidemică”, „Reflexele condiționate — studii de fiziologie normală și patologică”, „Studiu despre clasificarea diferitelor tipuri de atrofie musculară progresivă nervoasă”, „Cercetări despre structura fizico-chimică a celulei nervoase și rolul fermenților în fenomenele vieții neuronale”.

Dintre participările la congresele internaționale, amintim pe aceea din 1897, de la al XII-lea Congres Internațional de Medicină de la Moscova, unde este ales președinte de onoare al secției de neurologie. De asemenea, a mai fost invitat în America de Sud—Argentina, Brazilia și Peru.

În 1896, când se afla la Paris, Gheorghe MARINESCU a efectuat, împreună cu HURMUZESCU, prima radiografie a mîinii în acromegalie. Un an mai târziu, a realizat primul film științific medical din lume, care ilustrează consecințele hemiplegiei asupra aparatului locomotor, iar din 1898 utilizează sistematic filmul ca mijloc de cercetare a tulburărilor mersului în diferite afecțiuni neurologice.

Dintre noțiunile și termenii noi, a căror introducere i se datorează, amintim: neuronofagie, plăci senile, mina suculentă, cromatoliza, bariera hemato-nevrală, leziuni primitive.

111. „MARINESCU GHEORGHE” — spital ● Sfîrșitul secolului al XIX-lea găsește asistența psihiatrică insuficient dezvoltată atît sub aspectul unităților de asistență, cît și al numărului de cadre, deși, paradoxal, funcția cea mai înaltă din ierarhia medicală era ocupată de un psihiatru, în 1899 postul de director general al Serviciului Sanitar*) al țării fiind ocupat de dr. Alexandru OBREGIA care, prin funcțiile anterioare (director la Mărcuța), cunoștea, ca nimeni altul, situația psihiatriei românești.

Încă din 1892, la propunerea prof. Alexandru ȘUȚU, se votase construirea a două mari spitale de psihiatrie, unul la Iași—viitorul spital Socola—, și cel de-al doilea la București—viitorul spital Gh. Marinescu—, dar cel care a contribuit decisiv la realizarea acestor două obiective a fost OBREGIA. În 1905, se inaugurează spitalul Socola, sub direcția lui Alexandru BRĂESCU. În februarie 1906, OBREGIA începe lupta pentru „realizarea visului său” (I. CANTACUZINO—P. CORTEZ): construcția spitalului de psihiatrie de la București, scop în care efectuează o serie de călătorii de studii în Franța, Germania, Olanda, Elveția, Anglia, de unde, întors cu planuri și idei, în colaborare cu arhitecții CĂLINESCU, SOCOLESCU, SCĂRLĂTESCU, MEIDLINGER, BUCHHOLTZER, PETERNELLI, încearcă să le adapteze tradițiilor arhitecturale românești și cerințelor unei psihiatrii moderne. Demn de remarcat este faptul că spitalul de psihiatrie din București este prima unitate sanitară de noi dimensionată pe baza unor studii de prognoză.

Lucrările propriu-zise încep în 1907; ritmul este alert, în 1910 toate cele 34 de pavilioane proiectate fiind „ridicate la roșu”, dar fondurile se epuizează și eforturile lui OBREGIA rămîn fără rezultat. Abia peste zece ani, în 1920, după război, lucrările se reiau, animate de același OBREGIA, cu sprijinul lui N. TITULESCU (ministru de finanțe, în acea perioadă), și la 23 august 1923 spitalul a fost inaugurat, avînd în structura sa trei secții de psihiatrie, conduse de Alexandru OBREGIA (și director al spitalului), Petre PITULESCU, Mircea BRUTEANU și o secție de neurologie (125 de paturi) condusă de Dem. PAULIAN.

Celor două segmente de psihiatrie și neurologie li se alătură, în 1936, și cea de-a treia specialitate: neurochirurgia, toate constituind și azi componentele de bază ale acestui spital.

*) În perioada respectivă nu exista un Minister al Sănătății, problemele sanitare fiind de competența Serviciului Sanitar, direcție în Ministerul de Interne.

● **Dezvoltarea secțiilor de psihiatrie.** Inaugurate în 1923, cele trei secții de psihiatrie se vor dezvolta atât numeric, cât și valoric ; în prima etapă, la baza activității curative și de cercetare, a stat „concepția materialistă promovată de OBREGIA și școala sa și de orientarea progresistă sintetică a lui C. I. PARHON” (CANTACUZINO și CORTEZ).

În secțiile de psihiatrie ale Spitalului Central, și-au desfășurat activitatea o serie de personalități medicale de primă mărime : Grigore ODOBESCU (1881—1957), colaborator al lui OBREGIA atât la Mărcuța, cât și la Spitalul Central, autor a peste 50 de lucrări publicate ; Petre PITULESCU (1880—1936) ; Mircea BRUTEANU (1882—1957), conducătorul serviciului de ergoterapie la Mărcuța și, în continuare, la Spitalul Central ; Constantin URECHIA (1888—1955), autorul primului tratat de psihiatrie de la noi din țară ; Aurel POPEEA (1887—1974), colaborator apropiat al lui OBREGIA și URECHIA.

Nu pot fi omiși : Traian DEMETRESCU, Ștefan BRĂESCU, Alfred DIMOLESCU, Alexandru VASILESCU, Chivu LICHTER, Anton MIHĂIESCU, Maria și Epaminonda TOMORUG, Ion IANCU, D. CIUPAGEA, Alexandrina RETEZEANU, Sonia SOFLETE, Corneliu BELCIUGĂȚEANU, George CONSTANTINESCU și mulți alții.

Catedra de psihiatrie, înființată și condusă de profesorul Alexandru OBREGIA, a avut la cîrma sa o serie de specialiști de primă mărime : prof. Petre TOMESCU, prof. C. I. URECHIA, prof. Constanța PARHON-ȘTEFĂNESCU, prof. V. PREDESCU, sub îndrumarea cărora școala de psihiatrie de la Spitalul Central a cunoscut o remarcabilă dezvoltare.

● **Dezvoltarea secțiilor de neurologie.** Avînd aceeași dată de naștere ca secțiile de psihiatrie, secția de neurologie, cu cele 125 de paturi repartizate în două pavilioane (bărbați și femei), era condusă de dr. Dem. PAULIAN (1884—1949), elev al lui OBREGIA (Mărcuța) și DÉJÉRÎNE (Salpêtrière).

În secțiile de neurologie ale Spitalului Central și-au desfășurat activitatea o serie de personalități medicale de primă mărime : prof. Ion T. NICULESCU (1895—1957), neurolog și anatomopatolog de renume mondial ; prof. State DRĂGĂNESCU (1891—1964), unul dintre cei mai străluciți reprezentanți ai școlii lui Gh. MARINESCU ; Anghel RADOVICI, autor al unui remarcabil tratat de semiologie (reflexul palmo-mentonier Marinescu-Radovici) ; A. KREINDLER, savant de renume mondial ; Vlad VOICULESCU, distins și fin clinician, membru al Academiei de Științe Medicale.

Nu pot fi omiși : Al. SOFLETE, I. NICEA, A. MAREȘ, I. DEMETRESCU, C. ARICESCU, C. FORTUNESCU, I. LUPULESCU, I. SEITAN,

S. LĂZĂRESCU, M. CARDAS, C. CREȚAN, M. CHILIMAN, I. STOICA, C. BĂLĂCEANU și mulți alții.

● **Dezvoltarea secțiilor de neurochirurgie.** Își leagă numele de fondatorii ei, D. BAGDASAR (1893—1946) și C. ARSENI (n. 1912). După debutul modest (6 paturi în 1936, 80 paturi în 1945), adevărata consacrare se realizează în ultimele decenii : 525 paturi în prezent, într-un modern edificiu, reprezentînd cea mai mare clinică de specialitate din lume. „Experiența neurochirurgiei bucureștene se bazează pe cel mai mare număr de intervenții chirurgicale înregistrate pe plan mondial : peste 61 000 de cazuri. Numai profesorul C. ARSENI a operat personal peste 10 000 de tumori cerebrale, fiind astfel specialistul cu cea mai vastă experiență din lume. Activitatea de cercetare științifică desfășurată aici este cu totul remarcabilă, materializîndu-se în peste 500 de lucrări, publicate în țară și străinătate” (CANTACUZINO și CORTEZ).

Marele spital „Gh. Marinescu” din București a fost condus de o serie de personalități de prestigiu : A. OBREGIA, Dem. PAULIAN, A. DOSIOS, C. ARSENI, I. DEREVICI, G. MEIU și, în prezent, de V. ANGHELUȚĂ.

112. **MARINESCU-RADOVICI** — reflex — sin. REFLEX PALMO-MENTONIER ● Reflex prezent în sindroamele pseudobulbare, ca urmare a leziunii fasciculului geniculat (calea piramidală), manifestat prin excitarea cutanată palmară a eminenței tenare, care duce la contracția mușchilor bărbiei. Este prezent în demențe.

113. **MARINESCU**⁸ semn — sin. SEMNUL MÎINII SUCULENTE ● Edem cianotic și rece însoțit de tulburări trofice, în siringomielie.

114. **MARINESCU-SJOEGREN**⁽¹⁾ boală — sin. MARINESCU-SJOEGREN-GARLAND⁽²⁾ sindrom ● Afecțiune caracterizată prin oligofrenie, ataxie spinocerebeloasă, cataractă congenitală. Este considerată drept o afecțiune degenerativă ereditară familială, nelegată de sex și avînd o frecvență redusă.

115. **MARKER** (cf. engl. marker „semn, reper”) ● Neologism definind un factor cu mare frecvență la bolnavii suferinzi de o anumită afecțiune, în comparație cu subiecți de control, care poate fi utilizat pentru identificarea unei populații bolnave în cadrul populației generale. Markerii „de stare” sînt factorii prezenți numai în timpul unui episod de boală și pot fi utilizați pentru stabilirea diagnosticului sau evaluarea răspunsului la tratament. De exemplu, testul supresiei la dexametazonă (DST) este un marker de stare pentru depresia majoră, întrucît nu se asociază nici unei alte afecțiuni psihice, are o bună reproductibilitate în timp și tinde să se normalizeze odată cu ameliorarea clinică sub

tratament (este și un indicator al eficienței tratamentului antidepresiv, putînd fi utilizat, prin repetare săptămînală, la monitorizarea biologică a tratamentului antidepresiv). Spre deosebire de markerii „de stare”, markerii „de trăsătură” sînt factori prezenți indiferent dacă subiectul a prezentat sau nu simptomele clinice ale bolii (de exemplu, hemoglobina S la purtătorii de drepanocite, indiferent dacă au prezentat sau nu semnele anemiei hemolitice drepanocitare).

Pentru validarea acestor markeri sînt necesare ample studii de evaluare a riscului crescut în cadrul diferitelor afecțiuni psihice.

Pot fi considerați markeri factori clinici (profilurile psihologice din cadrul diferitelor tipologii, paternurile înregistrărilor electroencefalografice din timpul somnului fiziologic), biologici (concentrația metabolitilor catecolaminici în urină, diferite enzime, fosfolipidele membranare), fiziologici (răspunsuri corticale evocate), farmacologici (răspuns clinic sau biologic la medicație), genetici (istoria familială).

Dintre diferiții markeri probabili sau cu valoare dovedită, amintim :

- nivelul scăzut al serotoninei eritrocitare (determinat genetic sau prin mecanism umoral), care pare a fi un marker de stare pentru depresie ;
- administrarea de droguri colinomimetice (fiziostigmina) cu efect de creștere a activității acetilcolinice centrale, care ar putea fi marker de trăsătură pentru subiecții cu boli afective, întrucît s-a constatat o vulnerabilitate la inducerea unor trăiri afective negative prin administrarea fiziostigminei, un inhibitor colinesterazic (JANOWSKI ș.a., 1981) ;
- activitatea monoaminooxidazelor scăzută, care este un marker de stare pentru schizofrenicii cronici (procentul este mai scăzut cu 30% față de subiecții de control), fără să se fi stabilit însă existența clară a unei subgrupe de schizofrenii definite prin acest marker (se invocă, de altfel, și posibilul rol al medicației neuroleptice la acești bolnavi, în diminuarea activității monoaminooxidazelor) ;
- reducerea activității monoaminooxidazei eritrocitare, care poate fi un marker pentru alcoolism și patologia afectivă bipolară de tip I, întrucît a fost constatată atît la subiecții cu aceste afecțiuni, cît și la majoritatea rudelor lor (MURPHY ș.a., 1981) ;
- valori crescute ale gamaglutamil-transpeptidazei (GGTP), volumului eritrocitar mediu și raportului acidului amino-n-butaric plasmatic față de leucina plasmatică, în alcoolismul cronic.

115. **MARONIL^(M)** Israel — DCI *Clomipramină* ● Antidepresiv timoleptic de tip 3-clor-5-β-(dimetil-

amino)propil-10, 11-dihidro-5H -dibenz/b,flazepină, cu o structură chimică asemănătoare CLORPROMAZINEI, dar cu acțiune diferită. Este un antidepresiv cu acțiune rapidă, indicat în depresiile endogene, psihogene și organice cu o mențiune specială pentru depresiile din schizofrenie și din nevroza obsesivo-compulsivă. Necesită atenție în administrare, avînd în vedere acțiunea sa proconvulsivantă. Nu se administrează în primele trei luni de sarcină.

117. **MAROPHEN^(M)** RDG — DCI *Clorfenetazin* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(β-dimetilaminoetil)-fenotiazină, cu valențe antiemetice, de o bună toleranță care permite, la nevoie, administrarea postoperatorie imediată.

118. **MAROTEAUX-LAMY^(B)** boală ● Boală congenitală cu transmitere ereditară autosomal-recesivă, datorată unui defect enzimatic, afectînd metabolismul mucopolizaharidelor — arylsulfa-tază B. Este caracterizată prin modificări ale scheletului osos, hepatosplenomegalie, restricții articulare, la care se adaugă grade variate de întîrziere mintală.

119. **MARPLAN^(M)** Anglia, Austria, Belgia, Canada, Danemarca, Elveția, Franța, Italia, Mexic-SUA, Turcia — DCI *Isocarboxazid* ● Antidepresiv timoleptic de tip 5-metil-3-acid isoxazolcarboxilic-2-benzilhidrazidă, indicat în depresiile inhibate ; este lipsit de efecte sedative (necesită asocierea). 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.

120. **MARPLON^(M)** Franța ● Antidepresiv, derivat benzilhidrazinic $\xrightarrow{\text{sin}}$ **MARPLAN^(M)**, Franța.

121. **MARSIN^(M)** Israel — DCI *Fenmetrazină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 3-metil-2-fenilmorfolină, cu puternice valențe anorexigene. Este utilizat în combaterea unor efecte secundare ale NL. Pot exista fenomene de sevraj la întreruperea tratamentului → PSIHOSTIMULENTE.

122. **MARTIMIL^(M)** Spania — DCI *Nortriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptadienic de tip 10,11-dihidro-N-metil-5H-dibenzola, d/cicloheptenă-Δ^{5,γ}-propilamină, cu acțiune mai rapidă decît a AMITRIPTILINEI, dar cu efecte sedative mai modeste. Nu se asociază concomitent cu IMAO. Industria noastră farmaceutică îl produce sub denumirea de **NORTRIPTILINĂ^(M)**.

123. **MARTIMIL COMPUESTO** ^(MC) Spania ● Produs terapeutic compus din două medicamente cu acțiuni diferite, dar care se completează :

- **NORTRIPTILINĂ** ^(M) — antidepresiv ; derivat dibenzocicloheptadienic ;
- **ECTILUREEA** ^(M) — tranchilizant, derivat ureic.

Are acțiune antidepresiv-sedativă.

124. **MARTIRAJ** ^(D) delir ● Idei de misionarism religios, finalizate prin mari chinuri și chiar moarte pentru cauza susținută. Rar în secolul nostru, aceste idei aveau un aspect transcultural și o frecvență mai ridicată în evul mediu. Unele religii, diferite de creștinism, consideră însă mariajul ca o atitudine firească.

125. **MARTLAND** ^(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sim.}}$ ENCEFALOPATIE TRAUMATICĂ A BOXERILOR.

126. **MARTOR** (cf. gr. *martyr* „martor”) ● În limbajul juridic, persoană care asistă la desfășurarea unui eveniment, chemată să îl relateze, în toate amănunțele, față de persoane care nu au asistat la desfășurarea lui, în scopul stabilirii adevărului. În medicină, termenul este utilizat cu o semnificație specială, desemnând proba martor, care este folosită în studiile comparative ca eșantionul (populația) care nu este supus acțiunii factorilor care acționează asupra celuilalt (celorlalte) eșantion/eșantioane (populații) luate în considerare. Din punct de vedere psihologic, individul, în mod intenționat sau neintenționat, este un martor permanent, asistând de-a lungul întregii sale existențe la o serie de fapte, întâmplări, situații, evenimente, pe care le înregistrează și le redă mai mult sau mai puțin subiectiv, în funcție de acuitatea percepției, memoriei, capacității de comprehensiune, dar mai ales în funcție de intensitatea motivației.

Motivația poate modifica rolul de martor și poate distorsiona mărturia, relativizând-o față de ceea ce s-a petrecut în mod real, obiectiv. Această distorsionare poate fi intenționată, conștientă sau involuntară, mai ales în cazul în care factorul motivațional este predominant afectiv, iar controlul conștient al individului este semnificativ diminuat. Subiecții cu mare capacitate empatică asistă la o situație ca și cum ar participa ei înșiși la ea, trăind unul sau mai multe roluri, operând simultan o evaluare a situației și a personajelor, a atitudinilor și mesajelor vehiculate, determinată parțial de caracterul situației însăși, dar și de sistemul axiologic propriu, de trăirile proprii. În funcție de acești ultimi factori, calitatea relației poate fi distorsionată în așa măsură încât nu mai rămâne decât o concordanță vagă între conținutul relației (subiectiv) și împlinirea reală la care se referă.

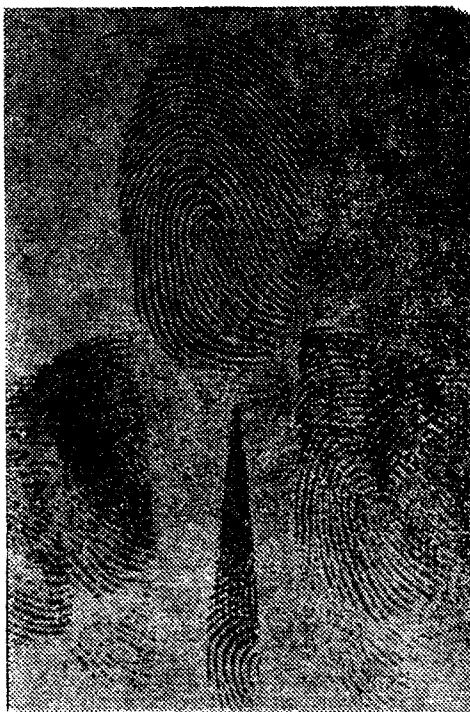


Foto : Steinberg

127. **MASCĂ** (cf. fr. *masque*, ital. *maschera*, germ. *Maske*) ● În psihologie, comportament (sau atitudine) având un caracter inautentic, fals, adoptat de un individ pentru a demonstra ceva de natură să îi aducă un beneficiu, pe care altfel fie nu l-ar putea obține, fie l-ar obține printr-un efort considerabil crescut. Acest comportament constă într-un ansamblu de elemente mimico-pantomimice și verbale, construite imaginativ sau împrumutate, care nu corespunde deci trăsăturilor reale ale persoanei respective. Motivele pentru care un individ își construiește o mască pot fi intenționale (conștient îndreptate spre un scop), dar și inconștiente (de exemplu : imitarea unei persoane în mod involuntar, în cadrul unei aspirații funcționale la identificare; un comportament deghizat care să favorizeze subiectul în cadrul unei relații de rivalitate, mai ales dacă partenerul-rival este perceput ca superior).

P. BERNARD (1978) subliniază legătura dintre mască și personalitate (cf. lat. *persona* „mască”) arătând că personalitatea se exprimă, se apără sau se schimbă prin acceptarea unor „măști” diferite. În același sens, se poate afirma că, fără o dinamică a măștii (a personajului), personalitatea își pierde autenticitatea, reducându-se la simpla caricatură a unei expresii unice. Modificarea expresiei corpo-



Foto : Marie Cosindas

rale prin postură și veșminte, a expresiei feței prin machiaj, sînt mijloace nu numai de exprimare, dar și de protecție (și uneori de inducere în eroare).

La personalitatea isterică (firea demonstrativă descrisă de K. LEONHARD), capacitatea de imitare și de adoptare a unui comportament-mască este deosebit de crescută: istericii își construiesc o falsă imagine despre sine, cu falsificarea întregii personalități, proces de care nu sînt pe deplin conștienți sau, mai exact, capacitatea lor de travestire nu este în întregime înconștientă. Există, de asemenea, cazuri de deghizare a unei trăsături/ trebuințe, în măsura în care manifestarea ei reală induce culpabilitate prin sancțiune morală provenită fie din sistemul de valori al Supraeului propriu, fie dintr-un sistem normativ exterior individului (astfel, trebuința de dominație poate trece într-un fals comportament de supunere sau de afiliție — MURRAY). Psihoza face ca diferitele măști ale persoanei să piardă contactul între ele, personalitatea dezintegrîndu-se, reducîndu-se la o serie de măști divergente sau aleatorii (schizofrenie, psihoză maniaco-depresivă, paranoia).

În psihologia socială, termenul de „mască” trimite la acela de „rol”, ca unitate de comportament în „păstrare”, care se opune persoanei. În acest sens, noțiunea de „mască” desemnează și faptul că o persoană nu face decît să joace un rol.

128. **MASCARE** (vezi *mască*) ● Atitudinea unei persoane, constînd în ascunderea unei trăsături

sau a întregii personalități, prin deghizare într-un comportament inautentic (→ **MASCĂ**); atitudinea sau acțiunea de mascare constă în alegerea compunerii unui rol ale cărui elemente ascund trăsăturile reale ale persoanei respective. Motivele care determină acest comportament pot fi conștiente sau înconștiente, nerecunoscute de persoană ca atare. De asemenea, pot exista situații obiective în care mascarea să fie necesară (în unele situații de afirmare, în unele situații-limită, de supraviețuire — selecția socială poate favoriza acțiuni de mascare). Alte motivații psihologice ale mascării (deghizării) le reprezintă: instinctul de apărare, dacă persoana se simte amenințată, ori este într-o stare de insecuritate reală sau subiectivă; punerea în valoare, obținerea atenției celorlalți, a unor gratificații; ascunderea unui handicap real sau resimțit subiectiv.



James Ensor

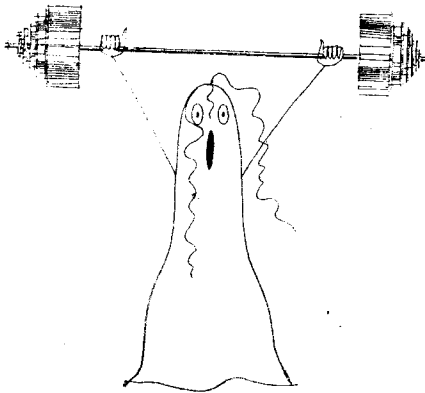
În psihopatologie, noțiunea de „mascare” a fost folosită pentru comportamentul simulat (actul de simulare). Dintre toate personalitățile, personalitatea isterică se caracterizează printr-o deosebită capacitate teatrală, de „mascare” printr-o propensiune imperioasă de a imita și de a intra în rolul diferitelor personaje, de a mistifica situații, împrejurări, scopul acestor persoane fiind să apară într-o lumină cît mai favorabilă. Aceste manifestări înaintează ușor în sfera patologicului, pînă la

„pseudologia phantastica” (K. LEONHARD — cu referire la scriitorul Karl MAY).

În psihologie, termenul de „mascare” mai este folosit și pentru a desemna suprapunerea calitativă a mai multor stimuli, împiedicându-se astfel discriminarea lor.

129. **MASCAT**^(D) delir $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **ASCUNS**^(D) delir.

130. **MASCULINITATE** — complex (cf. lat. *masculus* „de sex masculin”) — sin. **DIANA** — complex ● Ansamblu de manifestări centrate pe atitudinea femeii de refuz al feminității, determinată de revolta inconștientă împotriva castrării (dorința inconștientă de a-și asuma rolul masculin, căutarea și asumarea unor echivalente ale virilității).



Acesta este sensul cu care termenul este utilizat în limbajul psihanalitic. ADLER caracterizează acest complex care reprezintă un „protest viril al femeii”. Expresia echivalentă, în terminologia lui FREUD, ar fi aceea de „homosexualitate psihică” a femeii. Ch. BAUDOIN îl numește „complex Diana” și îl clasifică printre complexe Eului. Ațitudini care au la bază complexul de masculinitate ar fi: refuzul căsătoriei, refuzul de a avea copii, considerarea căminului și a copiilor ca implicând o servitute umilitoare. Complexul de masculinitate sau de virilitate derivă din complexul de castrare; psihanaliza consideră că aspectul de mutilare este inconștient asimilat cu feminitatea și trimite, în plan simbolic, la slăbiciune, inferioritate. Se consideră, ca specifice complexului de masculinitate, toate acele manifestări ale femeilor care au ca semnificație inconștientă revendicarea atributelor virilității (de exemplu, gustul pentru independență, alură băiețească, încăpăținare). Efortul de a-și dezvolta virilitatea este interpretat în unele cazuri, ca modalitate de autoprotejare

împotriva bărbatului. După unii autori psihanalisti, complexul de masculinitate ar avea tendințe homosexuale latente. În acest sens, una din explicațiile inhibiției sexuale (frigiditate) la femei s-ar afla în aceste tendințe homosexuale și în complexul de masculinitate. Apariția și integrarea ideii de maternitate, în special la vârsta prepubertății și a pubertății, reprezintă una din modalitățile cele mai simple de rezolvare a complexului de masculinitate. O altă soluționare ar fi subimarea în activități care, în general, sînt rezervate bărbaților. ADLER aprecia că inferioritatea femeii în societatea modernă întreține „protestarea virilă” a femeii și favorizează nevroza.

131. **MASCULINITATE/FEMINITATE** ● Noțiuni care, au fost investite în psihanaliză cu semnificații mult mai complexe decît în limbajul curent. Caracterul antitetice este atenuat în lumina conceptului de bisexualitate, care atestă, în persoana oricărei ființe umane, coexistența, în proporții variabile și în mod mai mult sau mai puțin armonios, a elementelor masculine și feminine. În același timp, fiecărui termen al antitezei i se pot acorda, așa cum sublinia FREUD, mai multe semnificații:

- biologică — raportată la caracterele sexuale primare și secundare;
- socială — raportată la rolurile reale și simbolice atribuite de mediul socio-cultural;
- psihosexuală — comportamentul psihosexual aflat în raport strîns cu celelalte două semnificații.

Concepția psihanalitică abordează problema cuplului masculinitate/feminitate din punctul de vedere al dezvoltării individului. Pentru copil, evoluția pînă la opoziția masculin-feminin s-ar realiza pornind de la alte cupluri antitetice: activ-pasiv și falic-castrat.

Raportarea individului la sexul său biologic ar fi deci rezultatul unui proces conflictual, iar aprecierea comportamentului său din punctul de vedere al cuplului masculinitate/feminitate s-ar face pe baza fantasmelor subiacente, analiza lor fiind posibilă în cadrul investigației psihanalitice → **BISexualitate, PUBERTATE, INVIDIE, HOMOSEXUALITATE, COMPLEX OEDIP.**

132. **MASLOW Abraham** (1908—1970) ● Psiholog american. A început, la insistența tatălui său, studii juridice, pe care le-a abandonat pentru a studia psihologia la Universitatea din Wisconsin. Este atras de behaviorismul lui WATSON, pe care îl consideră inițial o explicație generală pentru toate fenomenele psihologice. Sub îndrumarea lui H. HARLOW face studii asupra comportamentului primatelor superioare. Sub influența lui FREUD, a psihologiei gestaltiste și a filozofiei bergsoniene, se desprinde de behaviorism pe care începe să-l considere insuficient în explicarea

dezvoltării personalității. După 1934 a lucrat la Columbia-University din New-York, iar apoi la Brooklyn College, unde a rămas până în 1951. Aici a colaborat cu E. FROMM, Karen HORNEY, M. WERTHEIMER și A. ADLER. De asemenea, a



Abraham Maslow

cunoscut-o pe Ruth BENEDICT, care l-a influențat în viziunea sa antropologică asupra autoactualizării Eului. Din 1951 devine șeful catedrei de psihologie din Brandeis, funcționând aici până în 1969. Este președinte al Asociației americane de psihologie din anul 1967. Ultimii ani ai vieții și i-a petrecut în California.

MASLOW a respins abordarea fragmentară a personalității, care simplifică adevărata cunoaștere a realității umane, considerând că numai modelul holistic este cel care poate da o imagine reală. El pune un accent deosebit pe domenii ca: individualitatea, conștiința, motivația, etica, moralitatea, bunătatea, frumusețea, autenticitatea și potențialitățile umanității, și stabilește o ierarhie a trebuințelor bazale sau instinctuale, care își au o dinamică conflictuală proprie. Interpretează personalitatea ca rezultat al unui proces dinamic, desfășurat prin lupta trebuințelor opuse, față de care Eul operează o serie nesfârșită de alegeri. În această viziune scopul psihoterapiei, educației și chiar al vieții devine schimbarea și optimizarea balanței dintre trebuințele contrarii. Atrage atenția asupra experiențelor fundamentale (peak experiences) asupra procesului de autoactualizare.

Dintre lucrările sale importante, pot fi citate: "Motivation and personality" (1954), "The Further Researches of Human Nature".

133. MASMORAN^(M) RFG — DCI Hidroxizin
● Tranchilizant, difenilmetan, de tip 2-12-14-(p-clor- α -fenilbenzil)-1-piperazinil-*etoxiletanol*, cu acțiune sedativă centrală, antihistaminică și anxiolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de HIDROXIZIN^(M).

134. MASO-BAMATE^(M) SUA — DCI Meprobat
● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propaniol 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 contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putând apărea un „mic sindrom de abinență”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de Meprobat^(M).

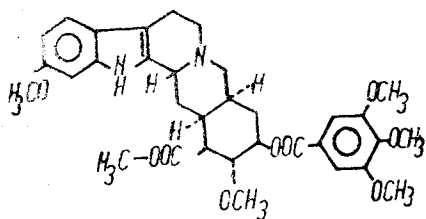
135. MASOCHISM — sin. ALGOFILIE ● Termenul provine de la numele scriitorului austriac Leopold von SACHER-MASOCH (1836—1895), fiind folosit de KRAFFT-EBING pentru a denumi o perversiune complexă, constând în obținerea satisfacției sexuale (dar și a plăcerii în general) prin suferințe fizice sau psihice (umilire) aplicată propriei persoane. KRAFFT-EBING consideră că masochismul constituie o exagerare morbidă a sexualității feminine la un bărbat. Pentru REICH reprezintă o reacție patologică de apărare față de angoasa de castrare. FREUD consideră că această perversiune ar fi consecința unei regresii sau fixații la stadiul sadic-anal.

Psihanaliza interpretează masochismul ca un mod de a obține iertarea Supraeului (conștiința morală), de a neutraliza printr-un sacrificiu angoasa determinată de obținerea plăcerii sexuale interzise. Pentru a-și provoca suferința fizică, masochistul întrebuințează o gamă variată de mijloace: se lasă înțepat cu diverse obiecte ascuțite, lovit, biciuit, uneori ajunge să mimeze spânzurarea, folosește curentul electric etc. Frecvent, masochismul se asociază cu alte perversiuni: homosexualitate, fetișism etc. Masochismul se întâlnește frecvent alături de sadism — perversiunea sa complementară, poziția partenerilor fiind adesea interschimbabilă. Este necesar de menționat că masochismul nu se referă numai la o perversiune sexuală, termenul include și satisfacția pur spirituală pe care o obține subiectul în urma asumării poziției de victimă, a acceptării, cu voluptate, a umilinței. Se vorbește despre masochismul non

sexual (H. EY), masochismul moral, „tendința” masochistă.

136. **MASO-EXHIBIȚIONISM (MASOCH** — romancier austriac ; cf. lat. *exhibitio* „a prezenta, a arăta”) ● Termen folosit de PITRES și RÉGIS pentru a denumi perversiunea descrisă de Jean Jaques ROUSSEAU în celebrele sale „Confesiuni” : resimțind o puternică emoție sexuală în timp ce era bătut în copilărie de către guvernanta sa, domnișoara Lambercier, încerca să repete apariția acestei emoții, dar neîndrăznind să ceară să fie mai frecvent bătut, își exhiba fesele în spatele acesteia ori de câte ori avea ocazie. Cei doi autori relevă faptul că, în diferite ipostaze, această perversiune poate exista în cazuri mult mai puțin celebre.

137. **MASO-SERPINE^(M)SUA** — 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.

138. **MASS CONDUITE** ● Conduite de masă, constând în contaminarea, iradierea, intensificarea unor manifestări emoționale ale unor mulțimi de indivizi, manifestate prin panică, revoltă, entuziasm etc. Nu orice adunare sau aglomerare de indivizi creează acest gen de mass conduite. Aglomerarea de indivizi poate fi pasivă, întâmplătoare sau poate grupa indivizi cu preocupări comune (de exemplu, ca la meciurile de fotbal) sau cu aceeași apartenență social-politică (mitinguri, demonstrații).

Aparenta lipsă de cenzură a unor comportamente în grupuri mari este pusă de către G. Le BON pe seama lipsei de responsabilitate individuală, în sensul că individul nu poate fi pedepsit sau tras la răspundere pentru aceste conduite. „Impresia de universalitate” sesizată de ALLPORT nu este altceva decât fenomenul de identificare a individului cu grupul sau cu reacțiile acestuia.

139. **MASSELON^(T) test** — sin. **TESTUL CELOR TREI CUVINTE** ● Test descris de MASSELON

Michel Julien (1844—1917). Este utilizat pentru cercetarea posibilităților de combinație, constă în solicitarea de a forma cât mai multe propoziții sau fraze scurte în care să se utilizeze logic trei cuvinte alese de examinator.

140. **„MASSIVE MYOCLONIC JERKS”** — sin. BLITZKRAMPF ; BLITZNICK ; BLITZNICK UND SALAAM-KRAMPF ; BOALĂ A SPASMELOR ÎN FLEXIE ; CRIZE ÉCLAIRE ; CRIZE PROPULSIVE ; CRIZE SURSAUT ; ENCEFALOPATIE HIPSARITMICĂ ; ENCEFALOPATIE MIOCLONICĂ INFANTILĂ CU HIPSARITMIE ; GIBBS^(B) boală ; HIPSARITMIE ; NICKKRAMPF ; PETTIT MAL PROPULSIVE ; SPASM INFANTIL ; SPASME INFANTILE RAPIDE DE AFIRMARE ; TICURI DE REVERENȚĂ (MARCHANT) ; TICURI DE TIP SALAAM $\xrightarrow{\text{sin.}}$ WEST^(S) sindrom.

141. **MASTIGOFOBIE^(F)** (cf. gr. *mastix* „bici” ; *phobos* „frică”) ● Frică patologică de biciuire, nejustificată de vreo experiență anterioară a subiectului, care nu urmează să fie supus unei asemenea acțiuni. Este întâlnită destul de rar în sindroamele obsesivo-fobice, în depresii, melancolia delirantă, în debutul psihasteniform al schizofreniei. Reprezintă o falsă fobie, al cărei caracter delirant este susținut de ideile micromanice declanșate simultan cu aceasta.

142. **MASTURBARE** (cf. lat. *masturbari*) — sin. IPSAȚIE ; ONANIE ● Conduită autoerotică, constând în manipularea propriilor organe genitale în scopul obținerii orgasmului. Definiția tinde să păstreze sensul de „plăcere solitară”, eliminând masturbarea prin intermediul altei persoane (ilație) și masturbarea colectivă.

Analiza acestui masturbator privește două aspecte :

- formal — masturbarea organelor genitale ;
- aspectul conținutului (sub raport psihanalitic) — activitatea fantasmatică („masturbarea psihică”).

Termenul se înfățișează, în primul rând, acțiunea de explorare a propriului corp, ca un simplu comportament autoerotic, urmată într-o a doua fază de activitatea fantasmatică. Termenul definește strict activitatea autoerotică din sfera genitală ; sensul lui nu trebuie extins la totalitatea conduitei autoerotice pregenitale → AUTOEROTISM.

Masturbarea are o mare înfățișare în stadiul falic, diminuează sau dispărând în perioada de latență și reapărând intens, însoțită de orgasm, în perioada adolescenței. Conform datelor statistice, masturbarea are, în adolescență, o frecvență de 87 — 89% la bărbați și 62—82% la femei (raportul Kinsey). Cotele publicate pot fi considerate sub limita reală dacă se ține seama de reticentele unor

subiecți în ceea ce privește mărturisirea unei conduite sexuale considerate ca anormală sau condamnabilă. Frecvența masturbației în etapele critice de vîrstă exclude interpretarea ei ca un fapt patologic ; nu are semnificație patologică în copilărie, în adolescență și la adultul frustrat.

În copilărie, masturbarea are semnificația de joc, exercițiu, explorarea propriului corp. Poate însoți tabloul tulburărilor afective la copilul frustrat, rejectat, copil care, în atitudinea de repliere narcisică, descoperă acest unic mod de autosatisfacție. Apare în tabloul întârzierilor psihice, hospitalism, autism etc.

În adolescență, masturbarea „ancorează adolescentul în genital” (W. REICH). În disfuncțiile sexuale psihogene, masturbarea este considerată de unii autori ca etapă preliminară în reeducarea comportamentului sexual. Ea ar avea ca efect, după acești autori, reducerea inhibițiilor sexuale și a cazurilor de frigidity. În ceea ce privește adultul frustrat, noțiunea de frustrare este relativă. Durata perioadei în care un adult suportă lipsa satisfacției sexuale ar fi determinată de patru factori :

- nevoile sexuale propriu-zise ;
- nevoile narcisice ce pot fi îndeplinite în actul sexual ;
- capacitatea de sublimare a individului ;
- normele grupului.

Masturbarea devine patologică în două cazuri :

- cînd este net preferată actului sexual ;
- cînd este atît de frecventă, încît dovedește o funcționare defectuoasă a capacității de satisfacție sexuală.

În ambele cazuri, masturbarea este un simptom nevrotic și nu o cauză a nevrozei. Efectele ei sînt nocive atunci cînd descărcarea tensiunii sexuale nu este adecvată. Descărcarea neadecvată este, în viziunea psihanalistilor, efectul sentimentelor de culpabilitate care însoțesc activitatea masturbatorie. Sentimentele de culpabilitate ar deriva din activitatea fantasmatică vizînd obiecte oedipiene (demonstrînd o structură nevrotică a personalității) și/sau din concepția indusă de educație, care consideră acest comportament ca anormal sau producînd anormalitate. Interdicțiile parentale, religioase, culturale, au rol determinant în geneza acestor sentimente de culpabilitate. Metodele de reprimare au cunoscut, de-a lungul timpului, o gamă largă, mergînd de la simpla supraveghere, pînă la intervenții mutilante de tipul clitoridectomiei sau cauterizării. Au fost și continuă să fie răspîndite concepțiile conform cărora debilitatea mintală, tulburarea psihică, tulburările de dinamică sexuală sînt datorate masturbării. Autorii moderni reafirmă însă că practica masturbării este normală în anumite circumstanțe, consecințele patologice fiind datorate trăirilor de cul-

pabilitate și conflictului intrapsihic vizînd nevoile sexuale în gneral și masturbarea în special. În absența acestor trăiri de culpabilitate, la copil, adolescent și adultul frustrat, orgasmul obținut din masturbare produce o detentă psihofiziologică normală, fără nici un efect patologic.

În clinica psihiatrică, masturbarea apare cel mai frecvent ca simptom nevrotic. La pacienții cu întârziere mintală și în cazurile grave de destruc-turare a personalității (schizofrenie, accese maniacale) se caracterizează prin aspectul exhibiționist.

143. MASTURBARE PSIHICĂ ● Termen introdus de KRONFELD pentru a descrie cazurile în care, în absența oricărei intervenții mecanice, se ajunge la excitație sexuală și orgasm, numai prin simpla exacerbare imaginativă. KAHN îi introduce în această categorie pe autorii de scrisori obscene, amatorii de literatură pornografică și lucrări de de artă plastică frivole.

144. MATERIAL (cf. lat. *materia*) ● În psihanaliză, termenul desemnează ansamblul expresiilor verbale și manifestărilor comportamentale pe care subiectul le realizează în cadrul curei psihanalitice ; aceste cuvinte, gesturi, fapte, reacții a cătuiesc un fel de materie primă, asupra căreia se emit interpretările și construcțiile. Interpretarea și construcția sînt elaborări ale datelor brute oferite de pacienți ; travaliul psihanalitic este un travaliu de reconstituire (FREUD îl compară cu o arheologie) a unei construcții dispărute din cîmpul conștient al subiectului. FREUD face distincție între materialul în sine și elaborarea sa („Construcțiile în analiză”, 1937), distincție pe care LAPLANCHE și PONTALIS o consideră însă schematică și nepotrivită cu ceea ce se petrece, de fapt, în cadrul curei, întrucît pe parcursul acesteia, chiar dacă există două etape (de prezentare și de elaborare a materialului), aceste etape se întrepătrund (o interpretare poate favoriza apariția altor conținuturi psihice, amintiri sau fantasme cu valoare de material). În al doilea rînd, prezentarea materialului și elaborarea (interpretarea) s-ar încadra, mai de grabă, în noțiunea de funcțiuni aparținînd analizatului și analistului ; analizatul nu se limitează la producerea acestui material (ca subiect căruia materialul îi aparține), ci și participă activ la interpretare, la integrarea interpretărilor. Esențial, termenul de „material” trimite la conținuturi inconștiente, mai exact la acele manifestări resimțite de subiect fie ca străine, fie ca simptomatice, și care au originea în inconștient ; aceste manifestări coexistențe astfel un material de analizat, întrucît ele sînt ireductibile la motivații conștiente.

145. MATERIALISM (cf. lat. *materia*) ● Orientare fundamentală în gîndirea filozofică, opusă idealismului. Sub aspect ontologic, materialismul

acordă primordialitate materiei, înțeasă ca existență obiectivă, independență față de conștiința umană, care este privită ca un factor de ordin secund, derivat și dependent în raport cu materia. Necreat și nepieritor, infinit în spațiu și timp, universul natural există și evoluează potrivit unor legități obiective, imanente. Sub aspect gnoseologic, materialismul consideră că lumea este cognoscibilă, deoarece conștiința — ca produs și proprietate a materiei ajunse pe o treaptă înaltă de evoluție — poartă în propria ei alcătuire structura, conexiunile și principiile ce guvernează dinamismul universului obiectiv ; cunoașterea este posibilă deci ca o reflectare în conștiință a lumii materiale. Experiența vieții cotidiene se asociază în mod firesc cu un materialism spontan (numit și realism naiv), deoarece reacțiile adaptative ale individului la solicitările oricărui context praxiologic presupun cu necesitate credințe în existența obiectivă a realității. Materialismul filozofic, ca viziune asupra lumii, articulată și susținută printr-o reflexie argumentată, sistematică, nu a reprezentat însă o cale ușoară și o tentație firească a gândului, dimpotrivă, cele dintii încercări de totalizare a experienței într-o viziune onto-cosmologică s-au bazat pe o aparentă analogie între ordinea dintre lucruri și guvernarea lăuntrică a trupului de către suflet. Materialismul filozofic este o cucerire destul de târzie a spiritului, realizată de marile culturi ale antichității, cea elină, chineză sau indiană, aproximativ în secolele VII — VI î.e.n., prin depășirea străvechilor mituri consacrate de autoritatea tradiției.

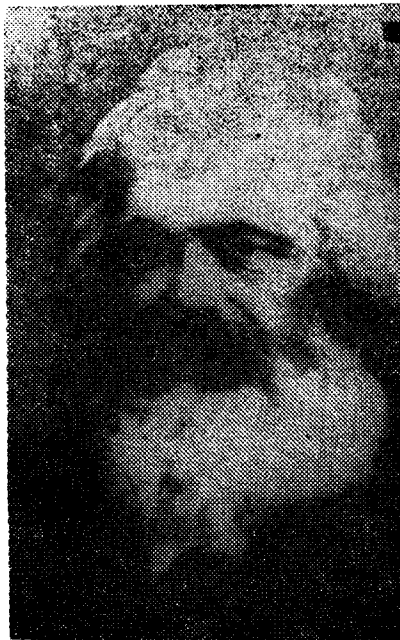
Surprinzând temeliiile credinței religioase, materialismul conduce în mod necesar la ateism, aflându-se într-un conflict ireconciliabil cu biserica și cu toate variantele de idealism ce fac loc credinței în viața spirituală. Interpretarea materialistă se bazează pe experiența practică și pe concluziile științei, cu care se află în interacțiunea reciproc stimulatorie.

Generalizând rezultatele cunoașterii științifice, materialismul contribuie la consolidarea și lărgirea orizontului cercetărilor pozitive, prin soluționarea unor probleme teoretice și metodologice fundamentale. Promovind interesul față de cunoașterea și stăpânirea practică a realității obiective și contestând autoritatea religiei, materialismul a fost susținut de gânditori cu vederi social-politice progresiste.

În limbajul comun, termenul de materialism este utilizat adesea și cu o semnificație etico-axiologică, având o nuanță peiorativă de opțiune în favoarea unui univers valoric ce privilegiază bunurile pragmatic-utilitare, în opoziție cu idealismul, înțeles ca prețuire acordată în primul rând valorilor spiritului. În realitate, materialismul filozofic nu se asociază cu minimalizarea valorilor spirituale, ci restituie omului măreția și întreaga res-

ponsabilitate asupra instituirii valorilor prin care acesta își făurește destinul.

146. MATERIALISM DIALECTIC • Teorie filozofică, fundamentată de MARX și ENGELS, care sintetizează rezolvarea consecvent materialistă a problemei fundamentale a filozofiei și interpretarea consecvent dialectică a realității. Apariția



Karl Marx

materialismului dialectic a reprezentat o necesitate istorică, fiind determinată de cauze social-economice și de întreaga dezvoltare anterioară a științei și filozofiei. Odată cu maturizarea orânduirii capitaliste, agravarea contradicțiilor antagonist ale acestei societăți și afirmarea proletariatului ca forță politică independentă, purtătoare de progres, au creat necesitatea elaborării unei concepții teoretice care să clarifice și să orienteze practic lupta de clasă a proletariatului pentru îndeplinirea misiunii sale istorice. Totodată, adâncirea și diversificarea cunoștințelor științifice scoteau în evidență carențele interpretărilor mecanicist-metafizice, făcând necesară elaborarea unei concepții filozofice noi, pe măsura noului tablou al realității. În rîndul premiselor naturalist-științifice ale materialismului dialectic, ENGELS menționează legea conservării și transformării energiei, teoria celulară, concepția evoluționistă (incununată de teoria darwinistă privind evoluția speciilor) la care se adaugă ipoteza cosmogenică alui KANT și LAPLACE, descoperirile din geologie,

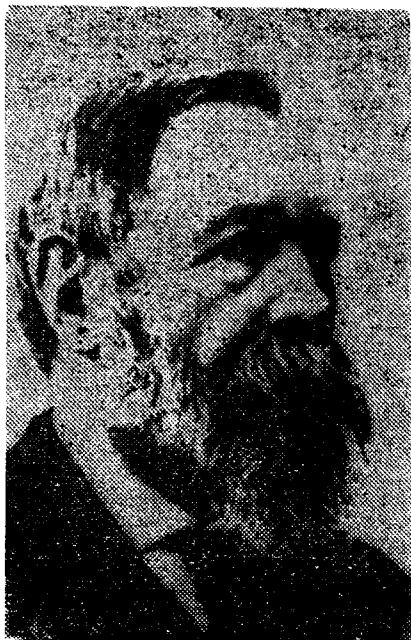
paleontologie, embriologia comparată, sinteza primelor substanțe organice ș.a. Toate aceste descoperiri scoteau în evidență capacitatea cunoașterii umane de a explica cele mai ascunse „mistere” ale existenței prin cauze și legi obiective, subminând astfel dogmatismul religios și toate variantele de idealism cu implicații agnostice, confirmând și consolidând valabilitatea postulatelor filozofice materialiste. În același timp, atestând diversitatea calitativă a proceselor și fenomenelor din realitate, corelată cu transformarea unor forme de existență în altele (în virtutea dinamismului imanent realității materiale), descoperirile revoluționare ale științei au impus o interpretare dialectică a lumii, ca unitate în diversitate și în permanentă procesualitate sau devenire. Printre izvoarele teoretice ale materialismului dialectic, o importanță deosebită o reprezintă filozofia clasică germană, având ca principali exponenți pe I. KANT, I. G. FICHTE, F. W. SCHELLING, G.W.F. HEGEL și L. FEUERBACH. Precursorii direcți ai marxismului sînt HEGEL (care, în contextul idealismului său absolut, a elaborat principiile gândirii dialectice) și FEUERBACH (care, deși nu a sesizat importanța revoluționară a metodei hegeliene, a supus unei critici ample filozofia idealistă și religia, elaborînd concepția materialistă asupra lumii). Preluînd critic și dezvoltînd creator moștenirea filozofică a acestor doi mari gînditori, marxismul respinge atît idealismul speculativ al lui HEGEL, cît și materialismul utopic al lui L. FEUERBACH. În elaborarea concepției materialist-dialectice, MARX și ENGELS înglobează, într-o concepție unitară, suplă și nuanțată, categoriile specifice ale naturii, societății și cunoașterii. Totodată, prin fundamentarea teoretică materialistă a dialecticii, MARX și ENGELS elimină caracterul artificial al construcției hegeliene, transformînd dialectica într-o metodă profundă și riguroasă de interpretare pozitivă a devenirii diferitelor domenii ale existenței. Marxismul aduce o serie de înnoiri fundamentale și în gnoseologie ; contribuțiile idealismului clasic german la înțelegerea rolului activ al subiectului în cunoaștere sînt reinterpretate și dezvoltate creator de către MARX și ENGELS, care dezvoltă rolul practicii în geneza și în progresul dialectic al facultăților și strategiilor cognitive ale subiectului, clarificînd, totodată, caracterul obiectiv și concret al adevărului, dialectica relativului și absolutului în cunoaștere, corelația dintre logic și istoric în interpretarea fenomenelor. În condițiile istorice specifice stadiului imperialist de dezvoltare a capitalismului, V. I. LENIN a dezvoltat materialismul dialectic, generalizînd filozofic unele descoperiri științifice de la sfîrșitul secolului al XX-lea, îmbogățind cu teze noi dialectica materialistă și teoria materialist-dialectică a cunoașterii.

Marcînd o radicală revoluție în filozofie, materialismul dialectic se bazează pe cele mai generale

legile naturii, societății și gîndirii, constituindu-se, totodată, ca o metodă riguroasă de cunoaștere și de transformare revoluționară a lumii. Prin caracterul lui declarat partinic, materialismul dialectic are o inestimabilă valoare teoretică pentru fundamentarea politicii științifice a partidelor comuniste, revoluționare. Materialismul dialectic este o concepție critică, antidogmatică, un sistem teoretic deschis, mereu perfectibil, care se îmbogățește permanent cu noi teze, probleme și argumente, pe baza transformărilor ce survin în practica istorică și în dezvoltarea științei, valorificînd, totodată în cadrul unui dialog principal și constructiv, contribuțiile filozofice de autentică valoare ale unor teorii nemarkxiste contemporane.

147. MATERIALISM ISTORIC ● Parte integrantă a filozofiei marxiste, reprezentînd concepția materialist-dialectică despre conexiunile și interdependențele funcționale ce se manifestă în structura sistemului social și despre legile obiective ale dezvoltării istorice ale societății. Elaborat în deceniul al V-lea din secolul al XIX-lea, în strînsă unitate cu materialismul dialectic, materialismul istoric reprezintă una dintre cele mai valoroase contribuții revoluționare ale gîndirii marxiste la dezvoltarea conștiinței de sine a omenirii. Preluînd critic și dezvoltînd creator contribuțiile unor gînditori premarxisti care s-au apropiat de o interpretare materialistă a fenomenelor social-istorice (ARISTOTEL, HELVETIUS, J. J. ROUSSEAU, isticii francezi din perioada Restaurației ș.a.), reevaluînd teoretic intuițiile și previziunile socialistilor utopici moderni (SAINT-SIMON, Ch. FOURIER, R. OWEN), precum și unele descoperiri ale economiștilor clasici (A. SMITH, D. RICARDO ș.a.), MARX și ENGELS s-au situat pe pozițiile de clasă consecvent revoluționare ale proletariatului, realizînd pentru prima oară în istoria gîndirii extinderea consecventă a materialismului la interpretarea vieții sociale. MARX și ENGELS au valorificat ideea filozofiei hegeliene conform căreia, sub aparența unor evenimente și procese istorice, călăuzite de hazard sau de voință capricioasă a marilor personalități, istoria universală decurge conform unei legități obiective. Criticînd însă temeiurile idealiste ale concepției hegeliene, creatorii materialismului istoric au demonstrat că nu „viclenia rațiunii” universale conduce devenirea istorică a umanității către spiritului absolut — prin care Ideea ajunge la deplina autocunoaștere de sine —, așa cum gîdea HEGEL. Descoperind că omul este, înainte de orice, o ființă activă, care se autocreează în procesul practicii sociale, a cărei formă esențială și exemplară este munca, producția condițiilor materiale de existență, MARX formulează și argumentează teza fundamentală a materialismului istoric : „nu conștiința oamenilor le determină existența, ci, dimpotrivă, existența lor socială le

determină conștiința". Situînd praxis-ul în centrul teoriei sale asupra societății și istoriei, MARX depășește nu numai concepțiile idealist-speculative (care privilegiază în mod unilateral rolul factorilor spirituali în existența umană), ci și simplismul metafizicii-contemplativiste, care concepe societatea ca pe o asociere accidentală sau premeditată între indivizi, fiecare purtînd în sine atributele unei iluzorii „esențe umane”, abstracte și atemporale. Materialismul istoric este prima teorie sistemică asupra vieții sociale, definind esența umană nu prin determinațiile antropologice ale individului izolat, privit ca „element” sau „atom” social, ci ca totalitate a relațiilor care se stabilesc în mod necesar între oameni, în cadrul activităților esențiale ce fac posibilă producția și reproducția condițiilor specifice existenței omenești.



Friedrich Engels

Factor determinant al vieții sociale, producția materială presupune raporturile oamenilor cu natura — constituite ca forțe de producție — și anumite relații necesare între oameni — relațiile de producție. Avînd caracter obiectiv și rol determinant față de relațiile spirituale, ideologice dintre oameni, relațiile de producție constituie structura economică, baza oricărei societăți, căreia îi corespunde o anumită suprastructură instituțională și ideologică, în sfera căreia se stabilesc

și evoluează raporturile politice, juridice, morale, religioase etc. dintre oameni. Spre deosebire de concepțiile anterioare, care limitau forțele motrice ale istoriei la mobilurile ideale ale inițiativelor subiective (scopuri, năzuințe, idealuri), MARX și ENGELS au demonstrat că marile mișcări sociale antrenează nu indivizi izolați, ci clase și categorii sociale, al căror statut obiectiv este determinat de poziția lor în cadrul dat al relațiilor de producție. În această perspectivă, evoluția societății este înțeleasă ca proces „istoric-natural”, adică guvernat de legități independente de arbitrarul subiectiv, a căror dezvăluire constituie scopul și proba de autenticitate a oricărei cunoașteri științifice a vieții sociale. Depășind anistorismul steril al concepțiilor metafizice asupra „societății în genere”, MARX și ENGELS elaborează conceptul de formațiune socială, care exprimă atât existența unor elemente și conexiuni invariante ale vieții sociale, cât și ideea că ele se manifestă întotdeauna empiric în anumite condiții particulare cu legități specifice și caracteristici irepetabile. Istoria universală este succesiunea logică a formațiunilor sociale, dialectica obiectivă a forțelor și relațiilor de producție generînd necesitatea înlocuirii unei formațiuni care și-a epuizat posibilitățile interne de progres cu o formațiune superioară, capabilă să stimuleze dezvoltarea generală a societății. În orînduirile bazate pe proprietatea asupra mijloacelor de producție, pe relații de exploatare și dominație, forța devenirii istorice o constituie contradicțiile sociale care se exprimă în lupta dintre clase. Rezultatul inevitabil al înfruntării dintre clasele cu interese antagonice este trecerea pe cale revoluționară de la o formațiune socială la alta. Concepție profundă și consecvent dialectică, materialismul istoric respinge interpretările vulgarizatoare ale materialismului economic, care neagă sau subestimează rolul factorilor ideologici și suprastructurali în dezvoltarea socială, promovînd un fel de fatalism sui generis și postuînd un automatism al istoriei, guvernat de acțiunea implacabilă a factorilor economici.

Privind societatea ca întreg, MARX și ENGELS nu au înțeles rolul primordial al existenței față de conștiința socială sau determinare a suprastructurii de către baza economică ca raporturi cauzale univoc orientate, ci le-au definit ca interacțiuni complexe, factorii determinanți avînd o relativă independență funcțională și exercitînd o acțiune înversă asupra vieții materiale a societății.

În strînsă unitate cu materialismul dialectic, filozofia materialistă a istoriei constituie fundamentul teoretic al socialismului științific, al politicii, strategiei și tacticii partidelor comuniste revoluționare. Sistem teoretic deschis, materialismul istoric respinge structural osificarea dogmatică și soluțiile definitive, reprezentînd o metodă perfectibilă de investigare a proceselor sociale,

o călăuză vie în acțiune, în lupta pentru transformarea revoluționară a societății, care se dezvoltă creator generalizând datele oferite de științele sociale particulare (sociologie, istorie, economie, politicologie etc.) și pe temeiul investigării evenimentelor sociale din trecut și prezent.

148. MATERIALISM ȘTIINȚIFIC NATURALIST

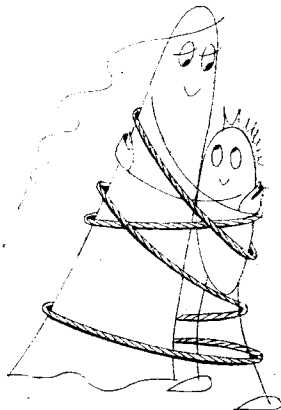
● Convingere spontană a cercetătorilor naturii, manifestă în activitatea lor de investigare experimentală, că lumea este o realitate obiectivă, pe care conștiința o reflectă prin intermediul unui aparat conceptual și metodologic mai mult sau mai puțin adecvat în raport cu esența extrasubiectivă a proceselor studiate. Nefiind decât o atitudine insuficient elaborată, materialismul spontan al savanților naturaliști nu depășește, de regulă, limitele concepției mecaniciste, asociindu-se uneori, în mod inconsecvent, cu opinii filozofice idealiste. Interpretarea riguroasă a concluziilor, a metodologiei și a postulatelor ontologice ale cercetării științifice necesită depășirea acestui gen de materialism, printr-o abordare materialist-dialectică sistematică și consecventă.

149. MATERIALITATE (cf. lat. *materia*) ● Mod de existență caracteristic oricărui lucru sau proces real, care subzistă în afară și independent față de conștiință. Înțelegând materia ca substanță (definită prin atribute cum ar fi: corporalitatea, întinderea, masa, impenetrabilitatea etc.), concepțiile materialiste premarxiste au încercat în mod defectuos să susțină teza unității materiale a lumii, reducând orice formă de existență, inclusiv psihicul omnesc, la același substrat ontic. În filozofia marxistă, materialitatea lumii nu exclude, ci presupune infinita diversitate calitativă a formelor concrete de existență materială, întrucât condiția ontologică de materialitate nu presupune decât independență față de spirit, definit ca proprietate a materiei superior organizate, ca funcție și mod specific de activitate a creierului omnesc.

150. MATERN—complex (cf. lat. *mater* „mamă”)

● Termen psihanalitic, care desemnează atașamentul excesiv al copilului față de partenerul matern al cuplului parental. Practic, complexul matern reprezintă o dimensiune a complexului Oedip. Complexul matern la bărbat presupune, în concepția psihanalitică, o incapacitate de sevraj afectiv al fiului în relația cu mama sa. JUNG vorbește despre complexul matern legându-l de arhetipul mamei; la formarea acestui complex participă atitudinea mamei în perioada primei copilării, arhetipul putând deveni generator de angoasă. JUNG face distincție între complexul matern al fiului și complexul matern al fiicei. Efectele acestui complex, la băiat, sînt homosexualitatea și donjuanismul, ocazional impotența. Sublimarea tendințelor homosexuale determină, după JUNG,

dezvoltarea gustului estetic, a sentimentului religios, a receptivității spirituale. Conform teoriei arhetipurilor, complexul matern al bărbatului presupune o perturbare a arhetipului mamei (anima). La femeie, complexul matern este mai puțin



complicat, producînd fie o întărire pînă la exacerbare a instinctelor feminine, materne, fie o slăbire a lor pînă la stingere, în timp ce la bărbat perturbă trebuințele virile printr-o sexualizare psihic feminină, deci nenaturală. JUNG distinge patru variante ale complexului matern feminin:

- hipertrofia elementului matern (scopul unic al femeii devine acela de a avea copii, ea „se agată” de ei, împiedicîndu-le dezvoltarea independentă);
- erosul debordant (slăbirea tendințelor instinctuale materne pînă la stingere; apare o exacerbare a erosului, care provoacă adesea o atitudine inconștientă de incest față de tată, dar nu constantă; este tipul de femeie căreia îi plac relațiile senzaționale și exaltante, pe care nu le păstrează însă timp îndelungat);
- identificarea cu mama (proiecția personalității fiicei asupra mamei; mama devine, în acest caz, pentru fiică, o „superpersonalitate”, de care se atașează profund; este tipul de femeie cu sentimente de inferioritate, care simulează în permanență o inocență rînită, o veșnică stare de abandon; bărbatului simt o mare atracție pentru acest tip);
- apărarea împotriva mamei (sau complexul matern negativ), elementul principal constînd în lupta continuă împotriva identificării cu mama; pe de o parte mama exercită fascinația asupra fiicei, dar pe de altă parte fiica manifestă rezistență și gelozie față de mamă; este tipul de femeie care știe totdeauna ceea ce nu vrea, dar nu are idei clare în ceea ce privește destinul ei; instinc-

tele sale se concentrează asupra partenerului matern sub o formă defensivă și în detrimentul unei vieți personale ; căsătoria devine doar un scop pentru a se desprinde de mamă și, foarte des, soțul este închipuit ca avînd trăsături de caracter care o amintesc pe mamă (semnificînd respingerea inconștientă a arhetipului matern) ; datoriiile materne și exigențele vieții de cuplu provoacă neliniște, iritabilitate ; uneori, acest tip de femeie își dezvoltă inteligența ca modalitate de a anihila puterea maternă, de aici putînd rezulta diverse atitudini masculine.

151. **MATERN** — instinct → INSTINCT.

152. **MATERNAJ** (cf. lat. *mater*) ● Tip de relație între personalul medical și pacienți, caracterizată prin solitudină, devotament, protecție, practic printr-o atitudine afectivă necondiționată a personalului medical față de bolnavi (atitudine maternă). Ea este eficientă pînă la o anumită limită față de subiecții semnificativ frustrați afectiv. Poate crea însă și dependență, accentuînd incapacitatea subiectului de a tolera și integra orice fel de frustrare (de fapt incapacitatea de sevraj afectiv sau un sevraj deficitar).

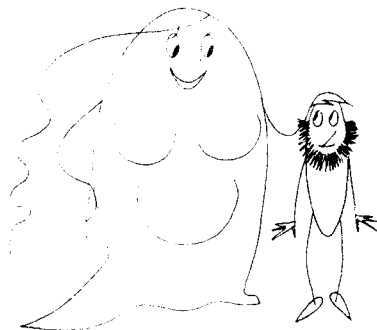
În sens restrîns, termenul desemnează o tehnică de psihoterapie folosită în cazul psihozelor, care se bazează pe realizarea unei relații între pacient și terapeut, asemănătoare cu relația primară dintre copil și mamă (→ „MAMĂ BUNĂ”) ; este vorba de pacienții cu o profundă nevoie de a fi protejați și iubiți (copleșiți de iubire), față de care terapeutul se comportă precum o mamă față de un sugar (RERCAMIER, citat de FEDIDA).

153. **MATERNITATE** (cf. lat. *maternus* „matern”) ● Complex ideo-afectiv și comportamental referitor la rolul femeii de a purta produsul de concepție, la momentul parturii, la creșterea și îngrijirea copilului. În determinismul acestui complex intervin, pe lîngă factorii biologici (instinctivi, materni, endocrini) și factori psihologici, educaționali. Conduita maternă normală poate fi alterată în anumite circumstanțe psihopatologice → INSTINCT SEXUAL ; PERIOADA PUERPERALĂ ; GRAVIDITATE , POSTPARTUM , POST-ABORTUM — tulburări psihice.

154. **MATOS Julio -Xavier** (1856—1922) ● Psihiatru portughez. A studiat medicina la Lisabona, în 1880 a susținut teza avînd drept subiect „Patologia halucinațiilor”. A fost director al Spitalului Conde de Ferreira din 1900 pînă în 1911, apoi șeful clinicii de psihiatrie al azilului Miguel Bombarda, unde i s-a încredințat și catedra de psihiatrie nou înființată. Cel mai mare merit al său este acela de a fi organizat asistența de psihiatrie din Portugalia, asigurîndu-i o bază științifică.

Principalele sale lucrări sînt : „Halucinațiile și iluziile” (1892), „Paranoia” (1898), „Studii clinice și medico-legale asupra nebuniei” (1899), „Alienația în faza tribunelor” (1902—1907). Este considerat părintele psihiatriei portugheze moderne.

155. **MATRIARHAT** (cf. lat. *mater* „mamă” ; gr. *arhe* „conducere”) ● Sistem de organizare socială, specific perioadei timpurii a comunei primitive, în care filiația era stabilită matrilinear,



autoritatea masculină asupra descendenților revenind nu tatălui, ci unui frate al mamei. Matriarhatul implică, de regulă, un sistem de relații conjugale bazat pe schimbul de femei între două clanuri (ginți), numit exogamie duală.

156. **MATTEY-MARC^(B)** boală $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CLEPTOMANIE.

157. **MATURARE** (cf. lat. *maturus* „matur”) ● Stadiul final al dezvoltării psihologice a unui individ. Această definiție trebuie întregită prin precizarea că, deși maturarea este o noțiune statică, ea impune o anumită dinamică, procesul dezvoltării implicînd totdeauna transformări la nivelul sistemului nervos, endocrin etc.

Inițial, termenul a fost folosit de biologi și geneticieni pentru a desemna starea psihologică a subiectului capabil de reproducere ; ulterior, a fost extins de către GESELL în sensul evoluției organismului spre maturitate și aplicat în psihologia infantilă. Transformările pe care organismul le suferă pentru a ajunge la maturitate sînt în mare parte condiționate ereditar, mai ales în primele etape ale vieții (făt și sugar). În momentul în care individul este capabil să întrețină relații cu ambianța, condiționarea ereditară a maturării scade în importanță (fără a dispărea), lăsînd loc factorilor psiho-sociali.

După PIAGET, maturarea intelectuală se realizează mai devreme sau mai tîrziu (și uneori deloc), în funcție de experiențele pe care individul le trăiește în mediul său social. Maturitatea psihică a adultului este realizată atunci cînd acesta este

capabil să se integreze la realitate, fapt care poate implica amânarea plăcerii sau renunțarea la ea.

158. **MATURATIE** (cf. lat. *maturus*) ● Proces dinamic intern, constind în creșterea și structurarea deplină a funcțiilor vegetative și senzorio-motorii, persistind pînă la exprimarea potențialului de creștere a unui individ, conform informației ereditare și sub influența condițiilor externe. Termenul se suprapune uneori celui de maturizare, spre deosebire de care implică însă, preponderent, factori biologici și ereditari. După PIAGET, maturarea cerebrală (mielinizarea, stabilirea legăturilor intersinaptice, diferențierea activității electrice) furnizează o potențialitate intelectuală care se poate realiza sau nu, sub influența mediului social și în funcție de consistența acestuia.

159. **MATURITATE** (cf. lat. *maturitas* „dezvoltare deplină”) ● Din punct de vedere ontogenetic, reprezintă un moment în care un individ a atins completa sa dezvoltare psihică și fizică. Termenul definește o stare funcțională fizică și psihică, dar și un sistem complet de posibilități rezultate din interacțiunea potențialităților ereditare cu factorii de mediu, caracterizată prin stabilitate și eficiență adaptativă.

După R. LACAN, maturitatea implică autonomie personală, obiectivitate față de sine și față de mediu, integrarea funcției sexuale, achiziția unui anumit nivel al capacității profesionale, aderența la o concepție despre lume și viață. Se distinge, fără a se suprapune :

- maturitate biologică ;
- maturitate fiziologică ;
- maturitate intelectuală ;
- maturitate emoțională ;
- maturitate socială ;
- maturitate vocațională.

Între aceste diverse aspecte ale maturității pot apărea discrepanțe, dintre care cea mai des semnalată în clinica psihiatrică este aceea dintre maturitatea intelectuală și maturitatea emoțională. Maturitatea implică diverse nivele de eficiență și stabilitate intelectuală, afectivă, profesională, și nu este rodul unei dezvoltări lineare, ci al unei intercondiționări complexe a factorilor externi și interni.

Din punct de vedere psihanalitic, maturitatea se caracterizează prin preponderența principiului realității față de principiul plăcerii.

160. **MATURIZARE** (cf. lat. *maturus*) ● Ansamblul fenomenelor bio- și psihosociale care, în cadrul unui proces complet de intercondiționare, conduce la starea de maturitate (S. RUBINSTEIN). Studiul funcțiilor de relație (numai în aparență, biologice) duce la decelarea a două mecanisme de maturizare :

- un mecanism de învățare, de circuite funcționale din ce în ce mai complexe ;

- un mecanism afectiv, care mobilizează ceea ce școala psihanalitică numește libidou.

Cercetările psihologice vizează aspecte diferite ale maturizării. Astfel, J. PIAGET clasifică stadiile dezvoltării intelectuale, ale constituirii realului, în :

- perioada senzorio-motorie (0—2 ani) — de la activitatea reflexă la apariția simbolului ;
- inteligența preoperatorie (2—7 ani) — de la apariția funcției simbolice la forme min-tale semireversibile ;
- inteligența concretă (pînă la 12 ani) — de la operațiile simple și primele aplicări ale cauzalității la constituirea unei scheme de valori relativ fixe ;
- operații logice formale (pînă la 15 ani).

Școala psihanalitică cercetează dezvoltarea afectivității, a structurii personalității, după următoarea stadializare :

- 0—1 ani — de la narcisism și autoerotism, la stadiul oral ;
- 1—3 ani — stadiul sadic anal ;
- 3—5 ani — stadiul falic sau genital ;
- 5—8 ani — faza de latență, organizarea aparatului psihic, constituirea instanțelor Eu, Sine, Supraeu, exersarea mecanismelor de apărare, constituirea gândirii sociale, logice și morale ;
- 9—12 ani — prepubertatea ;
- 12—16 ani — pubertate, integrarea alee-rrii obiectale în organizarea Eului social, intelectual și moral.

Aceste stadii de dezvoltare sînt parcurse în forme specifice, individuale. Reușita, eludarea, accidentul, determină la fiecare individ în parte o formulă individuală de maturizare, un anumit nivel al eficienței adaptative.

161. **MAUDSLEY Henry** (1835—1918) ● Psihiatru englez. A studiat la Londra într-o perioadă în care totul plega pentru un viitor strălucit al chirurgiei (obținînd medalia de aur pentru chirurgie la absolvire) ; prin conținutul tezei sale optează însă pentru psihiatrie, începîndu-și activitatea în azilul din Manchester. Rămîne, cu toate acestea, pentru totdeauna, un somatician care face psihiatrie. În principala sa lucrare „Fiziologia și patologia spiritului” (1867), considera boile psihice „o eroare de adaptare a proceselor nervoase”. Principiul său merit îl reprezintă însă înființarea primului spital de psihiatrie pentru tratamentul intensiv al bolilor acute (azi, „Spitalul Maudsley” din Londra).

162. **MAUSS Marcel** (1872—1950) ● Întemeietorul etnologiei franceze ; a funcționat ca profesor la „L'École des hautes études” și la „College de France”. A fost interesat de multiple aspecte ale existenței umane, pe lîngă etnologie preocupîndu-se de psihologie, lingvistică, istoria religiilor, magie etc. Este autor al unor numeroase

studii, unele din ele grupate în volumul „Sociologie și antropologie”.

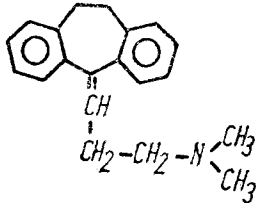
163. **MAXIBAMATO**^(MC) Spania ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate cu acțiune diferită, dar care se completează:
- **MEPROBAMAT**^(M) — tranchilizant derivat propandiolic;
 - **DEXAMFETAMINA**^(M) — nooanaleptic derivat feniletilaminic.

Are acțiune psihostimulentă și miorelaxantă.

164. **MAXIMED**^(M) RFG — DCI *Protriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip N-metil-5H-dibenzolol, dlcicloheptan-5-propilamină, cu acțiune asemănătoare NORTRIPTILINEI, fără efecte sedative, indicat mai ales în depresii inhibate. Efectele secundare sînt numeroase; nu se administrează în sarcină.

165. **MAXITON**^(M) Austria, Elveția, Franța, Spania — 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.

166. **MAXIVALET**^(M) Grecia — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N,N-dimetil-5H-dibenzolol, dlcicloheptan-5- Δ^5 -Y-propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **AMITRIPTILINĂ**^(M).



167. **MAYA** ● Cuvînt hindus însemnînd iluzie. Concept prin care vedeți și, în general, filozofia indiană semnifică dorințele și înclinațiile care fac din individ prizonierul aparențelor fenomenale, acoperind veritabilele sensuri existențiale cu un „văl de iluzii”, asemănător mirajelor. În filozofia budistă, maya caracterizează nivelul cel mai scăzut al cunoașterii, absorbită de înfățișarea exterioară a lucrurilor, de ceea ce este trecător și accidental, nebănuind esențele durabile, accesibile doar meditației și ascezei, care duc spre mîntuirea sufletului, prin sustragerea din lanțul reîncarnărilor.

168. **MAYEPTIL**^(M) RFG ● Neuroleptic incisiv derivat fenotiazinic piperazinat ^{sim}; **MAJEPTIL**^(M) Franța.

169. **MAYER-BETZ**^(B) boală ● Afecțiune genetică rară, transmisă probabil recesiv, caracterizată clinic printr-un sindrom muscular paroxistic dureros, cu tumefacții și pseudoparalizii musculare, declanșat sau exacerbat de efort sau infecții. Deși între accese subiecții sînt normali, cu timpul se instalează un deficit motor permanent (**BOWDEN**, **FRASER**, **ROWLAND**). Formele grave sînt însoțite de tulburări renale (uremie), circulatorii și respiratorii. Pentru diagnostic sînt caracteristice emisiile accesuale de urină cu aspect de „drojdie de cafea” (datorită prezenței miohemoglobinei). Anatomopatologic, mușchii afectați prezintă procese de vacuolizare sau lichiefiere. **CORBIN**, **CODDON** și **MURREY** diferențiază două tipuri clinice: tipul I, cu debut la pubertate și tipul II, caracteristic școlarului mic, care are o evoluție gravă spre exitus. Afecțiunea trebuie diferențiată de nefritele acute și cronice, de hemoglobinuria paroxistică și porfirie acută. Prognosticul rămîne în general rezervat datorită severității complicațiilor (mai ales renale). Tratamentul este simptomatic.

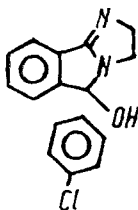
170. **MAYER-GROSS William (Willy)** (1889—1961) ● Psihiatru britanic de origine germană, „fondatorul școlii moderne de psihiatrie din Anglia” (**ROTH**). Absolvent al universității din Heidelberg, devine asistent și apoi profesor al catedrei de psihiatrie, unde lucrează cu **JASPERS** și **GHRULE**. În 1932 i se oferă conducerea catedrei de la Gröningen, pe care este obligat să o părăsească după venirea la putere a naziștilor. A emigrat în Anglia, unde a lucrat la Maudsley, introducînd în această clinică cura Sakel; a desfășurat o intensă activitate organizatorică și didactică la Londra și Birmingham. Lucrările sale de psihopatologie l-au făcut celebru în lumea întreagă. Teza de doctorat din 1913 „Fenomenologia fericirii patologice” abordează tema de pe pozițiile psihologiei structurale jaspersiene. În 1924 a descris stările oneiroide și ulterior exaltarea patologică; de asemenea, a dedicat studii largi stărilor reziduale din schizofrenie, agnozie, apraxie, psihozele experimentale din intoxicațiile cu cocaină și mescalină. Tratatul său de psihiatrie clinică (1954), editat împreună cu **E. SLEITER** și **M. ROTH**, s-a impus încă de la început ca o lucrare deosebit de valoroasă, ca o lectură fundamentală a psihiatruului modern, datorită modului complex de abordare a bolii psihice.

171. **MAYER-GROSS** ● **sindrom** ● Sindrom descris de **MAYER-GROSS** în 1928, constînd în asocierea unor tulburări psihosenzoriale multiple: halucinații vizuale figurate (obiecte, ființe bine definite) sau cinematografice, halucinații auditive complexe și halucinații olfactive (mirosuri neplăcute). Se întîlnește în crizele unicate din epilepsia temporală (**H. JACKSON**), în tumori și leziuni de lob temporal (care interesează mai ales rineni-

cefalul și unculul hipocampului), în intoxicațiile cu opiacee și mescalină, în schizofrenie etc.

172. **MAZANOR^(M)** SUA
MAZILDENE^(M) Italia → MAZINDOL^(DCI)

173. **MAZINDOL^(DCI)** ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat clorofenilisoindolic de tip 5-(p-clorofenil)-2, 5-dihidro-3H-imidazo[2, 1- α]-isoindol-5-ol, fără efecte simpaticomimetice ;



este indicat în astenii severe, sevrăj toxicomanic, tulburări de dinamică sexuală, presenilitate, cât și în combaterea unor efecte secundare ale neurolepticilor și anticonvulsivanelor în tratamentul de lungă durată. Constituie principiul activ al unor produși terapeutici, dintre care cel mai cunoscut este :

TERONAC^(M) Anglia, Austria, Canada, Elveția, Grecia, Olanda, Portugalia, RFG, Spania.

Alți produși similari sînt :

AFILAN^(M) Argentina	MAZANOR^(M) SUA
DASTEN^(M) Brazilia	MAZILDENE^(M) Italia, Columbia
DIESTET^(M) Mexic	O BENON^(M) Columbia
DIMAGRIR^(M) Argentina	SANOREX^(M) Canada
FAGOLIPO^(M) Brazilia	SOLUCAPS^(M) Mexic
LIOFINDOL^(M) Mexic	TERENAC^(M) Austria
MAGRILAN^(M) Argentina	

174. **MAZINI^S simptom** ● Simptom manifestat printr-un paralelism între flexia dorsală accentuată a degetelor mîinii și picioarelor, la copiii cu întârziere în dezvoltarea psihică.

175. **MAZURKIEVICI Jan** (1871—1947) ● Psihiatru polonez, întemeietorul școlii de psihiatrie din Polonia. Între anii 1900 și 1907 a fost asistent universitar, apoi, din 1909, docent al catedrei din Lvov, iar din 1919, profesor al catedrei de psihiatrie din Varșovia, unde a înființat, după război, o nouă clinică. A avut importante contribuții în domeniul psihopatologiei, lucrările sale fiind marcate de orientarea jaksoniană, pe care a imprimat-o și școlii poloneze. A subliniat importanța tulburărilor neurovegetative în apariția tulburărilor psihice. A lăsat un număr impresionant de lucrări referitoare la fiziopatologia și psihofiziologia sistemului nervos central, care au reprezentat un permanent subiect de atracție.

176. **MAZURKIEVICI^(S) sindrom** — sin. **SINDROM AL AMINTIRILOR INUTILE** ● Sindrom descris de autorul al cărui nume îl poartă, în 1949, constînd în invadarea planului realității prezente cu fragmente sau evenimente derulate cu mult înainte, pe care subiectul le introduce în dialogul său, fără a avea o legătură cu situația în sine. Se întâlnește în arterioscleroza cerebrală, demențe, epilepsie.

177. **MĂRCUȚA** — „ospiciul smintîților” ● Mănăstirea Vornicului Dan, înființată în 1587, își schimbă numele în mănăstirea „Mărcuța” în 1679. Începînd cu 1779, se organizează pe lângă mănăstire un lazaret pentru ciumați, care este despărțit printr-un zid de mănăstirea propriu-zisă în 1796.

Mutația în structura așezămîntului sanitar Mărcuța pare să se fi produs între 1828—1830. Dr. Al. ȘUTU menționează (1869) : „prin inundația din 1827—1828 de la Mănăstirea Balamucii, s-a decis mutarea infirmilor, cerșetorilor și smintîților la Mărcuța” ; dr. IARKI fixează înființarea ospiciului în anul 1832 ; pentru cei mai mulți istoriografi ai așezărilor sanitare românești, anul înființării propriu-zise a ospiciului este însă 1838, an considerat drept an de naștere al psihiatriei românești.

Primul director al așezămîntului este dr. Nicolae GĂNESCU (1799—1875), care a ocupat acest post timp de nouă ani, preocupîndu-se de îmbunătățirea condițiilor de spitalizare : în 1845, solicita „mese, scaune, precum și un ceasornic mare, pentru administrarea medicamentelor la timpul potrivit, . . . cît și o baie”. În anul 1859, capacitatea așezămîntului era de 100 de paturi, iar noul director, dr. PROTICI, creează un atelier de tîmplărie (bărbați) și unul pentru lucru de mîna (femei), punînd bazele ergoterapiei românești. Condițiile de spitalizare erau aspre și inumane, ca în toate așezămintele de acest gen din Europa secolului al XVIII-lea și al XIX-lea. Astfel, în 1841, printre cheltuielile efectuate de ospiciul Mărcuța figurau procurarea „a zece lanțuri cu lacăte cu tot și 12 cămași de forță”.

Un alt director al așezămîntului, prof. dr. Al. ȘUTU, referindu-se la aceleași condiții, pe care le-a combătut prin întreaga sa activitate, spunea : „Mărcuța este pentru societatea noastră un loc de teroare și repulsie. . . Bătăliile, violența, lanțurile, celulele, iată ce se întrebuintează în acele timpuri de tristă memorie. Smintitul admis în ospiciu, la cea mai mică nesupunere din parte-i, era pus în lanțuri care se aplicau la picioare, la brațe, la gîtul morbosului de care nu mai scăpa decît prin moarte”.

După 1860, ospiciul Mărcuța, ca de altfel întreaga rețea medicală a țării, a trecut în sarcina Ministerului de Interne ; în 1864, va apărea „Regulamentul ospiciului Mărcuța”, semnat de Carol DAVIL-

LA, director al Serviciului Sanitar, regulamentul care va atesta definitiv laicizarea acestui ospiciu și renunțarea definitivă la modelul medieval mănăstiresc. Regulamentul este o îmbinare reușită a legislației sanitare românești (V. PREDESCU) cu principiile legislative ale lui PINEL (1814).

Anul 1867 reprezintă un an de cotitură atât pentru ospiciu, cât și pentru psihiatria românească, în general, prin venirea la conducerea ospiciului a prof. dr. AL. ȘUȚU ; capacitatea unității va ajunge la 500 paturi. Începând cu anul universitar 1867—1868 prof. dr. ȘUȚU predă cursul de psihiatrie benevol ; până în 1897, când se înființează Catedra de psihiatrie și clinică a bolilor mintale a cărei existență se leagă tot de acest ospiciu.

În timp, condițiile de spitalizare și tratament s-au îmbunătățit, dar localul devenind necorespunzător, bolnavii ospiciului Mărçuța au fost mutați, în 1923, în noul Spital Central de boli mintale și neuroase (→).

178. MĂRIRE^(D) delir (derivat de la adjectivul *mare*) ● Idei delirante care pot apărea disparat sau sistematizat, referitoare la anumite roluri sociale pe care subiectul le-ar avea, sau la anumite identificări cu personaje ilustre cărora subiectul le-ar fi un alter Ego (acest ultim aspect este adesea condiționat istoric).

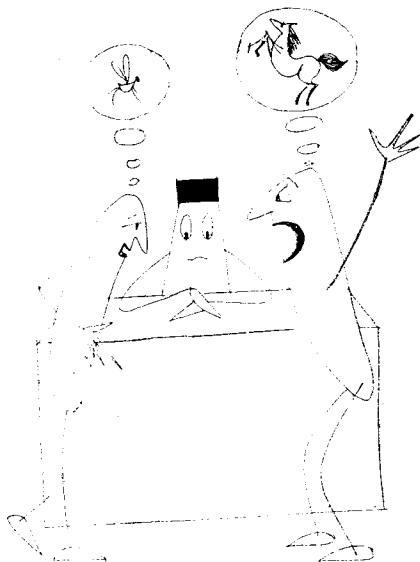
Disproporția vădită dintre condiția reală a subiectului și cea pe care și-o atribuie este complet ignorată și încercările de corectare critică a manifestărilor comportamentale ale subiectului se lovesc de o opoziție susținută. Ideile de mărire pot lua uneori un aspect fantastic, bolnavul atribuindu-și o origine divină, puteri demiurgice, capacități extraordinare.

Delirul de mărire se întâlnește în episoadele maniacale, debilitate mentală, schizofrenie paranoică, parafrenie, psihoze de involuție → GRANDOARE.

179. MĂRTURIE (vezi *martor*) ● Relatare a unei persoane făcută asupra evenimentelor la care a asistat. Deși este considerată ca o probă importantă în justiție și mai ales în criminalistică, mărturia poate conține note de relativitate, în funcție de pregnanța factorilor subiectivi.

În acest sens, HESNARD, care a aprofundat psihologia martorilor, afirmă că „martorul pe care-l dorește judecătorul este un obiect ideal, un robot care să înregistreze și să redea”, iar P. JANET susține că „dacă martorii buni sînt atât de rari, este pentru că spiritele complete și echilibrate sînt excepționale”. CEREAC a afirmat (în cadrul unui congres desfășurat în 1958, la Rennes), că martorul se află pe o „scenă” în care el devine acuzator (mai rar, acuzat), scenă de pe care el își proiectează de fapt propria-i personalitate (trebuințele, reacțiile sale afective, aprecierile, eventual complexe sale). Nu sînt de negli-

jat vîrsta și starea subiectului care a asistat la eveniment, și nici reacțiile emoționale pe care acesta i le-a declanșat. Amintirile sale sînt influențate de starea afectivă și de păreri generale, de prejudecăți asupra evenimentului respectiv : co-



rectitudinea relatărilor este modificată uneori de starea de anxietate, emotivitate, pe care martorul o are în momentul depozitării, de relațiile sale cu acuzatul și acuzatorul, de ideile sale proprii despre vinovăție. El proiectează de fapt o atitudine personală în ceea ce privește ierarhizarea valorică a lumii. Pe de altă parte, trebuie luați în considerare factori legați de capacitatea de înregistrare, de memorizare și evocare a subiectului, de nivelul său cultural și educațional, de caracteristicile lui individuale. Toți acești factori pot contribui la denaturarea evenimentului real. Multiple studii experimentale făcute de STERN, LARGUER, GROSS, DES BAUCELS, CLAPARÈDE, LA DAME, LIPMANN, LEY, MENZEROTH, ROUGES DE FURSAC etc., demonstrează că numai 5—8% din mărturiile (chiar la cei avizati) sînt corecte, restul fiind aproximative, exagerate, insuficiente sau denaturate.

O atenție deosebită merită a fi acordată mărturiei depuse de copii, mai ales atunci cînd copilul este unicul martor sau martorul principal, dată fiind tendința naturală spre minciună la această vîrstă. Copilul minte în joacă, din curiozitate sau din vanitate, depunînd mărturii care, deși alterate, apar extrem de exacte, fără a suferi nici o modificare la repetările ulterioare. Din punct de vedere psihiatric, mărturia prezintă importanță în măsura

în care ea aparține unor subiecți bolnavi psihic. Astfel, „mitoman activ” (psihopat pervers) depune mărturii false, a căror gamă se întinde de la însinuarea acuzatoare până la imputări calomnioase, creînd un curent care atrage alte mărturii mincinoase. Psihopatii perverși sexual, paranoiacii, alcoolicii, toxicomanii depun și ei mărturii neconforme cu realitatea, care îndreaptă ancheta pe piste false, până la confuzie totală. Debilii mental pot depune și ei mărturii false, deși nu neapărat intenționat, datorită faptului că ei au o capacitate slabă de a înregistra. Subiecții atinși de patologia involuției și preinvoluției pot împiedica, prin depozitia lor, bunul mers al unei anchete, atît prin amintirile deformate de hipomnezia caracteristică, cît și prin ideile de prejudiciu care pot să apară în acest context patologic.

180. MĂRTURISIRE (vezi *martor*) ● Acțiune/modalitate verbală sau grafică prin care o persoană dezvăluie, în mod spontan, anumite conținuturi ideative proprii sau aparținînd altora, cu sens reprobabil sau nu, putînd implica o vinovăție reală sau imaginară. Mărturisirea echivalează, în unele cazuri, cu un catharsis ; în religie, ea se suprapune cu acțiunea spovedaniei ; în justiție oferă fapte și evenimente (mărturia) cu funcție semnificativă în stabilirea adevărului. Au existat, în evoluția civilizațiilor, diverse mijloace de a provoca/stimula mărturisirea, alese după criteriul scopului urmărit (mijloace bazate pe forță și tortură ; mijloace chimice ; mijloace de reconstituire a unor situații în mod experimental, care să inducă o tensiune emoțională, în special de culpabilitate ; metode biologice, constînd în infectarea cu germeni, bacterii ; metode psihologice, constînd în manevrarea subiectului prin stimularea încrederii, prin culpabilizare, seducție etc.). Mărturisirea, ca dezvăluire a unei realități, este mai mult sau mai puțin concordantă cu realitatea în cauză, în funcție de parametri conținutului dezvăluit (eveniment exterior amplu sau sărac, recent sau vechi, plăcut sau neplăcut etc.) și de caracteristicile persoanei (însușirile particulare, dar mai ales caracterul motivelor care determină mărturisirea : implicarea subiectului în situației eveniment, gradul de participare sau de recuperare a situației, motivul, conștient sau nu, care a determinat implicarea, starea emoțională provocată de situație și de reactualizarea situației).

În psihopatologie, mărturisirea este o acțiune mai mult sau mai puțin deformată de procesul morbid. Astfel, mărturisirea personalității dizarmonice (în special de tip isteric) este deformată, conținînd elemente de tip mitoman. Nevroticul are, în genere, o acțiune de mărturisire bogată în detalii ; în mod conștient el pretinde că redă cît mai fidel realitatea, practic mărturisirea lui fiind profund marcată de tensiunile și de conflictele sale latente. Debilii mental au mărturisiri

sărace sau modificate, datorită sugestibilității lor crescute, a stării emoționale generate de eveniment sau a relatării conținutului. La bolnavii psihotic, credibilitatea mărturisirii este pusă în mod semnificativ sub semnul întrebării, întrucît discernămîntul său este sever diminuat de procesul morbid. (→ CONFESIUNE).



Tizian

181. MĂSURĂ (cf. lat. *mensura*) ● Categorie filozofică a dialecticii, elaborată de HEGEL și preluată de materialismul dialectic, care exprimă unitatea dintre calitate și cantitate. Măsura desemnează limitele între care variațiile cantitative ale unui obiect sau proces nu determină schimbarea lui calitativă. Depășirea măsurii antrenează transformarea obiectului sau procesului respectiv în altceva, trecerea lui într-o formă de existență diferită calitativ.

182. MC₁(^{MC}) Spania ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate cu acțiune complementară :

- CLORPROMAZINA^(M) — neuroleptic sedativ ;
- PROMETAZINA^(M) — neuroleptic sedativ. Are acțiune sedativ anxiolitică.

183. M-COLINOMIMETICE — sin. MUSCARI-^{sin.} NICE ; PARASIMPATOMIMETICE → PARASIMPATICOMIMETICE.

184. Mc DOUGALL William (1871—1938) ● Psiholog american, fondatorul psihologiei hormice (1908), cu ajutorul căreia s-a inițiat studiul instinctelor. În 1911 și-a prezentat teoria privind principiile reflexelor condiționate care ar sta la baza dezvoltării comportamentului.

185. Mc LACHAN^(S) sindrom — sin. BICKEL-LOWE^(S) sindrom ; LOWE-TERREY^(S) sindrom

OCULO-CEREBRO-RENAL FANCONI⁽³⁾ sindrom → LOWE⁽⁸⁾ sindrom.

186. **MEAD Margaret** (1901—1980) ● Psiholog, sociolog și antropolog american, preocupată de studierea societăților primitive din insulele Samoa și din Guineea; a contribuit la dezvoltarea antropologiei culturale, prin introducerea conceptelor moderne ale psihologiei personalității, cu referiri psihanalitice. În lucrările sale, ea susține că învățarea socială depinde de mediul în care se face acumularea, crizele biologice (de exemplu cele adolescenței) fiind legate de statutul social al individului (în anumite societăți primitive, aceste crize nu există). Dintre multiplele sale lucrări cităm: "Coming of Age in Samoa", "Growing up in Guineea", "Male and Female", „Cercetări asupra copiilor primitivi", „Manual de psihologie a copilului" etc.

187. **MEBANAZINE^(DCI)** ● Derivat hidrazinic de tip α -metilbenzilhidrazină, cu acțiune anti-depresivă marcată, fără acțiune sedativă (se recomandă asocierea). Constituie principiul activ a doi produși farmaceutici de tip IMAO: ACTOMOL^(M) și ACTAMOL^(M) Anglia.

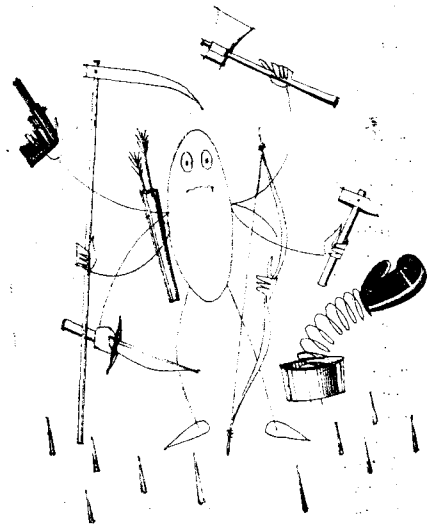
188. **MECANICISM** (cf. gr. *mechane* „mașină”) ● Concepție filozofică dominantă în secolele 16—18, care își propune să universalizeze principiile explicative ale mecanicii clasice, ridicată la rangul de paradigmă a cunoașterii teoretice, reducând întreaga diversitate calitativă a proceselor și fenomenelor din realitate la legile simple ale deplasării macrocorpusele în câmp gravitațional.

În sens lărgit, prin mecanicism se înțelege orice tendință reducionista-simplificatoare de a explica anumite procese complexe prin legăturile și conexiunile specifice unor procese mai simple (de exemplu, reducerea proceselor sociale la procese biologice, a celor biologice la transformări fizico-chimice etc.), ignorând proprietățile emergente care definesc specificul proceselor și sistemelor mai complexe.

189. **MECANISM** (vezi *mecanicism*) ● Spre deosebire de mecanicism (LAMETTRIE, 1748), care extinde legile mecanicii la interpretarea fenomenelor psihice (omul-mașină), și de mecanomorfism (V.ATERS, 1948), care atribuie ființelor vii caracteristicile unei mașini, din punctul de vedere al materialismului dialectic, noțiunea de mecanism semnifică, în psihologie, „substratul material, modul de producere a psihicului subiectiv, prezentându-se la diverse nivele ca mecanism biomecanic, biofizic, biochimic, biofizicologic, operațional" (P. POPESCU-NEVEANU). Există mecanisme fiziologice ale proceselor senzoriale, mnemice, prosexice. „La nivelul proceselor secundare, mecanismele sînt foarte complexe și dobîndite, avînd caracter de acțiuni interiorizate și variabile,

constituite operațional, în raport cu factorii sociali" (P. POPESCU-NEVEANU).

190. **MECANISME DE APĂRARE** (cf. gr. *mechane*; lat. *defendere* „a proteja, a apăra")—sin. MECANISME DE DEFENSĂ ● Modalități inconștiente, specific nevrotice, de anulare/neutralizare a angoasei, oferind, pe de o parte, o protecție iluzorie împotriva realității și provocînd, pe de altă parte, o serie de manifestări simptomatice; sînt procedee sau operații cu semnificație de apărare și diferă după tipul de nevroză, după gradul de elaborare a conflictului nevrotic și după durata evoluției. Sînt considerate ca modalități de acțiune ale Eului. După FENICHEL, defensele Eului se împart în două mari categorii: defense reușite (încetarea acțiunii pulsioniilor refulate) și defense eșuate (procesul defensiv se repetă și se continuă în scopul de a împiedica manifestarea pulsioniilor refulate). Nevroza este efectul defenselor patogene, deci al defenselor eșuate. FREUD vorbește despre defensă pentru prima dată în legătură cu fenomenele isterice; ulterior el aplică această categorie și altor fenomene nevrotice, înțelegînd defensiva ca un procedeu în care „se angajează Eul pentru a se elibera de incompatibilitatea sa cu o reprezentare" (BREUER și FREUD „Studii asupra isteriei", 1895). ANNA FREUD consacră o mare parte a operei sale mecanismelor de apărare. După această autoare, defensiva „desemnează revolta Eul



împotriva reprezentărilor și afectelor penibile sau insuportabile". Mecanismele defensive au o mare varietate în formele lor de manifestare; ele folosesc diverse tipuri de activitate (imagina-

tivă, intelectuală, fantastică), vizînd nu numai scopuri pulsionale, ci și diverse situații, exigențe ale Supraeului, emoții.

Mecanismele de apărare patogene (după O. FENICHEL) :

● **Denegația** — mecanism vechi, constînd în tendința de a nega în mod inconștient impresii, fapte, situații penibile, disconfortante pentru subiect. Este refuzul de a recunoaște neplăcerea. Se manifestă mai ales față de percepțiile interne, experiențele neplăcute și amintirile legate de aceste experiențe neplăcute. Este un mecanism cu atît mai puternic, cu cît Eul este mai slab, mai înapt de conștientizare și de a ține seama de realitate. Apare în jocurile copiilor, în reveria adultului, în perturbările grave ale funcției realului (psihoză) ; FREUD îl constată și în fetișism.

● **Proiecția** — după JUNG, cel mai vechi mecanism de apărare ; constă în expulzarea în exterior și atribuirea unui obiect exterior a unor stări, emoții, însușiri, sentimente pe care subiectul refuză să le recunoască, să și le asume, deși acestea îi aparțin. Natura arhaică a proiecției este atestată de faptul că apare în cosmologiile primitive. Proiecția este considerată a fi un mecanism esențial în paranoia (în special în delirurile de persecuție) → PROIECȚIE.

● **Introiecția** — mecanism prin care subiectul (Eul) încorporează un obiect exterior, această încorporare putînd fi o expresie a iubirii pentru obiect, dar ea semnificînd în același timp și o distrugere a obiectului ca atare (obiectul nu mai există ca ceva independent, aparținînd lumii exterioare). Introiecția are la bază tendințe arhaice față de lumea obiectelor, în cadrul relației obiectuale. Prin introiecție (și identificare), subiectul anexează propriei persoane calitățile obiectului. Proiecția și introiecția pot coexista (SZONDI vorbește despre funcționarea intro-proiectivă a Eului, care se manifestă în special la vîrsta de 3 — 4 ani) → INTROIECȚIE.

● **Refularea** — mecanism derivat din denegație ; constă în uitarea inconștientă a unor evenimente corespunzătoare unor dorințe sau exigențe instinctuale apreciate ca reprimabile ; manifestarea unor dorințe sau exigențe pulsionale ar avea efecte neplăcute pentru subiect, nepermise, ceea ce face ca ele să fie evacuate din cîmpul conștiinței. Conținutul refutat rămîne un factor potențial dinamic, a cărui acțiune persistă în inconștient. Constituie mecanismul principal în isterie (subiectul se comportă față de evenimentul neplăcut, nedorit, ca și cum el nu ar exista). Refularea implică un mare consum de energie psihică, întrucît conținutul refutat continuă să acționeze și caută ieșiri derivate.

● **Formațiunea reacțională** — constă în faptul că subiectul investește obiecte diverse într-un mod opus unei dorințe refutate, acest fapt gene-

rînd un comportament invers celui care corespunde dorinței refutate. Formațiunea reacțională se poate consolida ca trăsătură caracterială ; ea se manifestă în atitudini rigide, forțate (de exemplu, mila excesivă, constantă, ca o conduită reacțională la agresivitatea inconștientă). FENICHEL consideră formațiunea reacțională ca „atitudine antagonistă secundară” împotriva unui pericol instinctual. Poate apărea și în isterie, dar este specifică nevrozei și personalității dizarmonice obsesionale → FORMAȚIUNE REACȚIONALĂ.

● **Anularea retroactivă** — se leagă de formațiunea reacțională și constă în faptul că un gest, un comportament, este resimțit în mod pozitiv, real sau magic, ca fiind o contracarare care anulează efectele unui alt gest săvîrșit anterior, în mod real sau imaginar. Apare în simptomele de tip compulsiv, în special în cele care au semnificație de expiațiune (expiațiunea reprezentînd credința magică în posibilitatea anulării). Se mai poate manifesta și ca repetare a unuia și a aceluiași gest, act (întărirea expiațiunii).

● **Izolarea** — mecanism specific nevrozei obsesionale ; constă în faptul că subiectul nu a refutat evenimentul patogen (trauma), dar a pierdut semnificațiile lui emoționale ; astfel, el separă un afect de o reprezentare sau amintire atunci cînd, în mod real, acestea sînt legate. De obicei se separă o anumită idee de investigația emoțională atașată originar la această idee (în manifestarea exterioară acest lucru poate apărea sub forma unei atitudini calme, detașate, în momentul în care subiectul vorbește despre situații încărcate emoțional, și se poate emoționa disproporționat față de o situație care nu implică în mod real emoții intense ; practic, emoția este deplasată). Izolarea este un obstacol în cura analitică, datorită faptului că atenuază capacitatea subiectului de a simți în mod real. În cadrul experiențelor sale mintale emoțiile rămîn separate de eveniment. Este înțîlnită frecvent izolarea (separarea) între elementele încărcate de senzualitate și cele de tandrețe dintr-o experiență sexuală, acest lucru determinînd o diminuare a satisfacției sexuale.

● **Regresia** — mecanism prin care subiectul se reîntoarce la etape anterioare ale dezvoltării sale psihice, respectiv ale dezvoltării libidinale, etape în care el a avut experiențe agreabile și modalități de satisfacție mai mari. De obicei, regresia este provocată de o frustrare reală sau imaginară, puternic resimțită de subiect. Tendința la regresie este cu atît mai accentuată, cu cît persistă la subiect fixația la un tip anterior de satisfacție, împiedicînd acceptarea și integrarea unor noi procedee/moduri de satisfacție. Participarea Eului la acest mecanism diferă de implicarea lui în celelalte mecanisme defensive, în sensul că, în cazul regresiei, Eul este mai pasiv ; mișcarea regresivă este acționată nu de Eu, ci de instincte. Există două tipuri de regresie : regresia din ne-

vroze, care presupune regresarea formelor adulte ale sexualității la forme infantile, și regresia la stadiul narcisismului primar, în care nu există diferențiere între instanța Eului și instanța Sineului; acest tip se întâlnește în psihoze și este un proces care antrenează disoluția Eului.

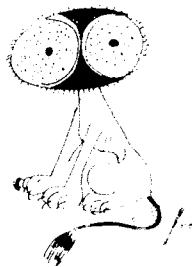
Ca apărare nepatogenă, sublimarea este considerată un proces defensiv reușit (practic o serie de defenese reușite), deși nu reprezintă un mecanism specific de apărare. În sublimare pot interveni mai multe modalități defensive, caracterul lor comun constând în faptul că Eul reușește să schimbe scopul sau obiectul (sau pe amândouă) pulsioniilor, fără o descărcare adecvată și eficientă; sublimarea constă în faptul că pulsioniile sînt canalizate pe o altă cale de descărcare, diferită de cea originală, energia pulsională fiind investită într-un substitut. Sublimarea presupune investirea continuă a pulsioniilor, deci exclude refulara, energia pulsională avînd drum liber de manifestare (pulsionea nu este nici blocată, nici suprimată, nici **contra**-investită). Sublimarea implică, de asemenea, desexualizarea pulsioniilor, în sensul desexualizării tendințelor pregenitale și nu a sexualității genitale adulte, destinată unei realizări orgasmice complete. Fenomenele care intervin în sublimare intervin și în formarea Supraeului. Există o legătură între sublimare și identificare, în sensul că sublimările sînt provocate, mai ales în copilărie, de prezența anumitor modele; astfel, dificultatea de a sublima se leagă de dificultățile de identificare.

Diverși autori psihanalistiți au enumerat și alte mecanisme defensive: refuzul realității, identificarea cu agresorul, raționalizarea, conversia, clivajul Eului, **contra**-investiția, transformarea în contrariu etc. Acestea nu sînt însă mecanisme defensive propriu-zise, ci operații sau modalități care pot avea semnificație de apărare, dar care derivă din mecanismele clasice enumerate mai sus.

191. MECANISM DELIRANT ● Noțiune utilizată în psihopatologia obiectivă (în sensul lui JASPERS), care explică condițiile în care se dezvoltă și se structurează delirul ca neoformație a funcțiilor de cunoaștere. Termeni criticabili, dată fiind referirea la o schemă explicativă (CHEVALIER, GINESTET) implicînd o diversitate de variante și posibilități lor intricare, „concept auxiliar, pur psihologic și teoretic” (JASPERS), prin relativă sa obiectivare rămîne totuși un element descriptiv util în fundamentarea dinamicii fenomenale a psihozelor. Nucleul psihopatologic al oricărei psihoze delirante se constituie prin organizarea progresivă, relativ diferențiată, a simptomatologiei delirante, ca urmare a acțiunii unor mecanisme care integrează psihoza respectivă într-unul sau altul dintre tipurile distincte din punct de vedere fenomenal psihopatologic: mecanismul intuitiv în schizofrenie, parafrenie, dez-

voltări psihotice; mecanismul interpretativ (uneori combinat cu cel intuitiv) în delirurile cronice sistematizate, schizofrenia paranoidă; halucinator în „psihozele cronice halucinatorii”; imaginativ în parafrenia fantastică. Mecanismul intuitiv intervine mai frecvent în schizofrenia paranoidă, în-deosebi la debut, uneori și în dezvoltări delirante reactive sau paranoiace (delirurile pasionale, eroto-manice) și în parafrenie. Punctul de plecare îl constituie intuiția delirantă, ca tulburare delirantă primară autohtonă, proprie bolnavului, afectînd funcționarea personalității la nivelul sensului simbolic, care devine nemotivat (GRUHLE, 1915). Fenomen cu o singură verigă (Kurt SCHNEIDER), intuiția delirantă constituie — ca și celelalte forme ale delirului primar — obiectul prelucrării secundare (JASPERS), care duce la organizarea delirului, la motivarea sa în cadrul delirului secundar. Intuiția delirantă se poate referi, după K. SCHNEIDER, la propria persoană (delirul hipocondriac, de filiație), la persoane străine (delirul de persecuție, de prejudiciu, de gelozie) sau la obiecte (delirul de invenție) și poate apărea în „dezvoltările anormale ale personalității” din paranoia (GAUPP), parafrenie (KOLLE) sau în cadrul procesului schizofrenic (JANZARIK, SCHNEIDER).

Mecanismul intuitiv specific unor dezvoltări reactive sau paranoiace poate constitui un element discriminatoriu în cadrul diagnosticului diferențial cu procesualitatea endogenă, prin caracterul inteligibil în raport cu anumite evenimente trăite de bolnav, care constituie, de obicei, și tema predominantă a delirului secundar.



Mecanismul interpretativ în schizofrenie constituie prin prelucrarea secundară a semnificațiilor particulare pe care bolnavul le atribuie unor percepții inițial exacte (percepția sau interpretarea delirantă — JASPERS, GRUHLE, ca fenomen delirant primar cu două verigi — K. SCHNEIDER). Interpretarea delirantă a ambianței exterioare (incluzînd și falsele recunoașteri) putînd ajunge la o „omnipotență delirantă” este denumită de CONRAD — anastrofa, care implică o claustrare a propriului Eu, creînd subiectulu

impresia de trăire geocentrică, în care întregul mediu înconjurător devine ostil (cu adresabilitate directă către subiect), apare o modificare a trăirii, scurgerii timpului, ca o expresie a „destăinuirii câmpului existențial”. Dinamica delirului primar în cadrul mecanismului interpretativ schizofren parcurge drumul de la trăirea sentimentului unei semnificații deosebite (JASPERS), din cadrul celei de-a doua „verigi” a interpretării delirante, însoțită, după CONRAD, de modificări ale dispoziției (tensiune, neliniște, euforie, anxietate), la trăirea anastrofeii, la retragerea autistă (BLEULER), rezultat final al prelucrării secundare din cadrul „muncii delirante” (JASPERS). Modificarea trăirii timpului subiectiv ar consta, după CONRAD în impresia bolnavului că a murit, că timpul s-a oprit, sau că, devreme ce el totuși există aceasta se datorește fie învierii sale, fie întoarcerii timpului. Această fază tardivă a delirului schizofren ar fi însoțită, după același autor, de modificări reziduale dispoziționale (în sensul unei exagerări a dispoziției inițiale, astfel încât tensiunea anxioasă inițială poate conduce la suicid, sau dimpotrivă, la o tocare afectivă). Prelucrarea secundară („munca delirantă”) a delirului descrie, de asemenea, o traiectorie evolutivă : de la interpretarea delirantă, la organizarea delirului secundar (în schizofrenie rămâne nesistematizat, polimorf, uneori chiar haotic sau instabil) care, după mai multe episoade, suferă un proces lent de sărăcire sau, mai rar, odată cu înaintarea în vârstă, un proces de „parafrenizare”, prin închistarea și relativa structurare, sistematizare. Alteori după un acces schizofrenic florid, delirul secundar persistă parțial ca delir rezidual sau defect specific psihotic.

Mecanismul interpretativ din cadrul delirului paranoiac se deosebește de cel din schizofrenie prin gradul mai mare de organizare și structurare prevalențială, realizând sistematizarea delirului. În cazul dezvoltării paranoiace reactive a unei personalități paranoiace, mecanismul interpretativ este dominant, pe când în cadrul unei psihoze paranoiace procesuale, endogene, acestea este întim legat și de un mecanism intuitiv. KRAEPELIN și apoi JASPERS au subliniat importanța acestei disocieri dintre procesul psihotic și dezvoltările patologice în general (ale unei structuri dizarmonice de personalitate) sau în cadrul unei reacții la un eveniment trăit — K. SCHNEIDER. O caracteristică a delirului interpretativ sau intuitiv, importantă pentru clinician, este tendința de cronificare, răspunsul terapeutic redus, consecință a închistării delirului, a rădăcinilor sale profunde în personalitatea premorbidă, a latorii dezvoltării sale în timp, care permite „o dublă contabilitate” a funcționării individului (cu apariția tardivă, uneori după zeci de ani, a deficitului de adaptare socială). Falsele judecăți, pseudora-

ționamentele interpretative ale unor evenimente reale sau ale unor intuiții delirante duc la elaborarea secundară a unui delir într-un sector bine delimitat al realității (invenție, gelozie, erotomanie), cu dezvoltare în lanț de la un „postulat inițial și fundamental” (CLÉRAMBAULT), adevărată „celulă-mamă” a delirului, de-a lungul unui ax ideoafectiv și pasional (EY), în cadrul căreia exaltarea (exuberanța, hipertimia, hiperestezia) determină declanșarea unui comportament congruent, caracterizat, de obicei prin mare agresivitate (cverulenții procesivi, care revendică drepturi aberante, argumentate delirant, delirantii pasionali cu deliruri erotomane sau de gelozie, care trec la represalii împotriva persoanelor care le „jignesc” sentimentele, persecuții-persecutori). Pe lângă „delirul în sector”, CLÉRAMBAULT descrie „delirul în rețea”, întâlnit în alte forme ale dezvoltărilor paranoiace, în care „masa de simptome delirante” (interpretări, aluzii, raționamente eronate, supoziții) se constituie într-un sistem mai lax și mai difuz (EY) decât „delirul în sector”. Este cazul „delirului de interpretare (SÉRIEUX și CAPGRAS) exogen sau endogen, în care se realizează mai curând o juxtapoziție ca de mozaic a ideilor delirante, decât o organizare deplin coerentă și exactă a lor. Delirurile de interpretare au un important potențial medico-legal (în deosebi în cazul cverulenților procesivi și al persecuțiilor-persecutori).

Delirul senzitiv de relație (KRETSCHMER) se dezvoltă tot printr-un mecanism interpretativ.

Mecanismul halucinator de constituire a delirului caracterizează psihozele al căror nucleu delirant și află sursa în tulburări masive de percepție și în sindromul de automatism mental. BALLETT (1911) vorbea chiar de „psihoza halucinatorie cronică”, entitate care nu mai poate fi astăzi acceptată (NODET, 1931), o asemenea denumire putând fi atribuită unor forme psihotice diverse (schizofrenia paranoică, parafrenia sistematică și expansivă, psihozele paranoice de involuție și cele din alcoolismul cronic). Mecanismul constă în apariția temelor de persecuție și influență, motivate de puternice trăiri halucinatorii și pseudo-halucinatorii (de obicei, depreciative, jignitoare, amenințătoare), auditive, concenestezice (în sfera genitală, de cele mai multe ori), vizuale, mai rar olfactive și gustative, delir de mică amplitudine și de influență. Așadar, nota interpretativă nu lipsește nici aici. Debutul este, de obicei, tardiv (după 40 de ani), evoluția undulantă (cu „momente fecunde” și perioade de remisiune), sistematizarea și virulența delirului reduse, deseori cu tendința la incapsulativ și „dublă contabilitate”.

Mecanismul imaginativ al delirului este caracteristic parafreniei fantastice și confabulatorii, mai rar unor schizofrenii paranoice (cronizate și „parafrenizate”, caracterizate nu atât prin as-

pectul imaginativ, cît prin cel absurd și relativ sistematizat al delirului). DUPRÉ și LOGRE (1910—1914) vorbesc chiar de delirul de imaginație fantastic, în care includ parafrenia fantastică și confabulatoria a lui KRAEPELIN, încercînd să delimiteze „psihoze imaginative acute” de „deliruri de imaginație cronice” (al căror conținut este, de obicei, delirul de filiație). Chiar dacă în aceste două forme de parafrenie (ele însele dificil de separat în practica clinică) fabulația (imaginația creatoare) patologică este predominantă, ea rămîne greu separabilă de mecanismul interpretativ și mai cu seamă de cel halucinator.

Fabulația patologică conferă mecanismului halucinator delirant, după EY, atributele gîndirii paralogice primitive (cu teme de metamorfoză corporală sau cosmică, palingenezice, de maternitate absurdă sau monstruoasă), realizînd o adevărată „mitologie delirantă” dezlănțuită, în care evenimentele relatate sînt amalgamate și multiple, temele de influență magică, persecuție misterioasă, de transformare corporală și grandoare (mesianice, puteri supranaturale) se desfășoară pe fondul unei „megalomanii fundamentale”, iar productivitatea fabulatorie o domină pe cea halucinatorie sau pseudo-halucinatorie. Lumea delirantă fantastică este însă în mod surprinzător juxtapusă celei reale, ceea ce asigură o relație bună funcțional-socială a bolnavului.

Celor patru mecanisme delirante descrise prin mijloacele explicative ale psihopatologiei obiective li se poate reproșa un formalism mecanicist, inevitabil în condițiile în care singurul instrument disponibil pentru studierea lor — conceptualizarea formală prin observație clinică riguroasă — nu poate pătrunde dincolo de o expresie noetică, afectivă și comportamentală a inexplicabilului, „inteligibilului” jaspersian. Alternativa psihanalitică nu este mai fructuoasă: structura halucinatorie a delirului ar exprima atît forța impulsivă inconstientă, cît și controlul Eului proiectat, aidoma visului, într-o ficțiune delirantă; de asemenea, nici cea psihogenetică (CLAUDE); automatismul mental nu ar fi primitiv, ci secundar unei exigențe afective, pe care delirul satisface sau compensează printr-un sindrom de „acțiune exterioară”, în care se proiectează dorințele (EY). Chiar și organodinamismul, care încearcă un compromis între cele două teorii anterioare în perspectiva unei ierarhizări dinamice, nu reușește să depășească un schematism teoretizant: destructurării conștiinței din starea de „delir primordial” i-ar urma „construcția delirantă pozitivă” prin „travaliul halucinator noetico-afectiv al proiecției”, care exprimă simbolic aceleași exigențe inconstiente ale bolnavului (EY). Mecanismul halucinator ar fi, conform acestei teorii, o formă de pasaj între mecanismele schizofrenice și cele ale psihozelor delirante sistematizate. În acest context, încercările explicative ale psiho-

patologiei obiective, fundamentate pe lucrările lui JASPERS și K. SCHNEIDER, rămîn cele mai valabile, criteriul demarcator al inteligibilității dovedindu-se operant atît pentru delimitarea interferențelor exogene existențiale și socio-culturale (în elaborarea delirantă secundară a căror amploare este direct proporțională cu inteligibilitatea delirului), cît și pentru evoluția cronologică a conținuturilor delirante, care reflectă mai mult sau mai puțin fidel specificul cultural-istoric al colectivității din care bolnavul face parte.

192. MECANISM INTERPRETATIV → INTERPRETARE DELIRANTĂ.

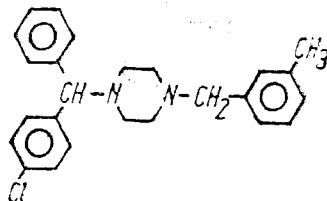
193. MECANOFOBIE^(P) (cf. gr. *mechane* „mașină”; *phobos* „frică”) ● Frică patologică, exagerată și nejustificată, față de dispozitive mecanice, mașini, aparate, întîlnită în nevroza obsesiv-fobică, în decompensările fobice din psihastenie, în debutul psihasteniform al schizofreniei.

194. MECAROL^(M) Italia — DCI *Metilbentol carbat* ● Tranchilizant, derivat carbamic de tip 3-metil-1-pentin-3-ol carbat, cu acțiune sedativă hipnotică și miorezolutivă.

195. MECAZINE^(M) Canada — DCI *Meclozină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-(p-clor-α-fenilbenzil)-4-(metilbenzil)-piperazină, cu acțiune sedativă marcată, hipnotică și antiemetică. Se utilizează în special în asociere cu NL incisive.

196. MECLOFENOXAT^(M) România — DCI *Meclofenoxat* ● Psihoton cu acțiune reglatorie metabolică a celulei nervoase, cu **angrenare directă** în procesele biochimice neuronale. Este indicat în sindroamele psihoorganice, în alcoolismul cronic, în scăderea capacității de concentrare a atenției. Se bucură de o bună toleranță și nu are contraindicații. Nu se recomandă administrarea după ora 14, existînd riscul perturbării somnului.

197. MECLOZINE^(DCI) ● Derivat difenilmetan de tip 1-(p-clor-α-fenilbenzil)-4-(m-metilbenzil)-



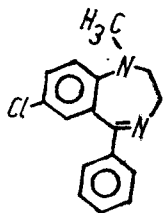
piperazină, cu acțiune marcat sedativă, hipnotică și antiemetică. Se utilizează în special în asociere cu NL incisive. Constituie principiul activ al urmă-

torilor produși farmaceutici cu efecte tranchilizante :

ANCOLAN ^(M)	Anglia
ANTIVERT ^(M)	SUA
ANTORON ^(M)	Coreea
BOHMIN ^(M)	Japonia
BONADETTES ^(M)	SUA
BONADOXINA ^(M)	Columbia
BONAMINE ^(M)	RFG
BONINE ^(M)	SUA
CALMONAL ^(M)	RFG
CHICLIDA ^(M)	Spania
DIADRIL ^(M)	Iugoslavia
ITINEROL ^(M)	Elveția
LAMINE ^(M)	SUA
MECAZINE ^(M)	Canada
MECLIZINA ^(M)	Mexic
MECLIZINE ^(M)	SUA
MONAMIN ^(M)	Danemarca
NAUZINE ^(M)	Japonia
NAVICALM ^(M)	Spania
NAVICALUR ^(M)	Franta
NEO-ISTAFENE ^(M)	Italia
PEREMESIN ^(M)	RFG
POSTAFEN ^(M)	RFG
POSTAFENE ^(M)	Olanda
SEA-LEGS ^(M)	Noua Zeelandă
SOPIA ^(M)	Coreea
SUPERMESIN ^(M)	Spania
SUPRIMAL ^(M)	Olanda
TAIZER ^(M)	Japonia
TRAVERSE SOFT ^(M)	Japonia
V-CLINE ^(M)	SUA
VERITAB ^(M)	SUA
VERTIZINE ^(M)	SUA
VERTROL ^(M)	SUA

→ TRANCHILIZANTE.

198. **MEDAZEPAM^(DCI)** ● Derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-1-metil-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ hip-



notică și ușor anxiolitică. Are o singură contraindicație — miastenia. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici cu efect tranchilizant :

ANSILAN ^(M)	Iugoslavia
ANSIUS ^(M)	Portugalia
ANSITOL ^(M)	Danemarca

AZEPAMID ^(M)	Japonia
BENSON ^(M)	Italia
DIEPIN ^(M)	Brazilia
ELBRUS ^(M)	Spania
ENOBRIJ ^(M)	Turcia
ESMAIL ^(M)	Mexic
GLORIUM ^(M)	Israel
LERISMUM ^(M)	Italia
LESMIT ^(M)	Japonia
MEDAURIN ^(M)	Iugoslavia
MEDAZEPAM ^(M)	Polonia
MEDAZEPOL ^(M)	Brazilia
MEGASEDAN ^(M)	Spania
METONAS ^(M)	Japonia
MEZEPAN ^(M)	Brazilia
NARSIS ^(M)	Japonia
NAVIZIL ^(M)	Franta
NEUROMIT ^(M)	Japonia
NIVELTON ^(M)	Brazilia
NOBRAKSIN ^(M)	Turcia
NOBRAL ^(M)	Turcia
NOBRIUM ^(M)	Franta
PAZITAL ^(M)	Spania
PSIQUIUM ^(M)	Brazilia
RAPORAN ^(M)	Australia
RESMIȚ ^(M)	Japonia
RUDOTEL ^(M)	RDG
SEDEPAM ^(M)	Japonia
SERENIUM ^(M)	Brazilia
SIMAN ^(M)	Argentina
STRATIUM ^(M)	Grecia
TEMPLANE RETARD ^(M)	Argentina
TRANQUILAX ^(M)	Japonia
VEGATAR ^(M)	Finlanda

→ TRANCHILIZANTE.

199. **MEDEEA — complex** ● Complex reprezentând, în terminologia psihanalitică, dorința sau fantasma inconștientă a mamei de a-și ucide copiii. Această dorință este inconștient motivată de răzbunarea împotriva soțului. Termenul a fost introdus de Fritz WITTELS, ca desemnând, în mod particular, dorința inconștientă a mamei de a-și ucide fiica. În general, această fantasmă inconștientă (care nu înseamnă și uciderea reală a copiilor) poate fi legată de o relație sexuală resimțită ca act exclusiv de posesiune din partea bărbatului, copilul reprezentând rezultatul sau „simptomul” acestei posesiuni, resimțită și ca pierdere a purității, deci ca o modificare a integrității corporale personale, eventual o rană narcisică.

MEDEEA apare în mitologia grecei antice ca cea mai mare magiciană, posibil o veche zeiță a Corintului (în Corint, mormântul copiilor MEDEEL constituie obiect de cult) ; în tragediile lui Eschil și Sofocle, apare ca mamă care și-a ucis copiii. Euripide îi consacră o tragedie cu următorul subiect (rezumat) : după ce-și abandonează pentru Iason, soțul ei, patria și familia, părăsită

de acesta în favoarea lui Creuse, Jason încearcă să o convingă însă că mariajul lui cu Creuse ar fi profitabil pentru copiii lor ; surdă la argumentele lui Iason, MEDEEA îi reproșează toate crimele pe care ea le-a comis pentru el. În sufletul ei se dă o luptă aprigă între iubirea maternă și orgoliul feminin rănit. Orgoliul cîștigă, MEDEEA o ucide pe Creuse și își ucide propriii copii, bucurîndu-se de răzbunarea ei și de durerea pe care i-a provocat-o astfel lui Iason.



Delacroix — detaliu

200. **MEDEX^(M) SUA** — 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.

201. **MEDIATORI CHIMICI** (cf. lat. *mediator* „mediator, intermediar”) ● Element care se interpune între un semnal și organul care receptează semnalul. Mediatorul chimic este o substanță eliberată la nivelul terminațiilor nervoase, avînd o structură bine definită și prezentînd afinitate pentru anumite structuri receptoare. Rolul mediatorilor chimici este de a facilita transmiterea sinaptică a stimulului. Din acest motiv, literatura actuală de specialitate le-a conferit denumirea de neurotransmițători → **NEUROTRANSMIȚĂTORI**

202. **MEDIAȚIE** (cf. lat. *mediatio* „mijlocire”) ● În psihologie, interpretarea unuia sau mai multor acte, idei, între stimulul inițial și rezultatul final.

203. **MEDIAȚIONISM** (cf. lat. *mediatio*) ● Pornind de la teoria variației intermediare (HULL, TOIMAN), C. OSGOOD introduce în 1953 noțiunea de mediaționism, înțelegînd prin aceasta încadrarea unor procese interne, mediatoare, între elementele raportului clasic stimul-reacție (S-R). Mediaționismul explică varietatea reacțiilor la același stimul sau posibilitatea dependenței unei reacții la diverși stimuli. OSGOOD propune formula S-rm-Sm-R, în care „rm” și „Sm” constituie răspunsul mediat și autostimularea din partea organismului. Mediaționismul este conceput ca un sistem de autoreglaj. Orice stimul evocă o serie de reacții, dar dintre acestea numai una singură poate efectua o mediație semantică.

Teoria mediaționismului explică generalizarea semantică și diverse înțelegeri cognitive. C. OSGOOD este unul dintre fondatorii psiholingvisticii.

204. **MEDICINĂ PSIHOSOMATICĂ** (cf. lat. *medicina*) → **PSIHOSOMATICA**.

205. **MEDIE** (cf. lat. *medium* „mijloc”) ● Valoare numerică, asociată unui grup de mărimi numerice de același fel, cuprinsă între cea mai mică și cea mai mare valoare a acestora. Media caracterizează grupul respectiv de mărimi, dar limitarea la calculul ei determină pierderea unui **volum** însemnat de informații referitor la mărimile studiate. După caracterul operațiilor în statistică sînt utilizate mai multe tipuri de medie :

- medie aritmetică, rezultată prin împărțirea sumei valorilor tuturor mărimilor grupului la numărul lor :

$$\bar{x}_a = \frac{\sum x}{n}$$

- media armonică, este inversa mediei aritmetice a inverselor valorilor mărimilor grupului :

$$\bar{x}_b = \frac{n}{\frac{1}{x}}$$

- media geometrică — calculată prin extragerea rădăcinii de un ordin egal cu numărul valorilor obținute din produsul valorilor :

$$\bar{x}_g = \sqrt[n]{x_1 \cdot x_2 \cdot \dots \cdot x_n}$$

- media pătratică — este egală cu rădăcina pătrată a mediei aritmetice a pătratelor valorilor variabilei :

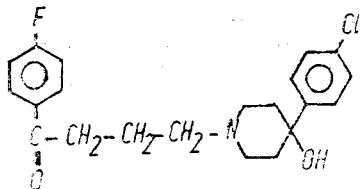
$$\bar{x}_q = \sqrt{\frac{x_1^2 + x_2^2 + \dots + x_n^2}{n}}$$

În biostatistică, calculul mediei are valoare informațională superioară în cazul repartiției normale a variabilei aleatoare. Cu cât abaterea valorii unei caracteristici a unui subiect de la valoarea medie este mai mare, cu atât subiectul respectiv este mai puțin reprezentativ pentru grup.

În practica psihiatrică, noțiunea de valoare medie este utilizată în definirea normalității psihice și în definirea statistică a entităților nosologice. Deși utilizarea mediei simplifică întrucâtva abordarea domeniului, ea este totuși necesară pentru orientarea inițială în studiile întreprinse asupra unora dintre proprietățile indivizilor (bolnavilor) analizați.

206. **MEDILUM^(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).

207. **MEDILORIN^(M)** Grecia — DCI *Haloperidol* ● Neuroleptic, derivat butirofenonic de tip 4-14-(p-clorfenil)-4-hidroxi-piperidin-4'-fluorobutirofe-



nonă, cu efecte clinice predominant sedative, dar cu efecte secundare de tip incisiv → BUTIROFENONE.

208. **MEDIPAX^(M)** Portugalia — 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. Buna sa toleranță dar și efectele sedativ-hipnotice mai modeste îi conferă o largă utilizare.

209. **MEDITRAN^(M)** Canada — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol 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 contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se

întrerupe brusc, putând realiza un „mic sindrom de abstenență”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT^(M).

210. **MEDIU** (cf. lat. *medium* „ceea ce este la dispoziția tuturor, comun”) ● în sens larg, termenul desemnează ansamblul dinamic al tuturor factorilor și condițiilor exterioare în care viețuiește un organism. Împreună cu mediul, organismul formează o entitate relativ stabilă, pe baza unor strânse interacțiuni. Filogenetic, mediul este factor determinant în evoluția biologică. În raport cu omul se disting: mediul cosmic, mediul natural, mediul socio-cultural, mediul profesional, mediul familial etc.

Prioritar pentru formarea și dezvoltarea ființei umane este mediul socio-cultural (totalitatea factorilor istorici, culturali, instituționali, de organizare grupală, axiologici etc.). Omul se formează sub influența interacțiunii factorilor de mediu, dar în același timp acționează asupra acestor factori; prin răspunsurile sale, el reușește să asimileze, dar să și transforme elementele mediului său de viață. În mod esențial, dezvoltarea și structurarea persoanei se realizează în cadrul cîmpului de relații interpersonale, dintre care cele mai importante sînt relațiile de mediu familial, comunicarea intrafamilială și semnificațiile ei, modelele de comportament vehiculate în familie. De asemenea, sînt importante și relațiile interpersonale pe care individul le valorizează, ele reprezentînd de fapt substitute ale modelelor parentale. Caracteristicile mediului social (tensionat, frustrant, cooperant, comprehensiv, libertin etc.) au repercusiuni mai mult sau mai puțin profunde în formarea individului ca personalitate. Aceste repercusiuni se pot manifesta ulterior în dizarmoniile personalității, în nevroze sau în ceea ce psihanaliza numește nevroză de caracter. Factorii de mediu au o influență mai puternică sau mai slabă, în funcție de intensitatea lor, dar și de receptivitatea individului, de particularitățile sale structurale. În ceea ce privește schizofrenia, au existat teorii care au incriminat ca factor declanșator și favorizant al bolii comunicarea intrafamilială, în special relația cu partenerul matern (teoria dublei legături, concepția antipsihanalitică, școala de la Palo Alto).

211. **MEDIU^(MC)** Austria ● Produs terapeutic care conține trei medicamente tipizate, cu acțiune complementară: MEPROBAMAT^(M) — tranchilizant derivat propandiolic; BELADONA^(M) — sedativ; ERGOTAMINA^(M) — miorelaxant anxiolitic.

Are acțiune miorelaxant-anxiolitică.

212. **MEDIUM** (cf. lat. *medius* „mijlocitor”) ● Persoană care posedă o capacitate de comunicare parapsihologică, fiind dotată cu însușiri de percepție și comunicare transsenzoriale. Nu există

pînă în prezent un consens asupra definirii sau a explicării științifice a fenomenului, mai frecvent fiind admise următoarele ipoteze : persoane aflate sub influența unei idei sugerate sau autosugerate (JANET) anumite trăsături de temperament (LANCÉLIN); manifestare a isteriei (LOMBROSO); capacitate înereză omului, mai dezvoltată la unele persoane, sensibile la influențele mediului înconjurător (A. KARDEK), fără a constitui cazuri patologice (MYERS).

Termenul a fost utilizat inițial pentru persoane care pot fi mai ușor transpuse în stare de hipnoză, apoi utilizarea lui s-a extins și pentru telepatie. În aceste cazuri, un rol important este atribuit compatibilității dintre subiect și inductor, relație în care ponderea importantă revine capacității crescute de sugestionare a subiectului.

În clinica psihiatrică sînt descrise cazuri aparținînd în special categoriei personalităților isterice, care pot avea sau își pot atribui calități de mediu. Atribuirea acestor calități se întîlnește și în episoadele psihotice acute, în delirurile cronice (delirul spiritist) sau în fenomenele de influență exterioară sau xenopatie (gîndire, scriere și vorbire, acțiuni automate, pseudohalucinații).

213. MEDULOSUPRARENALĂ ● Formațiune de origine embrionară, ectodermică, similară cu originea sistemului nervos simpatic; este de fapt un ganglion vegetativ simpatic modificat structural, înglobat în țesuturi cortico-suprarenale, alcătuit din neuroni postganglionari care, prin diferențiere, și-au pierdut axonul, devenind structură secretoare.

Glanda medulosuprarenală este formată din celule cromatine, care se află și în alte zone din organism : ele pot fi asimilate neuronilor simpatici postganglionari diferențiați prezentînd o serie de proprietăți similare acestora, dar și unele particularități funcționale. Celulele secretoare ale medulosuprarenalei sînt stimulate de neuronul simpatic preganglionar. Spre deosebire de neuronii simpatici postganglionari, care eliberează la nivelul sinapsei noradrenalină, celulele medulosuprarenalei secretă un procent de 80 % adrenalină și numai 20%, noradrenalină, fiind sensibile la acțiunea nicotinei. Producția de secreție ai glandei sînt cunoscuți, datorită formulei lor chimice, sub denumirea de catecolamine (amine ale catecolului).

Secreția glandei variază mult cu condițiile de viață. Astfel, în condiții bazale, secreția este redusă. În stările care reclamă din partea organismului un efort de adaptare, stările de stress, care necesită o ripostă rapidă din partea organismului, secreția crește considerabil, ceea ce presupune un mecanism de reglare, de adaptare a secreției la nevoile metabolice amplificate ale organismului. Reglarea secreției se realizează atît printr-un mecanism nervos, în care este implicată stimula-

rea simpatică, cît și printr-un mecanism umoral, reprezentat de hipoglicemie, hipoxie, acidoză, toate aceste condiții fiind caracteristice efortului fizic. Secreția poate fi reglată și prin stimuli corticali, în stări emotive, traume psihice. În condiții patologice poate apărea o hipersecreție de catecolamine, fie în cazul tumorilor localizate ale țesutului cromatin (feocromocitomul), fie în hiperplazii difuze ale acestuia. Hipersecreția catecolaminică este caracterizată prin creșterea brutală a tensiunii arteriale cu cefalee, sufocări, lipotimii. Uneori, aspectul crizei hipertensive poate duce la confuzia cu o criză acută de anxietate, ceea ce a permis unor autori individualizarea unei expresii psihice caracteristice a feocromocitomului. Pe de altă parte, puseele hipertensive pot antrena propriile lor manifestări confuzionale, care dispar odată cu reducerea valorilor tensionale.

214. MEDUNA Ladislav Joseph (1896—1964) ● Psihiatru maghiar. Studiază la Budapesta; între 1924—1933, a fost cercetător la Institutul de Neurologie, iar între 1933—1939, profesor asistent la Spitalul Leopold Field (Budapesta). Emigrînd în SUA, a ocupat catedra de psihiatrie a Școlii de medicină a Universității din Illinois. Rămîne în istoria psihiatriei prin descoperirea terapiei convulsivante cu metrazol (1934), metodă premergătoare electroterapiei lui CERLETTI și BINI (1938).

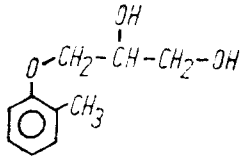
Valorificînd o veche observație clinică, antagonismul epilepsie-schizofrenie, MEDUNA a considerat că producerea de crize convulsivante (de tip epileptic) poate ameliora evoluția schizofreniei. În 1937 a publicat la Halle, „Terapia schizofreniei cu ajutorul convulsiilor”, fiind convins de utilitatea metodei, contestată însă la vremea respectivă de unii medici. Cu timpul este observată însă eficacitatea metodei în formele depresive ale bolii, aplicată în consecință și utilizată cu mai mult succes în depresiile endogene. Descoperirea electroterapiei face ca metoda să fie mai puțin utilizată, fapt care nu diminuează meritele inițierii terapiei convulsivante, atît de utilă și astăzi în unele depresii majore, insensibile la arsenalul chimioterapic.

215. MEDURIN^(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.

216. MEFEAMINA^(M) Spania — DCI *Orfenadrină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetanic de tip N,N-dimetil-2-(o-metil-x-fenilbenzoxi)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.

217. **MEFENESIN**^(DCI) ● Derivat glicerol, de tip 3-(o-metilfenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune sedativă, anxiolitică și miorelaxantă. Este indicat



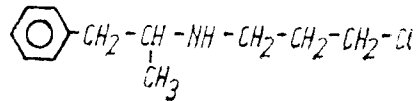
în psihogenii cu componentă anxioasă, în afecțiuni psihosomatice și ca adjuvant în restul afecțiunilor psihice. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici cu efect tranșilizant :

AVOSYL ^(M)	SUA
CURARESIN ^(M)	Japonia
CURARIL ^(M)	Olanda
DECONTRACTYL ^(M)	Franța
DILOXAL ^(M)	SUA
GLYOTOL ^(M)	SUA
LISSEPHEN ^(M)	SUA
MENESIN ^(M)	Japonia
MEPHATE ^(M)	SUA
MEPHEDAN ^(M)	SUA
MEPHELOR ^(M)	Anglia
MEPHENESIN ^(M)	Israel
MEPHSON ^(M)	SUA
MERBALDIN ^(M)	SUA
MYANESIN ^(M)	Anglia
MYANOL ^(M)	Japonia
MYOCURAN ^(M)	RFG
MYOLAX ^(M)	SUA
MYOSEROL ^(M)	Japonia
MYOTEN ^(M)	SUA
NOCTYNOL ^(M)	Anglia
ORANIXON ^(M)	Olanda
PROLAX ^(M)	SUA
PROLOXIN ^(M)	SUA
RELAXANT ^(M)	Olanda
RELAXAR ^(M)	Italia
RELAXIL ^(M)	RFG
RENARCOL ^(M)	SUA
RHEX ^(M)	RFG
SINAN ^(M)	SUA
SPARTOLOXIN ^(M)	Grecia
SPASMOLYN ^(M)	SUA
THIOXIDIL ^(M)	Franța
THOXIDIL ^(M)	Franța
TOKEROL ^(M)	SUA
TOLOSATE ^(M)	SUA

TOLSEROL ^(M)	SUA
TOLSIL ^(M)	Argentina
TOLULOX ^(M)	SUA
TOLYDRIN ^(M)	SUA
TOLYSPAZ ^(M)	SUA
WALKO-NESIN ^(M)	SUA

→ TRANȘILIZANTE.

218. **MEFENOREX**^(DCI) ● Derivat feniletilaminic de tip N-(3-cloropropil)- α -metilfenetilamină, cu acțiune simpaticomimetică redusă și bune performanțe anorexigene, util în tratamentul adjuvant al neurolepticelor.



Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

ANEXATE ^(M)	SUA
DORACIL ^(M)	Argentina
PONDINIL ^(M)	Franța
PONDINOL ^(M)	Argentina
RONDIMEN ^(M)	RFG

219. **MEFEXAMIDE**^(DCI) ● Activator al metabolismului cerebral, derivat de auxină de tip N-(2-dietilaminoetil)-p-metoxi-fenoxiacetamidă; avînd efect ușor psihostimulent, este utilizat în sindroamele astenice.

Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

MEFEXADYNE ^(M)	Franța
MEFEXAMIDA ^(M)	Spania
MEFEXAMIDE ^(M)	Portugalia
PERNEURON ^(M)	Italia
PEROXINORM ^(M)	RFG
TIMODYNE ^(M)	Elveția

220. **MEFIANȚĂ** (cf. fr. *mefiance* „neîncredere, bănuială, suspiciune” : vezi lat. *fidus* „credincios”)

● Modalitate de percepție și de interpretare a relațiilor umane, caracterizată prin suspiciune și neîncredere, prin teama de a nu fi înșelat. Se poate manifesta temporar, după o experiență de viață traumatizantă, în sensul unei frustrații în plan rațional social, sau poate fi o atitudine constantă în relațiile cu lumea. Mefianța scade disponibilitățile relaționale-sociale, îngustează timpul de afirmare în activitatea socială, crează tensiune psihică și anxietate în desfășurarea relațiilor interumane. Constituind o barieră în calea dezvoltării și afirmării personalității, este proprie fie oamenilor care se supravaluează, fie celor timizi, timorați, complexați.

Mefianța se structurează ca o trăsătură caracterială încă din copilărie, prin imitarea unor modele comportamentale ale celor din jur, sau este dobândită într-un climat educațional inadecvat, ale cărui efecte sînt amplificate de anumite particularități psihice ale copilului. Severitatea excesivă în familie educă un individ timorat, timid, lipsit de încredere în sine și temător față de oameni. Supraprotecția crează timiditate, complexe, tendințe de închidere în sine. Mefianța constituie un dezavantaj în relația medic-pacient, suspiciunea față de medic și medicație limitînd eficiența tratamentului și cooperarea cu pacientul.

În psihopatologie, se manifestă major în afecțiunile și dizarmoniile de tip paranoiac, avînd la bază o supraevaluare de sine, un orgoliu excesiv, ce modifică substanțial raportul individului cu lumea. În psihostenii și în nevroze obsesivo-fobice, mefianța este determinată de neîncrederea în forțele proprii, de nesiguranța de sine, de timiditate.

221. **MEGA-** (cf. gr. *megalos* „mare”) ● Etc. ● Element de compunere care introduce semnificația de mare, de depășire a dimensiunilor obișnuite.

222. **MEGADON**^(M) Austria, RFG — 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)

223. **MEGAFAGIE PERIODICĂ CU HIPERSOMNIE**^(S) (cf. *mega-*; gr. *phasis* „vorbire”)
→ KLEINE-LEVIN-CRITCHLEY^(S) sindrom.

224. **MEGALECTIL**^(M) Italia — DCI *Butaperazina* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinil alkil fenotiazinic, de tip 1-10-13-(4-metil-1-piperazinil) propilfenotiazină-2-îl-1-butanonă, cu acțiune asemănătoare cu a TRIFLUOPERAZINEI, avînd însă și valențe colinolitice, antihistaminice și antiemetice. Instalarea efectelor terapeutice se produce rapid, dar și efectele secundare de tip incisiv apar precoce.

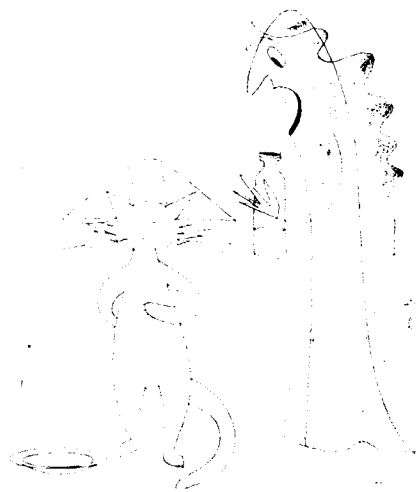
225. **MEGALOFOBIE**^(E) (cf. *megalo-*; gr. *phobos* „frică”) ● Teamă patologică, neexplicată și nejustificată, manifestată față de obiectele cu dimensiuni mari. Poate întregi colorarul multiplelor fobii din sindromul obsesivo-fobic.

226. **MEGALOGRAFIE** (cf. *megalo-*; gr. *graphein* „a scrie”) ● Tulburare caligrafică, manifestată prin utilizarea literelor mari de tipar într-un text în care, normal, acest fapt nu se

impune. Este înțilnită la personalități extrovertite, în manie, paranoia, schizofrenie, demențe.

227. **MEGALOMANIC**^(D) delir (cf. *megalo-*; gr. *mania* „nebuie”; lat. *delirium* „aiurare”) ● Convingere puternică, impenetrabilă la argumente logice și la proba obiectivă a realității, pe care o are subiectul, că posedă talente deosebite, geniale, situîndu-se astfel deasupra celorlalți oameni. Bolnavul delirant se crede deținătorul unei puteri politice, sociale, sau se identifică cu personalități istorice, religioase, politice, este stăpînul lumii. Temele delirante oglindesc tipu de relație a Eului cu lumea sa, în sensul unei expansiuni a Eului, a dorințelor sale împotriva realității. Lumea capătă o mare plasticitate, pe măsura dorințelor Eului. Se înțilnește în delirurile cronice cu fond euforic (expansiv) și fragmentar în manie.

228. **MEGALOMANIE** (cf. *megalo-*; gr. *mania*) ● Stare caracterizată prin convingerea fermă a subiectului asupra calităților excepționale ale propriei persoane, calități care îl fac deosebit de



important în fața anturajului. De obicei, această convingere este însoțită de o stare de exaltare, mulțumire, satisfacție, generînd nu rareori idei de grandoare. Temele delirante megalomanice apar în mania delirantă (însoțită de euforie), în paranoia (unde se asociază de obicei cu temele de persecuție, astfel încît fondul afectiv este înclinat mai mult spre polul depresiv), în delirurile halucinatorii cronice (unde megalomania poate apărea secundar tematicii halucinatorii). În paralizia generală progresivă, convingerile megalomanice capătă proporții deosebite, fiind proiectate asupra

tuturor obiectelor și persoanelor, conducând la un sentiment plenar de satisfacție. Temele megalomanice se referă la capacități fizice (putere, potență, aspect exterior), materiale (bogății mense a căror descriere se apropie de cea a comorilor din basme), intelectuale (idei geniale), roluri social politice (personalități marcante, suverani). Euforia cu care sînt trăite aceste teme se răsfrînge într-un tot atît de mare altruism cu care bolnavul oferă tuturor sprijin, protecție, favoruri etc. → GRANDOARE.

229. **MEGALOMELANCOLIC^(D)** delir (cf. *megalomano-*; gr. *melas* „negru”; *chole* „fier”)^(M) ● Termen propus de RÉGIS pentru a semnifica, într-o expresie sintetică, ideile de grandoare care, în contrast cu aparența lor expansivă, denotă sentimente și trăiri depresive. Conținutul tematic și circumstanțele etiologice ale acestui delir sînt foarte apropiate de cele ale sindromului Cotard (termen care îi aparține tot lui RÉGIS).

230. **MEGALOPSICE^(I)** iluzii (cf. *megalomano-*; gr. *ops* „vedere”) ^{sim.} → **MACROPSICE^(I)** iluzii.

231. **MEGAPHEN^(M)** RDG — 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)**.

232. **MEGAPHEN COMPOSITUM^(MC)** RFG ● Produs terapeutic care conține trei medicamente tipizate, cu acțiune complementară: **CLORPROMAZINA^(M)**, **PROMETAZINA^(M)**, **RESERPINA^(M)**, neuroleptice sedative, derivați fenotiazinici.

Are acțiune sedativ-anxiolitică.

233. **MEGASEDAN^(M)** Spania — 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, cu o singură contraindicație — miastenia

234. **MEGAVITAMINE** (cf. *mega-*; fr. *vitamine*) ● Tratament controversat, propus în anii 1970 pentru tulburările emoționale și cognitive din schizofrenie, ca și în terapia copilului cu dificultăți școlare și tulburări de atenție. Deși folosirea combinată a vitaminelor în doze mari a pornit de la ipotezele metabolice, rezultatele pozitive nu au putut fi demonstrate pe loturi semnificative (R. W. BRUNSTEITTEr, L. SILVER). Cu toate acestea, megavitaminele se bucură încă de un larg prestigiu în rîndul publicului, datorită toleranței tratamentului și convingerii în omnipo-

tența cu care vitaminele sînt în general acreditate.

235. **MEGIMIDE^(M)** Franța — DCI *Eemegrid* ● Analeptic care, deși prezintă o structură chimică asemănătoare cu cea a barbituricelor, clinic este antagonistul deprimării respiratorii pe care acestea o produc, reprezentînd antidotul specific. Acțiunea sa se adresează centrilor bulbari cardiorespiratori și sistemului reticular ascendent, fiind de scurtă durată, datorită oxidării rapide; nu are efect psihotom. Este indicat în intoxicații și în coma barbiturică, fiind utilizat și ca activator în EEG pentru formele inaparente de epilepsie. Produși similari: **BEMEGRIDE^(M)** și **AHYENON^(M)**

236. **MEGREFOR^(M)** Turcia — DCI *Fenfluramină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat, amină simpaticomimetică de tip N-etil-metil-m-(trifluorometil) fenetilamină; există pericolul dependenței.

237. **MEIBIS^(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.

238. **MEILI^(T)** test ● Test analitic de inteligență (T.A.I.), predominant nonverbal, care poate fi aplicat individual sau în grup subiecților începînd de la vîrsta de 11 ani, elaborat în 1928 de R. MEILL. Este structurat în șase părți (serii de cifre și imagini, analogii de figuri, imagini lacunare, combinații de figuri, construcții de fraze din cuvinte date), iar rezultatele, exprimate în decile, sînt înscrise într-un profil cu șase raze care indică structura factorială a inteligenței persoanei (persoanelor) examinate. Factorii componenți ai inteligenței desprînși de MEILL sînt următorii: inventiv, analitic, abstract, concret, vizual.

239. **MELALGIE** (cf. gr. *melos* „membru, extremitate”; *algos* „durere”) ● Durere de tip nevralgic cu localizare în membre.

240. **MELANO-** (cf. gr. *melas* „negru”) ● Element de compunere cu referire la culoarea neagră (prin extindere, introduce referirea de trist).

241. **MELANCOLIC^(D)** delir (cf. *melano-*; gr. *chole* „fier”) — sin. **DEPRESIV^(D)** delir ● Delir care însoțește depresiile majore, constînd în idei ce au ca temă vinovăția, ruina, transformarea corporală, negația, posesiunea sau influența. Aceste idei au fost sistematizate de SÉGLAS, care le-a subliniat următoarele caractere:

- au o tonalitate afectivă neplăcută;
- sînt monotone;

- sînt lipsite de un conținut ideativ deosebit și nu sînt îmbogățite de construcții intelectuale;
- sînt acceptate pasiv, ca o fatalitate, bolnavul nerevoltîndu-se față de conținutul lor;
- nu se referă niciodată la prezent.

Prezența anxietății, ca și a producției halucinatorii (în special al pseudohalucinațiilor), este frecventă în delirul melancolic.

242. **MELANCOLIC** — temperament (cf. melano-; gr. *chole*) ● Temperament caracterizat ca slab, după cele patru tipuri de activitate nervoasă superioară. Notele specifice temperamentului melancolic sînt: capacitate redusă de lucru în condiții de suprasolicitare, rezistență fizică (neuropsihică) slabă și sensibilitate acută, adaptare dificilă la exigențele vieții sociale, compensată prin retragere în sine, trăiri exacerbate, reverii. H. EYSENCK apreciază că există o corelație pozitivă între acest temperament și introversiune. Temperamentul melancolic favorizează anumite stări psihopatologice cu predilecție cele depresive, caracterizate prin scăderea tensiunii motivaționale și deci a angajării, a investirii active, constructive.

243. **MELANCOLICOS** (cf. melano-; gr. *chole*) — sin. ATRABILA ● Una din cele patru umori fundamentale responsabile, după antici, de apariția bolilor. Această umoare groasă, neagră și acră, era presupusă a fi secretată de capsulele suprarenale. Ea ar fi fost responsabilă de apariția tristeții și a tulburărilor de tip hipocondriac. Atrabilarul sau melancolicul (tipuri temperamentale) ar fi prezentat tulburări de acest tip.

Deși conținutul semnificat prin acești termeni aparține imaginarului, este de reținut faptul că unul dintre testele moderne utilizate în studiul depresiei (melancoliei) interferează metabolismul cortizonului (supresia la injectarea de dexametazonă) secretat de suprarenală.

244. **MELANCOLIE** (cf. melano-; gr. *chole*) ● Termen care în accepțiunea grecilor antici desemna „bila neagră”, fiind pentru prima dată pomenit în „Corpus Hippocraticum” (secolul V e.n.) și ulterior, în lucrările lui HIPOCRATE care, folosea adjectivul melancolic pentru desemnarea unui tip de temperament caracterizat prin nesociabilitate, emotivitate, pesimism și orgoliu, expresie a relației cu sistemul umoral reprezentat de secreția biliară. De asemenea, termenul a mai fost folosit, în aceeași perioadă, cu semnificația de „bolnav mintal” sau „nebun”, sens în care l-a utilizat și ARISTOTEL.

Ca tablou clinic distinct, fundamentat psihopatologic și nosologic, avînd drept element central scăderea tonusului dispozițional în diferite grade și, corespunzător, scăderea activității psihomo-

torii, melancolia este descrisă de ARETEU din Capadochia, care remarcă și evoluția sa periodică.

GALEN (130—201 e.n.) continuă să creadă că boala se datorează vărsării bilei negre în creier,



Foto : Ingrid Landberg

explicîndu-și în acest fel asocierea semnelor psihice cu cele somatice și alăturînd-o hipocondriei.

HEINROTH, ESQUIROL, RUSH, PINEL, FALRET și BAILLARGER, KRAEPELIN, pînă la FREUD sînt autori care, în eforturile lor de delimitare nosologică și elucidare a mecanismelor psihopatologice ale psihozei maniac-depresive, au folosit același termen de melancolie pe care îl utilizează și HIPOCRATE.

Odată cu apariția conceptului de endogenie, problema melancoliei începe să fie considerată ca aparținînd grupului depresiilor endogene (ceea ce nu împiedică nici azi perseverarea în utilizarea termenului în lucrările autorilor francezi și germani ca echivalent al depresiei în cadrul psihozei maniac-depresive). TELLENBACH (1961) a încercat chiar să apere, într-o tipologie psihologică, existența unui „Typus melancholicus”, predestinat prin tendințele sale spre ordine, exactitate și rigurozitate, unei „situații predepressive” sau „constelații patogenice”, care premerge intrării în adevărata melancolie.

Cu excepția acestor tentative „retro” de tipologizare, lumea psihiatrică modernă pune astăzi semnul egal între melancolie și depresia endogenă (în care se include și depresia din ciclotimie), ca fază depresivă în cadrul psihozei maniac-depresive (perioadică sau monofazică → DEPRESIE). După KOLLE, aici pot fi incluse și depresiile de involuție, pentru care s-a păstrat în mod particular termenul de „melancolie de involuție”; acceptat și în clasificarea OMS. WEITBRECHT este de părere că termenul de melancolie trebuie rezervat numai psihozelor depresive din perioada involuției, care pot fi bine delimitate → MELANCOLIE DE INVOLUȚIE.

245. **MELANOBLASTOZĂ LINIARĂ** — sin. BLOCH⁽²⁾ sindrom; CAROL-BOUR⁽³⁾ sindrom;

INCONTINENTIA PIGMENTI SIEMENS^(s) sindrom $\xrightarrow{\text{sin}}$ BLOCH-SULZBERGER^(s) sindrom.

246. **MELAPRAMINE**^(M) Japonia — DCI *Ami-
triptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N,N-dimetil-5H-dibenzofa, dl-cicloheptenă- Δ^5 , γ -propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de AMITRIPTILINĂ^(M).

247. **MELEAMPUS** ● Rege legendar din Pulos, care ar fi trăit în urmă cu 35 de secole (deci înaintea lui ESCULAP), înzestrat cu arta vindecării. Lui i se atribuie două fapte medicale cu o rezonanță psihiatrică deosebită: vindecarea Proteidelor (fiicele lui Proteos, rege în Peloponez), care fuseseră atinse de „un delir colectiv de posesiune dionisiacă” (H. EY), și rezolvarea unui caz de impotență—cel al lui Ificlos, fiul lui Filancus. În primul caz, MELEAMPUS a folosit terapia prin dans, la care ar fi adăugat un extract de helebora (OLANDO), iar în cel de al doilea caz, a folosit psihoterapia sugestivă, precum și administrarea unui întăritor. Tradiția îl consideră pe MELEAMPUS drept primul mare medic al Greciei Antice fiind interesant faptul că primele acte medicale celebre au aparținut psihiatriei.

248. **MELEHOV Dimitri** (1899—1979) ● Psihiatru rus, elev al lui GANNUSKIN; a condus catedra de psihiatrie din Voronej și ulterior secția de expertiză a Institutului central de expertiză a capacității de muncă. În această calitate a stabilit o metodologie de expertizare în psihiatrie, ca și un sistem complet de apreciere a deficitului schizofrenic și a problemelor ridicate de reintegrarea în muncă a acestor bolnavi. Pe plan terapeutic a fost interesat de problema ergoterapiei. Lucrări mai importante sînt: „Ergoterapia și adaptarea locurilor de muncă în sistemul activității psihiatrice” (1939); „Dinamica stărilor defectuale în schizofrenie” (1941); „Bazele clinice ale prognozei capacității de muncă în schizofrenie” (1963).

249. **MELEHOV^(s) sindrom** ● Sindrom descris de psihiatru sovietic MELEHOV în 1963, ca variantă a defectului schizofrenic, caracterizat prin labilitate emoțională, instabilitate în activitate, disbulie. Este asemănător cu cea ce G. SUHAREV descrie sub numele de „defect distonic” (1935).

250. **MELERIL**^(M) Spania ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic $\xrightarrow{\text{sin}}$ TIORIDAZIN^(M) România.

251. **MELFIAT**^(M) SUA — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice re-

duse, indicat în astenie, tulburări ale presenilității, sevraj toxicomanic, obezitate secundară curei neuroleptice, tulburări de dinamică sexuală. Este contraindicat în stările de excitație psihomotorie, anxietate, sarcină, comițialitate.

252. **MELIME**^(MC) Spania ● Produs terapeutic care conține trei medicamente tipizate cu acțiuni diferite, dar care se completează:

- AMITRIPTILINĂ^(M) — timoleptic; derivat dibenzocicloheptanic
- CLORDIAZEPOXID^(M) — tranchilizant; derivat benzodiazepinic
- HOMATROPINA^(M) — parasimpaticolitic.

Are acțiune antidepresiv-anxiolitică.

253. **MELI-** (cf. gr. *meli* „miere”) ● Element de compunere cu sens de dulce, mai bun, sau introduce refrirea la miere ori albină.

254. **MELIORISM** (cf. *meli-*; lat. *melior* „mai bun”) ● Concepție formulată în secolul al XIX-lea pe fundalul filozofiei evoluționiste a lui H. SPENCER, care consideră că lumea nu este nici iremediabil rea, dar nici cea mai bună cu putință, fiind posibilă și necesară ameliorarea ei prin inițiativa conștientă și sistematică a oamenilor. În teoria socială, termenul se asociază diferitelor variante de reformism, care resping critic atât optimismul, cât și pesimismul istoric, acuzându-le de dogmatism finalist-teleologic; contestînd legitimitatea resemnării și a pasivității fataliste, meliorismul nu acceptă nici radicalismul concepțiilor revoluționare, promovînd calea transformărilor prudente și treptate, care își au temeiul în solidaritatea responsabilă a tuturor oamenilor de bună credință.

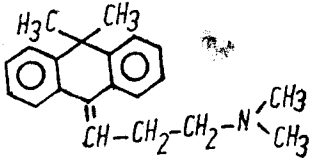
255. **MELIPRAMIN**^(M) RDG ; **MELIPRAMINE**^(M) RPU — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv, timoleptic, derivat dibenzazepinic, de tip 5-*I*3-(dimetilamino) propil-10,11-dihidro-5H-dibenz**b**, flazepină, cu acțiune antidepresivă, cu spectru larg, incluzînd drepesia endogenă; se pretează și se recomandă 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 nevroze minimum trei luni, în psihoze șase luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRIIN^(M).

256. **MELISSOFOBIE**^(F) (cf. gr. *melissa* „albina”; *phobos* „frică”) $\xrightarrow{\text{sin}}$ APIFOBIE^(F).

257. **MELITOTERAPIE** (cf. *meli-*; gr. *therapeia* „îngrijire”) — sin. MELISOTERAPIE ; MELLETRAPIE ● Tip de tratament avînd la bază produsele apicole (miere, propolis, venin), utilizat din ce în ce mai mult în unele țări, în terapia gene-

ală, opiniile fiind însă diferite în ceea ce privește eficiența lor.

258. **MELITRACEN**^(DC1) ● Psihotrop timoleptic, derivat antracenic cu o structură chimică asemănătoare tioxantenenelor, de tip 9-(3-dimetilaminopropilidenă) -10,10-dimetil -9,10-dihidro-



antracena, indicat în depresiile cu inhibiție psihomotorie, contraindicat în delirurile acute. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

ADAPTOL ^(M)	Spania
DIXERAN ^(M)	Elveția
MELIXERAN ^(M)	Italia
THYMEOL ^(M)	Japonia
TRAUSABUN ^(M)	Iugoslavia.

→ TIMOLEPTICE.

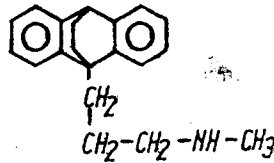
259. MELLARIL ^(M)	Canada, SUA
MELLERETTE ^(M)	Iugoslavia
MELLERETTEN ^(M)	Elveția, RFG
MELLERETTES ^(M)	Belgia, Turcia
MELLERIL ^(M)	Franta, Italia,
MELOZINE ^(M)	Coreea

— DCI **Tioridazin** ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic alkilpiperazinat de tip 10-1(1-metil-3-piperidil, metilfenotiazină, cu acțiune sedativ-anxiolitică. În funcție de doză se pretează la utilizare atât în psihogenii, cât și în endogenii. Se

recomandă în ambulator, în tratamentul de lungă durată. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **TIORIDAZIN**^(M).

260. **MELODIE OBSESIVĂ** ● Apariția unor reprezentări mintale obsesive (bucăți muzicale) ca mijloc de apărare împotriva unor impulsii. Aceste melodii se impun automat peste ideea subiectului, creîndu-i o stare de disconfort psihic. Autorii de orientare analitică (Th. REIK) afirmă că aceste melodii sînt mijloace de apărare împotriva agresivității proprii și exemplifică prin asociația facilă care poate fi făcută cu versurile care însoțesc aceste melodii. După L. LINN, există și alte funcții pe care le-ar îndeplini melodia obsesivă, cum ar fi aceea de blocare a anxietății, de autolinistire, de mascare a unor fenomene halucinatorii, a unor idei obsedante sau chiar a preocupărilor suicidare.

261. **MELODIN**^(M) Israel — DCI **Moprotilină** ● Antidepresiv timoleptic tetraciclic, derivat dibenzodicyclooctadienic, de tip N-metil-9¹⁰-etano-antracena-9(10H)-propilamină, cu acțiune anti-depresivă, anxiolitică și sedativă. Este indicat în depresii endogene, de involuție, psihogene, în reacții cu componentă depresivă, depresii de epuizare, depresii somatogene, depresii mascate, depresii de climacteriu. Buna sa toleranță permite administrarea în doză unică (preferabil seara, avînd în vedere valența sa sedativă). Efectele secundare modeste îl recomandă drept un antidepresiv de cursă lungă în tratamentul ambu-



lator. Nu se administrează concomitent cu IMAO. Necesită o pauză de minimum 14 zile.

262. **MELOTERAPIE** (cf. gr. *melos* „cîntec”; *therapia* „îngrijire”) — sin. **MELTERAPIE**; **MUZICOTERAPIE** ● Metodă de psihoterapie non-verbală, care se bazează pe efectul binefăcător al muzicii asupra funcțiilor neuropsihice ale organismului uman.

Meloterapia poate fi folosită individual sau în grup, în cadrul unor programe terapeutice de scurtă durată sau cu durată medie. Este una din cele mai vechi metode de vindecare avîndu-și originea la începutul civilizației; cele mai îndepărtate exemple cunoscute sînt cele din cadrul ceremonialelor la populațiile primitive.

Egiptul antic recunoaște virtuțile terapeutice ale muzicii, iar vechii greci au preluat metoda. Mai mult, Orfeu avea drept protector, ca și Asclepios, pe zeul Apollo. Deși mitologia greacă a păstrat imortalizată iubirea cîntărețului tămăduitor, care a reușit să aline cu lira sa suferința și tristețea, ea notează și eșecul meloterapiei în fața unor stări de agitație maniacală (Orfeu este sfîșiat cu pumnale de bacantele insensibile la efectul muzicii, în dezinhibiția lor).

Ulise, așa cum relatează HOMER în Iliada, beneficiază de efectul muzicii atunci cînd este rănit, fiind înconjurat de soldații săi care îi cîntă, oprîndu-i astfel hemoragia. Vechile scrieri ebraice relatează despre depresia lui Saul, care este tratată de regele David, cîntîndu-i din harfă și recitîndu-i psalmi. PINDAR și GALEN foloseau nu numai instrumentele, ci și vocea pentru vindecarea bolilor, așa numitele „cantatio morborum”. Se spune că PITAGORA ar fi folosit lucrări muzi-

cale în modul dorian pentru a trata stările de excitație provocate de psihoze sau beție. În secolul al VII-lea în Sicilia, un medic celebru al timpului, BAGLIVI, folosea muzica și dansul pentru tratamentul convulsiilor provocate de mușcăturile unui păianjen deosebit de veninos, numit Taranteia. „Tarantela”, noua formă muzicală apărută cu această ocazie, a rămas, pînă în zilele noastre, fiind abordată de numeroși compozitori în creația lor. LIETAUD, în 1776, în tratatul său de „Materie Medicală”, consideră și el că muzica „poate fi folosită pentru a calma”. PINEL, părintele psihiatriei moderne, a încercat să folosească efectul sedativ al cantinelor, iar doctorul MERCURIN, să aline boala lui VAN GOGH, punîndu-l să asculte bucăți muzicale.

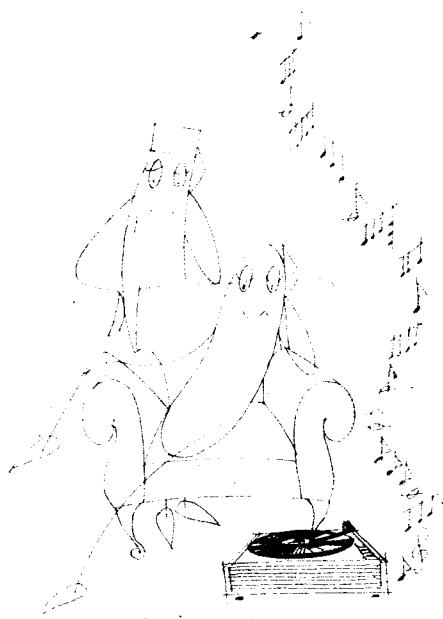
Desigur, o trecere în revistă a istoriei meloterapiei este practic imposibilă, deoarece pretutindeni medicii, și nu numai ei, au observat efectul vindecător al muzicii. Sintem cu toții beneficiarii meloterapiei din primele zile de viață, fiind cunoscut efectul sedativ al cîntecelor de leagăn cu care mamele își adorm sugarii ; și nu este un secret pentru nimeni că existența cîntecului de dor oferă alinare nu numai interpretului. Fiecare individ, în afara oricăror sfaturi medicale, simte și știe ce fel de muzică ar dori să asculte în funcție de dispoziția pe care o are. Un filozof francez spunea că „muzica este realizarea afectivității pure”. Ar fi eronat să se creadă însă că muzica are efect numai în tulburările psihice propriuzice.

HARER și colaboratorii, citați de ANGHELUȚĂ și NICA-UDANGIU ajung la următoarele concluzii privind relația dintre muzică, funcțiile vegetative și emoții :

- declanșarea sentimentelor și emoțiilor prin intermediul muzicii presupune o anumită experiență emoțională ;
- gradul de reactivitate emotivă determină intensitatea modificărilor declanșate de muzică ;
- modificările funcționale depind de genul muzicii ascultate ;
- repetarea aceleiași bucăți este însoțită de diminuarea reacțiilor vegetative, datorită efectului de habituare ;
- unele lucrări muzicale prezintă un „organotropism” ;
- reacțiile emotive și intensitatea tulburărilor vegetative sînt în mare măsură controlate prin voință și prin atitudinea subiectului în momentul audierii.

Efectele remarcabile ale muzicii s-au observat în bolile cardiovasculare, în special în hipertensiunea arterială, ca și în alte boli cu componentă psihosomatică, ulcer gastroduodenal, diskinezii, boli endocrine, dar și în nevralgia dentară.

Introducerea muzicii într-o secție de terapie intensivă cardiovasculară a scăzut mortalitatea cu peste 25%. GRAFILLE raportează rezultatele în tratamentul ejaculării precoce, rolul benefic al muzicii putîndu-se înregistra și în cazurile de autism, în psihozele afective și delirant halucinatorii, ca și în nevrozele obsesionale și fobice. În psihozele autistice, meloterapia stabilește o cale de comunicare, uneori singura, cu cel aflat în suferință. Participarea la grupul terapeutic în care se ascultă muzică reprezintă pentru bolnavul cu psihoză halucinatorie un mijloc de reîntoarcere către lumea realului, un prim pas al reînserției în societate. În psihozele afective, muzica poate calma agitația euforicului și poate mobiliza resursele aparent prăbușite ale depresivului.



Nevrozele beneficiază de efectul de relaxare al muzicii, iar fobiile pot fi deconționate de anumite pasaje muzicale. Numai exagerări de moment, legate de un anumit context cultural, pot duce la afirmația că un număr de nevroze sînt legate de ritmurile muzicale moderne. Meloterapia se poate asocia cu alte mijloace terapeutice : dans-terapie, ergoterapie, somn-terapie.

Datorită caracterului ei non-verbal, și deci a absenței necesității ca receptorul să aibă o anumită capacitate intelectuală, meloterapia poate fi folosită și în tratamentul oligofreniilor, chiar în idioție prin excitații ritmice. Meloterapia se re-

marcă prin absența practică a contraindicațiilor (dacă bucățile muzicale sînt bine alese).

O serie de instituții s-au dezvoltat pe plan mondial în legătură cu promovarea acestei metode de tratament și cu formarea „muzicoterapeutului”: Centrul de Cercetări și Aplicații a Tehnicilor Psihomuzicale din Paris, Institutul de Psihoterapie din Stockholm, Institutul de Cercetări Experimentale asupra Psihologiei muzicale din Salzburg, Fundația pentru Societăți muzicale din SUA etc.

Meloterapia este folosită, în mod curent, în unitățile de psihiatrie din țara noastră, cu bune rezultate.

263. MELPAZIL^(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).

264. MEMBRU FANTOMĂ^(S) sindrom (cf. lat. *membrum* „parte a corpului”; gr. *phantasma* „fantomă”) — sin. ILUZIE A AMPUTAȚILOR ● „Perceperea” de către subiect a prezenței membrului amputat și chiar a unor mișcări, senzații dureroase, parestezii, prurit, arsuri cu caracter permanent sau tranzitoriu resimțite la nivelul extremității amputate. Aparține patologiei de schemă corporală, implicînd (după POROT) o frecvență de 8—12% din cazurile bolnavilor care au suferit o amputație. Un studiu clinic complet și detaliat al acestui sindrom a fost efectuat de BORNSTEIN într-un lagăr de deportați care suportaseră amputații.

Membrul fantomă, cel mai frecvent în cazul extremității distale, este perceput ca și cum ar avea poziția pe care o ocupă în realitate, uneori este simțit „flasc” sau „contractat”, existînd posibilitatea apariției unor sincinezii la membrul omolog. POROT subliniază faptul că o obiectivare a acestei suferințe poate fi obținută prin executarea, la cerere, de către pacient a desenului propriei sale scheme corporale; în acest desen extremitatea distală amputată apare grefată direct pe trunchi. Inițial, acest fenomen a fost atribuit unei iritații periferice cauzalgie, iar apoi, LERICHE îl consideră consecință a existenței unui nevrom. Astăzi este acceptată ipoteza conform căreia acest sindrom este datorat preexistenței proiecției parietale a extremității amputate (cortexul este integru), la care însă nu mai sosesc aferențele periferice, astfel încît „imaginea” respectivei extremități se formează fără a mai fi modelată, dirijată, numai pe baza unor deprinderi adînc înrădăcinate, a unor amintiri, a unor „intuiții inconștiente” (POROT).

265. MEMO-PUREN^(M) RFG — DCI *Piracetam* ● Nootrop cu acțiune asupra telencefalului, derivat de GABA. Produsul ameliorează procesele biochimice cerebrale, care stau la baza activității cognitive și mărește rezistența neuronilor cerebrali față de diferite agresiuni (toxice, traumatice). Nivelul acționării se pare că ar fi telencefalul, unde produsul crește viteza de formare a acidului adenozintrifosforic și stimulează procesele metabolice cerebrale. Pe plan funcțional, facilitează transferul intra- și interemisferic și întărește controlul cortexului asupra structurilor subcorticale. Indicațiile medicamentului sînt reprezentate de afecțiunile psihice secundare unui proces organic: sindrom de involuție, tulburări circulatorii cerebrale, etilism cronic și diferite toxicomanii, sindrom posttraumatic, tulburări de comportament la copii, întîrziere psihică. Medicamentul nu are acțiune stimulantă sau sedativă cerebrală, nu influențează sistemul nervos vegetativ, este lipsit de toxicitate și nu are contraindicații. Sînt posibile efecte secundare de tip: excitație sexuală, agresivitate (în special în demențe).

266. MEMORIE (cf. gr. *mneme* „memorie, amintire”) ● Ansamblul proceselor de întipărire (memorare), conservare (păstrare) și reactualizare prin recunoaștere și reproducere a experienței anterioare (cognitive, afective, volitive) a omului. Este procesul psihic de stocare a informației, de acumulare și utilizare a experienței cognitive, asigurînd continuitatea și coerența vieții psihice.

În concepția vechilor autori, amintirile erau considerate a fi acumulate în anumite zone din creier, ca în modelul plăcii fotografice. În 1904, SIMON vorbește de „urme” ale experiențelor trecute, pe care le denumește engrame, pentru a susține că evocarea amintirilor este un proces complex de resintetizare, legat de prezența acestor engrame. În această teorie, toți neuronii sistemului nervos ar putea, prin adaptarea cronaxiei lor, să realizeze o stare de sintonie.

În lumina modernă a informaticii, procesul mnezic este o succesiune de operații de engramare (schimbare de cod, cod-imagini, coduri simbolice-conceptuale, coduri ale tensiunii sau relaxării variabilelor motivațional-afective), codificare pentru facilitarea accesului la informație și obținerea informației, în funcție de necesități. Reflectînd în mod selectiv, activ și inteligibil trecutul experienței (memoria instinctivă a speciei), memoria individului, un produs al dezvoltării social-istorice umane, în strînsă relație cu toate celelalte componente ale psihismului, este o „piatră unghiulară a edificiului psihicului uman” (SECENOV).

Este bine stabilit pînă în prezent că performanța mnezică depinde de factori neurofiziologici și psihologici ca: gradul de maturare a sistemului nervos, starea de sănătate, prezența patologiei

neurologice cerebrale, vîrstă, interese, antrenament, factori afectivi, perceptivi și prosexici. Este clară astăzi demarcația între memorie și învățare, aceasta din urmă implicînd buna funcționare a proceselor mnezice. După cum arăta Ursula SCHIOPU, stadiile dezvoltării funcției mnezice ar fi următoarele :

- între 1—3 ani : dezvoltarea mecanismelor de fixare, caracterul afectogen al fixării și evocării ;
- între 3—7 ani : fixare și reproducere susținute afectiv în activitatea ludică ;
- între 7—9 ani : caracter senzorial, neselectiv, fragmentar, începînd să se dezvolte aspectul volițional.

Tot pe criterii psihologice, DELASIAUVE a încadrat în cinci grupe fenomenele care țin de memorie :

- repetițiile mecanice (cele mai elementare manifestări ale memoriei) ;
- obișnuința (pasivă și automată) ;
- memoria asociativă (presupune o intenționalitate) ;
- memoria evocativă (necesită intervenția selecției voluntare, evocarea fiind căutată în funcție de datele situației prezente) ;
- memoria reflexivă (variantea cea mai intelectualizată a proceselor mnezice) are scop creator și se sprijină pe formele anterior descrise.

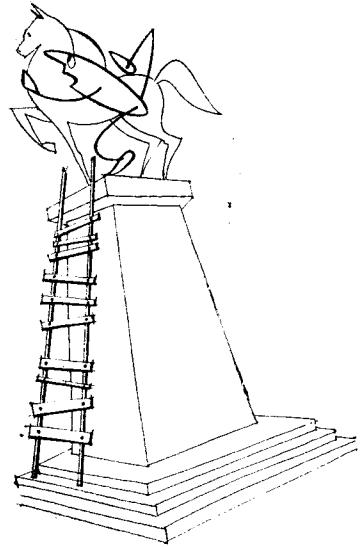
De asemenea, se diferențiază : memoria involuntară și memoria voluntară (din punctul de vedere al intenționalității), memoria logică și memoria mecanică (din punctul de vedere al modalităților de fixare și al înțelegerii semnificațiilor) ; memoria senzorială, memoria cognitivă, memoria afectivă (în funcție de conținut și modalitate de evocare) ; memoria imediată și memoria de lungă durată (din punctul de vedere al performanțelor, necesităților de reproducere și al criteriului temporal).

În funcție de originea intrării în acțiune a mecanismelor de stocare a informației (memorarea și reactualizarea) se realizează două faze care, la rîndul lor, au fiecare cîte două sub-procese : fixare + păstrare și respectiv, recunoaștere + reproducere. La acestea, MINKOWSKI adaugă aspectul de conduită temporală pe care-l capătă memoria dacă o considerăm drept funcție de timp, variînd după parametri „ce a fost înainte” și „ce va fi după”. GUIRAUD subliniază, la rîndul său, puternica tonalitate afectivă care încarcă toate amintirile noastre, iar aspectul așa-numitei memorii inconștiente, în viziunea psihanalizei, nu poate fi neglijat.

J. DELAY propune o altă sistematizare a faptelor ce țin de memorie : memoria senzorio-motorie, ce cuprinde amintirea elementară a senzațiilor și mișcărilor (este comună omului și animalelor) ; memoria autistică, proprie domeniului

visului și delirului, supusă dinamic inconștientului ; memoria socială, strîns legată de categoriile logice, implicînd ordine rațională și o concepție socială despre timp.

Neputînd pune semnul egalității între memorie, ca funcție și senzații, percepții, gnozii, limbaj etc.,



trebuie să luăm în considerare și aspectul de localizare discutat în lucrările consacrate memoriei și tulburărilor ei, precum și datele recente, privind neurochimia sa. Astfel, integritatea anumitor structuri nervoase este o condiție indispensabilă procesului de evocare, ca și a aspectelor de fixare ale memoriei. Demonstrînd afectarea constantă a corpilor mamilari în sindromul Korsakov, tot DELAY implică circuitul hipocampo-mamilotalamo-cingular, ca avînd o preponderență semnificativă (mai ales tuberculii mamilari și cornul lui Amon) în apariția tulburărilor de memorie (afectarea bilaterală este obligatorie). LHERMITTE conferă aceluiași circuit (analog cu cel descris de PAPEZ, pentru fenomenele emoționale) rolul pe care îl are formațiunea reticulată pentru cortex (simulare și facilitare).

În privința cercetărilor biochimice, părerile sînt unanime în ceea ce privește rolul pe care acidul ribonucleic (ARN) îl joacă (respectiv stimularea sintezei sale) în rapiditatea proceselor de învățare, și cel al acidului dezoxiribonucleic (ADN) pentru informația genetică. Mediatorii noradrenergici par a fi implicați în unele tulburări psihice de tipul sindromului Korsakov (metaboliții noradrenalinei sînt crescuți în lichidul cefalo-

rahidian al acestor bolnavi). Metodele de electrofiziologie, în care înregistrările complexe EEG sînt prelucrate pe calculator, au folosit tehnici cu potențiale evocate, ce au relevat existența unor modele (paternuri) ale activității electrice în cazul activării mnezice specifice.

Discutînd despre metodele de investigare a memoriei, analiza factorială își propune evaluarea memoriei brute, a forței mnezice, fără implicații cognitive, propunînd pentru memorare cupluri de silabe fără semnificație. În general însă probele de investigare a memoriei își propun evaluarea performanțelor mnezice prin procesele de memorare-fixare-stocare-reactualizare-recunoaștere-reproducere, ținînd seama de toți factorii care pot influența performanța. Cele mai folosite probe la noi în țară sînt: scala Wechsler pentru memorie, metoda Vierbegger, metoda Bernstein, proba Rey, proba Kim, proba Benton, proba Barbizet.

Complexitatea funcției mnezice, integrarea ei deplină cu întreaga viață biopsihologică se răsfrînge implicit în patologie, considerîndu-se că, practic, orice afecțiune psihică își lasă amprenta asupra funcției mnezice. J. DELAY a încercat să ofere o explicație prin „legea disoluției”, plecînd de la premisa că evoluția filogenetică și ontogenetică a sistemului nervos s-a făcut de la simplu la complex. Din acest punct de vedere, disoluția memoriei semnifică procesul invers, de la complex la simplu, de la voluntar la automat, exemplul fiind oferit de amneziile de involuție, care încep prin tulburări ale memoriei sociale, apoi eliberarea memoriei autistice și persistența memoriei senzitivo-motorii. Tulburările de atenție par să exercite în majoritatea cazurilor, un rol însemnat în gen eza tulburărilor mnezice, deoarece nu se poate reține ceea ce nu este fixat cu suficientă tărie, și nici evoca ceea ce nu este bine fixat. De aceea, studiul funcției mnezice este intim legat de cel al atenției, ducînd, în psihopatologie, la aceeași intercondiționare → AMNEZIE, ATENȚIE, DISMNEZIE.

267. MEMORIE^(T) test ● Testele de memorie se aplică subiecților în scopul de a evalua calitatea memoriei și/sau deficiențele ei. Cel mai frecvent utilizat este testul în care se prezintă serii de cifre sau cuvinte enunțate sau arătate tahitoscopic, timp de o secundă. Se folosesc, de asemenea, teste în care subiectului i se prezintă forme geometrice mai mult sau mai puțin complicate, figuri asemănătoare jocului „kim” (obiectele sînt arătate pentru o scurtă perioadă de timp, după care i se cere subiectului să le descrie din memorie).

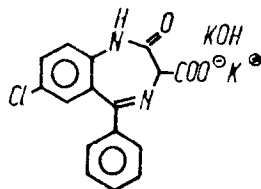
268. MEMORIE — tulburări ● Clasic, aceste tulburări se împart în două mari grupe: cantitative și calitative. Această clasificare are o motivare de ordin didactic, deoarece niciodată în practică grupele nu pot fi separate; se poate vorbi, mai

curînd, de preponderența unui tip de tulburări sau a altuia. Clasificarea schematică a acestor tulburări distinge:

- **Dismnezii cantitative:**
 - Hiperamnezii:
 - mentismul
 - viziunea retrospectivă
 - Hipomnezii:
 - lapsusul;
 - anecforia;
 - Amnezii:
 - anterograde (de fixare);
 - retrograde (de evocare);
 - localizare (lacunare);
 - progresive (retro-antegrade).
- **Dismnezii calitative:**
 - Iluzii mnezice (sinteza mnezică imediată):
 - criptomnezia;
 - iluzia de recunoaștere;
 - iluzia de nerecunoaștere;
 - paramnezia de reduplicare;
 - Alomnezii (rememorarea trecutului):
 - pseudoreminiscențele;
 - ecmnezia;
 - confabulația.

269. MENARHĂ (cf. gr. *men* „lună”; *archaios* „primitiv, originar”) ● Fenomen fiziologic de stabilire a primului ciclu menstrual, care apare între 11—16 ani. Menarha nu corespunde și cu maturizarea sexuală, determinînd la unele tinere apariția unor stări de anxietate, provocate, de fapt, de lipsa unei educații sexuale, de frica de căsătorie, stări ce pot fi înlăturate prin măsuri educative adecvate. Instalarea ei precoce poate determina tulburări de comportament, în sensul unei precocități sexuale, pubera neavînd maturitatea intelectuală și emoțională necesară controlului situațiilor la care se expune prin conduita sa. O instalare tardivă a menarhei poate fi cauza unor sentimente de inferioritate, precum și a izolării de celelalte tinere.

270. MENDON^(M) Coreea — DCI *Dipotassium Clorazepat* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-2, 2-dihidroxi-5-fe-



nil-1H-1,4-benzodiazepin-3-acid carboxilic, cu acțiune anxiolitic-miorelaxantă și sedativă. Buna sa toleranță și efectele sedativ hipnotice mai moderate îi conferă o largă utilizare.

274. **MENESIN^(M)** Japonia — DCI *Mefenesin* ● Tranchilizant derivat de glicerol de tip 3-(0-metilfenoxi)-1,2-propandiol cu acțiune miorelaxantă și sedativ-anxiolitică.

272. **MÉNIÈRE^(S) sindrom** — sin. CLAUDICAȚIE INTERMITENTĂ LABIRINTICĂ; VERTIJ AURICULAR ● Triadă paroxistică constând în: vertij, hipoacuzie, acufene, însoțite de tulburări vegetative și anxietate. Etiologia pare a fi legată de perturbări în sistemul simpatic cranian. Unele atacuri subite de amețeală din sindromul Ménière pot fi confundate cu anxietatea acută, dar acestea sînt întotdeauna însoțite de nistagmus, hipoacuzie și alte semne de suferință a urechii medii, care nu se înlănesc în tulburările survenite în timpul crizelelor de panică.

Tratamentul constă, în cazul circumstanțelor necunoscute, în odihnă și agenți antihistaminici. Uneori intervenția chirurgicală devine inevitabilă, datorită recurenței frecvente a vertijului.

273. **MENINGITĂ^(B) boală** (cf. gr. *meninx* „membrană”) ● Inflamație a meningelor, de etiologie variată; se caracterizează prin manifestări clinice specifice, înțînindu-se constant, dar cu intensitate variabilă, următoarele sindroame:

- sindromul meningeal, reprezentat de: semne de iritație meningeală (redoarea cefei, semnul Kernig, Brudzinski, Lasègue), fotofobie, rahialgii;
- sindromul de hipertensiune intracraniană (HIC): cefalee, vărsături, bradicardie, stare confuzională, convulsii;
- sindromul encefalic difuz, datorat edemului cerebral subiacent, manifestat prin stare confuzională, semne de focar: paralizii, manifestări extrapiramidale și cerebeloase;
- sindromul infecțios general: febră, frisoane, astenie, iritabilitate, în etiologiile infecțioase.

Etiologia meningitelor infecțioase (după CĂRUNTU) este următoarea:

Tabel nr. LXXV

ETIOLOGIA MENINGITELOR INFECȚIOASE

VÎRSTA	VIRUSURI		BACTERII		FUNGI Foarte rar	PROTOZOARE Excesiv de rar	METAZOARE (helminți) Foarte rar
	Frecvent	Rar	Frecvent	Rar			
1	2	3	4	5	6	7	8
Adulți, copii mari	Enterovirusuri: ● Coxsackie A,B ● Echo ● Myxovirus parotiditis	● Choriomeningita limfocitară ● Herpes simplex ● Poxvirus officinalis ● Varicella Zoster ● Epstein-Barr ● Myxovirus influenzae ● Togavirusuri ● Rubeolă ● Hepatite virale ● Altele	● Neisseria meningitidis ● Streptococcus pneumoniae	● Leptospira sp. ● Haemophilus influenzae ● Streptococcus sp. ● Listeria monocytogenes ● Staphylococcus aureus ● Pseudomonas aeruginosa ● Escherichia coli ● Klebsiella pneumoniae ● Mycobacterium tuberculosis ● Treponema pallidum ● Acinetobacter sp. ● Chlamidii	● Criptococcus neoformans ● Candida albicans ● Aspergillus sp. ● Alții	● Hartmannella sp. ● Naegleria sp. ● Toxoplasma gondii	● Trichinella spiralis ● Altele

Continuare tabel nr. LXXV

1	2	3	4	5	6	7	8
Sugari, copii mici	Idem	Idem	<ul style="list-style-type: none"> ● Haemophilus influenzae ● Bacili enterali gramnegativi ● Streptococcus pneumoniae ● Neisseria meningitidis 	<ul style="list-style-type: none"> ● Streptococcus grupa A, B ● Listeria monocytogenes ● Mycobacterium tuberculosis ● Staphylococcus aureus ● Leptospira sp. ● Altele 	Idem	—	—
Nou-născuți	—	<ul style="list-style-type: none"> ● Enterovirusuri ● Altele 	<ul style="list-style-type: none"> ● Escherichia coli ● Klebsiella-Enterobacter ● Alți bacili gramnegativi enterali ● Listeria monocytogenes ● Streptococcus A sau B 	<ul style="list-style-type: none"> ● Streptococcus pneumoniae ● Haemophilus influenzae ● Neisseria meningitidis ● Staphylococcus aureus ● Altele 	—	—	—

După același autor, redăm etapele diagnosticului clinic și para clinic al acestor afecțiuni precum și diagnosticul diferențial :

Tabel nr. LXXVI

DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL AL MENINGITELOR INFECȚIOASE

Manifestări	Tipul meningitei			
	Bacteriană purulentă	Seroasă, aseptică (virală, leptospirală)	Tuberculoasă, micotică	Amibiană
1	2	3	4	5
CLINICE : <ul style="list-style-type: none"> ● Debut ● Stare generală ● Febră ● Sindrom meningeal ● Sindrom encefalitic ● Paralizii 	brusc mult și rapid alterată mare foarte accentuat : (aduți)/absent (nou-născuți, sugari) moderat (accentuat uneori) rareori	insidios (brusc) puțin (mult) alterată moderată (mare) puțin accentuat absent foarte discret absent nu	insidios progresiv alterată progresivă progresiv accentuat progresiv	brusc rapid și mult alterată mare foarte accentuat intens nu

1	2	3	4	5
LCR :				
● Aspect	rapid purulent	clar (opalescent)	clar (opalescent)	purulent-hemoragic, brun
● Reactia : ● Pandy (normal negativă)	+++	+ / +++	+++	+++
● Văl (normal absent)	nu, coagul gros uneori	nu	văl fin deseori	nu, uneori coagul
● Celule nucleate — număr (normal : 1—3/mm)	>1 000. Uneori doar zeci/sute, dar cu o cantitate imensă de pneumococi/meningococi care turbură LCR	sute (uneori 1000 — 2000)	sute	mii
— tip	Polinucleare peste 98%	mononucleare polimorfe peste 95% ; în prima zi (posibil) polinucleare 60 — 70%	limfocite 90—95 %, polinucleare 5—10%	polinucleare, hematii
● Microorganisme — frotiuri	bacterii prezente (absente)	absente	Mycobacterium tuberculosis prezent (absent), fungi	preparat umed, frotiuri colorate Giemsa
— culturi	rapid pozitive (uneori negative)	negative, pe mediile uzuale ; foarte lent pozitive (negative), în condiții speciale	lent pozitive, (negative) pe medii speciale	posibil pozitive pe medii artificiale, culturi de țesuturi
● Proteine (normal 15—45 mg/100 ml)	>40 mg (100—500)	în 80% din cazuri, normale/ușor crescute ; în 20% din cazuri 100 mg	>100 (500) mg	>100 mg
● Glucoză (normal 45—60 mg/100 ml, egală cu cca. 50% din glicemia concomitentă)	<40 mg (mai mică decât 50% din glicemia concomitentă)	în 85% din cazuri, normală ; în 15% din cazuri, ușor crescută	<40 mg (mai mică decât 50% din glicemia concomitentă)	40 mg
● Cloruri (normal 700—740 mg/100 ml)	700 mg	normale	<700 mg	?
ALTE PRODUSE PATOLOGICE				
● Sînge	hemoculturi	cultivarea leptospirelor virusurilor (excepțional), serologie pentru leptospire, virusuri	—	uneori amibe (excepționali)
● Materii fecale	—	coproculturi pentru enterovirusuri	—	—
● Urină	—	culturi pentru leptospire (rar), evidențiere de virusuri (excepțional)	—	—
● Spută	—	—	evidențiere de Mycobacterium tuberculosis, fungi	—
● Biopsie hepatică	—	—	granuloame tuberculoase, fungice	uneori amibe (excepționali)

Tabelul nr. LXXVII

DIAGNOSTICUL COMPLEX AL MENINGITELOR

INVESTIGAȚII EPIDEMIOLO- GICE +1+++	INVESTIGAȚII CLINICE		INVESTIGAȚII PARACLINICE +1+++	INVESTIGAȚII DE LABORATOR		
	Sindromul infecțios general +1++++	Sindromul meningean ++++		Evidențierea agentulu etiologic +++++	Reacția inflamatorie a LCR +1++++	Serologia +1++++
cazuri similare (epidemie), con- tact cu rozătoa- re, câini, porci, baie în apă stă- tătoare	<ul style="list-style-type: none"> ● febră + ● frisoane + ● mialgii + ● stare generală al- terată (septică) ++ ● inapetență (adulți) + ● iritabilitate (nou-născuți) +++ 	SIMPTOME : ● de HIC : — cefalee +++ — vărsături ++ — convulsii ++ — comă ++ ● fotofobie ++ ● rahialgii + SEMNE ● de HIC : — bombarea fonta- nelei +++ — bradicardie + — HTA + ● de iritație radicu- lară : — redoarea cefei +++ — semnul Kernig +++ — semnele Brudzin- ski I, II ++ — semnul Lasègue + — s. trepidului + — s. sărutului +	<ul style="list-style-type: none"> ● examen ORL ● examen F.O. ● radiografii craniene 	LCR ● microscopie +++ ● imunoelectrofore- ză ++ ● culturi +++ ● inoculare pe ani- male ++ ALTE PRODUSE : ● sînge +++ ● elemente eruptive +++ ● materii fecale + ● biopsie hepatică +++ ● urină + ● spută (TBC) ++	MACROSCOPIC : ● presiune ● transparență ● culoare MICROSCOPIC : ● citologie BIOCHIMIC : ● pro teine ● glucoză ● cloruri	<ul style="list-style-type: none"> ● leptospire +++ ● sifilis +++ ● rickettsii +++ ● virusuri ++

Meningită : criterii complexe de diagnostic

Men/79

Tratamentul este etiologic specific în meningitele infecțioase, și patogen în celelalte. Prognosticul este legat de gradul de afectare a cortexului cerebral și de sechelele neuropsihice care pot persista : oligofrenie (dacă boala debutează la copii sub trei ani), stări psihopatoide, comițialitate, tulburări diencefalo-hipofizare, hidrocefalie cu presiune normală.

274. MENINGITĂ PURULENTĂ (cf. gr. *meninx* ; lat. *pus* „purui”) ● Inflamația de etiologie bacteriană a meningelor. Când agentul infecțios pătrunde pe cale sanguină sau are ca punct de plecare rinofaringele (ca în cazul meningococului, pneumococului, bacilului Pfeiffer, piocianicului), meningitele se numesc primitive. Când meningita este consecința unei contaminări de la o infecție din vecinătate (otită, mastoidită, traumatism cranian, focar pulmonar, cardiac, intestinal, genital), se vorbește de meningită secundară.

Anatomopatologic, se evidențiază o arahnoidită supurată, cu endovascularită și tromboza vaselor arahnoidiene.

Debutul clinic este brutal, cu sindrom meningeal, sindrom de hipertensiune intracraniană și sindrom infecțios general. Lichidul cefalorahidian este tulburat sau purulent, cu polinucleoză, proteinorahie și glicorahie crescută. La examenul pe lamă, în lichidul cefalorahidian se identifică germele implicat. Tratamentul este specific, cu antibiotice conform antibiogramei.

275. MENINGITĂ TUBERCULOASĂ (cf. gr. *meninx* ; lat. *tuber* „tumoare”) ● Formă de meningită care prezintă anumite particularități față de celelalte meningite infecțioase :

- debut insidios, stare generală progresiv alterată, febră moderată, sindrom meningeal și encefalitic care se agravează treptat ;
- apar frecvent paralizii de nervi cranieni și paralizie vezicală ;
- lichidul cefalorahidian prezintă câteva sute de celule pe milimetru cub, predominând limfocitele (90—95%), proteinorahie peste 100 mg%, iar pe frotiul din lichidul cefalorahidian se izolează *Mycobacterium tuberculosis* (care tranșează diagnosticul) ;
- la examenul fundului de ochi apar tuberculi caracteristici.

Tratamentul cu antibiotice a ameliorat considerabil prognosticul, însă 6—20% din cazuri prezintă sechele psihice, cel mai frecvent, deficit intelectual, cu atât mai grav cu cât vârsta debutului este mai mică. Se menționează dereglări diencefalice și endocrine (obezitate, sindrom adipozogenital). Printre sechelele cele mai grave se consideră hidrocefalia ventriculară, cu presiune normală. Au fost descoperite și cazuri cu evoluție spre demență.

276. MENINGO- (cf. gr. *meninx* „membrană”) ● Element de compunere care introduce referirea la meninge.

277. MENINGOCOCIC^(s) sindrom (cf. gr. *meninx*; *kokkos* „grăunță”) ● Sindrom infecțios, având drept agent patogen meningococul, care are tropism pentru meninge și determină o stare septicemică gravă, asociată cu o componentă meningeală latentă sau manifestă, cu fenomene de coagulare intravasculară diseminată → MENINGITĂ PURULENTĂ, MENINGOENCEFALITĂ.

278. MENINGOENCEFALITĂ (cf. gr. *meninx* ; *enkephalos* „creier”) ● Neuroinfecție de etiologie variată, care determină inflamarea meningelor și a encefalului, cu expresie clinică polimorfă și evoluție gravă.

Clinic, se evidențiază : sindrom meningitic, sindrom encefalomielitic, febră și tulburări psihice.

● *Sindromul meningitic* implică :

- tulburări senzitivo-senzoriale : cefalee, rahialgii, fotofobie, hiperalgezie cutanată, dureri la comprimarea maselor musculare ;
- contractură musculară, pusă în evidență prin atitudinea în „cocoș de pușcă” sau în opistotonus, redoarea cefei, semnul Kernig și Brudzinski.

● *Sindromul encefalic polimorf* cuprinde :

- tulburări neurologice : convulsii tonico-clonice, hemiplegie, rigiditate extrapiramidală, mioclonii, mișcări coreice, atetozice, afectarea nervilor cranieni, pareze, paralizii, hipoacuzie, scăderea acuității vizuale.

● *Tulburările psihice* sînt reprezentate de un sindrom psihoorganic acut : confuzie de diferite intensități, delir, agitație psihomotorie.

Sechelele psihice, constînd din : sindrom deteriorativ, oligofrenie (dacă meningoencefalita a debutat la vîrsta mică), sindrom psihopatoic, cerebrastenic, epilepsie secundară, cedează lent sau se cronicizează. Patogenia lor este determinată de cicatricile de la nivelul țesutului nervos, tulburările de circulație cerebrală și reacția psihogenă la defectele neuropsihice.

279. MENINGOENCEFALOCEL (cf. gr. *meninx* ; *enkephalos* „creier” ; *kele* „tumoare”) — sin. CRANIUM BIFIDUM ● Hernie a conținutului intracranian (meninge, țesut nervos, ventricul) printr-un orificiu cranian (congenital), situat frecvent pe linia mediană. Când prolabarea conținutului cranian este reprezentată numai de meninge și lichid cefalorahidian, poartă denumirea de meningocele ; cînd sacul herniat conține și porțiuni dintr-un ventricul, se numește encefaloventriculocele. Cel mai frecvent întîlnite sînt însă meningoencefalocelele, puntea herniată fiind constituită din meninge, lichid cefalorahidian și substanță nervoasă.

După sediul, meningoencefalocelele sînt clasificate astfel:

- de convexitate (occipitale, parietale, frontale-interfrontale, laterale);
- fronto-etmoidale (nazo-frontale, nazo-etmoidale, nazo-orbitare);
- bazele neexteriorizate (sfeno-orbitar, sfeno-maxilare nazo-faringiene, sfeno-etmoidale, sfeno-faringiene).

Radiografic, orificiul cranian anormal este rotund sau ovalar, cu limite discret condensate (datorită efectului compresiv); cu timpul, diametrele acestuia pot crește, realizîndu-se deformări și/sau dislocări ale regiunilor osoase din jur. Ventriculografia evidențiază țesutul cerebral și conținutul lichidian al sacului herniat. Alături de semnele neurologice (parapareză, diplegie spastică, crize epileptice), sînt frecvente întîrzierea psihomotorie, precum și alte malformații asociate (microcefalie; macrocefalie, meningo-mielocel etc.). În anumite situații, diagnosticul diferențial se face cu cefalhematomul calcificat al sugarului (radiologic bombează tabla externă și nu se constată prezența orificiului osos); fracturi la nivelul bazei craniene; tumori maligne craniene (aspect osteolitic cu margini neregulate); sinus pericranian. Prognosticul este în raport cu sediul meningoencefalocelului, conținutul sacului herniat și anomaliile asociate. În 1/3 din cazuri, tratamentul este chirurgical.

280. MENKES^(B) boală — sin. BOALA „URINILOR CU MIROS DE SIROP DE ARȚAR” (Maple Syrup Urine Disease); LEUCINOZĂ ● Boală genetică dismetabolică, transmisă recesiv-autosomal, descrisă de MENKES și colaboratorii, în anul 1954. Se caracterizează biochimic prin blocarea transformării unor acizi aminati (valină, leucină și izoleucină) în acizi cetonici. Din punct de vedere clinic și evolutiv, se descriu trei forme:

- *acută* — care debutează la scurt timp de la naștere, cu tulburări digestive (vărsături), respiratorii (crize de cianoză prelungite) și neurologice (hipertonie generalizată, crize de opistotonus, convulsii generalizate, tulburări de conștiință), cu evoluție spontană, rapid mortală;
- *subacută* — cu crize de opistotonus, coreo-atetoză, convulsii, întîrziere psihomotorie, cu supraviețuire peste un an;
- *atipică* — în care simptomele neurologice și întîrzierea psihică cedează rapid, iar supraviețuirea se poate prelungi.

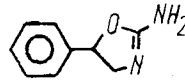
Diagnosticul se bazează pe datele clinice și de laborator (valori crescute în plasmă pentru valină, leucină, izoleucină și metionină și scăzute pentru cisteină; valori urinare anormale de valină, leucină, izoleucină și de cetoză corespunzătoare; absența acizilor izobutiric, izovalerianic și metilbutiric în plasmă și urină).

Diagnosticul diferențial se face cu fenilcetonuria (care are o evoluție mai lungă, este însoțită de pigmentație, eczeme și prezența acidului fenilpiruvic în urină) și cu galactozemia congenitală (care prezintă hepatosplenomegalie, cataractă, galactozurie, deficit al galactozo-1-fosfat-uridil-transferazei).

Tratamentul constă în reducerea aportului alimentar de leucină, valină și izoleucină. În formele tratate precoce, dezvoltarea psihomotorie poate rămîne nealterată.

821. MENNINGER-LEREANTHAL^S semn — sin. HEAUTOSCOPIE → AUTOSCOPIE (externă).

282. MENOCIL^(M) Elveția, RFG — DCI *Aminorex* ● Psihotrop de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolină, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă, practic fără efecte simpaticomimetice.



283. MENO- (cf. gr. *men* „lună”) ● Element de compunere care introduce semnificația de menstră.

284. MENOPAUZĂ (cf. *meno-*; gr. *pausis* „înțetare”) — sin. CLIMACTERIU FEMININ ● Etapă, în ontogeneza femeii, caracterizată printr-un ansamblu de modificări ale fiziologiei genitale și avînd ca element definitoriu oprirea ciclurilor menstruale. Se poate instala într-un interval de timp de aproximativ zece ani, intercalîndu-se între perioada maturității și presenescență. Deși preluđu declinului biologic, și în special al celui gonadic începe chiar de la 30 de ani, vîrsta specifică apariției menopauzei este cuprinsă între 45—55 ani. Majoritatea autorilor sînt de acord că termenul de climacteriu este mai adecvat, exprimînd mai plastic fenomenul de declin (klimakter „treaptă de scară”).

Numeroase teorii au căutat să explice determinismul acestei perioade din ontogeneza femeii. Studiile efectuate pe fibroblaști de embrioni umani de către HAYFLIK și MORHEAD au evidențiat „fenomenul Hayflik”, demonstrînd faptul că moartea este o proprietate inerentă a celulelor vii, a vieții însăși. După un număr aproximativ fix de reproducere, celulele mor. Pe baza fenomenului, a fost elaborată ipoteza unei ștergeri induse genetic a capacității de a traduce mesaje, în celulele aflate în curs de îmbătrînire.

O altă teorie interesantă, cea a „ceasului biologic”, presupune existența unui sistem de periodizare, care activează sau blochează unele seturi de gene, în funcție de faza ciclului vital în care se află organismul. În acest mod sînt codificate mecanis-

mele de autodistrugere sau de dezactivare a genelor, cu rol în menținerea unor funcții. Reglarea cronometrului biologic ar fi dependentă de un centru situat în nucleul suprachiasmatic. Teoria susține astfel ipoteza unei periodizări controlate de sistemul neuroendocrin.

În viziunea lui BURNET, „ceasul biologic” ar fi programat genetic și ar avea ca expresie directă fenomenul Hayflick. Fiecare organ își are necesitățile sale de timp în ceea ce privește cheltuirea „cotei de celule programate”. Ovarul ar fi printre primele organe care își epuizează această cotă. Se pare totuși că nu ovarul este cel care îmbătrânește primul, fapt demonstrat de răspunsul său la eliberarea de gonadotrofine prin transpunerea chistică, ci aria preoptică a hipotalamusului anterior, răspunzătoare de secreția ciclică a factorului hipofizotrop cu acțiune predominantă asupra hormonului luteotrop, luteotrop hormon-releasing factor (teoria centrală).

Desfășurându-se pe o perioadă de timp relativ lungă, menopauza se realizează în trei etape :

- premenopauza — durează câțiva ani și se caracterizează prin insuficiența progesteronică și menometroragii ;
- menopauza propriu-zisă — predomină insuficiența estrogenică și ciclul dispare ;
- postmenopauza — secreția de estrogeni se oprește aproape complet.

Cunoscută și sub denumirea de „vîrstă critică”, menopauza, este o perioadă de „criză” al cărei răsărit depinde de factori socio-culturali, familiai, profesionali, la care se adaugă modul de structurare a personalității femeii. Modificările fizice, estetice, biologice, sînt acceptate de femeia cu o bună integrare socio-profesională, cu o viață sexuală satisfăcătoare, ca „incidente” normale. În schimb, alte femei trăiesc dureros dispariția ciclului și a fecundității, ca pe o pierdere a feminității și o tristă decădere, prezentînd semnele unei veritabile „menopauze morale” (LEVY-VALENSI).

O parte dintre manifestările prezente în perioada menopauzei sînt specifice insuficienței estrogenice și modificării reactivității diencefalice, cum sînt un ansamblu de tulburări neurovegetative : valurile de căldură (bufeuriile — accese de vasodilatație cutanată, de obicei, localizate la față și la jumătatea superioară a trunchiului, însoțite de anxietate, palpitații, urmate de transpirații), aritmiile, precordalgiiile, hipertensiunea arterială, dispepsiile, colopatiile, colecistopatiile, nevralgiile, cefaleea, vertijul, febra de menopauză, dermatozele sau dermitele atrofice etc. Altele sînt rezultatul unor procese complexe, care asociază insuficienței hormonale declinul tuturor funcțiilor organismului și influența factorilor socio-culturali. Apar tulburări mnezo-prosexice, labilitate emoțională, irascibilitate, anxietate, stări depresive însonnii, astenie, diminuarea randamentului util,

Nu rareori, intervin mecanisme de supracompensare și apare o hiperactivitate generală, un entuziasm adeseori nejustificat, atitudini pasionale.

Tulburările psihice pot depăși intensitatea reacțiilor. Manifestările vegetative și cenestezice pot determina focalizarea angoasei pe teritoriul somatic și apariția preocupărilor hipocondriace. Menopauza poate constitui un teren favorabil apariției psihozelor acute, delirurilor cronice, debutului melancoliei de involuție. Instalarea menopauzei coincide frecvent cu accese maniacale sau depresive. Instituirea unui tratament substitutiv hormonal se face numai după efectuarea unui bilanț clinic general. Manifestările psihice necesită un tratament cu sedative, anxiolitice, antidepresive. Tulburările neurovegetative (în special bufeurile, care se află pe primul plan) se combat prin administrarea de estrogeni, medicație anticatcolaminică (alfa- și betabloccante) de tipul Plegomazinului și Propranolului sau cu acțiune directă pe catecolaminele cerebrale (de tipul Agozolului). Antiserotonicele de tip Peritol, cu efect sedativ, dau și ele rezultate foarte bune. În sfîrșit, psihoterapia, crearea unui climat socio-profesional și familial favorabil, vin în sprijinul femeii aflate la „vîrstă critică”.

285. **MENOPAUAZĂ^(D) delir** ● Încercînd să delimiteze caracteristicile principale ale acestor deliruri, MICHAUX arată că ele iau cel mai frecvent aspectul unor bufee delirante, avînd drept tema-



tică gelozia, erotismul sau misticismul și pot fi însoțite de o producție onirică. Vindecarea este cel mai adesea rapidă, tratamentul constînd în administrarea de neuroleptice sau în terapie electroconvulsivantă. Delirurile de aspect cronic ale acestei perioade iau cel mai adesea forma deliru-

lui sensibil de relație (KRETSCHMER : paranoia fetelor bătrâne, a guvernanteilor).

286. MENOPAUZĂ — depresie la ● Nu s-a stabilit încă dacă menopauza — etapă fiziologică a vieții femeii, considerată în același timp și o „criză” — este sau nu un avantaj al evoluției filogenetice (numai la specia umană există meno- și andropauză). Cert este că ea înseamnă o schimbare profundă a întregului statut bio-psiho-social al femeii. Există multiple rapoarte, în cadrul conferințelor internaționale cu această temă, care atestă faptul că menopauza, prin multiplele perturbări pe care le creează, a devenit una dintre principalele probleme medicale majore ale lumii contemporane.

La al cincilea Congres Internațional având ca temă menopauza, s-a reliefat un fapt observat de mult în practica medicală și anume acela că, la această vîrstă, depresia apare mai frecvent decît la alte vîrste.

Modificările hormonale fiziologice ale menopauzei urmează același mecanism la toți indivizii, dar fiecare femeie trăiește într-un mod particular această vîrstă, simptomatologia psihică ce poate apărea fiind diferită de la un subiect la altul. S-au stabilit, totuși (mai mult sau mai puțin arbitrar) trei criterii orientative ale diagnosticării depresiei la menopauză :

- existența unui determinism biologic, legat de scăderea producției de estrogeni ovarieni ;
- lipsa existenței oricărei alte afecțiuni afective în antecedente ;
- depresia apare fără nici o cauză exterioară de luat în considerație ca factor psihotraumatizant unic și cert.

Primul criteriu, cel de definire printr-o tulburare hormonală, pare a fi puțin forțat, printr-o extrapolare arbitrară a mecanismului hormonal, al depresiei premenstruale și al celei postpartum, apărute în momentul scăderii producției estrogenice. Acest punct de vedere este discutabil, întrucît tabloul endocrin al postpartumului și a perioadei premenstruale este totuși diferit de cel al menopauzei, chiar dacă în toate există o hipoestrogenemie. Pe de altă parte, nu există trăsături caracteristice, bine individualizate, ale depresiei la menopauză, față de depresia altor vîrste. Dacă hipoestrogenemia ar fi ea singură responsabilă de apariția depresiei, atunci ar trebui ca marea majoritate a femeilor ajunse la menopauză să fie și depresive, ceea ce nu se întîmplă. Hipoestrogenemia, schimbarea tabloului hormonal pot fi responsabile de tulburările neurovegetative (bufee, transpirații), dar nu pot fi puse în exclusivitate pe seama lor și starea depresivă cu insomnie, palpitații, cefalee, cenestopatii, astenie, neglijarea propriei persoane, lipsa cochetăriei feminine. La

apariția acestora mai concură și factorii ambietali, sociali, aceste tulburări fiind un răspuns psihosomatic la stress-ul reprezentat de schimbarea conjuncturală a întregului statut biologic și social al femeii între 45—55 ani, resimțit divers de personalități diferite. Ipoteza că depresia la menopauză trebuie, invariabil, tratată cu estrogeni și anti-depresive este greșită, pentru că factorii care determină depresia sînt diferiți de la o femeie la alta. Întră în discuție, mai mult decît lenta depri-vare estrogenică încetarea funcției de reproducere, scăderea libidoului (sau uneori, o creștere reactivă a dorinței pentru a nu recunoaște această modificare fiziologică), conștientizarea intrării într-o etapă apropiată îmbătrînirii, modificarea statutului social și familial (părăsirea căminului de către copii, încetarea activității profesionale etc.). Faptul că factori de acest fel sînt determinanți pentru depresia apărută la menopauză este certificat și de experiența unui grup de cercetători londonezi, care au făcut un studiu comparativ pe două loturi de femei cu depresie la menopauză : unul dintre loturi a fost tratat cu implant de estradiol, testosteron, și celălalt cu placebo. Rezultatele au fost aproape identice : nu a existat nici o diferență semnificativă în ameliorarea simptomatologiei celor două loturi.

287. MENOPAUZĂ — modificări psihosomatice ● Menopauza constituie o problemă importantă a medicinei psihosomatice, atît datorită influenței directe pe care o are schimbarea constelației hormonale asupra sistemului nervos central, cît și prin reacția, ecoul psihic, pe care îl provoacă această trecere spre celălalt versant al vieții.

În afară de modificările neurovegetative și hormonale, la menopauză apar o serie de alte modificări cu răsunet important asupra psihicului, asupra performanțelor și adaptabilității. S-au observat, de exemplu, prin multiple înregistrări electro-somnografice, modificări ale arhitecturii somnului, mai ales ale stadiului paradoxal, precum și modificări electroencefalografice. Somnul inefficient, perioada de relaxare nocturnă insuficientă, va avea consecințe traduse prin apariția senzației de oboseală, iritabilitate, scăderea performanțelor intelectuale peste zi.

La Congresul Internațional avînd ca temă menopauza, de la Sorrento, din aprilie 1987, a fost luat în discuție modul personal în care fiecare femeie resimte, trăiește psihic, și nu numai biologic, instalarea menopauzei, comentîndu-se interviuri luate femeilor ajunse la această vîrstă critică. Oprirea ciclului menstrual, a funcției de reproducție, consecințele hipoestrogenemiei (printre care uscăciunea mucoasei vaginale, impediment mai ales pentru femeile care avînd un partener tînăr vor să-și continue viața sexuală la același nivel dinaintea menopauzei), uscăciunea tegumentelor cu apariția ridurilor și apariția unui chip

„rapid îmbătrânit” insomnii (obiective sau subiective, din cauza modificărilor somnului), scăderea randamentului, iritabilitatea, irascibilitatea (și enumerarea ar mai putea fi continuată) conduc la apariția unei dispoziții depresive, o trăire dureroasă a prezentului și a perspectivei viitorului — bătrânețea. Sigur că apariția celorlalte tulburări : cardiopatie, aritmie, osteoporoză, reumatism degenerativ etc., sînt tot atîtea motive de accentuare a acestei trăiri. Pe lîngă tratamentul substitutiv (hormonal estrogenic) și el foarte discutat și tratamentul specific afecțiunilor apărute, sînt necesare intervenția psihiatrică chimioterapică (anxiolitice, hipnotice), și mai ales psihoterapeutică, de consiliere, de susținere, pentru traversarea acestei perioade de readaptare la un nou statut bio-psiho-social și familial. În ceea ce privește depresia, ea poate apărea numai ca o reacție sau poate fi endoreactivă sau endogenă. Mai ales ultimele două tipuri nu pot fi considerate, nici direct nici indirect, cauzate de hipoprostrogenemie (→ MENOPAUZĂ — depresie la).

288. **MENTALITATE** (cf. fr. *mentalité* : vezi lat. *mens* „minte”) ● Tip de spiritualitate și de comportament caracteristic unui anumit grup social, unei anumite culturi sau epoci istorice, manifestîndu-se ca ansamblu structural (de opinii, prejudecăți, credințe, superstiții, hăbitudini intelectuale și etice). Studiul mentalităților, elaborat din perspective foarte variate de psihologi, sociologi, istorici, etnologi, filozofi ai culturii etc., a definit pînă în prezent cîteva forme generale de mentalitate colectivă : mentalitatea arhaică sau primitivă, mentalitatea populară sau tradițională și mentalitatea modernă, științifică. Majoritatea concluziilor converg spre ideea că mentalitatea primitivă (a populațiilor izolate în zone greu accesibile, avînd o cultură stagnantă, pe o treaptă rudimentară de evoluție) operează cu reprezentări și intuiții colective, bogate în imagini simbolice, integrate într-o logică concretă, polivalentă. În prima jumătate a secolului al XX-lea, s-au bucurat de o largă audiență lucrările lui L. LÉVY-BRUHL în care acesta a încercat să argumenteze ipoteza că populațiile arhaice posedă o mentalitate prelogică și mistică, guvernată de acțiunea — în locul principiilor moderne ale identității și determinismului — „legii participării” (conform căreia un lucru este el însuși, dar totodată și altceva, cu care se identifică într-un plan magic, ascuns) și a „legii cauzalității mistice” (care postulează determinarea magică a evenimentelor). Numeroase cercetări ulterioare au infirmat teoria prelogică a lui LÉVY-BRUHL, demonstrînd că numai anumite postulate ontologice ale culturilor primitive diferă de cele specifice mentalității moderne. După Cl. LÉVY-STRAUSS, gîndirea arhaică nu este mistică, ci mistică — avînd un caracter sincretic și simbolic —

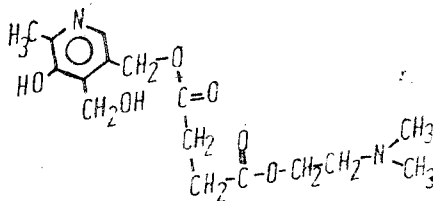
iar J. CAZENEUVE susține că mentalitatea primitivă este o structură fundamentală și invariabilă a spiritului omeneșc, putînd fi regăsită în psihologia omului modern, sub stratul superficial al gîndirii științifice. Mentalitatea populară sau tradițională reprezintă o fază intermediară între mentalitatea primitivă și cea științifică, fiind caracterizată printr-o structură afectiv-intelectuală în bună parte desacralizată, laică, implicînd, totuși, încă o formă de gîndire concretă, bogată în reprezentări simbolice și intuiții polisemantice, cu accentuate note de specificitate etnică.

Întregul raportării față de lume (în plan intelectual, afectiv, atitudinal, axiologic și comportamental) a unui individ caracterizează modul său de a fi, definindu-i personalitatea în sinteza mai mult sau mai puțin coerentă și originală a concepțiilor, relațiilor, acțiunilor și reacțiilor sale. JUNG consideră că, în cultura occidentală, termenul de mentalitate se referă la „sufletul individual”, pe cînd în culturile orientale desemnează „sufletul cosmic”.

289. **MENTICID** (cf. lat. *mens* ; *caedere* „a ucide”) ● Termen introdus de Joost A. M. MERLOO pentru a desemna disoluția voinței și modificarea personalității subiecților puși în condiții particulare de viață (detenție severă, constrîngere psihică, și fizică, interogatorii prelungite), care duc în final la abandonare și autoînvinovățire.

Este un fapt surprinzător, din cel puțin două motive : faptele reale recunoscute și contrastul dintre personalitatea anterioară și cea prezentă a subiectului. Fără a fi o conduită obligatorie, fenomenul descris de autor a fost pus în evidență în perioadele „de eclipsă” ale istoriei.

290. **MENTIS^(M)** Italia — DCI *Pirisudanol* ● Psihostimulent, derivat dimetilaminoetanolic de tip 2 -(dimetilamino)etil/5-hidroxi-4- (hidroximetil)-



-6-metil-3-piridil/metilsuccinat, cu acțiune psihostimulentă, prin creșterea concentrației de acetilcolină, și valențe antidepresive. Se poate utiliza în corectarea efectelor secundare ale NL sedative ; are acțiune proconvulsivă.

291. **MENTISM** (cf. lat. *mens*) ● Termen introdus de CHASLIN pentru a denumi o formă particulară de accelerare a ritmului ideatic, constând dintr-o derulare incoercibilă, intempestivă a ideilor, imaginilor, reprezentărilor, care ajung să domine întregul psihism. Subiectul este incapabil să controleze volițional acest fenomen și să se concentreze asupra uneia dintre idei sau asupra unui fapt exterior. Înrudit cu fuga de idei, mentismul se deosebește de aceasta prin atitudinea critică a subiectului față de acest fenomen. Mentismul apare datorită unei diminuări a capacității de concentrare a atenției, ceea ce determină eliberarea mecanismelor asociative. Manifestare parazitară a psihismului, el este însoțit de anxietate (care, la rândul ei, întreține mentismul). Subiectul devine un spectator al acestei desfășurări tumultuoase, conștient de caracterul ei anormal și frustrat de posibilitatea de a se relaxa. Mentismul nu are o investitură pur psihopatologică : el poate apărea în stările de tensiune psihologică, în oboseală, surmenaj, după eșecuri repetate, în situațiile în care există o preocupare intensă față de o anumită problemă, în intoxicații ușoare cu nicotină, cafeină, psihotone și psihodislepice, aceste substanțe favorizând apariția mentismului mai ales la subiecții anxioși. Mentismul cu caracter psihopatologic apare în schizofrenie, bolnavul prezentând convingerea delirantă că acest fenomen este impus, determinat, din afară, de ceva sau de cineva.

Mentismul hipermezic se caracterizează printr-o derulare caleidoscopică, rapidă și incoercibilă, a unor amintiri, imagini, subiectul fiind incapabil de a le ordona prin efort proseric. Apare în aceleași circumstanțe ca cele enumerate anterior.

292. **MENTINERE** (cf. it. *mantenere*) ● Acțiunea de păstrare, de rămânere în aceeași stare. În psihologie, se folosește în sensul de relativă stabilitate a psihismului pentru o anumită perioadă, în urma încheierii unui proces de dezvoltare. Astfel, menținerea unui nivel de funcționare optimă a personalității, în condiții de mediu date, reprezintă un indiciu de bună adaptare a acesteia și deci, de normalitate psihică.

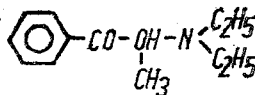
Psihiatria cunoaște unele exemple în care menținerea se manifestă la un anumit nivel morbid, constituind una dintre verigile desfășurării procesului psihopatologic: cazul personalităților dizarmonic structurate de tip isteric (păstrarea unui mod de gândire, comportament și reactivitate afectivă de tip infantil), de tip psihastenic (păstrarea până la ritualizare a aceluiași model obsesiv al gândirii și al conduitelor, a perfecționismului limitant), de tip paranoiac (sustenerea cu perseverență neabătută, cu tenacitate de lungă durată, a unor idei și comportamente rigide). Este și cazul delirurilor sistematizate cronice, care mențin uneori într-o formă „închistată” conținutul

delirant, cu o adaptare socială relativ bună ; cazul diverselor forme de hipocondrie, în care menținerea statutului de bolnav reprezintă o modalitate inconștientă de evadare din lumea realului, cu sau fără obținerea de beneficii secundare.

Pe plan terapeutic, menținerea unei doze terapeutice optime în cursul tratamentului afecțiunilor nevrotice, dar în special a celor psihotice (manie, depresie, schizofrenie), la fel ca și a unei doze de întreținere (a neurolepticului, antidepressivului etc.) reprezintă condiții de bază, indispensabile clinicianului psihiatru, pentru urmărirea vindecării pacientului său.

În fine, menținerea stării de sănătate mintală a populației, reprezintă un amplu program de măsuri profilactice, primare, secundare, și terțiare, menite să prevină, să combată și să reducă potențialul invalidant al bolilor psihice → PSIHO-PROFILAXIE.

293. **MENUTIL^(M)** Belgia — DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip 2-(dietilamino)propiofenonă ; este o amină sim-



paticomimetic anorexigenă, cu performante 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 defecte secundare ale neurolepticelor.

294. **MENZEL^s simptom** ● Tulburări de tip ataxic, însoțite de un sindrom cerebelos apărut în cadrul unui proces degenerativ la tineri. După MENZEL, afecțiunea se încadrează în grupul bolilor congenitale. M. KEDDIE (1969) descrie o serie de tulburări cu caracter productiv, halucinator-delirant, care însoțesc acest simptom.

295. **MEPARIL^(M)** Coreea — DCI *Alimemazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic (aminoalkil) de tip 10-(3-dimetilaminopropil-2-metil)fenotiazină, cu acțiune anxiolitică, sedativ-hipnotică și cu valențe antihistaminice și miorelaxante. Are o bună toleranță, influențând însă reflexele conducătorilor auto. Este indicat în exogenii și în tratamentul de întreținere al endogeniilor, fiind util și în afecțiuni psihosomatice (tuse alergică, prurit de diverse etiologii).

296. **MEPASIN**^(M) URSS — DCI *Pecazină* ● Neuroleptic, derivat piperidilalkilfenotiazinic de tip 10-1(1-metil-3-piperidil)metilfenotiazină, cu acțiune anxiolitic-sedativă, asemănătoare produsului românesc TIORIDAZIN^(M).

297. **MEPAVLON**^(M) Spania — DCI *Meprobat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol 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 contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putând apărea un „mic sindrom de abstenență”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAT^(M).

298. **MEPENTAMAT**^(M) Franța — DCI *Metilpentinol carbamat* ● Tranchilizant, derivat carbamic de tip 3-metil-1-pentin-3-ol carbamat, cu acțiune sedativ-hipnotică și miorezolutivă.

299. **MEPERGAN**^(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).

300. **MEPHADEXAMIN-R**^(M) Elveția — 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.

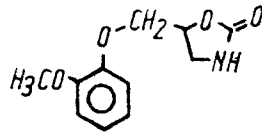
301. **MEPHASERPIN**^(M) Elveția — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de *Rauwolfia* de tip 3, 4, 5-acid trimetoxibenzoic esterificat metil reserpat, cu acțiune sedativă centrală, ușor anxiolitică și net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub trei ani.

302. **MEPHATE**^(M) SUA || DCI *Mefenesin* ● **MEPHELOR**^(M) Anglia || Tranchilizant, derivat glicerol de tip 3-(0-metilfenoxi)-1,2-propandioli, cu acțiune miorelaxantă și sedativ-anxiolitică.

303. **MEPHENAMIN**^(M) Elveția, RFG — DCI *Orfenadrină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetanic de tip N,N-dimetil-2-(0-metil- α -fenilbenziloxi) etilamină, cu evidentă acțiune miorelaxantă și unele valențe antidepressivă (de mică intensitate), folosit mai ales în combaterea unor efecte

secundare ale NL. Buna sa toleranță îi conferă o utilizare fără restricții.

304. **MEPHENOXALONE**^(DCI) ● Derivat carbamic de tip 5-1(0-metoxifenoxi) metil-2-oxazolidinonă, cu acțiune sedativ-hipnotică, miorelaxantă și anticonvulsivantă. Este indicat în nevroze anxioase și cenesopate, afecțiuni psihosomatice.



Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici cu efect tranchilizant :

CONTROL-OM ^(M)	Elveția
DORSIFLEX ^(M)	Grecia
EKILAN ^(M)	Argentina
LENETRAN ^(M)	SUA
METHOXYDONE ^(M)	SUA
METOXADON ^(M)	Elveția
MODERAMIN ^(M)	Elveția
PLACIDEX ^(M)	Canada
RISELE ^(M)	Italia
TRANPOISE ^(M)	SUA
TREPIDONE ^(M)	SUA
XÉRÉNE ^(M)	Franța

→ TRANCHILIZANTE.

305. **MEPHENTERMIN**^(M) RDG — DCI *Mefentermină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip N, α , α -trimetilfenetilamină, cu acțiune psihostimulentă și cu valențe discrete antidepressivă și anxiolitice. Este indicat în afecțiuni psihosomatice, tulburări de dinamică sexuală, scăderea performanțelor psihofizice din preinvoluție → PSIHOSTIMULENTE.

306. **MEPHEROL**^(M) SUA — DCI *Mefenesin* ● Tranchilizant, derivat glicerol $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MEPHATE^(M) SUA ; MEPHELOR^(M) Anglia.

307. **MEPIROL**^(M) Belgia, Elveția, Grecia — DCI *Moperonă* ● Neuroleptic, derivat butirofenonic de tip 4'-fluoro-4-(4-hidroxi-4-p-tolilpiperidin)butirofenonă, cu acțiune comparabilă cu a HALOPERIDOLULUI, dar cu efecte secundare mai atenuate → BUTIROFENONE.

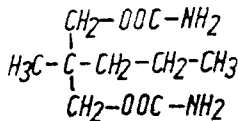
308. **MEPIZIN**^(M) Grecia — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1, 3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1, 4-benzodiazepină, cu acțiune identică cu a DIAZEPAMULUI ; fiind un metabolit al acestuia, se realizează o concentrație plasmatică mai rapidă (4 ore

acțiunea sa este sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă și simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM^(M).

309. **MEPRATE^(M)** Anglia — DCI Meprobamat
MEPRIAM^(M) SUA ● Tranchilizant,
MEPRIN^(M) Argentina: derivat propan-
MEPRO^(M) Israel sin.
 România. diolic → **MEPRO-
 BAMAT^(M)**

310. **MEPROBALEN^(MC)** Grecia ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, cu acțiuni asemănătoare, care se completează :
 ● **MEPROBAMAT^(M)** — tranchilizant, derivat propandiolic ;
 ● **OXAZEPAM^(M)** — tranchilizant, derivat benzodiazepinic. Are acțiune sedativ-anxiolitică și miorelaxantă.

311. **MEPROBAMAT^(M)** România ● Tranchil-
MEPROBAMATE^(DCI) zant, derivat
 propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propan-
 diol dicarbamat, introdus în clinică în 1954 ;



reprezintă unul dintre primele tranchilizante în adevăratul sens al cuvântului. Are acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică prin acțiune talamică. Este indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecțiuni psihosomatice și ca adjuvant în tratamentele cu neuroleptice și timoleptice. Nu are efecte secundare evidente și nici contraindicații. Tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putând apărea un „mic sindrom de abstenență”. Constituie principiul activ al unor numeroase produse farmaceutice.

● Cele mai cunoscute sînt :

EQUANIL^(M) Anglia, Argentina, Canada, Finlanda, Franța, Grecia, Japonia, SUA, Turcia ;
MEPROBAMAT^(M) Austria, Danemarca, Elveția, Franța, Iugoslavia, RDG, RFG, SUA ;
MILTOWN^(M) Anglia, Canada, Japonia, Portugalia, Spania, SUA, Turcia ;
PERTRANQUIL^(M) Austria, Belgia, Elveția, Italia, Turcia.

● Alte produse farmaceutice avînd la bază același principiu activ sînt :

AMEPROMAT^(M) Austria
AMOSENE^(M) SUA
ANDAXIN^(M) URSS
ANEURAL^(M) RFG
ANGULAR^(M) Argentina
ANSIETAN^(M) Italia
ANSIOWAS^(M) Spania
ANXIOLETAS^(M) Spania
APACIL^(M) Portugalia
APASCIL^(M) Mexic
ARTOLON^(M) Olanda
ATRAVIN^(M) Japonia
AYERAMATE^(M) Spania
BAMATE^(M) SUA
BIOBAMAT^(M) Austria
BONSTAN^(M) Japonia
CALMAX^(M) Portugalia
CARB-A-MED^(M) Austria
CARBAXIN^(M) Japonia, RFG
CIRPONYL^(M) RFG
COPROBATE^(M) SUA
CYRPON^(M) RFG
CYRPON FORTE^(M) RFG
DABROBAMAT^(M) RFG
DAPAZ^(M) Spania
DISTONCUR^(M) Argentina
DORMABROL^(M) Austria
DYSTOID^(M) RFG
DYSTOID FORTE^(M) RFG
ECUANIL^(M) Spania
EDENAL^(M) Italia
EPIKUR^(M) Austria
EQUATRATE^(M) SUA
ERINA^(M) Japonia
ESTASIL^(M) Italia
FIDEPAX^(M) Brazilia
GENE-BAMATE^(M) Canada
HARMONIN^(M) Japonia
KALMM^(M) SUA
LAN-DOL^(M) Canada
LÉNACTOS^(M) Franța
LEPETOWN^(M) Japonia
LIBIOLAN^(M) Franța
MAR-BATE^(M) SUA
MEDITRAN^(M) Canada
MEPAVLON^(M) Spania
MEPRATE^(M) Anglia
MEPRIAM^(M) SUA
MEPRIN^(M) Argentina
MEPRO^(M) Israel
MEPROBAMATO^(M) Spania
MEPROBAN^(M) Suedia
MEPROBIL^(M) Spania
MEPROCER^(M) Portugalia
MEPROCOMPREN^(M) RFG
MEPROCON^(M) SUA

MEPRODIL ^(M)	Elveția	RELAKSIN ^(M)	Turcia
MEPRODIOL ^(M)	Italia	REOSTRAL ^(M)	Suedia
MEPRO-G ^(M)	Canada	REPETOWN ^(M)	Japonia
MEPROL ^(M)	Turcia	RESTENIL ^(M)	Elveția
MEPROLEAF ^(M)	Anglia	ROBAMATE ^(M)	SUA
MEPROMATE ^(M)	Australia	SEDABAMATE ^(M)	Anglia
MEPRON ^(M)	Japonia	SEDANIL ^(M)	Italia
MEPRONEL ^(M)	SUA	SEDOQUIL ^(M)	Italia
MEPROSA ^(M)	RFG	SELENE ^(M)	Italia
MEPROSPAN ^(M)	SUA	SERENA ^(M)	Coreea
MEPROTAN ^(M)	URSS	SERENAMIN ^(M)	SUA
MEPROTIL ^(M)	SUA	SETRAN ^(M)	Italia
MEPROX ^(M)	Canada	SIBON ^(M)	Anglia
METRACYL ^(M)	Elveția	SK-BAMATE ^(M)	SUA
MICROBAMAT ^(M)	Austria	SOWELL ^(M)	Elveția
MIDIXIN ^(M)	SUA	STENSOLO ^(M)	Italia
MILONORM ^(M)	Anglia	STRESSO ^(M)	Finlanda
MILPREM ^(M)	Anglia	TAMATE ^(M)	SUA
MILTAMATO ^(M)	Austria	TISED ^(M)	Anglia
MILTAUNETTEN ^(M)	RFG	TRANKILIN ^(M)	Turcia
MISEDANT ^(M)	SUA	TRANLISANT ^(M)	Canada
MY-TRANS ^(M)	SUA	TRANMEP ^(M)	SUA
NEO-TRAN ^(M)	Canada	TRANQUIL ^(M)	Franța
NEPENTINE ^(M)	Belgia	TRANQUILINE ^(M)	Belgia
NERVONUS ^(M)	Finlanda	TRANQUINE ^(M)	SUA
NEURAMATE ^(M)	SUA	TRANQUISAN ^(M)	Austria
NOBELYSE ^(M)	Japonia	TRANXIN ^(M)	Japonia
NOVAMATO ^(M)	Spania	TRELMAR ^(M)	Canada
NOVOMEPRO ^(M)	Canada	URBILAT ^(M)	RFG
OASIL ^(M)	Elveția	VIO-BAMATE ^(M)	SUA
ODEON ^(M)	Japonia	WESCOMEP ^(M)	Canada
PANKALMA ^(M)	Italia	WYSEALS ^(M)	SUA
PAX ^(M)	SUA	XALOGEN ^(M)	Japonia
PAXIN ^(M)	Italia	→ TRANCHILIZANTE.	
PEACEMIN ^(M)	Japonia		
PENSIVE ^(M)	Anglia		
PEREQUIL ^(M)	Italia		
PERTRANQUIL D ^(M)	Elveția		
PERTRANQUIL R ^(M)	Austria		
PIMAL ^(M)	Austria		
PRAOL ^(M)	Grecia		
PREQUIL ^(M)	Franța		
PROBAL ^(M)	Canada		
PROBAMATO ^(M)	Portugalia		
PROBAMYL O ^(M)	Elveția		
PROBASAN ^(M)	Canada		
PROCALMADIOL ^(M)	Franța		
PROMATE ^(M)	SUA		
PROTRAN ^(M)	SUA		
QUANAME ^(M)	Belgia		
QUANIL ^(M)	Italia		
QUIETAL ^(M)	Canada		
QUIETIDON ^(M)	Italia		

312. **MEPROBAMAT^(MC)** ● Produs terapeutic care, împreună cu alte produse tipizate, realizează o serie de preparate combinate (compuse din două medicamente tipizate), avînd aceeași acțiune sau acțiune diferită, dar complementară. Aceste produse conțin, pe lîngă MEPROBAMAT : Caffeină (MEPROBAN-COFFEIN^(MC) Spania), Feserpină (MEPROCALM^(MC) Elveția ; MEPROSEDON^(MC) RFG), Hidroxizin (MEPRODIL^(MC) Grecia ; MEPROXYN^(MC) Grecia), Acepromazină (MEPRONIZINE^(MC) Franța), Benactizin (MEPROZINE^(MC) SUA). Acțiunea lor este în general sedativ-anxiolitică.

313. **MEPROBAN**^(M) Suedia
MEPROBIL^(M) Canada
MEPROCER^(M) Portugalia
MEPROBAMAT^(M) România

● Tranchilizant, derivat propan-
 diolic $\xrightarrow{\text{sin.}}$

314. **MEPRODAT**^(M) Finlanda — DCI *Carisoprodol* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandioli carbatat isopropil-carbatat, cu acțiune anxiolitică, miorelaxantă și ușor antidepresivă. Se bucură de o bună toleranță.

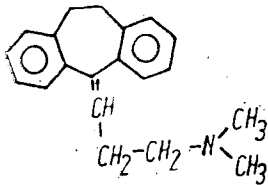
315. **MEPRODIOL**^(M) Italia
MEPROL^(M) Turcia
MEPROMATE^(M) Australia
 Româna.

● Tranchilizant, derivat propan-
 diolic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **MEPROBAMAT**^(M)

316. **MERASTENIE AGITATĂ** (cf. gr. *meros* „partea corpului”; *asthenia* „slăbiciune”) — sin. **ANXIETAS TIBIARUM**; **SINDROM AL PICIOARELOR NELINIȘTITE**; **WITTMACK-EKBOM**⁽¹⁵⁾ boală $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **EKBOM**⁽¹⁵⁾ sindrom.

317. **MERATRAN**^(M) Japonia, SUA — DCI *Pipradrol* ● Psihostimulent, de tip α , α -difenil-2-piperidinmetanol, indicat în astenie, scăderea forței intelectuale, tulburările preinvoluției, tulburări de dinamică sexuală, hipoprosexie, epuizare, scăderea randamentului. Se poate administra în timpul sarcinii și la vârstnici.

318. **MERAVIL**^(M) Canada — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N,N-dimetil-5H-diben-



zolă, dl-cicloheptenă- Δ -propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **AMITRIPTILINĂ**^(M).

319. **MERCUR** — intoxicație cronică ● Afecțiune determinată de expunerea îndelungată la vapori de mercur, realizând un tablou clinic care poate implica și o simptomatologie psihică poli-morfă, de intensitate nevrotică, rebelă la tratamentul clasic, cu manifestări motorii de tip:

balbism, tremurături și tulburări ale scrisului. Aceste manifestări au atras atenția încă din secolul trecut („psihoza mercurială”).

Intoxicația acută cu mercur are pe prim plan leziuni gastrointestinale și renale deosebit de severe.

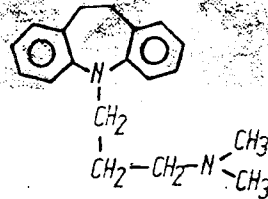
320. **MERERGAZIE** (cf. gr. *meros*; *ergasia* „muncă, forță”) ● Termen propus de MEYER pentru a înlocui pe cel de nevroză, în sistemul său ergaziologic.

321. **MERESA**^(M) Elveția — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-1-(1-etil-2-pirolidinil)metil-5-sulfamoil-o-anisamidă, cu certe valențe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile NL incisive (endogenii), dar este util și în combaterea impulsurilor obsesiv-compulsive și în unele afecțiuni psihosomatice. Pentru dozele mari, efectele secundare sînt comune cu cele ale NL incisive. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

322. **MERICISM** (cf. gr. *merykismos* „acțiunea de a rumege”) ● Regurgitarea unor cantități mici de alimente din stomac în cavitatea bucală, unde sînt masticate asemănător rumegării. Simptomul se întîlnește în unele stări grave de idiotie și în demențe. Unii autori utilizează termenul pentru a semnifica tendința de a mesteca timp îndelungat alimentele introduse în gură, caracteristică stărilor demențiale.

323. **MERIPIA**^(M) Coreea — DCI *Tioridazin* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic alkilpiperazinat de tip 10-12-(1-metil-2-piperidil)etil-2-(metiltio)-fenotiazină, cu acțiune sedativ-anxiolitică. În funcție de doză, utilizarea se pretează atât în psihogenii, cît și în endogenii. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **TIORIDAZIN**^(M).

324. **MERIPRAMIN**^(M) Japonia — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic, de tip 5-13-(dimetil amino)propil-10,11-dihidro-5H-dibenzib, flazepină, cu



acțiune antidepresivă, cu spectru larg 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, existând riscul recăderilor (în nevroze minimum trei luni, în psihoze șase luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRI^(M).

325. **MERIPROBATE^(M)** Canada ● Tranchilizant, derivat propandiolic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MEPROBAMAT^(M) România.

326. **MERITAL^(M)** Anglia, Italia — DCI *Nomifen-sină* ● Antidepresiv timoleptic, de tip 8-amino-1,2,3,4-tetrahidro-2-metil-4-fenilisokinolină, indicat atît în depresiile psihotice, cît și în cele psihogene și somatogene de intensitate medie, pretabil în tratamentul ambulator. Contraindicații: deliruri acute, alcoolism, intoxicații cu somnifere și sarcină.

327. **MERLEAU-PONTY Maurice** (1909—1961) ● Psiholog și filozof francez, animator al școlii existențialiste pariziene (alături de Simone de BEAUVOIR și Jean Paul SARTRE); în 1945 și-a



Maurice Merleau-Ponty

susținut teza despre „Structura comportamentului și fenomenologia percepției”. A ocupat succesiiv posturile de profesor la Universitatea din Lyon, la Sorbonna și la College de France.

A fost adept al psihologiei formei și al filozofiei fenomenologice (mai ales cea a lui HUSSERL), studiile sale fiind îndreptate spre concret și

acțiune și dezvoltînd filozofia angajării conștiinței a omului în lume. Preocupat de diverse aspecte ale existenței umane, scrie: „*Essai sur la problême communiste*”, „*Humanisme et terreur*”, „*Les aventures de la dialectique*”, „*Signes*”.

328. **MERORIUM^(M)** Coreea ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ TIORIDAZIN^(M) Romania.

329. **MERRIL-PALMER^(T)** — scale ● Scale destinate aprecierii aptitudinilor copilului preșcolar, elaborate în două versiuni: scala testelor mintale (1931—1948) și scala Merrill-Palmer extinsă (R. S. BALL, 1978). Prima versiune se adresează copiilor între 18 luni și 6 ani, iar cea de a doua, celor de 3—5 ani.

În varianta sa originală, scala folosește patru grupe de teste de tipul: limbaj, tot sau nimic, desen, coordonarea mișcărilor (R. STUTSMAN, 1948). În forma sa extinsă, ea explorează patru dimensiuni: producția semantică, producția figurativă, evaluarea semantică, evaluarea figurativă. Versiunea modernă a scalei nu permite calcularea „vîrstei mintale”. Interpretarea se face pe baza unor niveluri procentuale stabilite prin testarea a peste 1.100 de subiecți de 3—5 ani.

330. **MERS** ● Activitate motorie de depășire a organismului, realizată printr-un reglaj neuromuscular complex, implicînd participarea tuturor structurilor morfo-funcționale care asigură motilitatea normală:

- sisteme efectorii (neuron motor central, neuron motor periferic, sistem extrapiramidal, musculatura);
- modulatorii ale activității sistemelor efectorii (sensibilitatea profundă, sistemul vestibular, cerebelul), coordonate de la nivelul cortical prin funcția praxică și prin procesele psihice.

Mersul se caracterizează printr-o anumită poziție a corpului, prin mișcările de asociere ale membrilor superioare (de balans), prin baza de susținere, prin amplitudinea mersului și păstrarea direcției. Deși el prezintă o oarecare uniformitate pentru toți indivizii, fiecare om are un mers specific, cu anumite particularități concordante cu structura psihică particulară, cu temperamentul persoanei respective. Din acest motiv, observarea atentă a mersului unui individ, în circumstanțe diferite (grăbit, lent etc.) și fără ca acesta să se simtă observat, poate fi util (uneori chiar revelator) pentru obținerea unor informații (nu certe, dar orientative) asupra particularităților psihice ale subiectului respectiv.

După A. PĂUNESCU-PODEANU, se pot stabili corelații între anumite caracteristici ale mersului și unele trăsături caracteriale (trăsături care își păstrează relativitatea). Mersul individului por-

mal, echilibrat, coerent în comportament este regulat, ritmic, cu pași egali, fără particularități speciale. Un individ cu temperament puternic, tare-echilibrat (→ TEMPERAMENT), de tip sanguin, are un mers sigur, călcând apăsat, pasul este pus cu fermitate, un mers al unui individ sigur pe sine. Celălalt pol al temperamentului puternic-tare, dar neechilibrat, se caracterizează printr-un mers mai neregulat, cu variații de ritm, cu anumite sărituri. Tot în categoria temperamentului puternic-tare se situează și paranoidul sigur de sine și cu orgoliu exacerbant, convins de superioritatea sa. Mersul acestuia este aproape „marșial”, apăsat și rigid (el este și psihic un rigid). Această trăsătură psihologică devine și mai evidentă, atunci când mersul este plin de emfază, cu capul ridicat și în ușoară hiperextensie dorsală, cu corpul în hiperlordoză. Flegmaticul, echilibrat-inert are un mers regulat, ritmic, cu amplitudini egale, fără a fi apăsat și fără a fi grăbit (chiar dacă ar avea motive). Un mers cu călcătura fină, grațios, care dă corpului anumite undiri (fără a fi ostentative), armonios, ar putea caracteriza o persoană cu un spirit rafinat, subtilă și cu simț artistic dezvoltat, sensibilă la frumos. Mersul cu pași mici și rapizi, cu călcătura ușoară, care caracterizează de obicei femeile, poate denota, pe lângă feminitate, și timiditate, nervozitate, slăbiciune și superficialitate, indecizie, nesiguranță (mai ales atunci când acest mers apare la un bărbat).

Anumite circumstanțe organice modifică patologic mersul, creând aspecte caracteristice, specifice pentru fiecare leziune în parte. Reamintim că, în realizarea unui mers normal, intră în joc toate etajele sistemului nervos central : aferențe periferice, căi piramidale, căi medulare, analizatorul vestibular și analizatorul optic, cerebelul călie extrapiramidale și cortexul.

Vom prezenta, după A. GRIGORESCU și T. IACOB, principalele modificări ale mersului din afecțiunile neurologice, interesând psihiatrul prin posibilitatea facilă de imitație și, deci, de simulare, care poate implica erori de diagnostic. :

- mersul helicopod (mersul „cosind”) : se caracterizează printr-o mișcare de circumducție în articulația coxo-femurală, vârful și marginea externă a piciorului fiind tirite pe sol ; apare în hemiplegia cu contractură ;
- mersul stepat (mersul „în buiestru”) : bolnavul ridică genunchiul mai sus decât de obicei pentru a compensa lipsa flexiei dorsale a piciorului pe gambă ; apare în polinevrite și paralizii de sciatic popliteu extern (nerv peronier) ;
- mersul tatonat : se caracterizează prin aruncarea piciorului înainte și înapoi și lovirea cu putere a solului, în special cu călcâiul ; acest mers este lipsit de caracterul automat obișnuit și corectarea sa pretinde un per-

manent control vizual ; apare în perioada ataxică a tabesului și în polinevrita pseudo-tabetică ;

- mersul spasmodic : caracterizat prin rigiditatea bruscă a membrului inferior la contactul cu solul cu lipsa flexiei articulațiilor ; apare în cazurile de parapareză ;
- mersul pseudobulbar : se face cu pași mici, datorită absenței ridicării piciorului și a rigidității corporale ;
- mersul legănat („de rață”) : înclinare laterală, la fiecare pas, a corpului, care rămâne cambrat ; apare în neuropatiile atrofile progresive, mai ales în cele care interesează musculatura lombară și pe cea a membrului inferior ;
- mersul titubant („ebrios”) : caracterizat prin imposibilitatea menținerii echilibrului, oscilații, mișcări rigide ale membrelor inferioare, care sînt ridicate și coborîte brusc, ridicarea la orizontală a brațelor ; apare în leziunile cerebelului sau ale căilor cerebeloase din scleroza în plăci și din heredoataxia cerebeloasă ;
- mersul accelerat : caracterizat prin accelerarea progresivă a mișcărilor bolnavului, care dă senzația că „aleargă” după centrul său de greutate (anteropulsivitate) ; apare în sindromul parkinsonian ;
- mersul coreic : este un topăit bizar, curios, însoțit de o totală incoordonare a mișcărilor.

Cu toate că oricare dintre aceste mersuri pot fi imitate (simulate), identificarea semnelor de organicitate specifică fiecărei circumstanțe patologice orientează rapid diagnosticul.

În psihopatologie, mersul anormal întregeste uneori corolarul simptomatologiei de bază a afecțiunii. Un mers asimetric, fără nici un fel de alte suferințe și manifestări neurologice, fără durere, fără tulburări trofice și de sensibilitate, cu reflexe osteotendinoase și musculare normale, dacă se mai însoțește și de o mimică teatrală și neverosimilă, poate fi prezent în isterie (conversie), simulație. Această simulație (la normali sau isterici, mitomani etc.) poate apărea atunci când subiectul urmărește un scop bine precizat : prelungirea spitalizării, sustragerea de la efectuarea stagiului militar, „îndulcirea” perioadei de detenție etc. Ea nu poate fi deosebită de o tulburare organică a mersului decât printr-un examen general și neurologic complet al subiectului, coroborat cu examenul psihiatric. În isterie, ca și în simulație, mersul poate imita practic orice aspect patologic.

Mersul cu o legănare unduitoare exagerată și inadecvată a corpului, studiat, voit grațios, la care se asociază și un anumit aspect vestimentar și anumite ciudățenii (cel puțin) complementare, caracterizează subiecți homosexuali, cu înclinații perverse, transsexualismul etc.

Tabel nr. LXXXIII

Tipul de mers	Circumstanțe organice de apariție	Elemente de susținere a diagnosticului (eliminatorii pentru simptome)
mers spasmodic	● parapareză	— contracție piramidală — modificări ale reflexelor osteotendinoase — modificări ale reflexelor cutanate — modificări de sensibilitate
mersul cu pași mici (pseudobulbar)	● sindromul pseudobulbar	— facies inexpressiv, „împietrit” — vorbire precipitată, fără inflexiuni și intonație — reflexul bucal Toulouse — parapareză cu semnul Babinski prezent
mersul „cosind”	● hemiplegie spastică	— plins și ris spasmodic — modificarea reflexelor osteotendinoase și cutanate — paralizie facială — semnul Babinski prezent unilateral — semnul pielosului — devierea limbii
mersul stepat („în buiestru”)	● paralizia de sciatic popliteu extern ● polinevrite	— atrofii musculare — tulburări de sensibilitate — diminuarea sau abolirea reflexelor — semnul Fromment — mersul pe călcâi și baterea tactului cu piciorul afectat sînt imposibile de realizat
mersul tatonat	● tabes	— semnul Argyll—Robertson — abolirea reflexelor osteotendinoase rotuliene și achiliene — semnul Romberg pozitiv — tulburări sfinteriene — ataxie
mersul legănat („de rață”)	● miopatii	— atrofii musculare — reflexe osteotendinoase diminuate — reflexe idiomusculare diminuate sau abolite
mersul accelerat	● boala Parkinson	— modificări electromiografice — rigiditate musculară — facies imobil, „fijat” — fixarea privirii — vorbire lentă, monotonă, șoptită — tremurături ritmice — bradikinezie — bradipsihie — pierderea mișcărilor automate — akatisie — latero- și retropulsioni — ataxie
mersul ebric („titubant”)	● sindrom cerebelos	— dismetrie cu hipermetrie — asinergie — adiadocokinezie — hipotonie musculară — nistagmus — vorbire sacadată și explozivă — proba Holmes—Stewart pozitivă — discronometrie
mers „dansant”	● coreea cronică	— hipertonie/hipotonie musculară — scăderea forței musculare — tulburări psihice de tip deteriorativ — diminuarea mișcărilor coreice în repaus

Depresivul, mai ales melancolicul, aflat în acea „repliere” în sine, detașat de ambianță și aplecat asupra propriei sale dureri, merge lent, cu pași timizi și nesiguri, cu capul și corpul aplecate înaintea. Mersul maniacalului apare (ca și individul) expansiv, inegal, dezordonat, cu salturi și opriri bruște, îmbrăcînd caracterul ludic al întregii simp-tomatologii.

Un mers perfect coordonat apare în automa-tismul nocturn de tipul somnambulismului, în care există o coordonare perfectă a tuturor ac-telor motorii (somnambulul poate merge fără să cadă, în situații extrem de periculoase, performan-ță care nu poate fi realizată în stare de veghe). Aceeași situație o putem întîlni în stările crepus-culare, de îngustare a cîmpului conștiinței din epilepsii.

331. MERVALDIN^(M) SUA — DCI *Mefenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol, de tip 3-(o-metilfenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxantă și sedativ-anxiolitică.

332. MESAJ (cf. lat. *mittere* „a trimite”) ● Con-ținut informațional, transmis de către un emi-tător către un receptor, sub formă de semne semnale sau simboluri, structurate după normele unui anumit cod, utilizînd anumite căi (modali-tăți, „canale”) de transmisie. De regulă, cantita-tea de informație care există potențial la nivelul emițătorului (ca mulțime de mesaje pe care acesta

- capacitatea receptorului de decodificare a informației transmise;
- acțiunea destructurantă a perturbațiilor („zgomotelor”) care intervin pe traseul comunicațional.

În ceea ce privește valoarea informațională in-trinsecă a mesajului, acesta poate prezenta grade variate de incertitudine: cu cît sînt mai nume-roase obiectele de referință și proprietățile lor posibile, cu atît sînt mai numeroase alternativele de interpretare a mesajului de către receptorii, ceea ce face să crească gradul de incertitudine a mesajului; invers, cu cît se diminuează aspectul alternativelor referențiale, cu atît sporește latura informațională a mesajului. Astfel generalizat în teoria matematică a comunicației și în teoria infor-mației, conceptul de mesaj a pătruns în numeroa-se discipline particulare cu interpretări specifice: în genetică se vorbește despre „mesaj” și „cod ge-netic”; în estetica informațională sau semiotică opera de artă este interpretată ca mesaj, prin care, creatorul transmite publicului viziunea sa, utili-zînd limbajul simbolic specific artei respective și i mecanisme sugestiei, care măresc considerabil gradul de incertitudine a mesajelor, solicitînd o decodificare activă din partea receptorului.

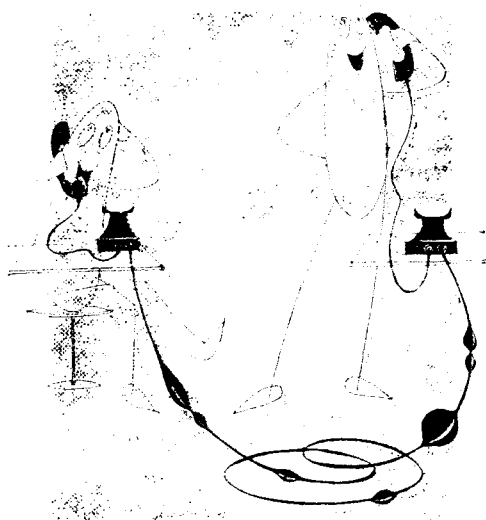
333. MESAJ INFORMAȚIONAL (cf. lat. *mittere*)

● Componentă esențială a procesului de comu-nicare interumană; este purtătorul de date, imagini sau idei despre stările reale sau posibile ale unui obiect. Mesajul informațional se formează prin operația de selecție și îmbinare a elementelor informaționale, presupunînd un emițător și un destinatar receptor.

Mesajul se recepționează de către subsistemele specializate numite „traductori de lucrări”, la nivelul cărora se realizează decodificarea și recodi-ficarea informațiilor într-un cod specific.

Trebuie operată distincția între cantitatea de informații existente potențial la nivelul sursei (care se traduce într-o multitudine de mesaje care pot fi emise) și informația ajunsă realmente la receptorii (expresie a unui act de decizie în legătură cu mesajul desemnat să pătrundă în cana-lul de comunicație).

Așa cum, în faza de emisie, alegerea obiectelor de referință și structurarea mesajului sînt impuse de componentele afective și cognitive ale atitudinii emițătorului față de receptorii, de anticipările sale în raport cu particularitățile receptorului (nivel de informație), grad de competență, recep-tivitate la mesaj), tot astfel, în faza de recepție, reacția față de mesaj, alegerea unei variante, dintre mai multe posibile, de interpretare pentru sine a scopului și conținutului mesajului, decurg ca procese afective influențate de atitudinea recep-torului, atît față de obiectele de referință ale mesa-jului, cît și față de persoana emițătorului.



le poate emite) diferă de conținutul informațional ajuns realmente la receptor, datorită unor factori, printre care:

- decizia emițătorului în legătură cu informa-ția introdusă în canalul de comunicație;

O multitudine de factori psihologici intervin în decodificarea mesajului, încălcându-l astfel cu subiectivitatea receptorului. Abaterile mari de decodificare intră sub incidența psihiatriei, constituind nucleul interpretărilor delirante.

334. MESAJ SENZORIAL ● Ansamblu de impulsuri nervoase ce impresionează un receptor printr-o stimulare determinată, capabilă de a fi transmisă pe căi aferente pînă la nivel cortical.

La nivelul analizatorilor, se întîlnesc mesaje elementare, care reflectă o comparație a obiectului-stimul, avînd valoare de indici de recunoaștere și reprezentînd senzațiile. Mesajele elementare se grupează în mesaje de ansamblu, referitoare la întregul obiect, realizînd astfel percepțiile

335. MESALINISM (Numele acestei tulburări vine de la MESALINA, soția împăratului roman CLAUDIUS, avînd o tristă celebritate prin desfrînarea sa) ● Tulburare a comportamentului sexual feminin, cînd într-o dorință exagerată de a întreține relații sexuale cu parteneri numeroși (în contradicție adesea cu frigiditatea și puternicele inhibiții sexuale — P. BERNARD, 1978). Se întîlnește în unele dizarmonii de personalitate, în special de coloratură hipomaniacală și impulsivă, în isterie.

336. MESCALINĂ (3,4,5-trimetoxifenil-2-etilamină) ● Alcaloid extras din peyotl, cactusul *Anhalonium Lewinii* din SUA și Mexic, făcînd parte — alături de LSD și psilocibină — din grupul substanțelor halucinogene.

Simptomatologia declanșată de ingestia mescalinei este dominant vegetativă (în doze mari, deprimă respirația), asemănătoare celei produse de LSD. În cazul mesealinei, se remarcă însă tulburări motorii, care apar precoce și frecvent (ataxie hiperkinetică, dizartrie). Administrată per os sau intravenos, mescalina produce — ca și celelalte substanțe halucinogene — halucinații psihosenzoriale, mai ales vizuale (colorate, de regulă, halucinații elementare și auditive). Simptomatologia psihodisleptică se poate menține 8—12 ore după o priză, iar administrarea prelungită poate determina tulburări de personalitate (dacă acestea nu preexistau).

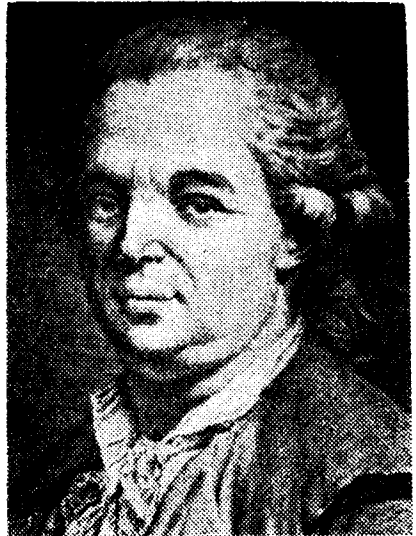
337. MESIANISM (cf. ebr. *maschiakh* „uns”) ● În Biblie, MESIA este titlul acordat unui presupus și așteptat mîntuitor, mesager divin a cărui apariție — într-un viitor incert, nedefinit — trebuia să consemneze triumful poporului ales de Yahweh asupra inamicilor săi și începutul unei noi ere de pace și prosperitate. Pentru profetii biblici, venirea lui MESIA era socotită ca o nouă facere a lumii, după marea judecată a păcătoșilor din Ziua de Apoi și după un nou legămînt între oameni și Dumnezeu. Astfel înțeles, MESIA ebraic pre-

zintă certe similitudini cu zii mesianici de tipul mîntuitorului Saoshyant, așteptat de Avesta, Quetzalcoatl aztec sau divinitatea egipteană Thot. În creștinism, MESIA devine Isus Christos Prin generalizare, mesianismul devine o credință și o doctrină comună religiilor întemeiate pe făgăduința mîntuirii finale a omenirii, prin apariția unui salvator de esență divină (anunțată, de regulă, criptic), la ceasul judecării finale a faptelor omenesti.

Într-o accepțiune parțial desacralizată, este de esență mesianică orice convingere în legătură cu menirea excepțională a anumitor indivizi charismatici sau a unor comunități umane privilegiate de destinul istoric al popoarelor.

În psihiatrie, mesianismul constituie o temă delirantă, care apare în delirurile religioase cu caracter profetic. Delirantul se poate identifica fie cu profetul care propagă credința despre revenirea lui MESIA, care va pedepsi și îndrepta lumea, fie, în forma megalomaniacă a delirului, cu acest nou MESIA însuși. În jurul unui astfel de personaj se pot grupa adepții, care să constituie o sectă; propovăduind suferința ca mijloc de purificare, acești Mesia își condamnă adepții la chinuri și, uneori, la moarte. În aceste cazuri, ca în oricare altă situație care propagă fanatismul, mesianismul constituie un pericol social.

338. MESMER Franz Anton (1734—1815) ● Medic austriac. Și-a făcut studiile la Viena unde și-a susținut, în 1766, teza, „Dizertație fizico-naturală



Franz Mesmer

dicală privind influxul planetar” care oferă un prim indiciu asupra preocupărilor sale. Teoria sa susține existența unui fluid „intermediar între

om și cosmos" — preluat apoi în magnetismul animal, bolile fiind rezultatul unei „proaste canalizări” a fluidului, perturbare pe care, evident, numai el (autorul) o poate corija. Viena și Parisul au devenit „marile victime” ale „descoperirii” sale, care a cunoscut însă ecou și în Elveția, Germania. Academia de Științe a Franței, printr-o comisie din care au făcut parte, printre alții, BAILLY Benjamin FRANKLIN, LAVOISIER, a respins opiniile lui MESMER, considerându-le rezultat al „imaginației incitate a autorului”. Scenariul pare a fi același cu cel al vindecătorilor din zilele noastre cu aceeași întrebare capitală: calitatea persoanei (sincer sau șarlatan). Indiferent însă de justetea lor științifică, teoriile sale au avut totuși un rol în realizarea conceptului de dinamism.

339. **MESMERIN**^(M) Brazilia — DCI *Lorazepam*
● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-5-(0-clorofenil)-1-3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

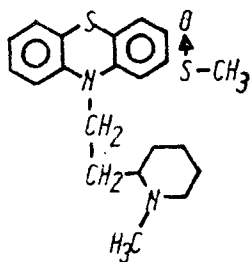
340. **MESMERISM** ● Denumire atribuită, începând cu ultimele decenii ale secolului al XVII-lea, hipnotismului practicat de doctorul german Franz MESMER, diferit de hipnoză atât prin modul de realizare a inducției, cât și prin eficacitatea sa; procedeul era fondat pe teoria „magnetismului animal”. Această teorie presupune că ar exista un fluid universal sau un câmp de forțe magnetice care, prin voință, poate fi dirijat de la un inductor la un indus. Mesmerismul cade în desuetudine în secolul al XIX-lea, odată cu experiențele lui PUYSEGUR, DELEUSE, CHARCOT și BERNHEIM. Termenul mai este folosit astăzi numai pentru rezonanța lui istorică (uneori în parapsihologie).

341. **MESNET Ernest** (1825—1898) ● Psihiatru francez. A studiat la Anvers și Paris, unde și-a susținut teza cu titlul „Anesthesies hysteriques” (1852). Problema nevrozei isterice a rămas în continuare domeniul preocupărilor lui, urmînd numeroase lucrări printre care: „Étude sur le somnambulisme envisage au point de vue pathologique” (1860), „De l'automatisme de la memoire et du souvenir dans le somnambulisme pathologique et de considerations medico-legales” (1874), „Le somnambulisme et la fascination” (1894). În 1889, este ales președinte de onoare al primului Congres internațional de hipnotism.

342. **MESORIDAZINE**^(DCI) ● Derivat fenotiazinic de tip 10-12-(1-metil-2-piperidil)etil-2-(metilsulfonil)-fenotiazină, cu acțiune sedativă. Are efecte secundare modeste, fapt ce-i conferă o largă utilizare și care, în același timp, face ca unii

autori să-l considere situat la limita dintre NL și tranchilizante. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

CALODAL^(M) RFG LIDANOR^(M) Elveția
LIDANAR^(M) Turcia SERENTIL^(M) SUA
LIDANIL^(M) Austria



343. **MESTINON**^(M) Franța — DCI *Piridostigminbromid* ● Parasimpatomimetic, care împiedică degradarea acetilcolinei, efectul fiind asemănător cu al prostigminei, dar cu o mai bună toleranță și cu efecte mai uniforme și mai îndelungate. Este indicat în combaterea unor efecte secundare ale NL incisive, dar contraindicat în sarcină și epilepsie. Un produs similar mai bine cunoscut la noi este KALYMIN^(M) RDG.

344. **META-** (cf. gr. *meta* „după”) ● Element de compunere care introduce sensul de schimbare, transformare sau care marchează sensul de „după”.

345. **METABASĂ** (cf. *meta-*; gr. *basis* „acțiunea de a merge”) ● Deplasarea unui obiect, a unui punct de vedere, către altul.

În medicină, metabasa ar reprezenta, după LOPEZ IBOR, schimbarea opiniei despre un simptom, o boală, un tratament a punctului de vedere și de abordare a unor boli. Psihosomatica poate fi considerată un exemplu tipic de „migrare conceptuală” și de integrare a unor concepte aparent străine.

346. **METABLEN**^(M) Iugoslavia — DCI *Timetol* ● Betablocant de tip (—)-1-(tert-butilamino)-3-(4-morfolino-1,2,5-tiadiazol-3-il)oxil-1,2-propanol, indicat în anxietate, distonii neurovegetative, afecțiuni psihosomatice, alcoolism și ca adjuvant în tratamentul sevrajului. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

347. **METABOLIC**^(1D) delir (cf. gr. *metabollein* „a se schimba”) — sin. DELIR DE METAMORFOZĂ ● Delir descris de autorii clasici, în care bolnavul acuză fie transformarea corporală (între-

gul corp sau anumite organe își schimbă substanța, devenind de lemn, fier, sticlă, cauciuc, carton etc.), fie însăși esența identității personale (bolnavul susține că este transformat în lup, demon, vircolac, că i se schimbă sexul etc.); bolnavul poate afirma inexistența, schimbarea, transformarea, substituirea sau dedublarea personalității. CO-TARD considera acest delir provenind din incapacitatea subiectului de a mai percepe corect ființele și lucrurile, prin „pierderea viziunii mintale”. Face parte din categoria delirurilor hipochondriace și se întâlnește, în special, în depresiile vîrstei înaintate, dar și în schizofrenie.

348. METABOLISM CEREBRAL ● În sistemul nervos, domină procesele energetice respiratorii, creierul consumînd 20—25% din totalul de oxigen utilizat de întregul organism, în stare de repaus. Substanța cenușie are un consum de oxigen mult mai intens decît substanța albă.

Ca substrat energetic de bază este utilizată glucoza. Hipoglicemia tulbură funcțiile cerebrale pînă la pierderea cunoștinței, cu posibilitatea instalării unor disfuncții ireversibile. Utilizarea glucozei este, practic, independentă de insulină și reglată prin nivelul arterial al glicemiei. Hipoglicemia presupune utilizarea la nivel cerebral a corpilor cetonici ca substrat energetic.

Sinteza și degradarea acetilcolinei, acidului gamma-aminobutiric împreună cu sistemul acid glutamic-glutamină au rol în reglarea metabolismului amoniacului, produs cu efecte toxice asupra sistemului nervos.

Alterările funcțiilor corticale superioare prin suferințe cerebrale acute sau cronice pot fi contracarate prin administrarea unui grup de medicamente denumite, în funcție de autori : neurotrope, activatoare ale metabolismului cerebral ; neurodinamice, nootrope (STROESCU). Acțiunea lor este evident favorabilă în cazul afectărilor secundare hipoxiei, toxicelor, traumatismelor craniene sau proceselor involutive, influențînd pozitiv metabolismul neuronal.

Astfel, Piracetamol acționează favorabil în cazurile de hipoxie cerebrală prin creșterea rezistenței cerebrale la acest tip de agresiune, intervenind în utilizarea adenozintrifosfatului la nivel cerebral, îmbunătățind metabolismul cerebral al glucozei și stimulînd, de asemenea, utilizarea fosfatului anorganic cerebral. Piritinolul interferează favorabil cu procesele metabolice cerebrale, prin acțiunea permisivă asupra transferului de glucoză sanguină, la nivel cerebral, și asupra utilizării ei neuronale. Meclöfenoxatul acționează pozitiv asupra metabolismului energetic global al neuronilor, crește rezistența la hipoxie a țesutului cerebral, facilitează transportul glucozei în neuroni. Prin metabolizarea glucozei, este realizat un flux sanguin cerebral crescut. S-au constatat, de asemenea, rezultate favorabile în terapia cu Vinca-

mină și derivați ai acesteia, în mod deosebit în gerontopsihiatrie și în cazul tulburărilor psihice de origine vasculară sau toxică. Acțiunea pozitivă a substanței este legată de creșterea concentrației de oxigen a creierului și de stimularea metabolismului glucozei.

Reglarea metabolismului neuronal determină o reglare eficientă a circulației cerebrale, astfel încît ameliorarea proceselor cognitive se realizează printr-o acțiune conjugată, vasodilatatoare și de stimulare metabolică. Din acest punct de vedere, cele mai bune rezultate se obțin cu dihidroergotoxină, naftidrofuril, piritinol și hexil-dimetilxantină combinată cu acid nicotinic. Astfel, dihidroergotoxina își exercită efectul metabolic favorabil asupra metabolismului glucozat pe calea ciclului Krebs. Aceeași substanță acționează favorabil și asupra sistemului adenilciclază-adenozinmonofosfat ciclic. Deși eficacitatea acestor substanțe este încă mult discutată, acțiunea lor cert pozitivă le-a impus progresiv în terapia psihiatrică.

349. METABOLISM INFORMAȚIONAL ● Model elaborat de A. KEMPINSKI, pornind de la teoria informației și de la studiul experimental al funcționării psihismului. Este fundamentat pe ideea că factorii externi acționează asupra Eului, care selectează informațiile după două tendințe fundamentale : asimilare și eliminare. Asimilarea conduce la apariția unor structuri corespunzătoare, care vor condiționa modul de reacție, tulburarea mesajelor exterioare avînd caracter entropic negativ. Între tendințele selective apar relații reciproce, determinate de necesitățile organismului, necesitatea reprezentînd factorul care determină organizarea sistemului funcțional.

Tendința asimilativă atinge, după autorul citat, expresia maximă în activitatea sexuală, care are drept scop proliferarea organismului.

Tendințele perturbatorii pot fi examinate ca expresii ale agresivității (descărcării de negantropie), care poate afecta nu numai sistemul strict al individului, ci și sistemul social.

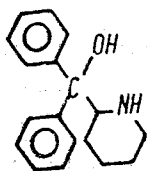
Tulburările psihice pot fi interpretate astfel ca o patologie a depășirii nivelelor la care se realizează legăturile informaționale ale organismului cu mediul. Depășirea poate afecta planul asimilării (depășirea capacității informaționale) sau pe cel al eliminării (producerea unor „mesaje” destruc-turate). Această patologie, simplificată la nivel „metabolic”, este insuficientă însă pentru explicarea completă a unor simptome psihice, chiar dintre cele mai comune (cum ar fi anxietatea sau fobiile).

350. METACOMUNICARE (cf. *meta-* ; lat. *com-municare* : „a împărtăși ceva cuiva”) ● Cele două nivele pe care comunicarea le presupune, mesajul însuși cu conținutul său și modalitatea de a-l-ex-

prima sint, în cazul comunicării umane, amalgamate. Totuși tonul, mimica, atitudinea, se constituie într-o unitate informațională identificabilă : metacomunicarea.

În mod normal, comunicarea și metacomunicarea sint complementare, măbind relevanța mesajului. Atunci cînd lucrurile nu se petrec așa, relația interumană se alterează, împingînd subiectul spre izolare. Școala de la Palo Alto a insistat mult pe rolul pe care disjunția dintre cele două modalități de comunicare îl are în geneza patologiei mintale.

351. **METADIN^(M)** Portugalia — DCI *Pipradrol* • Psihostimulent de tip α , α -difenil-2-piperidin-metanol, indicat în astenie, scăderea forței intelek-



tuale, în tulburările preinvoluției, tulburări de dinamică sexuală, hipoprosexie, epuizare, scăderea randamentului, lipsa apetitului alimentar. Se poate administra în sarcină și la vîrstnici.

352. **METAfizică^(D)** delir (cf. *meta-* ; gr. *physis* „fizică”) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ COSMOGONIC^(D) delir.

353. **METAfizică** (cf. *meta-* ; gr. *physis*) • Denumire tradițională atribuită ontologiei speculative. Termenul este legat de lucrarea lui ARISTOTEL „Metafizică”, în care acesta abordează principiile primitive ale ființei ca ființă și categoriile universale ale existenței în genere. În tradiție aristotelică, metafizica era alcătuită din trei părți :

- filozofia naturii sau cosmologia rațională ;
- filozofia spiritului sau psihologia rațională ;
- filozofia absolutului sau teologia rațională.

În scolastica medievală, metafizica era considerată drept formă supremă de cunoaștere, depășind prin argumente speculative datele empirice ale științelor naturale ; în filozofia modernă, i se atribuie statutul de cunoaștere primară, avînd menirea să întemeieze ontologic și metodologic cercetările științifice particulare. KANT realizează o primă critică sistematică a metafizicii, argumentînd de pe poziții agnostice imposibilitatea de principiu a dogmatismului speculativ, propriu metafizicii tradiționale, de a oferi cunoștințe autentice, datorită caracterului inevitabil afortimonic al oricărui discurs pur rațional, rupt de experiență. Ulterior, metafizica a fost combătută

de către Auguste COMTE, de pe pozițiile pozitivist-anticonceptualiste, și de neopozitivismul contemporan, în numele caracterului non-verificabil al aserțiunilor metafizice.

• Caracterizînd modul de interpretare a realității specific ontologiilor speculative moderne, HEGEL atribuie termenului metafizică un sens diferit de cel tradițional, privind-o ca metodă generală de cunoaștere, opusă dialecticii. În filozofia hegeliană, gîndirea metafizică este proprie intelectului mărginit la cunoașterea fenomenelor finite, în limitele experienței empirice, și sortit să eșueze în impasuri antinomice ori de cîte ori încearcă să abordeze problematica ontologică — accesibilă în modalități adecvate doar rațiunii speculative, capabile să se înalțe, prin raționamente dialectice, la înțelegerea infinitului.

Filozofia marxistă preia sensul hegelian al metafizicii ca metodă de interpretare a realității opusă dialecticii, caracterizată prin :

- considerarea obiectelor și a proceselor desprinse din contextul interacțiunilor în și prin care acestea subzistă, postulînd că fiecare dintre ele posedă o esență immanentă, ce poate fi descoperită exclusiv prin intermediul abstractizării și al „disecției” analitice ;
- aspirația reduccionistă de a înțelege varietatea calitativă a obiectelor și proceselor din realitate ca ansamblu (logic reductibil) de ipoteze sau concretizări ale unui substrat substanțial unic, elementar și invariabil, sub învelișul fenomenal al diferitelor atribute ;
- perspectiva unilaterală asupra devenirii, ce absolutizează independența și stabilitatea relativă a fenomenelor, repetabilitatea și echilibrul lor, negînd salturile calitative și postulînd performanța formelor și modalităților esențiale de existență ;
- înțelegerea mecanicistă a dinamismului universal, redus la deplasarea spațială a obiectelor și la simpla variație cantitativă ; întrucît afirmă deplina iraționalitate a contradicției (prin ontologizarea logicii finite a intelectului), metafizica nu poate să înțeleagă izvorul immanent al mișcării, fiind nevoită să postuleze un impuls primar, exterior naturii, ceea ce duce inevitabil la idealism, teism sau creaționism.

Încorsetată de aceste prejudecăți, metafizica oferă o interpretare sterilă și excesiv simplificatoare a dezvoltării, pe care și-o reprezintă fie ca pe o succesiune haotică de mutații ontologice imprevizibile (catastrofism), fie ca pe o tendință constant și limitat ascendentă (evoluționism plat), fie ca pe o mișcare repetitivă, închisă în cerc (ciclu istoric). În secolul al XVI-lea — al XVIII-lea, metoda metafizică a fost consacrată și confirmată de

stadiul încă incipient de dezvoltare a științelor, dominate, în planul explicației teoretice, de modelul mecanicii clasice și aflate, în planul cercetării experimentale, abia în faza acumulării datelor empirice, care solicita analiza separată și statică a fenomenelor, în vederea descrierii și clasificării lor. Odată cu dezvoltarea științelor naturii în secolul al XIX-lea și pe măsură ce s-a conturat tot mai riguros cercetarea științifică a fenomenelor social-istorice, limitele gândirii metafizice au devenit tot mai evidente, conturându-se necesitatea unei metode dialectice de interpretare filozofică a realității. Apariția și dezvoltarea dialecticii nu elimină și nu descalifică total paradigmele gândirii metafizice — care își păstrează legitimitatea în sfera experienței empirice și în etapele preliminare ale cunoașterii teoretice —, dar fixează critic limitele valabilității sale, demonstrând lipsa de temei și fertilitate euristică a extrapolării raționalității metafizice la nivelul interpretării ontologice.

354. **METAFORĂ** (cf. gr. *metaphora* „transport”)

● Expresie figurată, specifică limbajului artistic (celui poetic prin excelență), care operează un transfer de semnificație, substituind un termen cu un altul, din această substituție rezultând o semnificație complementară, inedită în raport cu limbajul curent. Analizând temeiurile transferului metaforic, ARISTOTEL indică substituția genului prin specie sau invers și trecerea de la o specie la alta, în virtutea asemănării, deosebirii sau analogiei dintre lucruri. În ceea ce privește istoricitatea expresiilor metaforice, punctele de vedere oscilează între credința lui CICERO că metafora este o invariantă a spiritului omenesc și, deci, o categorie universală a culturii (poziție adoptată în filozofia românească de Lucian BLAGA, pentru care metaforele nu sînt doar ornamente și înflorituri ale limbii, ci componente structurale ale spiritului omenesc, expresii ale categoriilor și matricelor stilistice abisale) și teoria lui VICO, după care metafora caracterizează mentalitatea animistă, prelogică și magică, specifică unor stadii timpurii ale civilizației (vîrsta poetică a spiritului omenesc). Modul de interpretare a esenței și a originii istorice a metaforei este în strînsă legătură cu definirea funcțiilor ei în viața spirituală

● Sub aspect psihologic, metafora înlesnește trecerea de la reprezentare la noțiune, de la concret la abstract și invers, exercînd imaginația asociativă și acuitatea analogică. În teoria psihanalitică, FREUD analizează metafora ca transfer simbolic, prin intermediul căruia anumite reprezentări refulate pătrund în conștiință sub forme deghizate, asociindu-se cu imagini a căror ambiguitate înșală cenzura conștiinței. Visul, pentru FREUD, îndeplinește o funcție metaforică deosebit de productivă, eliberînd tendințele și pulsiv-

nile, cenzurate total în stare de veghe, sub forme travestite simbolice — „acceptabile” pentru cenzura mai puțin vigilentă în timpul somnului. Prin analogie cu visul, psihanaliza interpretează și miturile ca înlăunțuri coerente de simboluri, menite să exprime aluziv tendințe și pulsioni refulate.

● Din punct de vedere estetic, metafora exercită un rol sensibilizator, ce potențează expresivitatea mijloacelor prin care artistul își comunică universul interior, relevînd receptorului fațetele sale generice ale realului și ale vieții afective. Proiectînd asupra obiectului stările sufletești ale creatorului, metafora însuflețește lumea exterioară, sporind expresivitatea obiectelor și solidaritatea dintre Eu și lume; totodată, prin acest procedeu se amplifică și capătă un relief neașteptat, revelator, impresiile subiective, ce intră în rezonanță și comunicare simbolic-expresivă cu universul sensibil. Uneori, metafora constituie un mijloc de disimulare a unor sentimente, care nu se pot exprima direct.

● Unii filozofi, care acordă un rol important intuiției, fanteziei și spontaneității comprehensive în constituirea concepțiilor despre lume, atribuie metaforei și o funcție filozofică. După Tudor VIANU, imaginea metaforică este un instrument indispensabil cunoașterii filozofice, prin care devine posibil dialogul dintre Eu și lume, prin instituirea unor analogii între realitatea exterioară și universul lăuntric al subiectivității.

● Deși metafora este „starea poetică prin excelență” (T. VIANU), ea poate fi întîlnită și ca simptom al schizofreniei, boală în care întregul sistem al gândirii este invadat de magie și simbolic. Imaginarul devine el însuși o metaforă a realului, o metaforă sărăcită însă de înțelesuri, care nu-și găsesc, decît pentru subiect, puterea sugestivă.

355. **METAFORIC^(D) delir** ● Delir descris de T. QUERCY în intoxicațiile cu hașiș, caracterizat prin bogăția exprimării hiperbolice, evoluînd pe fondul unei dispoziții hipomaniacale. Subiectul face descrieri ample, neobișnuite, ale unor obiecte sau opere de artă, speculînd detalii neînsemnate pe care, în fuga de idei, în torentul logoreei, le combină într-un inedit conglomerat la constituirea căruia contribuie atît halucinațiile verbale, cît și reprezentările vii.

356. **METALIMBAJ** (cf. fr. *metalangage*) ● Limbaj în care se formulează aserțiuni despre un alt limbaj, numit limbaj-obiect. Termenul a fost introdus de R. CARNAP și A. TARSKI, ca denumire a limbajului utilizat în studierea proprietăților sintactice și semantice ale limbajelor diferitelor sisteme formalizate. Dacă în limbajul-obiect este formulată o anumită teorie, în metalimbaj se elaborează metateoria corespunzătoare, formulîndu-se și demonstrîndu-se „metateoremele”, adică acele teoreme care se referă la proprietățile

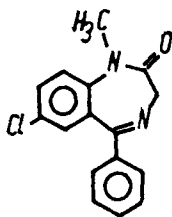
sintactico-semantice ale teoriei considerate (teorema deducției, teorema de consistență, teorema de completitudine etc.). Introducerea distincției dintre limbajul-obiect și metalimbaj s-a impus pentru evitarea anumitor paradoxe logico-matematice.

357. **METALOFOBIE** ^(R) (cf. lat. *metallum* „meta!”; gr. *phobos* „frică”) ● Teamă irațională de obiecte metalice care prin proprietățile lor nu pot provoca, în mod evident, nici un rău subiectului. Această fobie pare să fie legată atât de o serie de credințe oculte privind proprietățile iatrogene sau fatale ale unor metale, cât și de o serie de proprietăți fizice ale respectivelor metale (strălucire, culoare, densitate). Perioada contemporană a adăugat o serie de alte temeri privind metalele: radioactivitatea, cancerogeneza etc.

Este o fobie relativ rar întâlnită și depășește adesea granițele simptomatologiei nevrotice pentru a se cantona în patologia schizofreniei, unde proprietățile simbolice ale metalelor generează de fapt „fobia”.

358. **METALOGICĂ** (cf. fr. *metalogique*; vezi gr. *meta*; *logos* „cuvânt, discurs”) ● Teorie a sistemelor logice sau metateorie a logicii, având ca obiect studiul diferitelor reguli formale ale unui limbaj.

359. **METAMIDOL** ^(M) Portugalia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1, 3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1, 4-ben-



zodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

360. **METAMIN** ^(M) Japonia — DCI *Flupentixol* ● Neuroleptic incisiv, derivat tioxantenic de tip 2-trifluorometil-9-13-14-(2-hidroxi)etil piperazin-4-11-propiliden/tioxantena, cu acțiune neuroleptic-incisivă, antidepresivă și anxiolitică; are efecte secundare moderate.

361. **METAMINE** ^(M) SUA — DCI *Metamfetamină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, deri-

vat feniletilaminat de tip (+)-N, α -dimetilfenetilamină, cu acțiune și indicații similare cu ale AMFETAMINEI și același risc al dependenței.

362. **METAMORFOPSIE** (cf. *meta*; gr. *morphe* „formă”; *opsis* „vedere”) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ WEIZSÄCKER^(S) sindrom.

363. **METAMORFOZĂ SEXUALĂ** ^(D) delir ● Convingeri delirante referitoare la organele sexuale și la funcțiile acestora. Pot fi însoțite de automatism mintal și asociate cu pseudohalucinații referitoare la sfera sexuală. Delirul de acest tip apare în schizofrenie și în patologia de lob temporal (F. CONNOLLY, 1971). Poate antrena acte de automutilare ale organelor genitale. J. NASH (1985) subliniază faptul că o parte din fenomenele din transsexualism ating nivelul delirant, fără ca însă, în mod obișnuit, să fie considerate ca atare.

364. **METAMORFOZIE** — fenomen ● Descrie drept o reală distorsiune a percepției vizuale, caracteristică leziunilor de lob parietal. Necesită o atenție deosebită în diagnosticul diferențial al halucinațiilor.

365. **METANEVRON** ^(M) Spania — DCI *Citicolină* ● Psihostimulent cu o structură chimică particulară, de tip colină-citidină 5'-ester pirofosfat, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă, practic fără efecte simpaticomimetice.

366. **METAPSIHIC** (cf. *meta*; gr. *psyche* „suflet”) ● Calitate a unui fenomen psihic, constînd în faptul că nu poate fi explicat prin cauze cunoscute științific pînă în prezent. Expresia de „fenomen metapsihic” este aproximativ echivalentă cu aceea de „fenomen parapsihologic” (ca, de exemplu, telepatia, precogniția, telekinezia). Se presupune că asemenea fenomene ar avea la bază însușiri individuale de tipul percepției și comunicării extrasenzoriale.

367. **METAPSIHOLOGIE** (cf. *meta*; gr. *psyche*; *logos* „cuvînt, discurs”) ● Una dintre accepțiunile termenului este cea de parapsihologie, desemnînd știința care studiază comunicarea telepatică și, în general, fenomenele paranormale (\rightarrow PARAPSIHOLOGIE).

În psihanaliză, termenul a fost creat de FREUD pentru a desemna ansamblul de principii, concepte fundamentale și modele teoretice ale sistemului psihic uman, pe de o parte, în seria autogenă (normalitate și boală), iar pe de altă parte, din punct de vedere topic, dinamic și economic. În 1915, FREUD a scris o serie de articole destinate clarificării și aprofundării unor ipoteze teoretice, pe care un sistem teoretic s-ar putea baza (complement metapsihologic la teoria visului).

În aceeași perioadă, apare și definiția termenului, dată de însuși FREUD: „Propun să se vorbească

de prezentare metapsihologică atunci când se descrie un proces psihic în relațiile sale dinamice, topice și economice".

Lucrarea intitulată „Metapsihologie” cuprinde următoarele cinci articole:

- Pulsunile și destinele pulsuniilor ;
- Refularea ;
- Inconștientul — cu capitolele :
 - Justificarea inconștientului ;
 - Pluralitatea semnificațiilor termenului de inconștient și punctul de vedere topic ;
 - Sentimente inconștiente ;
 - Topica și dinamica refulării ;
 - Proprietățile particulare ale sistemului inconștient ;
 - Raporturile între cele două sisteme ;
 - Recunoașterea inconștientului ;
- Complement metapsihologic la teoria visului ;
- Dolii și melancolie.

În primul articol al acestei lucrări, apar cu claritate particularitățile, dinamica și dificultățile elaborării unui sistem teoretic pornind de la realitate, care să ordoneze ulterior analiza realității : „Adevărul început al oricărei activități științifice constă mai degrabă în descrierea de fenomene, care apoi sînt ordonate și inserate în relații. În descriere deja, nu se poate evita aplicarea unor idei abstracte ... asemenea ideii — care vor deveni ulterior concepte fundamentale ale științei — sînt matrice și mai indispensabile, în elaborarea ulterioară. Ele au la început un anumit grad de nedeterminare și nu poate fi vorba de a recunoaște exact conținutul. Atîta timp cît sînt în această stare, ne punem de acord asupra semnificației lor, multiplicînd referințele la materialul experienței de la care par împrumutate, dar care în realitate le este supus. Ele au deci, în toată rigoarea, caracter de convenție ... numai după un examen aprofundat al domeniului fenomenelor considerate, putem sesiza mai precis conceptele științifice fundamentale, putem să le modificăm progresiv pentru a le face utilizabile și libere de orice contradicție” (FREUD, „Metapsihologie”) → APARAT PSIHIC, CONȘTIENT, INCONȘTIENT, SUPRAEU, SINE, EU, PULSIUNE, TOPIC, DINAMIC, ECONOMIC, INVESTIȚIE, REFULARE.

368. METAPSIHOLOGIE A CONFLICTELOR ●

Abordarea teoretică a conflictului psihic din perspectiva celor trei puncte de vedere ale metapsihologiei freudiene :

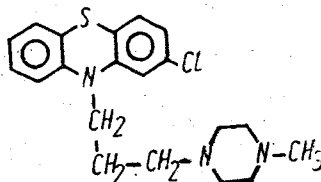
- topic — conflictul între instanțele aparatului psihic : Eul împotriva Sinelui, Eul și Supraeul împotriva Sinelui etc. ;
- dinamic — opoziție, conflict conștient, inconștient sau conflictul cuplurilor de opoziție pasiv-activ, feminin-masculin etc. ;

- economic — conflict între Eros și Thanatos, libido narcisic, libido obiectual.

→ MEPTAPSIHOLOGIE, CONFLICT.

369. METAPYRIN^(M) RDG — DCI *Noramidopiridinium metansulfonicum natrium* ^{sin.} → ALGOCALMIN^(M) România.

370. METARAZIN^(M) URSS — DCI *Frochlorperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinipiperazinat, de tip 2-clor-10-13-(4-metil-1-piperac



zinei)propilfenotiazină, cu acțiune antipsihotică sedativă, antiemetică, cu valențe antivertiginoase și antispastice. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de EMETIRAL^(M).

371. METASIMULAȚIE (cf. *meta-* ; lat. *simulatio* „simulare, prefăcătorie”) ● Perseverarea unui bolnav, după parcurgerea unui episod acut real, în a susține existența unor tulburări psihice care i-ar oferi anumite beneficii legate de situația de boală. După o stare depresivă, un bufeu delirant sau un episod confuzional, este uneori dificil de stabilit ceea ce este autentic în raport cu ceea ce este simulat (A. POROT; HESNARD). Tulburările de memorie și de atenție sînt cei mai adesea obiectul metasimulației. G. DUMAȘ notează cu un fin simț critic : „unii rămîn amnezici pentru că nu știu că nu mai sînt de fapt”.

Ca și în alte cazuri, identificarea corectă a beneficiului secundar, ca și cunoașterea în profunzime a psihopatologiei și a sindromologiei, îi feresc pe psihiatru de erori.

372. METATALAMUS (cf. *meta-* ; gr. *thalamos* „cameră”) ● Parte a talamusului compusă din corpul geniculat (lateral și medial).

373. METATEORIE (cf. fr. *métathéorie* ; vezi *meta-* ; gr. *theoria* „observare, examinare, teorie”)

● Teorie despre proprietățile și valabilitatea unei alte teorii, numită teorie-obiect. Aspectele principale vizate de studiul metateoretic sînt :

- analiza expresiilor utilizate în teoria-obiect și relațiile dintre acestea, în expunerea lor sistemic-deductivă (structura sintactică a teoriei) ;

- analiza modului în care noțiunile și expresiile din limbajul teoriei-obiect se referă la un anumit domeniu din realitate (aspecte semantice) ;
- modul în care teoria-obiect este operațională și utilizabilă în soluționarea anumitor probleme (valoarea pragmatică).

În afara acestor aspecte, metateoria mai cercetează problematica, metodele și presupuzițiile filozofice ale teoriei (eventual, și unele probleme legate de corelațiile logice și istorice cu alte domenii teoretice). Precizând limitele valabilității teoriei studiate, interpretarea metateoretică aspiră să elucideze condițiile elaborării unei teorii perfecte din punct de vedere logic și eficiente sub aspect pragmatic. Până în prezent, s-a dezvoltat îndeosebi metateoria sistemelor formalizate (de exemplu, metalogica și metamatematica), care a adus contribuții importante în cunoașterea acestora.

374. METATROPISM (cf. gr. *metatropia* „schimbare”) ● Termen prin care HIRSCHFELD semnifică o atitudine erotică și sexuală care, fără să ducă la homosexualitate, se manifestă prin virilitate la femei și feminitate la bărbați. KRONFELD o consideră o variantă a homosexualității ; termenul este preluat și în lucrările lui SZONDI. Unii autori consideră că metatropismul reprezintă numai accentuarea unor note sadice sau masochiste existente în erotica normală.

375. METAZEPIN^(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 din cele mai răspândite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON^(M).

376. METEMPSIHOZĂ (cf. gr. *metempsychosis* „strămutarea sufletului”) ● Concepție mistică, specifică tuturor religiilor indiene, conform căreia, după moartea trupului, sufletul individual nemuritor transmigrează, reincarnându-se succesiv în diferite ființe însuflețite (plante, animale, oameni). În unele credințe indice, lanțul reîncarnărilor este conceput finalist și escatologic, ca purificare treptată a sufletului, prin întruparea în ființe din ce în ce mai evoluat, până la contopirea Eului subiectiv (atman), ajuns la perfecțiune prin așeză și meditație, cu sufletul cosmic, interpersonal și inalterabil, de esență divină (brahman). Credința în metempsihoză se întâlnește, cu note specifice, la egipteni, în orfism și la pitagoreici, la druzii celți și în unele religii primitive din America și Australia.

377. METEMPSIHOZĂ^(D) delir (cf. gr. *metempsychosis*) ● Delir megalomanic în care, după o

scurtă perioadă de neclaritate, bolnavul își dă seama că originea persecuțiilor la care este supus se află în existențele sale anterioare. Persecutorii săi îi rețin averile și descoperirile „exceptionale” ; dar acest lucru „nu-i va putea împiedica triumful definitiv” (DIDE).

378. METEOPATOLOGIE (cf. gr. *meteos* ; *pathos* „suferință, încercare, experiență” ; *logos* „știință, cuvânt, discurs”) ● Studiul influențelor pe care variațiile climatei (căldură, scăderi de presiune, furtuni magnetice, vânturi, uragane) le exercită asupra organismului uman.

S-au putut stabili în psihiatrie legături între aceste oscilații și modificările dispoziționale, în special stările depresive. Schimbările bruște ale stării vremii pot provoca la persoanele meteorosensibile accese confuzionale sau recidive ale acestora (R. PLANCHE, M. POROT).

379. METEORO- (cf. gr. *meteoros* „ridicat în aer”) ● Element de compunere care introduce referirea la fenomene meteorologice.

380. METEOROFOBIE^(F) (cf. *meteo-* ; gr. *phobos* „frică”) ● Frică patologică intensă, nejustificată, față de meteoriți, față de căderea acestora. Apare



relativ rar, în sindromul fobic din decompensările psihasteniei, în debutul psihasteniform al schizofreniei, nevroza obsesiv-fobică, la debiliții mintal. Trebuie diferențiată de teama de „stele căzătoare” existentă în mediile subculturale.

381. **METEOROPAT** (cf. *meteo-*; gr. *pathos* „încercare, suferință”) ● Desemnează subiectul care reacționează patologic la schimbările de vreme. Personalitățile dizarmonice prezintă în genere o meteorosensibilitate.

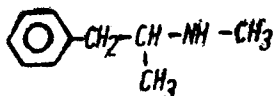
382. **METEOROTROPISM** (cf. *meteo-*; gr. *trope* „schimbare, orientare”) ● Ansamblul modificărilor, indiferent de sensul lor (favorabil sau nefavorabil), condiționate de factorii atmosferici asupra organismului.

383. **METESTEZIE** (cf. gr. *meta* „dincolo, după” ; *oisthesis* „senzație”) ● Tulburare a percepției, caracterizată prin tendința de persistență a senzației, după încetarea stimulului.

384. **METEXAL**^(M) Venezuela — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-1(1-etil-2-pirolidinil)metil-5-sulfamoil-0-anisamidă, cu certe valențe antidepressive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile NL incisive (endogenii), dar este, în același timp, util în combaterea impulsurilor obsesiv-compulsive și în unele afecțiuni psihosomatice. Pentru dozele 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.

385. **METHAMPEX**^(M) SUA ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat → **METAMFETAMINE**^(DCI).

386. **METHAMPHETAMINE**^(DCI) ● Derivat feniletilaminat de tip (+)-N, α -dimetilfenetilamină, cu acțiune psihostimulatoare asupra sistemului nervos central și efect rapid dar de scurtă durată.



Utilizarea în doze mari sau repetate nu duce la creșterea randamentului, dar poate favoriza apariția unor efecte secundare marcate. Este indicat în epilepsie (unele forme de petit mal), în asociere cu fenobarbitalul, pentru combaterea efectelor secundare ale acestuia, în etilismul cronic și acut, în psihozele alcoolice, în depresiile inhibitate. Nu este recomandat în stările de oboseală fizică sau psihică, existând pericolul dependenței. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

ADIPEX^(M)
AMEDRINE^(M)
DEE^(M)
DEOFED^(M)

Austria
Brazilia
SUA
SUA

DESAMINE^(M)
DESOXEDRINE^(M)
DESOXO^(M)
DESOXYEPHEDRINE^(M)
DESOXYN^(M)
DETREX^(M)
DEXOVAL^(M)
DOXYFED^(M)
DRINALFA^(M)
EFROXINE^(M)
FETAMIN^(M)
GEROBIT^(M)
ISOPHEN^(M)
LEVETAMIN^(M)
MADRINE^(M)
METHAMPEX^(M)
METHDRINAL^(M)
METHOXYN^(M)
MILLER-DRINE^(M)
NEODRINE^(M)
NORMADRINE^(M)
OBEDRIN-LA^(M)
OXYDESS^(M)
OXYFED^(M)
PERVITIN^(M)
PHEDOXE^(M)
PHEDRISOX^(M)
PHILOPON^(M)
PREMODRIN^(M)
PROPAMIN^(M)
ROXYN^(M)
STIMDEX^(M)
SYNDROX^(M)
TONEDRON^(M)
→ PSIHOSTIMULENTE.

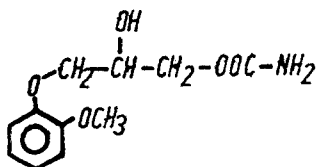
Anglia
SUA
SUA
SUA
Elveția
SUA
SUA
SUA
SUA
SUA
SUA
Austria
Anglia
Anglia
Austria
Australia
SUA
Anglia
SUA
SUA
Canada
SUA
SUA
SUA
Danemarca
RDG
RFG
SUA
Japonia
Italia
Spania
SUA
Suedia
SUA
Franța

387. **METHAZINE**^(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).

388. **METHIDATE**^(M) Canada — DCI *Metilfenidat* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip α -fenil-2-piperidin acid acetic metilester, indicat în scăderea performanțelor psihice și intelectuale, în stările depresive ușoare din climax, convalescență ; are performanțe inferioare AMFETAMINELOR → PSIHOSTIMULENTE.

389. **METHOCABAL**^(M) Japonia ● Tranchilizant cu valențe miorelaxante → **METHOCARBAMOL**^(DCI).

390. **METHOCARBAMOL**^(DCI) ● Derivat gliceric de tip 3-(o-metoxifenoxi)-1,2-propandiol 1-carbamat, cu acțiune predominant miorelaxantă și anxiolitic-sedativă; are și valențe analgezice.



Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

● Cel mai cunoscut este:

ROBAXIN^(M) Anglia, Belgia, Canada, Danemarca, Elveția, Italia, Olanda, Portugalia, Spania, SUA, Suedia.

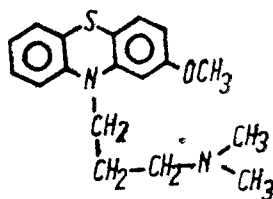
● Alți produși similari sînt:

CARBADIN ^(M)	Mexic
CARBAMETIN ^(M)	Japonia
DELAXIN ^(M)	SUA
HYZERON ^(M)	Japonia
LUMIRELAX ^(M)	Franta
METHO-500 ^(M)	SUA
METHOCAL ^(M)	Japonia
METHOCARBAMOL ^(M)	SUA
METOCARSIN ^(M)	Japonia
MIOLAXENE ^(M)	Franta
MIOWAS ^(M)	Elveția
MYOMETHOL ^(M)	Israel
NEURAXIN ^(M)	SUA
OHLAXIN ^(M)	Japonia
PARABAXIN ^(M)	SUA
PERILAX ^(M)	Italia
POLIPLEX ^(M)	Columbia
RELAFEN ^(M)	Mexic
RELAX ^(M)	Italia
ROBAMOL ^(M)	SUA
ROBAXAN ^(M)	Anglia
ROBINAQ ^(M)	India
ROLEXIN ^(M)	Coreea
ROMETHOCARB ^(M)	SUA
SECHLMIN ^(M)	Japonia
SOBARALL ^(M)	Grecia
TRAUMACUT ^(M)	RFG
TRESORTIL ^(M)	Danemarca
TROLAR ^(M)	Grecia
TYRAXEN ^(M)	Coreea

→ TRANCHILIZANTE.

391. **METHOPHENAZIN**^(M) RFG — DCI *Metofenazot* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat, de tip 2-14-13-(2-clorofenotiazin-10-il)propil-1-piperazinilletil-3,4,5-trimetoxibenzoat, cu acțiune antipsihotică marcată; efectele secundare sînt mai atenuate comparativ cu ceilalți produși din aceeași clasă.

392. **METHOPROMAZINE**^(DCI) ● Derivat aminoalkilfenotiazinic, de tip 10-(3-dimetilaminopropil)-2-metoxifenotiazină, cu acțiune sedativă și antiemetică, moderat anxiolitică, cu valențe



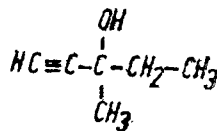
hipnotice și cu o bună toleranță; este indicat în special în psihogenii și în afecțiuni psihosomatice. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

MOPAZIN ^(E) ^(M)	Franta
NEOPROMA ^(M)	Japonia
PENTONE ^(M)	SUA

393. **METHOXYDONE**^(M) SUA — DCI *Mefencaxalonă* ● Derivat carbamic de tip 5-1-(o-metoxifenoxi)metil-2-oxazolidinonă, cu acțiune sedativ-hipnotică și valențe anxiolitice și miorelaxante. Indicat în nevroze anxioase, insomnii, afecțiuni psihosomatice.

394. **METHOXYN**^(M) SUA — 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.

395. **METHYLPENTYNOL**^(DCI) ● Derivat alkenic, de tip 3-metil-1-pentin-3-ol, cu acțiune sedativ-hipnotică și miorezolutivă prin inhibarea trans-



misiei ganglionare. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

ALLOTROPAL ^(M)	RFG
ATEMORIN ^(M)	SUA
ATEMPOL ^(M)	Anglia
CITODORM ^(M)	Anglia
DALGOL ^(M)	Ungaria
DORMIPHEN ^(M)	Anglia
DORMISON ^(M)	SUA
HEXOFEN ^(M)	Suedia
IMNUDORM ^(M)	Belgia

INSOMNOL ^(M)	Anglia
MIRAMEL ^(M)	Elveția
NOXOKRATIN ^(M)	Austria
OBLÉVIL ^(M)	Italia
OBLIVON ^(M)	Elveția
PENTADORM ^(M)	Austria
PENTINOL ^(M)	RDG
PENTYREST ^(M)	Anglia
PERLOPAL ^(M)	RFG
PROFUNDOL ^(M)	Spania
RIPOSON ^(M)	Italia
SOMNESIN ^(M)	Anglia
UTIL ^(M)	Belgia

→ TRANCHILIZANTE.

396. METHYLPHENIDATE^(DC1) ● Derivat feniletilaminat de tip α -fenil-2-piperidin acid acetic metil ester, indicat în scăderea performanțelor psihice și intelectuale și în stările depresive ușoare din climax și convalescență; are performanțe inferioare AMFETAMINELOR. Conține principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

● Cel mai cunoscut este:

RITALIN^(M) Anglia, Canada, Danemarca, Elveția, Grecia, Italia, Olanda, RFG, SUA.

● Alți produși similari sînt:

CENTEDRINE ^(M)	Ungaria
METHIDATE ^(M)	Canada
METYLOFENIDAN ^(M)	Polonia
RILATIN ^(M)	Austria
RILATINE ^(M)	Belgia
RITALINA ^(M)	Suedia
RITALINE ^(M)	Franta
RITONIC ^(M)	Elveția

→ PSIHOSTIMULENTE.

397. METH-ZINE^(M) Australia — 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).

398. METID^(M) Franța — DCI *Perfenazina* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinil-alkil-fenotiazinic de tip 2-clor-10-*β*-14-(2-hidroxietyl)piperazin-1-*β*-propilfenotiazină, indicat în endogenii acute și cronice, avînd valențe anxiolitice sedative. Formele depôt se utilizează în terapia de durată, în condiții de ambulator.

399. METILEPSIE — sin. ENOMANIE; FURIE DE A. BEA; OINOMANIE; SOMALCOOLOZĂ

sin.
→ DIPSOMANIE.

400. METOCARSIN^(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; are și valențe analgezice.

401. METODĂ (cf. gr. *methodos* „urmărire, cercetare, studiu”) ● Ansamblu de reguli și principii de cunoaștere sau de acțiune. Dezvoltarea științei depinde în mod decisiv de varietatea, rigoarea, exactitatea și virtuțile euristice ale metodelor de investigație utilizate. Caracterul științific al unei metode este condiționat de adecvarea acestora — ca strategii de cunoaștere — față de esența, structura și dinamismul obiectiv al fenomenelor studiate; aceasta presupune existența unei corespondențe cât mai strînse între legile obiectului și principiile cunoașterii sale, corespondență realizată prin experiență, pe căi inductiv-generalizatoare sau logic-deductive. Jucînd un rol activ în geneza teoriei, metoda își verifică justetea și eficiența prin evaluarea cunoștințelor la care conduce; odată constituită, teoria își convertește enunțurile în prescripții și indicații normative asupra modului adecvat de abordare a obiectului, stimulînd astfel perfecționarea metodei. Rezultată de aici legătura indisolubilă între teorie și metodă în practica investigației științifice, separarea lor abstractizată nefiind posibilă decît pentru noțiuni epistemologice sau metodologice.

402. METODE DE APĂRARE (cf. gr. *methodos*)

● În psihopatologie, constituie manifestări înfrînte în nevroza obsesivă, reprezentate de raționamente, gesturi, acțiuni voluntare, utilizate ca stratagemă în lupta contra obsesiilor. Eficacitatea acestor mijloace este parțială și temporară, ulterior ele putînd contribui la intensificarea obsesiilor inițiale.

Apărările inițiale sînt înlocuite de apărări secundare, astfel încît obsesiile originare pot dispărea complet, acoperite de apărările devenite, la rîndul lor, obsesii.

După scopul lor, aceste metode de apărare pot fi clasificate (A. PITTRES și E. RÉGIS) în:

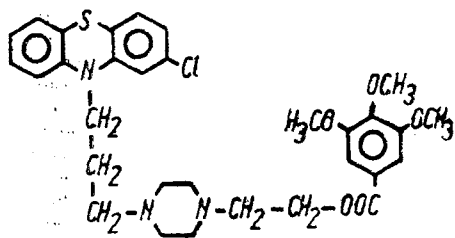
- mijloace de prevenire a apariției ideilor obsesive și fobiilor;
- mijloace de combatere (dominarea fricii, deturnarea atenției sau căutarea unui sprijin moral);
- mijloace destinate atenuării sau disimulării răsunetului emoțional al obsesiilor sau împiedicării consecințelor acestora.

Autorii francezi citați subliniază și raportul dintre anumite ticuri, utilizate ca mijloace de apărare, și obsesii arătînd că există ticuri care se adresează strict unei anumite obsesii, dar și ticuri generale, nediferențiate, pentru toate tipurile de obsesii (mişcări de negare ale capului, încrunțarea, cliptul repetat, oftatul, pocnitul degetelor, tropăitul, repetarea unui cuvînt), avînd un scop eliberator. Aceste mișcări, cu o componentă voluntară cel puțin la debut, nu pot fi asimilate în mod absolut cu ticurile.

403. **METODOLOGIE** (cf. gr. *methodos*; *logos* „cuvînt, discurs”) ● Ansamblul metodelor specifice, utilizate într-o anumită știință.

● Domeniu al filozofiei care studiază semnificația, temeiul și valoarea metodelor pe baza cărora se constituie știința modernă. Inițiată de F. BACON, R. DESCARTES, în secolul al XVII-lea metodologia devine o preocupare sistematică abia în secolul al XIX-lea, odată cu dezvoltarea tot mai intensă a științelor experimentale.

404. **METOFENAZATE**^(DCI) ● Derivat fenotiazinic piperazinat, de tip 2-[4-[3-(2-clorofenotiazin-10-il)propil]-1-piperazinil]etil 3,4,5-trimetoxiben-



zoat. Substanța a fost sintetizată în Ungaria din perfenazină. Are acțiune antipsihotică marcată și efecte secundare mai atenuate comparativ cu cele specifice clasei. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

FRENOLON(E) ^(M)	SUA, Ungaria
FRENOLONA ^(M)	Spania
METHOPHENAZIN ^(M)	RFG
SYLADOR ^(M)	Danemarca

405. **METOMANIE** (cf. gr. *methe* „beție”; *mania* „nebulie”) → ALCOOLOMANIE.

406. **METONAS**^(M) Japonia — 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, cu o singură contraindicație — miastenia.

407. **METOXADON**^(M) Elveția — DCI *Mefenoxalonă* ● Derivat carbamic de tip 5-[*o*-metoxifenoxi]metil-2-oxazolidinonă cu acțiune sedativ-hipnotică și valențe anxiolitice și miorelaxante. Indicat în nevroze anxioase, insomniile, afecțiuni psihosomatice.

408. **METOXINAN**^(M) Columbia — DCI *Guajifenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-*O*-(metoxifenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxant-sedativă și moderat anxiolitică, cu o bună toleranță.

409. **METRACYL**^(M) Elveția — DCI *Meprobam* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol 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 și afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și fără contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abinență”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **MÉPROBAMAT**^(M).

410. **METROMANIE** (cf. gr. *metra* „matrice, pîntece”; *mania* „nebulie”) — sin. **ANDROMANIE**; **CYTEROMANIE**; **ESTEROMANIE**; **FURIE UTERINĂ**; **UTEROMANIE** ^{sin.} → **NIMFOMANIE**.

411. **METRONIDAZOL** — cura de dezgust ● Metodă pentru reducerea și abandonarea consumului de alcool, introdusă de TAYLOR (1964): prezintă interes, în ciuda unor rezultate mai puțin evidente decât cele obținute cu disulfiram, putînd fi aplicată alcoolicii cardiaci pentru care nu este indicat acest produs → **CURĂ DE DEZGUST, DISULFIRAM**.

412. **METSAPAL**^(M) Finlanda — DCI *Clormazonă* ● Miorelaxant cu valențe anxiolitice, de tip 2-(*p*-clorofenil) tetrahydro-3-metil-4H-1,3-tiazin-4-onă 1,1-dioxid, considerat primul miorelaxant adevărat, este indicat în nevrozele motorii (crampe musculare, torticolis, spasme musculare), acțiunea sa anxiolitică fiind complementară. Nu are practic contraindicații.

413. **METYLOFENIDAN**^(M) RFG — DCI *Metilfenidat* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip α -fenil-2-piperidin acid acetic metil ester, indicat în scăderea performanțelor psihice și intelectuale și stările depresive ușoare din climax și convalescență. Are performanțe inferioare **AMFETAMINELOR** → **PSIHOSTIMULENTE**.

414. **MEVAL**^(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. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **DIAZEPAM**^(M).

415. **MEYARD**^S **simptom** ● Încetinirea cu căteva secunde a revenirii extremității inferioare la poziția inițială, după obținerea reflexului osteotendinos rotulian; apare la subiecții aflați în stupor catatonie. Deși este specific, la acest semn se apelează totuși rar.

416. **MEYER Adolf** (1866—1950) ● Fondator al psihiatriei dinamice americane, reprezentant de primă mărime a unei științe care tocmai se impunea peste ocean. A studiat la Viena,



Adolf Meyer

Berlin, Paris (DÉJERINE), Londra (JACKSON), Zürich, unde și-a susținut și teza în 1890, sub conducerea lui FOREL. Emigrează în America în 1892, unde practică neurologia, anatomia patologică și psihiatria la Chicago, New-York, Baltimore, creînd peste tot școli de psihiatrie și pregătind cadre care, la rîndul lor, s-au impus (WATSON — cu behaviorismul; KANNER — cu autismul infantil etc.). Abandonînd rigoarea didactică a lui KRAEPELIN, MEYER nu consideră bolile psihice drept entități distincte și unice, ci reacții inadecvate la situațiile din mediu, dificultăți și eșecuri de adaptare, dezvoltînd concepția biopsihologică pe care o numește „ergasiologie”. Consideră gîndirea drept principalul instrument de adaptare și extinde funcția ei pînă la nivel celular. Respinge prognosticul malign al schizofreniei și introduce tratamentul psihoterapeutic al acestei boli, considerînd că bolnavul nu are atît nevoie de tratament medicamentos, cît de schimbarea condițiilor de mediu și de o mai bună rezolvare a problemelor sale (fapt bine sintetizat de EY în 1955, care consideră că MEYER „a înlocuit mitologia cerebrală cu mitologia ecologică”). Tentativa sa de a lansa o nouă nosologie psihiatrică, plecînd de

de la conceptul ergasiologic, a eșuat, fapt care nu umbrește însă contribuția sa la dezvoltarea psihiatriei.

417. **MEYER^s symptom** ● Descriș de MEYER, în 1910, ar consta, după opinia sa, în midriază reflexă, realizată consecutiv presiunii tegumentare abdominale la nivelul punctului Mac Burney și ar constitui un indiciu pentru unele boli psihice, în mod special pentru nevroze. Opinia sa nu este unanim acceptată, prezentînd numai un interes istoric.

418. **MEYNERT Theodor** (1833—1892) ● Medic austriac. Studiază la Viena, unde își susține teza, în 1861, cu ROKITANSKY, unul dintre fondatorii histopatologiei. Activitatea sa viitoare va purta amprenta mentorului, MEYNERT încercînd o „psihologie anatomică”, în care structurile anatomice reprezentau expresia procesului psihologic (ceea ce SALGÓ a numit „mitologie cerebrală”). În ciuda acestei „drame” a unui histopatolog care încearcă să facă psihiatrie, sîntem însă obligați să-i recunoaștem meritul de a fi demonstrat, încă din 1890, suprapunerea termenului de AMENTIE al școlii germane cu cel de confuzie mintală. În clinica lui a lucrat, din 1883, și FREUD, relațiile lor evoluînd favorabil în prima etapă și discordant în cea de-a doua.

419. **MEYNET^(B) boală** ● Cunoscută în patologia sfîrșitului secolului al XIX-lea și sub numele de „neburnia reumatismală”, este descrișă de MEYNET, și reunește ansamblul tulburărilor psihice din reumatismul poliarticular. După opinia sa, boala se manifestă prin: agitație, anxietate, depresie sau manie, halucinații. În prezent, entitatea nu se mai semnaleză, fapt din care se concluzionează că aceste manifestări apăreau doar în cazurile deosebit de severe de reumatism, nemaiîntîlnite astăzi datorită posibilităților terapeutice actuale, sau că MEYNET, studiînd un număr insuficient de cazuri, a descriș de fapt manifestările unor bolnavi psihic care sufereau concomitent și de reumatism.

420. **MEZAL^(M) Canada** — DCI *Diazepam* ●
Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$
MEVAL^(M) Canada.

421. **MEZEPAN^(M) Brazilia** — DCI *Medazepam* ●
Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$
METONAS^(M) Japonia.

422. **MEZOCORTEX** (cf. gr. *mesos* „mijloc”; lat. *cortex* „scoarță”) ● Zonă a cortexului, caracterizată prin prezența de insule de allocortex, înconjurate de izocortex, și localizată în special

în girul cingular. Funcția sa constă în realizarea conexiunilor între neocortex și sistemul limbic → ARHITECTONICĂ CEREBRALĂ'.

423. MEZOMORF — tip morfologic (cf. gr. *mesos* ; *morphe* „formă”) ● Individii la care predomină musculatura, osatura, țesutul conjunctiv (toate derivate din mezoderm) — avînd un aspect fizic viguros. Acestui tip morfologic îi corespunde un temperament somato-tonic, extrovertit. Termenul a fost introdus de W. H. SHELDON.

424. MHPG (MOPEG) (3-metoxi-4-hidroxiifenilglicol) ● Principal metabolit al noradrenalinei, rezultat, la nivel cerebral, în urma acțiunii catecolo-metiltransferazei și monoaminoxidazei (enzime care degradează noradrenalina). În cadrul reacțiilor de degradare, aldehida rezultată, în loc să treacă în acid vanilmandelic, este în mod frecvent redusă la alcool, cu formare de MHPG. Dozarea acidului vanilmandelic oferă informații despre activitatea periferică a noradrenalinei, în timp ce dozarea MHPG reflectă activitatea catecolaminergică centrală. Metabolitul este de origine medulo-suprarenaliană și simpatică și se consideră că aproximativ 50% din cantitatea eliminată urinar provine din metabolizarea noradrenalinei centrale. Dozarea se poate face atât urinar, cît și în lichidul cefalorahidian, dar expresia cifirică necesită multă prudență în interpretare, din cauza variațiilor individuale mari, precum și a variațiilor periodice la același subiect.

Plecînd de la ideea că antidepresivele intensifică activitatea și efectele noradrenalinei, a fost studiat nivelul urinar al eliminării de MHPG la subiecții depresivi, constatîndu-se că acest nivel este mult mai redus la unii subiecți depresivi față de loturile de control, în timp ce alți cataboliți ai noradrenalinei nu prezintă scăderi semnificative, ceea ce exclude o modificare izolată a metabolismului periferic al noradrenalinei.

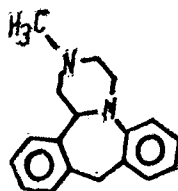
S-a constat însă că există loturi de pacienți depresivi la care nivelul urinar de MHPG este normal sau chiar ridicat. Se pare că pacienții depresivi la care nivelul urinar de MHPG este redus ar răspunde favorabil la terapia cu imipramină și la administrarea tranzitorie de amfetamină, iar cei la care nivelul urinar de MHPG este normal sau chiar ridicat ar răspunde favorabil la terapia cu amitriptilină.

Corelațiile făcute prin studiul variațiilor MHPG urinar în funcție de natura depresiei și de simptomatologia clinică, au permis constatarea că acest metabolit este singurul care suferă modificări la pacienții depresivi bipolar — la care există nivelul urinar cel mai redus de MHPG — și la unii pacienți cu depresii unipolare. De asemenea, se poate corela componenta agitată sau inhibată

asociată depresiei, cu excreția urinară de MHPG. Astfel, eliminarea urinară de MHPG este crescută în formele agitate și anxioase. Toate aceste constatări, alături de ușurința cu care se poate doza acest metabolit, permit elaborarea ipotezei utilizării lui ca test de eficiență terapeutică în tratamentul depresieiilor.

425. MIANSAN^(M) Iugoslavia ● Antidepresiv, derivat dibenzazepinic → MIANSERIN^(DCI).

426. MIANSERIN^(DCI) ● Derivat dibenzazepinic de tip 1,2,3,4,10,14b-hexahidro-2-metildibenzoic, fl-pirazino/1,2-alazepină, diferit, atît structural, cît și farmacodinamic de restul triciclicilor, conside-



rat a deschide o nouă clasă, cea a azepinelor piperazinate. Acțiunea sa este antidepresivă, fără valențe sedative, avînd ca particularitate obținerea mai rapidă a efectelor terapeutice (între 3—7 zile de la începutul administrării). Indicat în depresii, indiferent de intensitate sau coloratură, de la depresia endogenă la cea de acompaniament din afecțiunile somatice; utilizarea se va face în doze diferite. Se bucură de o bună toleranță. Sînt necesare precauții în sarcină, epilepsie, boli cardiace și hepatice grave. Nu se administrează concomitent cu IMAO (14 zile pauză). De obicei, avînd în vedere absența efectelor sedative și anxiolitice, necesită asocieri. Constituie principul activ al următorilor produși farmaceutici:

ATHYMIL ^(M)	Franța
BOLVIDON ^(M)	Anglia
LANTANON ^(M)	Italia
LERIVON ^(M)	Belgia
MIANSAN ^(M)	Iugoslavia
NORVAL ^(M)	Anglia
TOLVIN ^(M)	RFG
TOLVON ^(M)	Austria, Danemarca, Elveția, Grecia, Olanda, Portugalia,

427. MIASISCEV Vladimir Nicolaevici (1893—1974) ● Psihiatru și psiholog rus, șef al catedrei de psihologie a Universității din Leningrad. Este autor al unui mare număr de lucrări privind psihologia persoanei și a actului medical. Cele mai reprezentative lucrări ale sale sînt: „Personalități

taea și nevrozele": (1960) și „Bazele psihologiei generale și medicale” (1968).

428. **MIASTENIE^(B) boală** (cf. gr. *mys* „mușchi”; *astheneia* „slăbiciune”) — sin. **ERB-GOLD-FLAM^(B) boală**; **PSEUDOPARALIZIE MIASTENICĂ** ● Afecțiune musculară, care se datorează unui dezechilibru metabolic la nivelul joncțiunii neuromusculare, sensibil la prostigmină. Deși etiopatogenia bolii rămâne încă insuficient cunoscută, se presupune intervenția unui mecanism autoimun, legat de o disfuncție a timusului (în timpul activității musculare, se produc substanțe cu acțiune toxică curarizantă, ce tulbură echilibrul metabolic colinesterazic și împiedică transmiterea normală a influxului nervos la nivelul plăcii motorii). Deși miastenia nu este o boală ereditară, unele cazuri au un istoric familial pozitiv.

Cel mai frecvent, debutul afecțiunii se situează între 20—30 ani, deși formele infantile și juvenile nu sînt excepționale (s-a descris și o formă congenitală). Sexul feminin este mai des afectat. Simptomul principal al bolii constă în oboseala rapidă pînă la epuizarea mușchilor supuși activității, cu instalarea unor pseudoparalizii; după odihnă, forța musculară se restabilește treptat. Miastenia este totdeauna mai evidentă seara.

Din punct de vedere topografic, se descriu:

- forma superioară (în care pseudoparalizii cuprind mușchii oculomotori, realizînd oftalmoplegia cu strabism, ptoză palpebrală, și musculatura cu inervație bulbară, cu tulburări funcționale de tip labio-gloso-laringian);
- forma inferioară (spinală), care interesează preponderent mușchii cefei și pe cei proximali ai extremităților.

Miastenia neonatală îmbracă două forme:

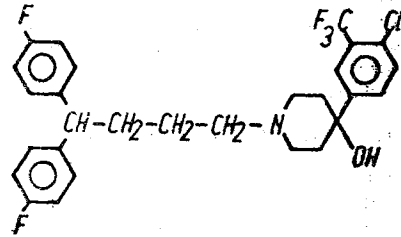
- tranzitorie (10% din cazuri), manifestă mai ales la fetițele provenite din mame miastenice;
- congenitală, instalată de la naștere și în care nu se obține o remisiune completă a simptomelor (ca în forma tranzitorie).

Examenul electric clasic evidențiază „reacția miastenică a lui Jolly” (la stimulări repetate, răspunsul muscular scade, ca urmare a creșterii pragului de excitație). Cronaxia musculară crește paralel cu efortul muscular. Electromiografic, se constată o evoluție asemănătoare a răspunsurilor succesive (o descreștere rapidă a intensității lor). Evoluția obișnuită a bolii este lent progresivă, spre agravare.

Tratamentul este cronic, dozele de prostigmină, trebuind să fie majorate cu timpul. La bolnavii cu hipertrofie de timus, ablația chirurgicală a glandei are deseori efecte favorabile.

429. **MICEFAL^(M)** Cehoslovacia — DCI *Penfluridol* ● Neuroleptic, derivat difenilbutilpiperidinic de tip 4-14-clor- α,α , α -trifluoro-m-tolil/-1-14,4-bis

(p-fluorofenil) butil-4-piperidino, apropiat chimic și farmacodinamic de PIMOZIDE. Acțiunea antipsihotică bună și sedativă scăzută (necesită asociere), îl recomandă pentru tratamentul ambulator de lungă durată.



430. **MICHAELIS^(S) sindrom** ● Sindrom legat de patologia mezencefalică, incluzînd, alături de somnolență, hiperfagie și bulimie, astenie, tulburări ale activității (depresie, hipomanie sau disforie) și episoade paranoide.

431. **MICHÉA Claude François** (1815—1882) ● Psihiatru francez. Studiază la Paris, unde își susține teza privind halucinațiile, în 1837. Are o arie largă de preocupări: isteria, mania, hipocondria, delirul. Încearcă corelații între constanțele biologice ale singelui și nevroza isterică (1846), precum și între aceste constanțe și manie (1848). Principala sa lucrare este „*Traité pratique, dogmatique et critique de l'hypocondrie*”, apărută în 1845.

432. **MICHIGAN^(T) test** ● Probă destinată evaluării capacității adaptive a copiilor de 7—16 ani; a fost introdusă în practică în 1953 și revizuită de HUTT, în 1980. Constă în prezentarea unor poze standardizate (alese empiric), pe baza cărora li se cere subiecților să construiască mici povestiri. Testul conține 15 imagini ale unor situații personale și sociale considerate critice în dezvoltarea copilului, dintre care una este incompletă, favorizînd proiecția subiectivă specifică. Evaluarea se face prin note standardizate.

433. **MICOZĂ** (cf. gr. *mykes* „ciupercă”) ● Afecțiune datorată unor ciuperci (cel mai frecvent, *Candida*) care pot determina, la nivelul sistemului nervos central, fie un abces cerebral (dezvoltîndu-se simptomatologia caracteristică unui proces expansiv), fie meningită (în care analiza lichidului cefalorahidian evidențiază reacție celulară de tip limfocitar și hipoglicorahie), fie, mult mai rar, forme izolate. Prognosticul sumbru al acestor afecțiuni este datorat și faptului că atingerea nervoasă (ca și apariția micozei, în general) se pro-

duce din cauza unei deficiențe imunitare preexistente sau apărute în urma unor tratamente specifice sau a anumitor intervenții chirurgicale (de tipul cateterismului prelungit, al intervenției pe cord deschis).

434. MICRO- (cf. gr. *mikros* „mic”) ● Element de compunere, care introduce sensul de mic, subdimensionat.

435. MICROBAMAT^(M) Austria ● Tranchilizant, derivat propandiolic ^{sin.} → MEPROBAMAT^(M) România.

436. MICROCEFALIE (cf. *micro-*; gr. *kephale* „cap”) — sin. MICROCRANIE; NANOCEFALIE; OLIGOENCEFALIE ● Reducere accentuată a volumului cutiei craniene și oprire primară a dezvoltării creierului, datorită închiderii premature a suturilor. În etiologia microcefaliei se disting:

- defecte ale dezvoltării creierului (microcefalie ereditară, ce se transmite autosomal-recesiv, iradiere intrauterină, sindrom Seckel, sindrom Cornelia de Lange, sindrom Rubinstein-Taybi, sindrom Smith-Lemli-Opitz);
- infecții intrauterine (rubeolă congenitală, citomegalie, toxoplasmoză congenitală, sifilisul congenital, infecția cu virus herpetic);
- afecțiuni peri- și postnatale (anoxie intrauterină sau neonatală, malnutriție severă);
- boii cromozomiale (sindrom „cri du chat”, trisomie 13).

La naștere, capul este de dimensiuni aproape normale, dar fontanelele sînt mici sau închise; deoarece creșterea în volum a cutiei craniene este foarte lentă, decalajul față de volumul normal se accentuează cu vîrsta, la maturitate circumferința craniană nedepășind 40 cm. De regulă, în microcefalia genetică (uneori și în cea embriopatică exogenă), regiunea frontală este proeminentă, ascuțită, cea occipitală aplatizată, iar plafonul cutiei craniene descinde în pantă dinspre vertex către regiunea fronto-parietală. În contrast cu craniul, masivul facial pare excesiv. Dezvoltarea motorie și psihică sînt constant întîrziate (QI sub 50). Modificările de comportament sînt frecvente (feretism, iritabilitate, agresivitate); în 1/3 din cazuri apar convulsii, spasticitate, diverse diskinezii, afecțiuni ale nervilor cranieni.

Anatomopatologic, creierul microcefalilor nu depășește 1000 g; emisferile cerebrale nu acoperă cerebelul, iar circumvoluțiile și șanțurile îmbracă un aspect simplificat (agirie, pahigirie, microgirie), lipsa unor șanțuri secundare și în totalitate a celor terțiare; neuronii sînt rarefiați, insuficient maturați, cu aparat dendritic redus ca dimensiuni și număr; degenerările chistice, porencefalia, cicatricile cortico-meningee, aspectele de scleroză

cerebrală atrofică și calcificările intracerebrale, frecvente în microcefaliile exogene, lipsesc în cele genetice.

Prognosticul microcefaliei depinde de intensitatea tulburărilor anatomoclinice. Dacă un număr relativ redus de bolnavi sînt parțial educabili, majoritatea rămînd dependenți de îngrijirile acordate în unitățile de asistență socială.

437. MICROCLIMAT (cf. *micro-*; gr. *klima* „climat, zonă, regiune”) — sin. MICROMEDIU ● Ansamblul factorilor de mediu apropiat (ambianța imediată) în care se desfășoară existența unui individ. Poate fi familial, profesional. În sens restrîns, microclimatul se referă la condițiile de muncă ale unei persoane, care se repercutează asupra activității sale, în sensul creșterii sau scăderii eficienței acestei activități.

P. POPESCU-NEVEANU grupează factorii de microclimat astfel:

- ambianța fizică (temperatură, iluminare, umiditate, elemente toxice etc.);
- ambianța psihosocială (relații interpersonale, motivație pentru activitate, aprecierea celorlalți și gradul de colaborare cu ei, în general, tot ceea ce derivă din relațiile interpersonale, într-un mediu profesional dat);
- regimul de lucru (ritmul activității, pauzele, durata programului la locul de muncă, timpul de odihnă, timpul acordat distracțiilor).

438. MICRODIAGNOZĂ ● Proces de evaluare comportamentală, care reprezintă atît o perfecționare cît și o extindere a proceselor de diagnoză prin teste standard, din psihologia clinică.

Depășind diagnosticul standard bazat pe rezultatele unor teste și pe presupunerea că individul care este apreciat exact prin ele, reprezintă (reproduce) clasa sau grupul pe care s-au obținut rezultate asemănătoare, microdiagnoza încearcă să corecteze erorile în evaluarea abilității actuale a individului, ca și a posibilităților ulterioare de compensare și redobîndire a unor abilități pierdute. De altfel, o serie de cercetători, începînd cu LURIA, au arătat ineficiența procedeelelor standardizate în anumite situații (HUNT, HUTT, GIBBY, TYVER etc.). În acest context, microdiagnoza aplică proceduri exploratorii care testează limitele rezultatelor potențiale ale testelor cu ajutorul investigațiilor experimentale ale parametrilor relevanți, cum ar fi evaluarea istoricului bio-socio-educational al individului, comportamentul său în timpul ședinței de examinare etc. Unii cercetători au adoptat pentru clinică metode mai laborioase, folosite anterior doar în studii experimentale (LANYON, WEISS, GOODSTEIN), iar alții au folosit procedeele retestării (HUTT, SOEFFING). Majoritatea autorilor au căzut de acord asupra faptului că scorul unui test standar-

dizat este doar o primă aproximație, care presupune, în majoritatea cazurilor, o serie de ipoteze ajutătoare, care explică toate deviațiile „suspecte” de la scorul adevărat și care, în fond, dau amprenta cazului.

Microdiagnoza cere din partea psihologului o atitudine mai activă. Ea validează, încă o dată, principiul conform căruia, în afara cabinetului de psihologie, testele nu au valoare predictivă, și atrage atenția asupra faptului că examinarea psihologică „la mîna a doua” (prin observatori intermediari) sau completarea chestionarelor în condiții de izolare a bolnavului sînt cel puțin hazardate și inoperante, dacă nu chiar desprins de însuși spiritul psihologiei clinice. În legătură cu aspectul global al examinării și chiar cu corecția pe care microdiagnoza o oferă, L. E. TAYLOR (1978) avertizează: „a venit timpul să examinăm presupunerile conform cărora comportamentul este un principiu care nu poate fi prezis” și nici cuantificat exact.

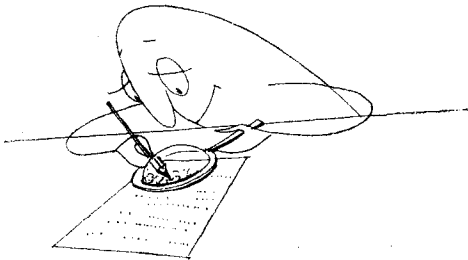
439. MICROENCEFALIE ADEVĂRATĂ (cf.

sin. *micro-*; gr. *enkephalos* „creier”) → GIACOMINI^(S) sindrom.

440. MICROFOBIE^(F) (cf. *micro-*; gr. *phobos* „frică”) ● Frică patologică, obsesivă, nemotivată, de obiecte mici. De obicei, mai rar întîlnită, este orientată în general către un anumit tip de obiect.

441. MICROGIRIE (cf. *micro-*; gr. *gyros* „cerc”) ● Lipsa dezvoltării sau atrofierea circumvoluțiilor cerebrale, ca urmare a unor agresiuni (Infecțioase, toxice), realizînd un tablou anatomopatologic macroscopic specific al cortexului, al cărui corespondent psihic este nedezvoltarea sau scăderea intelectului.

442. MICROGRAFIE (cf. *micro-*; gr. *graphein* „a scrie”) ● Scriere mărunță, aproape liniară, adesea pînă la ilizibilitate, ce poate fi întîlnită



în schizofrenie, parafrenie, unde nu are valoare deosebită de diagnostic, dar poate evidenția existența unei depresii.

443. MICROGRUP (cf. *micro-*; it. *gruppo* „nod”) ● Categorie de grup social cu următoarele caracteristici definitorii:

- existența unui număr restrîns de indivizi (de la minimum 2 la maximum 30—40) ce au scop comun care captează și orientează eforturile tuturor membrilor;
- rețea de statute și roluri îmbinate într-un anumit fel, după natura microgrupului (profesional, familial, amical etc.);
- sistem de norme și valori recunoscute și interiorizate, deci acceptate de membri, reglîndu-le conduita;
- relații interpersonale directe, nemijlocite.

Grupul mic sau restrîns sau grupul primar se caracterizează și prin relații afective strînsse între membrii săi, ceea ce amplifică, informal, solidaritatea de grup. După COOLEY, microgrupul presupune relații directe (face-to-face), cu grad ridicat de intimitate. Esențial pentru microgrup este axul motivațional ce susține interdependența strînsă dintre membri, bazat pe afinități electivă, pe așteptări reciproce, urmate de satisfacerea reciprocă a unor trebuințe dominante la fiecare dintre membri → GRUP PRIMAR.

444. MICROMANIAC/MICROMANIACAL^(D) delir (cf. *micro-*; gr. *mania* „nebulie”) — sin. MICROPTIC^(D) delir ● Delir descris de MATERNE, constînd în convingerea subiectului, pe cît de fermă, pe atît de nemotivată, că imaginile halucinatorii sînt mult mai mici decît cele reale sau că el însuși a devenit mai mic în ansamblu sau anumite segmente ale corpului i-au fost reduse. Considerat de către clinica psihiatrică clasică drept unul dintre delirurile caracteristice paraliziei generale progresive, mai poate fi întîlnit — puțin frecvent — și în schizofrenie, psihoze etilice, ca urmare a consumului de substanțe psihedelice sau a leziunilor de căi optice.

445. MICROPSICE^(H) halucinații (cf. *micro-*; gr. *ops* „vedere”) — sin MICROSCOPICE^(H) halucinații → LILIPUTANE^(H) halucinații.

446. MICROSOCIOLOGIE (cf. *micro-*; fr. *sociologie*) ● Termen folosit de GUREVITCH, prin analogie cu microfizica, disciplină care studiază legile elementelor constitutive ale materiei. Microsociologia studiază elementele componente cele mai simple ale socialului, numite de GUREVITCH forme de sociabilitate, adică „multiplele moduri de a fi legat de întreg și în cadrul întregului”, forme care pot exista atît într-un grup mic, cît și într-o societate globală. Această concepție microsociologică îl determină pe GUREVITCH să clasifice formele de sociabilitate în masă, comunitate și comuniune, în funcție de legăturile sociale care prezintă diverse grade de intensitate, de fuziune într-un „noi”. Microsociologia se ocupă de studiul gru-

purilor particulare și de structurile sociale concrete.

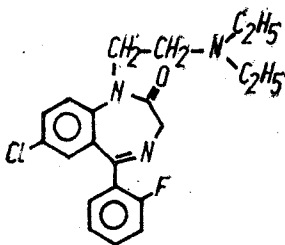
447. **MICROSOMIE HIPOFIZARĂ** (cf. *micro-*; gr. *soma* „corp”) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NANISM HIPOFIZAR.

448. **MICROTELOPSICE^(I) Iluzii** (cf. *micro-*; gr. *tele* „departe”; *ops* „vedere”) — sin. MICROTELOPSIE ● Iluzii vizuale din categoria micropsiei, descrise de Van BOGAERT (1928), constând în micșorarea aparentă (dublă de îndepărtarea lor aparentă) a obiectelor reale.

449. **MIDAS^(S) sindrom** (Numele sindromului este legat de legendarul rege MIDAS — 738—697 î.e.n. — care, cerînd zeilor să aibă puterea de a transforma în aur tot ceea ce atîngea, ajunge să nu se mai poată hrăni, deoarece și alimentele devin bucăți din prețiosul, dar în asemenea condiții, metal inutil) ● Manifestare cu caracter neobișnuit, denotînd o patologie a cuplului și constînd în tendința spre libertinaj a unor femei după vîrsta de 30 de ani. G. BRUYN și U. DEJONG, autorii care au descris acest sindrom, în 1959, arată că el este cauzat de dezinteresul pe care unii bărbați îl arată pentru parteneră odată cu înaintarea în vîrstă și de lipsa unei preocupări a acestora pentru calitatea raporturilor sexuale. În compensație, partenerile rup relația obișnuită în căutare de senzații noi, fără însă a mai crea cupluri durabile, datorită lipsei unor participări psihoafective corespunzătoare.

450. **MIDIXIN^(M) SUA** ● Tranchilizant, derivat propandiolic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MEPROBAMAT^(M) România.

451. **MIDORM^(M) Italia** — DCI *Flurazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1/2-(dimetilamino) etil-5-(0-fluorofenil)-1,



3-dihidro-2H-1, 4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, indicat în insomniile mixte; este contraindicat în sarcină, alăptare, glaucom și miastenie.

452. **MIDRIAZĂ^S semn** (cf. gr. *mydriasis* „maladie a pupilei”) ● Dilatare a pupilelor, realizată prin mecanism simpatic, bilaterală sau unilaterală, definitivă sau reversibilă.

Poate fi spastică, în iritațiile simpaticului din criza epileptică și schizofrenie, sau paralică, în sifilisul sistemului nervos central, polioencefalite, tumori craniene. Midriaza paralică este cel mai adesea ireversibilă.

Dintre medicamentele care pot produce midriază menționăm :

- LSD
- cocaină
- IMAO
- antidepresive triciclice
- propantelină
- piperidolat
- glutetimid
- L-epinefrină
- intoxicație cu barbiturice
- faza tardivă a intoxicației cu paraldehide
- fenotiazine (cu excepția clorpromazinei)
- fentolamine
- atropina (medicamente antimuscarinice)
- scopolamină
- beladonă
- efedrină
- fenilefrină
- antimalarice
- bromide
- salicilați
- antihistaminice.

Midriaza unilaterală evidențiază o compresiune la nivelul trunchiului cerebral și are o mare valoare pentru diagnostic.

453. **MIDRIAZĂ VOLUNTARĂ** ● Dilatare a pupilelor, care se poate obține și voluntar (de unii subiecți), fiind însoțită și de alte semne simpatice.

454. **MIELINIZARE** (cf. gr. *myelos* „măduvă”) ● Procesul de formare a tecii de mielină din jurul fibrelor nervoase, mielina avînd rol protector și izolator (→ AXON). Mielinizarea face parte din maturarea fibrelor nervoase și se încheie în adolescență, determinînd consolidarea capacității funcționale a sistemului nervos; deci tulburările acestui proces au consecințe psihice. Odată cu mielinizarea, încetează și evoluția structurală a sistemului nervos; la această vîrstă, elaborarea unor sisteme funcționale complexe (limbaj, memorie de durată, reglaj voluntar) este un proces finit. Pînă la încheierea procesului de mielinizare, plasticitatea sistemului nervos este maximă.

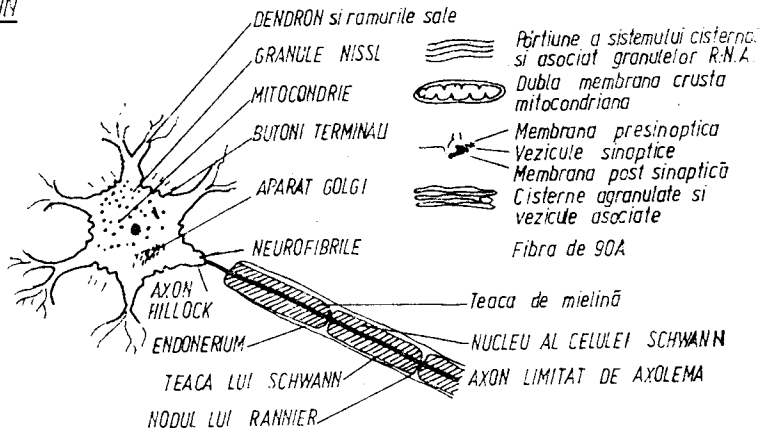
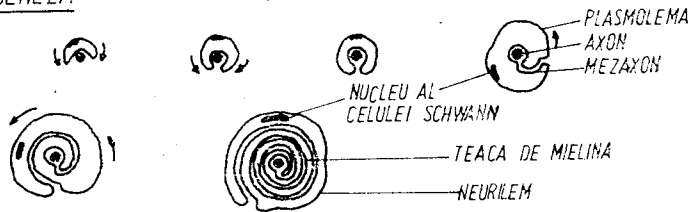
NEURONMIELOGENEZA

Figura de mai sus reda la stînga structura celulei nervoase așa cum apare la microscopul optic; în dreapta sînt arătate detaliile acestei structuri văzute la microscopul electronic; partea de jos a figurii arată procesul de mielogeneză

455. **MIELOPATIE SENILĂ^(s) sindrom** (cf. gr. *myēlos*; *pathos* „încercare, suferință”) ● Scădere a sensibilității termice și vibratorii, însoțită de o diminuare a reflexelor; aceste fenomene apar la nivelul jumătății inferioare a corpului: Este consecutivă demielinizării parțiale a cordoanelor posterioare (predominant fasciculul Goll). Apare la vîrstnici, avînd drept etiologie arterioscleroza cerebrală, alcoolul, toxicele, scăderea proteinelor serice (disfuncție hepatică).

456. **MIETEN^(s) sindrom** ● Boală genetică rară cu transmitere autosomal-recesivă. Este caracterizată clinic prin contractură în flexie a corpului, nanism, opacifiere corneană, deficit mintal grav.

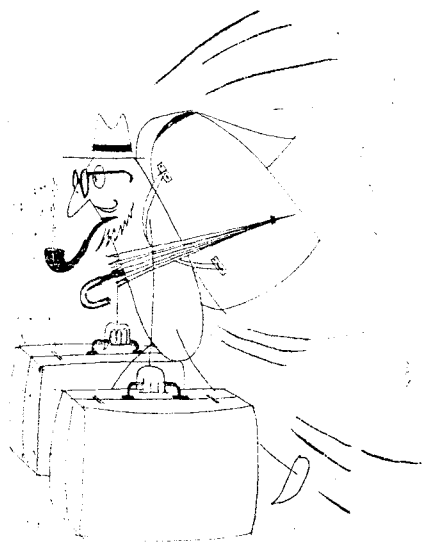
457. **MIFOFOBIE^(F) ●** Teama patologică de a nu spune minciuni, care poate însoți corolarul fobic al decompensărilor personalităților dizarmonice

de tip psihasten și al nevrozei fobice, dar care poate apărea și în schizofrenie. (caz în care nu este o fobie „adevărată”) De fapt, nu este vorba de înțelesul comun al minciunii ci de posibilitatea ca afirmația făcută să fie inexactă, în acest sens, desigur că orice afirmație poate deveni „minciună”. Nu este o fobie „adevărată”.

458. **MIGRAȚIE** (cf. lat. *migratio* „schimbare a locului”) ● Deplasare în masă a indivizilor la distanțe mai mici sau mai mari. Emigrația desemnează părăsirea locului, a țării de baștină, iar imigrația — venirea în altă țară.

Fie că este vorba de migrația de la sat la oraș, fie că este vorba de emigrație sau imigrație, procesul este studiat din perspectivă demografică, fiind puternic influențat de factori economici, sociologici, antropologici și psihologici, ce condiționează comportamentul colectiv și individual.

Supușă condițiilor social-istorice specifice diferitelor epoci, migrația din zilele noastre se produce mai ales dinspre sat spre oraș. Aceste transmutații joacă un rol important în geneza unor tulburări psihice, care ridică pacientului probleme de adaptare (→ ADAPTARE), iar medicului, probleme de terapie.



Procesul crescând al industrializării, aspirația legitimă a individului spre o viață mai bună, spre cuceririle tehnicii și tehnologiei, spre știință, cunoaștere, au făcut ca tot mai mulți tineri de la sate, să intre, prin intermediul unor cursuri de pregătire profesională, în rîndul populației urbane, ocupînd locuri de muncă în diferite ramuri productive industriale. Ritmul înalt al mecanizării, automatizării, informatizării, ca și condițiile impuse de ordonarea timpului (program de muncă, lucru în ture) și de noul statut socio-familial (izolarea de familia tradițională și necesitatea fundamentării unor noi relații interpersonale, a unei familii proprii etc.) sînt elemente care, la un moment dat, prin cumulare sau prin bruschețea instalării lor, pot condiționa la un individ mai slab înzestrat cu modalități psihobiologice adaptative, apariția unor tulburări care cuprind întreaga gamă psihopatologică, dar în special a celor de tip psihogen (→ STRESS).

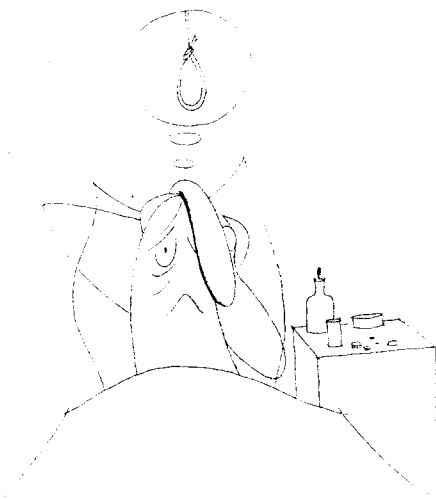
Efectul patogen al migrației în geneza psihozelor nu poate fi susținut cu certitudine, dar nici nu poate fi neglijat, avînd în vedere puternicul ecou afectogen negativ pe care îl are dezrădăcinarea asupra indivizilor rupți în mod brutal de mediul

securizant al familiei, al comunității spirituale (culturale, tradiționale, de limbă) din care provin.

Migrația are un impact psihosocial semnificativ, punînd serios la încercare echilibrul persoanei : personalitățile fragil constituite sînt primele care cedează în fața unor condiții stresante, impuse de o adaptare forțată și brutală. Dizarmonia structurală a personalității este prima care „cedează” în fața schimbărilor rapide și complexe la care este supușă, în condițiile unei noi ordini a valorilor economice, sociale și morale, impuse de noul mediu.

Fenomenul de izolare determinat de faptul că oamenii vorbesc alt grai, au alte obiceiuri, alt tip de reactivitate psihologică (nu este de neglijat nici conduita xenofobică a unor societăți occidentale în fața imigranților aflați în căutarea unui loc de muncă) reprezintă o sursă de permanentă tensiune psihologică, generatoare de anxietate și reacții cu conținut paranoid sau melancoliciform a căror remisie este dificil de apreciat, în condițiile în care circumstanțele etiopatogenice de mediu se mențin neschimbate.

459. **MIGRENĂ** (cf. fr. *migraine* ; vezi gr. *hemi* „jumătate” ; *kranion* „craniu”) ● Una dintre cele mai comune tulburări neurologice ; este o cefalee vasculară definită ca o cefalee pulsatilă unilaterală, de obicei fronto-orbitară paroxistică perio-



dică, precedată de fenomene vizuale și senzoriale și însoțită sau urmată de grețuri, vărsături, fotofobie. Poate apărea și sub forma unei dureri asociate cu inhibiție sau agitație. Cazurile de agitație presupun o stare crepusculară, uneori cu amnezie retrogradă — sindrom tranzitoriu, avînd uneori o bază organică, confirmată de modificări electro-

encefalografice ce apar la începutul crizei și dispar odată cu ea. S-a stabilit, de asemenea o relație între migrenă și epilepsie, aceste afecțiuni putând fi asociate la unii subiecți, iar în alte cazuri manifestându-se și alternativ, înlocuindu-se una pe cealaltă. Crizele migrenoase au determinism genetic, apărând mai frecvent la femei, intelectuali și în mediul urban, mai ales în timpul sau după episoadele de supraîncordare psihică sau stresuri emoționale.

Din punctul de vedere al psihanalizei, sînt caracteristice impulsunile ostile și distructive, ALEXANDER considerînd inhibiția intervenită în faza psihologică de pregătire a unui atac răspunzătoare de apariția simptomului. Este descrisă o personalitate a migrenosului : perfecționist, frecvent frustrat prezentînd o anxietate marcată, din care nu-și găsește ieșire decît în criză. Poate fi dominat de o notă depresivă sau euforică, iar simptomatologia vegetativă este bogat reprezentată, confirmînd rolul important al sistemului nervos vegetativ în declanșarea și întreținerea mecanismelor vasomotorii. Aceste tulburări vasomotorii se desfășoară în trei etape :

- faza de vasoconstricție, în care simptomatologia variază cu zona afectată și care se explică, probabil, prin eliberarea de catecolamine (se constată o creștere a excreției de acid vanilmandelic) ;
- faza de vasodilatație, variabilă ca durată, mai lungă decît prima și explicată fie prin acidoză (consecință a fazei precedente), fie ca reacție de tip „perfuzie de lux” ; histamina sau acetilcolina par a interveni în această fază, însă în prezența unor substanțe care scad pragul pentru durere (heparină, serotonină etc.) ;
- faza de edem, în care se constată o imbiție a pereților arterelor scalpului și o infiltrație edematoasă cerebrală (ceea ce ar explica somnolența, apatia, oboseala — caracteristice fazei) ; diureticele drastice, precum și soluțiile hipertone administrate cu eficiență în această fază confirmă prezența edemului.

Patologia neurovegetativă a migrenei explică utilizarea în terapie a substanțelor care, în diferite moduri, influențează sistemul nervos vegetativ și mediatorii chimici responsabili de tulburările vasomotorii cefalice (preparate de ergotamină, betablocante). Acupunctura și acupresura au dat uneori rezultate bune în tratamentul stărilor migrenoase.

460. **MIGRENĂ ABDOMINALĂ** (vezi migrenă ; cf. lat. *abdomen* "pîntec") ● Echivalență migrenoasă — cu frecvență mai ridicată la adolescenți (dispare cu vîrsta) —, constînd în dureri abdominale paroxistice, de intensitate mare, fără suport obiectiv, asociate cu vomă, palpitații, tahicardie,

paloare discretă, agitație. Simptomatologia reapare la intervale diferite sau se poate manifesta într-o criză unică.

461. **MIGRENĂ BAZILARĂ** (vezi migrenă ; cf. lat. *basilaris*) ● Simptomatologiei migrenei obișnuite i se asociază și crize de pierdere a cunoștinței. Este înfîlțită la sexul feminin la pubertate avînd evoluție benignă sau către „migrena tip”. Ridică probleme de diagnostic diferențial cu epilepsia sau nevroza isterică.

462. **MIGRENĂ DISFRENICĂ** (vezi migrenă ; cf. gr. *dys* „difícil” ; *phren* „spirit minte”) ● Acces migrenos însoțit de confuzie cu evoluție în paroxism, cu caracter repetitiv.

463. **MIGRENĂ HEMIPLEGICĂ** (vezi migrenă ; cf. gr. *hemi* „jumătate” ; *plege* „lovitură”) ● Paroxism migrenos, însoțit de hemiplegie, precum și de prezența modificărilor electroencefalografice de tip lent, în emisfera contralaterală.

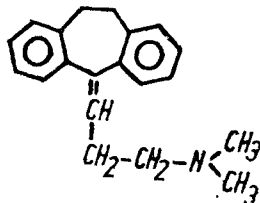
464. **MIGRENĂ NAZO-CILIARĂ** (vezi migrenă ; cf. lat. *nasus* „nas” ; *cilium* „pleoapă”) ● Acces migrenos de tip obișnuit, cu localizare cert periorbitală, însoțit de congestia conjunctivelor și de senzația de obstrucție nazală.

465. **MIGRENĂ PUTNAM** ^{sin.} → NEURALGIE OFTALMICĂ.

466. **MIGRENĂ VESTIBULARĂ** (vezi migrenă ; cf. lat. *vestibularis*) ● Acces migrenos cu atingere vestibulară, constînd în scăderea auzului, nistagmus, senzație de plutire și vertij, greață.

467. **MIKERAN**^(M) Japonia — DCI *Corteolol* ● Betablocant de tip 5-*I*3-(tert-butilamino)-2-hidroxi-*propoxil*-3, 4-dihidrocarbostiril, indicat în combaterea anxietății (cu și fără determinări somatice), alcoolism, afecțiuni psihosomatice. Nu creează dependență. Nu se asociază cu IMAO.

468. **MIKETORIN**^(M) Japonia — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N, N-dimetil-5H-dibenzola, *dl*-cicloheptenă- Δ^{5Y} -propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de AMITRIPTILINĂ^(M).



469. **MIKROPLEX LITHIUM^(M)** RFG — DCI *Lithium gluconat* ● Timoizoleptic, sare de litiu, cu performanțe comparabile cu cele ale CARBONATULUI DE LITIU^(M) România → LITIU — săruri.

470. **MILETICIU George** (1853—1917) ● Creatorul psihiatriei în Oltenia, unul dintre pionierii psihiatriei științifice românești; a studiat medicina la București, unde a susținut teza (1881) „Alcoolismul — efectele sale psihice și morale asupra populației”, lucrare care constituie prima monografie din țara noastră referitoare la această problemă deosebit de importantă prin implicațiile sale medicale și sociale.

Din 1882 își începe activitatea la Craiova, în micul spital de boli nervoase Madona Dudu. El este, de altfel, primul psihiatru care a lucrat în acest așezământ, activând sub conducerea dr. FABRICIUS Iosif (1830—1888), care a avut un rol deosebit în formarea sa ca psihiatru; după 1888, anul morții lui FABRICIUS, devine directorul spitalului, funcție pe care o ocupă pînă în 1891, cînd vechiul spital se dezafectează.

Este considerat, alături de FABRICIUS, ctitorul noului Ospiciu Madona Dudu, cea mai modernă și funcțională unitate spitalicească de psihiatrie de la noi din țară din epoca respectivă. Spitalul a fost inaugurat la 5 iunie 1891 (anterior Spitalului Socola din Iași și a Spitalului Central din București) după planurile arhitectului SĂVULESCU, în urma solicitărilor lui MILETICIU, care studiaspital de acest gen din Franța, Germania, Austro-Ungaria.

Noul spital de psihiatrie din Craiova oferea condiții de cazare și tratament net superioare celor existente în alte unități la acea dată. Unul dintre meritele sale principale, demn de a fi subliniat, îl reprezintă faptul că jumătate din numărul paturilor erau afectate bolnavilor acuți, fapt pentru care această unitate este considerată prima de la noi din țară care se apropie mai mult de noțiunea de spital de psihiatrie.

George MILETICIU a publicat numeroase lucrări științifice (peste 30), dintre care menționăm: „Considerații asupra tratamentului alienaților” (1889), „Studii psihiatrice” (1895), „Afecțiuni simulate și mijloace de recunoaștere” (1902), „Ospiciul Madona Dudu și considerații asupra alienaților din România” (1905), „Tratamentul sifilisului cu preparatul Ehrlich-Hata” (1910), „Soarta alienaților în decursul veacurilor” (1916), precum și numeroase articole în revistele vremii: „Spitalul”, „Progresul medical român”, „Arhiva”.

Este unul dintre membrii fondatori ai primei reviste medicale românești, „Spitalul” (1880), precum și întemeietorul Cercului medico-farmacologic din Craiova (1903).

Principalul elev și discipol al său a fost George CONSTANTINESCU, care l-a urmat la conducerea spitalului Madona Dudu.

471. **MILEZIN^(M)** Cehoslovacia — DCI *Levomepromazin* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic, de tip (—)-10-(3-dimetilamino-2-metilpropil)-2-metoxifenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, valențe antidepressivă și anxiolitice. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de LEVOMEFROMAZIN^(M).

472. **MILITHIN^(M)** Grecia ● Timoizoleptic, sare de litiu $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CARBONAT DE LITIU^(M) România.

473. **MILLER^(T) test** ● Test verbal de analogii, conținînd 100 de itemi; este folosit în evaluarea nivelului inteligenței verbale a persoanelor cu nivel de instrucție ridicat. Evaluează atât capacitatea de verbalizare, cît și unele aspecte motivaționale, avînd o putere ridicată de discriminare. Este folosit mai ales în predicția performanțelor individului normal.

474. **MILLES^(S) sindrom** — sin. ANGIOM. CUTANEO-CEREBRAL; ANGIOMATOZĂ ENCEFALO-TRIGEMINALĂ; ANGIOMATOZĂ MENINGO-OCULO-FACIALĂ; DISPLAZIE CONGENITALĂ NEURO-ECTODERMALĂ; ECTODERMATOZĂ CEREBRALĂ; KALISCHER^(S) sindrom; KRABBE^(S) sindrom; LAWFOR^(S) sindrom; NEUROANGIOMATOZĂ ENCEFALO-FACIALĂ; PARKES-WEBER-OSLER-DIMITRI^(S) sindrom; STURGE^(S) sindrom; STURGE-WEBER-KRABBE- BRUSCHFIELD-WYOTT^(S) sindrom; WEBER^(S) sindrom; WEBER-DIMITRI^(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ STURGE-WEBER-KRABBE^(B) boală.

475. **MILLIKAN-SIEKERT^(S) sindrom** ● Descriș de MILLIKAN și SIEKERT, în 1955, constă într-o suită de semne neurologice și psihice cu caracter tranzitoriu, de tip: vertij, diplopie, dizartrie parestezii, pareze fugace, anxietate, cefalee, tulburări de somn, ușoară agitație. Este generat de hipertensiunea arterială în sistemul arterial al poligonului Willis de la baza encefalului.

476. **MILLON^(T) — inventar** ● Instrument de evaluare a „sănătății comportamentale”, derivat dintr-o teorie a personalității imaginare de Th. MILLON; este folosit atît în clinica psihiatrică cît și în cea medicală. Furnizează informații despre stilul adaptativ specific fiecărui individ, cît și despre comportamentul în timpul bolii și al tratamentului. Cei 150 de itemi ai inventarului au un caracter autodescriptiv oferind posibilități opționale diametral opuse (adevărat, fals). Durata medie de completare este de circa 20 de minute. Cuprinde 20 de scale împărțite în patru categorii:

- studiul de adaptare fundamental (senzitiv inhibat, confidențial, submisiv etc.);

- impactul atitudinilor psihogene specifice;
- corelațiile psihosomatice;
- indicii prognostici.

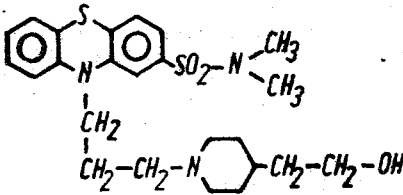
Este un instrument relativ facil de utilizat, dar a cărui precizie rămâne însă discutabilă.

477. MILONORM^(M) Anglia
MILPREM^(M) Anglia

● Tranchilizant, derivat propandiolic

lic^{sin} → MEPROBAMAT^(M) România.

478. MIL-ONSERÉN^(M) Spania — DCI Pipotiazină ● Neuroleptic incisiv, derivat piperidilalkilfenotiazinic, de tip 10-13-14-(2-hidroxietyl)piperi-



din/propil-N, N-dimetilfenotiazin-2-sulfonamidă, cu acțiune antipsihotică puternică, cu instalare rapidă și efect de durată, cu valențe antihistaminice și psihostimulente moderate. În afecțiunile cu componentă depresivă nu se administrează decât asociat cu un antidepresiv. Efectele secundare sînt moderate. Formele depôt permit un tratament de lungă durată în condiții de ambulator.

479. MILTAMATO RESERPINA^(MC) Spania ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, cu acțiune diferită, dar care se completează :

- MEPROBAMAT^(M) — tranchilizant, derivat propandiolic;
- RESERPINA^(M) — neuroleptic, derivat de Rauwolfia.

Are acțiune sedativ-anxiolitică.

480. MILTAUN^(M) Austria, Italia, RFG
MILTOWN^(M) Anglia, Elveția, SUA

— 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 întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abstenență”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT^(M).

481. MILTYSIN^(MC) SUA ● Preparat combinat reunind două medicamente tipizate, cu efect tranchilizant :

- MEPROBAMAT^(M) — tranchilizant, derivat propandiolic;
 - BENACTIZINA^(M) — tranchilizant, derivat difenilmetanic.
- Are acțiune anxiolitic-sedativă.

482. MIMICĂ (cf. gr. *mimos* „imitator, actor”) ● Tip de comunicare nonverbală, bazată pe expresia facială, coroborată cu elemente gestive și atitudinale, respectînd coduri de determinism socio-cultural și etic, care poate însoți, completa și, uneori, înlocui comunicarea verbală. Poate fi spontană (de exemplu, în situații care provoacă emoții violente) sau convențională (legată de atitudini sociale), dar întotdeauna poartă amprenta personalității fiecăruia.

Tulburările mimicii apar în condițiile afectării instrumentelor acesteia sau a nivelului integrator și semnificat, instrumentele sale fiind indemne. În primul caz, tulburările aparțin domeniului neurologiei, în ultimul, capătă valoare psihopatologică. În funcție de intensitatea expresiei mimicii se descriu hipermimie, hipomimie și amimie; în raport cu sinergismul dintre mimică și conținutul afectiv al ideilor, se descriu paramimie, iar inadptarea mimicii la fondul psihic real traduce simulația și mimica de împrumut (în isterie).

În stările maniacale, hipermimie este euforică sau coleroasă și exprimă excitația psihomotorie : faciesul este extrem de mobil, apare o salivă abundentă. Adeseori, ecomimia se integrează în comportamentul ludic al bolnavului, iar ideile de grandoare ale maniacalului se pot traduce uneori printr-o mimică condensentă, ironică, exprimînd siguranța de sine.

În stările depresive, mimica trădează o durere insuportabilă : privirea este stinsă, fanta palpebrală îngustată, mușchii frontali contractați desemnează un „omega melancolic”.

Disperarea care însoțește uneori șocurile emoționale violente modelează o mimică spectaculoasă, frapantă, asociînd aspectele caracteristice depresiei cu tulburări neurovegetative, plîns spasmodic etc.

Spre deosebire de delirurile expansive megalomanice, unde mimica este ironică, condensentă, hipervoluntară sau exaltată, în delirurile de persecuție, mimica subiectului exprimă suspiciune, neliniște, anxietate. O hiperimie de tip compensator se observă la pacienții surdo-muți, la care mimica ia locul comunicării verbale.

În afara hiperimiei globale, amintite există hiperimii regionale și locale, afectînd o zonă sau o parte restrînsă a feței. Este domeniul ticurilor, al manifestărilor din maladia Wilson, al spasmului de torsione etc.

Hipomimia (termenul de amimie nu este justificat în psihopatologie, deoarece faciesul, deși imobil, are totuși forța de a evoca o anumită trăire psihică ; numai asocierea unui context neurologic creează un facies complet inexpressiv) are la bază fie hipertonia, fie hipotonia musculaturii mimicii.



A. Dürer

În stupoarea melancolică și în depresie, este afectat etajul superior al feței, cu riduri frontale („omega melancolic”). Privirea fixă își recapătă în anumite momente mobilitatea (evocarea unor amintiri). Deși faciesul depresiv este descris de semiologia clasică în cadrul hipomimiilor, luându-se în considerare motilitatea redusă a mimicii depresivului, considerăm totuși că ar fi mai bine încadrată în grupul hiperimimilor, prin puternica încărcătură afectivă pe care o exprimă.

Oligofreniile se caracterizează printr-o hipomimie aflată în raport direct cu deficitul intelectual (este datorată sărăciei gândirii). Și aici, ca și în demențe, poate apărea ecomimia.

Hipertonia din catatonie, realizează aspectul inexpressiv al faciesului bolnavului, ca reflex al închiderii în sine. Este posibilă apariția ecomimiei, asociată cu ecolalie, ecopraxie. Tot în schizofrenie, se descriu paramimia și mimica discordantă, disinerghii între conținutul ideoafectiv și expresia

mimică. Manierismul, zîmbetul discordant, stereotipiile, incoerența mimică (mimica discordantă) și aspectele dizarmonice, asimetrice ale mimicii (paramimii) sînt frecvente în tabloul clinic al schizofreniei, ca și atitudinile de „ascultare” a vocilor, „furtunile” mimice. Acestea reflectă disociația proceselor psihice, existența halucinațiilor și a ideilor delirante.

Mimica de împrumut din isterie și simulație se caracterizează prin nota de artificialitate, demonstrativitate.

Consecutiv administrării neurolepticelor, se instalează progresiv o hipomimie (în cadrul sindromului de impregnare neuroleptică), care afectează progresiv regiunea palpebrală, musculatura aripilor nazale, apoi etajul frontal și, abia în final, regiunea perioro-mentonieră.

483. MINAMATA^(B) boală ● Achiziție recentă a patologiei psihiatrice, reprezentată de un tablou clinic compus din : parestezii, ataxie ușoară, îngustarea câmpului vizual, hipoacuzie, dizartrie, cefalee, ușoară agitație, anxietate, tulburări vegetative, tulburări ce apar consecutiv consumului de pește contaminat prin dejecții industriale în care există și mercur.

484. MINCIUNĂ (cf. lat. *mentiri* „a minți”) ● Ca termen general, desemnează acel discurs contrar adevărului ; este o alegere a subiectului (manifestată, în special, în planul relațiilor cu un alt subiect) între realitate și ficțiune, în favoarea ficțiunii, alegere manifestată prin limbaj și apreciată în mod diferit, în funcție de normele culturale, etice, religioase, politice. SUTTER o definește ca : „fapt prin care persoana se depărtează, în mod deliberat, de sistemul de corespondențe sociale admise între real și anumite forme de expresie”.

Condițiile minciunii sînt divers definite : minciuna este considerată „produs al instinctului înainte de a fi rezultatul unui calcul intelectual” (ALLENDY) ; a minți presupune existența unui material imaginar (am adăuga și a unei predispoziții constructiv-imaginative) pentru a inventa, fabula, existența unui limbaj, pentru a exprima construcția unui Eu delimitat de lume, pentru a face alegerea (Robert LAFON).

Există „minciuni necesare” (W. CHURCHILL : „în timp de război, adevărul poate și trebuie să fie protejat de o perdea de minciuni”) și minciuni echivalente cu greșeli grave. Minciuna poate fi deci, o necesitate vitală și socială. Justificarea universală a minciunii ar fi aceea că ea plasează omul (și în acest sens îl apără) în fața problemei izolării sale, a incapacității sale de comunicare deplină cu celălalt („alter”), în afara ficțiunilor sociale. SUTTER, citat de LAFON, consideră minciuna ca fiind „un moment în lupta noastră contra societății”. Părinții au o atitudine severă, puni-

tivă, față de minciunile copiilor, determinată de teama că îi amenință „o armă pe care ei înșiși au făurit-o și asupra căreia ar dori să aibă monopol”.

Minciuna patologică este fie simptom al unei tulburări mai mult sau mai puțin grave de personalitate, fie o tulburare primitivă (deci prea puțin influențată de mediu), fie psihogenă. Clasificarea minciunilor, din această perspectivă, ar include, după R. LAFON :

- Minciuni prin tulburări primitive ale personalității (aici, rolul educației și al mediului, nu este esențial). Cauze principale : insuficiența intelectuală, lipsa de control, dezechilibrul, destruc-turarea personalității. Minciunile deficiențelor mintal sînt stereotipe, sărace, ușor de detectat, au scopuri utilitare sau de revalorizare (de exemplu, răzbu-narea debilului mintal) ; sînt expresia slăbiciunii intelectuale, a lipsei de control și imaturității afective, a slăbiciunii/inconsistenței Eului și a sugestibilității. La înapoiatul psihic grav, în-tîlnim, practic, o pseudominciună. Reeducarea debilului minciinos, fabulant, mitoman, se face, dată fiind fragilitatea adaptării lui sociale, prin referire constantă la real, la concret, la adevăr.

În psihozele infantile, foarte rare în copilărie și rare în adolescență, minciuna este unul dintre efectele destruc-turării. Disocierea, indiferența și ambivalența (demența precoce și precocissima) nu mai permit o alegere reală, într-o lume trăită ca străină și haotică ; de aceea, și în acest caz, cu greu se poate vorbi despre minciună în adevăratul înțeles al cuvîntului.

În psihozele afective și delirante, minciuna este efectul exaltării imaginației și al lipsei de control. Autoacuzarea calomnioasă poate fi efectul unei stări depresive. În delir, minciunile au o puternică amprentă imaginativă, apropiindu-se de mitomanie.

Minciuna patologică poate fi apanajul unor personalități dizarmonice, care mint cu ușurință în scop utilitar, mai rar în accese megalomane ; se notează perversitatea unor subiecți, pentru care minciuna devine o a doua natură, reflectă răutate și cruzime și poate fi consecința erorilor educaționale. Pentru paranoiac, calomnia devine armă de revendicare sau persecuție. Deși aparent opuse minciunii active, disimularea și reticența au, în final, ca rezultat, tot o denaturare a sincerității.

- Minciuna-nevroză, pe care SUTTER o distinge de alte tipuri de minciună, vizează o situație conflictuală inițială care poate genera perturbări afective inconștiente, împiedicînd, prin mecanisme profunde, dezvoltarea normală a personalității. Simptomele nevrotice sînt expresia conștientă, a acestui conflict profund. Explorarea psihologică și tehnicile proiective arată implicarea relațiilor familiale conflictuale (insatisfăcătoare sau traumati-

zante) : absența personajului matern sau patern, sau a ambelor (abandon, mamă celibatară, orfelinate etc.), disociația cuplului parental (separare, divorț, neînțelegeri), rivalitate fraternă, hiper-protecție etc.

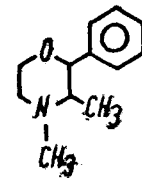
Din punct de vedere clinic, în nevroză, minciuna se asociază cu alte tulburări de comportament (agresivitate, instabilitate, opoziție la autoritate, intoleranță la frustrare, tulburări de somn, com-portamente regresive). Are caracter insolit, în aparență inexplicabil, este inutilă, gratuită. Semni-ficații ale minciunii în nevroză : refuzul realității, compensația, regresia, culpabilitatea, apărarea. Stările pasionale, „raționamentele de justificare”, emotivitatea pot antrena denaturarea sincerității, ca și o nesupunere a gîndirii la legile logice, proprie gîndirii „magice”, primitive.

Pînă la 6 — 7 ani, gîndirea magică determină „activitatea mitică”, iar minciuna nu are un caracter veritabil, atît timp cît copilul confundă adevărul cu eroarea. Dezvoltarea conștiinței morale, a sentimentelor de culpabilitate are loc între 5—12 ani, vîrstă la care apare minciuna veritabilă, deși există încă tendința de a prezenta fic-țiuni plăcute, cu caracter ludic.

În fine, cea mai gravă formă a minciunii este aceea de a te minți pe tine însuși din teama de adevăr, din teama de tine sau de alții.

485. **MINIANS**^(M) Italia — DCI *Lormetazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-5-(o-clorofenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hip-notică. Nu se administrează în miastenie, glaucom, sarcină, alăptare, la copii și vîrstnici.

486. **MINIFAGE**^(M) Franța — DCI *Fenfluramină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat, amină simpaticomimetică, de tip



N-etil- α -metil-m-(trifluorometil)fenetilamină. Exis-tă pericolul dependenței.

487. **MINIMUM** (cf. lat. *minimum*) ● Cea mai mică valoare a unei funcții aflată într-un punct, față de valorile funcției în punctele alăturate, într-un domeniu în care funcția este mărginită. În senzorialitate, constituie limita inferioară de la care funcționează sensibilitatea unui analizator (auditiv, vizual, olfactiv) ; este în raport cu inten-sitatea și frecvența stimulului.

În sensibilitatea diferențială și discriminativă, reprezintă variația cantitativ cea mai mică, cu care se modifică în plus sau în minus un stimul, pentru a determina o senzație deosebită, mai puternică sau mai slabă decât cea anterioară.

Pragurile minime de discriminare și diferențiere senzorială prezintă anumite limite biologice caracteristice speciei, la care se adaugă variații individuale, determinate de particularitățile organelor senzoriale, gradul de antrenament perceptiv, starea de sănătate psihofizică, influențe medicamentoase etc.

488. **MINISCAP^(M)** Elveția — DCI *Catină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-norpseudofedrină, indicat în astenie, preinvoluție, sevraj, obezitate secundară curei NL. Nu se asociază cu IMAO.

489. **MINITHIXEN^(M)** Cehoslovacia — DCI *Clorprotixen* ● Neuroleptic, derivat tioxantenic de tip 2-clor-N,N-dimetiltioxantena- $\Delta^{\beta,\gamma}$ -propilamină, cu acțiune polivalentă: incisivă, sedativă, antihistaminică, colinolică, antiemetică și cu valențe antidepressivă. Efecte secundare — mai modeste decât ale celorlalte tioxantene.

490. **MINITRAN^(MC)** Grecia ● Produs farmaceutic ce conține două medicamente tipizate, cu acțiune diferită, dar care se completează:

- **AMITRIPTILINA^(M)** — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic;
- **PERPHENAZINA^(M)** — neuroleptic, derivat fenotiazinic.

Are acțiune timoleptic-sedativă.

491. **MINKOWSKI Eugène** (1885—1972) ● Studiază la Varșovia, München și Zürich, unde va lucra în clinica lui BLEULER. Se stabilește la Paris, după primul război mondial. Dubla sa pregătire — medicală și filozofică (a doua sa perioadă de studii la München) — îl vor situa într-o poziție propice între BLEULER și BERGSON. Este principalul reprezentant al curentului filozofic fenomenologic în patologia mintală din Franța.

Încercând să dea „o nouă față” schizofreniei, el nu va mai situa pe prim plan „laxitatea asociațiilor”, ci „pierderea contactului cu realitatea”; „tulburările cursului gândirii” vor trece pe al doilea plan, locul lor fiind luat de „calitatea activității psihice”. Alături de „autismul bogat”, își face loc „autismul sărac”, mai frecvent decât primul. Principalele sale lucrări: „Étude psychologique et analyse phénoménologique d'un cas de mélancolie schizophrénique” (1923), „La schizophrénie” (două ediții: 1927—1951), „Le temps vécu. Études phénoménologiques et psychopathologiques” (1933), „Traité de psychopathologie” au adus o contribuție de seamă la progresul psihiatriei.

492. **MINKOWSKI E.^(S) sindrom** — sin. ANESTEZIE EMOȚIONALĂ ● Deteriorare a personalității, manifestată în special prin diminuarea până la ștergere a simțului moral și social, cu etalarea unor reacții primitive, instinctuale și a impulsivității nejustificate, pe fundalul unei anxietăți permanente. A fost descris de E. MINKOWSKI, în 1945, la subiecții supuși unor suferințe fizice și morale, timp îndelungat, în condiții dure de detenție prelungită (observația a avut ca subiecți supraviețuitorii unor lagăre de concentrare).

493. **MINKOWSKI M.^(S) sindrom** ● Hiperkinezii coreiforme, localizate la nivelul musculaturii unui hemicorp, la bolnavii cu accidente vasculare cerebrale. Poate fi însoțit de agnozie, afazie, apraxie. A fost descris de M. MINKOWSKI, în 1904.

494. **MINOBESSE FORTE^(M)** Anglia — DCI *Fentermină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip α,α -dimetilfenetilamină, cu efecte simpaticomimetice și anorexigene, utilizat și în combaterea obezității secundare curei îndelungate de neuroleptice → PSIHOSTIMULENTE.

495. **MINOR** (cf. lat. *minor* „mai mic, minor”) ● Termenul are două accepțiuni:

- Tînăr care nu a împlinit vârsta pentru exercitarea drepturilor cetățenești. Vârsta cronologică a majoratului diferă de la o țară la alta, la noi în țară fiind fixată la 18 ani. Deoarece se presupune că minorul nu a atins stadiul de maturitate al responsabilității sociale, delictele sale nu se penalizează conform normativelor penale obișnuite, ci mai ales prin măsuri de reeducare.

- Element fără importanță deosebită, neînsemnat, secundar. În medicină poate fi atribuit unui simptom, unei evoluții benigne. În genere, în fiecare afecțiune întâlnim simptome majore și minore, în etalonarea clinică a entității.

496. **MINOR L.^S simptom** ● Apariția unei senzații aparte generind teamă, circumscrisă unei regiuni anumite: ochi, limbă, membru — la cei suferinzi de epilepsie. Simptomul poate apărea, după L. MINOR, fie ca aură, fie ca echivalent al unei crize.

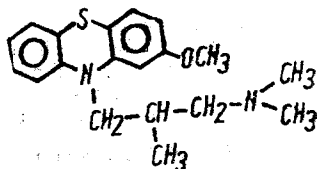
497. **MINOREX^(MC)** Brazilia ● Produs farmaceutic care conține două medicamente tipizate, cu acțiune diferită, dar care se completează:

- **AMFEPRAMONA^(M)** — psihostimulent, derivat feniletilaminat;
- **DIAZEPAM^(M)** — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Are acțiune psihostimulentă și miorelaxantă.

498. **MINOZINAN^(M)** Belgia, Elveția, Olanda — DCI *Levomepromazin* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip (-)-10-(3-dimetilamino-

-2-metilpropil)-2-metoxifenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică; are valențe antidepressive și anxiolitice. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de LEVOMEPRMAZIN^(M).



499. **MINTALĂ** — diplopie (cf. gr. *diploos* „dublă”; *ops* „vedere”) ● Stare psihotică de origine organică, în care pacientul pare viu și bine orientat, deși prezintă halucinații. Stările halucinatorii pot alterna cu intervale lucide. H. JACKSON a numit acest fenomen diplopie mentală.

500. **MINTOSYL**^(M) Suedia — DCI *Guaifenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(o-metoxifenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxant-sedativă și moderat anxiolitică. Are o bună toleranță.

501. **MINUS**^(M) SUA — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse. Este indicat în astenie, presenilitate, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară curei de NL, tulburări de dinamică sexuală. Este contraindicat în stările de excitație psihomotorie, anxietate, sarcină, comițialitate.

502. **MINUSIN**^(M) Elveția — DCI *Catină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-norpseudofedrină, indicat în astenie, tulburări din preinvoluție, sevraj, obezitate secundară curei de NL. Nu se asociază cu IMAO.

503. **MIO-** (cf. gr. *mys* „mușchi”) ● Element de compunere, care introduce referirea la mușchi.

504. **MIOCALMA**^(M) Portugalia — DCI *Carisoprodol* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol carbatat isopropil-carbatat, cu acțiune anxiolitică, miorelaxantă și ușor antidepressivă. Se bucură de o bună toleranță.

505. **MIOCLONIE** (cf. *mio-*; gr. *klonos* „agitație”) ● Contractie bruscă, fără ritmicitate și intențională, a unui mușchi sau grup muscular, fără deplasarea segmentului respectiv. Reprezintă o dereglare a sistemului de control (la orice nivel), exprimând fie un paroxism epileptic, fie o hiperkinizie extrapiramidală.

506. **MIODINIE** (cf. *mio-*; gr. *odyne* „durere”) — sin. MIALGIE ● Durere musculară → DJRERE.

507. **MIODISTONIE** (cf. *mio-*; gr. *dys* „difilicil”; *tonos* „tensiune”) ● Tulburare a tonicității musculare.

508. **MIOFLEX**^(M) Italia — DCI *Orfenodrină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetanic de tip N,N-dimetil-2-(o-metil- α -fenilbenziloxi)etilamină, cu evidentă acțiune miorelaxantă și unele valențe antidepressive (de mică intensitate), utilizat în combaterea unor efecte secundare ale NL. Buna sa toleranță îi conferă o utilizare fără restricții.

509. **MIOHEMOGLOBINURIE IDIOPATICĂ** (cf. *mio-*; gr. *haima* „sînge”; lat. *globus* „glob”; gr. *ouron* „urină”) — sin. MEYER-BETZ^(B) boală.

510. **MIOKIMIA** (cf. *mio-*; gr. *kyma* „agitație val”) ● Iritabilitate crescută a mușchiului orbicular al pleoapelor, descrisă de pacient ca o senzație de zbatere a pleoapelor. Este produsă de cauze psihogene (supărări, anxietate) sau de oboseală fizică sau mentală. Tratamentul acestei tulburări se adresează atît cauzelor care produc mioclonia (stress, anxietate), cît și scăderii excitabilității fibrei musculare, cu produse de tipul sulfatului de chinidină. Pacientul trebuie asigurat asupra imposibilității cronicizării acestei tulburări.

511. **MIOKINETIC**^(T) test (cf. *mio-*; gr. *kinein* „a țel mișca”) ● Metodă proiectivă, imaginată de MIRA y LOPEZ (1939) constînd în trasarea de linii, în cele trei planuri ale spațiului, sub controlul vederii, apoi fără acest control. Liniile se trasează simultan sau succesiv, cu ambele mîini. Ulterior, se apreciază unghiul deviațiilor înregistrate de subiect, atît între liniile trase cu cele două mîini, cît și între diversele planuri. După opinia autorului, deviațiile corespund unor dominante musculare, iar acestea unor atitudini psihologice. De asemenea, autorul postulează că mîna dreaptă (evident la dreptaci) ar exprima atitudinile reacționale, iar cea stîngă — tendințele profunde.

Deviațiile în plan sagital ar fi uneori expresia agresivității, iar cele în plan frontal — a oscilațiilor afectivității. Deși aparent validată teoretic, metoda nu-și poate demonstra infailibilitatea.

512. **MIOLAXENE**^(M) Franța — DCI *Metocarbamol* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(o-metoxifenoxi)-1,2-propandiol 1-carbatat, cu acțiune predominant miorelaxantă și anxiolitic-sedativă; are și valențe analgezice.

513. **MIORELAXANTE** (cf. *mio-*; lat. *relaxare* „a destinde”) ● Grup de substanțe cu structuri chimice diferite, care, acționînd la nivel medular, supramedular sau la nivelul organului efector, determină relaxare musculară. Prin ele se efectuează tratamentul simptomatic al contracturilor și dis-

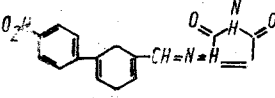
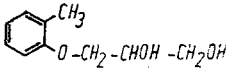
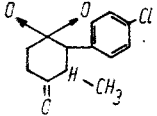
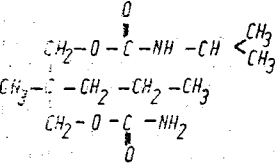
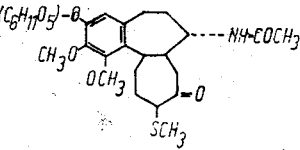
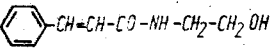
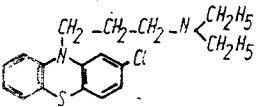
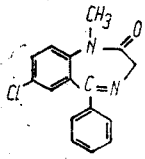
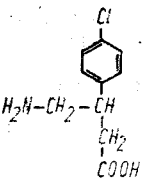
toniilor musculare apărute în urma unei leziuni la nivelul sistemului nervos central, periferic sau la nivelul sistemului osteoarticular. Utilizarea lor se recomandă mai ales atunci când contractura este dureroasă, când ea antrenează sau agravează o leziune osteoarticulară, când mișcările active (și/sau pasive) sînt dificile.

● **Medicamente care acționează la nivel neuro-muscular :** curara și derivații săi, cu aplicabilitate numai în anesteziologie.

● **Medicamente care acționează la nivelul inter-neuronilor medulari :**

● Mefenesină : Decontractil

● Ciclarbamate : Calmalone

<p>DANTOLENE</p> 	<p>MEPHEZINE</p> 	<p>CLORMEZANON</p> 
<p>CARISOPRODOL</p> 	<p>THIOLCHICOZIDE</p> 	<p>IDROCILĂMIDE</p> 
<p>GLURPROETAZINA</p> 	<p>DIAZEPAM</p> 	<p>BALCOFENE</p> 

Întrucît această clasă de substanțe include componenți cu structuri chimice diferite, care au deci moduri de acțiune diferite, vom descrie principalele grupe, cu principalii reprezentanți folosiți în practică.

● **Medicamente care acționează la nivelul fibrei musculare :** derivate de furadoină (Dantrium, Dăntrolene).

● Fenprobamat asociat cu acid salicilic : Diaflexol

● Clormezazonă : Trancopal

● Ciormezazonă asociat cu acid acetilsalicilic : Trancogesic

● Carisoprodol : Flexartral

● Tiocolchicozidă : Coltramyl

● Idrocilamidă : Brolitene

● **Medicamente care acționează la nivelul substanței reticulate :**

- Clorproetazina (derivat de fenotiazină) : Neuriplege

● **Medicamente cu mai multe locuri de acțiune :**

- Benzodiazepine : Diazepam, Valium, Tetrazepam, Myolastan

● **Medicamente care acționează medular la nivel presinaptic :**

- Baclofene : Lioresal.

Principalele miorelaxante folosite în practică și dozele uzuale sînt redată, după B. BUSSEL și C. BERGEGO, în tabelul nr. LXXIX (cu mențiunea că dozele indicate au numai o valoare orientativă, ele trebuind individualizate).

● **Miorelaxantele care acționează la nivelul fibrei musculare** au ca reprezentanți : Dantrium, Dantrolene.

Acțiunea medicamentului se produce prin decuplarea excitației de contracție, efect datorat scăderii eliberării calciului din reticulul sarcoplasmatic. Nu afectează potențialul de acțiune al fibrei musculare, reducînd mai mult flexibilitatea decît contracția voluntară. Nu afectează conducerea neuromusculară.

Absorbția se face încet și incomplet, la nivelul tractului gastrointestinal. Timpul de înjumătățire este de nouă ore (după o doză de 100 mg). Este metabolizat la nivel hepatic, în parte prin hidroxilare și acetaminare, atît compușii metabolizați, cît și substanța ca atare eliminîndu-se pe cale renală.

Cel mai important efect advers al Dantrium-ului este marele potențial hepatotoxic, putînd determina — după o administrare de aproximativ 60 de zile — hepatopatie cu evoluție gravă, sau numai modificări ale testelor hepatice. Din acest motiv, dacă după o administrare de 45 de zile nu se obține efectul terapeutic scontat, se întrerupe tratamentul. El produce o stare de slăbiciune generală și, mai ales musculară, persistentă. La începutul tratamentului, pot apărea stări euforice, tulburări de vedere, tulburări de echilibru, cu caracter tranzitoriu. Accelerarea tranzitului intestinal, apărută în unele cazuri, poate determina diaree severă, care obligă la întreruperea tratamentului.

Administrarea se începe cu 25 mg/zi, crescînd progresiv doza cu 25 mg/zi, timp de 4—7 zile, pînă la o doză maximă de 400 mg, în patru prize pe zi. Se poate folosi și parenteral.

Dantrolene-ul se indică în majoritatea contracturilor spastice din hemi- sau paraplegii, în sindroamele cerebeloase, dar numai în condiții de spitalizare (slăbiciunea musculară pe care o determină împiedică tratamentul ambulator). El este indicat, chiar în administrarea parenterală, și în sindromul de hiperpirexie malignă.

● **Medicamentele cu acțiune la nivelul interneuronilor medulari** au ca reprezentanți :

● **Mefenesina** — a fost introdusă de SCHMIDT și colaboratorii în 1979. Influențează activitatea interneuronilor medulari, determinînd o deprimare a reflexivității polisynaptice, fără a modifica însă reflexele monosynaptice. Poate avea și acțiune anestezică locală. Are acțiune anticonvulsivantă. Determină hipotonii, cu diminuarea motilității spontane, nistagmus și ușoară hipotensiune. Intoxicația cu Mefenesina poate produce colaps și grave tulburări respiratorii.

● **Idrocilamida** — este un antagonist al stricninei, antiinflamator, antiserpinic, fără a fi tranchilizant. El inhibă acțiunea interneuronilor medulari pentru o perioadă mult mai îndelungată decît Mefenesina, diminuînd, la fel ca și aceasta, activitatea reflexă polisynaptică. Acționează, în plus față de Mefenesina, și asupra neuronilor gamma.

La trei ore după ingestia orală, atinge concentrația plasmatică maximă. Este aproape complet eliminat, pe cale urinară, după 9—12 ore. Eficacitatea sa este dovedită mai ales în afecțiunile reumatologice.

● **Medicamentele care acționează la nivelul substanței reticulate** — au ca reprezentant Clorproetazina, derivat fenotiazinic, ale cărui proprietăți farmacologice sînt asemănătoare Clorprometazinei. Ea exacerbează sau inversează reflexele polisynaptice, iar pe cele miotice le diminuează, producînd, prin inhibarea motoneuronilor, hipotensiune ortostatică. Acțiunea la nivelul substanței reticulate determină apariția somnolenței.

● **Medicamente cu multiple locuri de acțiune :** Benzodiazepinele → BENZODIAZEPINE, ANXIOLITICE, TRANCHILIZANTE.

● **Medicamentele care acționează medular la nivel presinaptic** — au ca reprezentant Baclofene, derivat al inhibitorilor acidului gamaaminobutiric (GABA). Acționează prin deprimarea conducerii mono- și polisynaptice la nivel medular prin reducerea potențialului de acțiune postsinaptic al motoneuronilor din coarnele anterioare.

La nivelul sistemului nervos central, Baclofene determină hiperpolarizarea membranei celulare, fie prin creșterea conductanței potasiului, fie prin inhibarea transportului ionilor de calciu. Efectul antispastic este folosit în diminuarea contracturii flexorilor și extensorilor și a tonusului muscular.

După administrarea orală, se absoarbe rapid la nivelul tractului gastrointestinal, avînd un timp de înjumătățire de 3—4 ore.

Efectele sale secundare sînt considerabile, fapt care-i limitează folosirea în practica terapeutică : somnolență, tulburări de echilibru, astenie, ataxie, confuzie mentală ; întreruperea bruscă, după administrare îndelungată, determină apariția halucinațiilor vizuale și auditive, anxietate, tahicardie. Supradozajul determină o importantă depresie

respiratorie și status epileptic la subiecții comițiali.

Tratamentul se începe cu o doză de 5 mg în trei prize pe zi, crescându-se la trei zile cu 10 mg.

- dantrolen-ul are o mare hepatotoxicitate.
- Accidente : efectul toxic al mefenesinei se manifestă la doze mici (apropiate de cele terapeutice) și poate determina sfârșitul letal.

Tabel nr. LXXIX

DCI	Denumire	Prezentare	Posologie zilnică	
			Adulți	Copii
Mefenesina Fenobarbital	Decontractil Decontractyl Fenobarbital	cpr. a 250 mg cpr. a 250 mg cpr. a 10 mg	6—12 cpr. în 3—4 prize 4—8 cpr. în 3 prize 4—8 cpr. în 3 prize	
Clormezazonă Cyclarbamat Carisoprodol Thiocolchicoside	Trancopal Calmalone Flexartral Coltramyl	cpr. a 250 mg cpr. a 350 mg cpr. a 4 mg fiole 4 mg(i.m./i.v.)	3 cpr. în 3 prize 6 cpr. în 3 prize 2—4 cpr. în 2 prize 1—8 cpr. în 2 prize 2 f. de 2 ori	2 cpr. 0,5—1g
Clorproetazina	Neuriplege	cpr. a 25 mg fiole 2 a 25 mg	1—8 cpr. în 3 prize 2 f. de 2 ori	
Idrocilamide	Brolitene	cpr. a 200 mg fiole a 30 mg	4—6 cpr. în 3 prize 2—4 f. i.m./i.v.	20 mg/kg corp
Diazepam Tetrazepam Baclofene Dantrolene	Valium Myolastan Lioresal Dantrium	cpr. a 2 sau 5 mg cpr. a 50 mg cpr. a 10 mg cpr. a 25 sau 100 mg	3—4 cpr. în 3 prize 3—4 cpr. în 3 prize 4—9 cpr. în 3 prize 2—400 cpr. în 3 prize	4 mg/kg corp c.i. pînă la 2 ani

Dacă este necesar, doza se poate crește pînă la 150 mg, dar progresiv, testînd toleranța.

Este eficace în spasticitatea musculară din scleroza în plăci și în leziuni medulare posttraumatice.

În timpul tratamentului cu miorelaxante pot apărea următoarele incidente și accidente, sistematizate după B. BUSSEL și C. BERGEGO :

- **Incidente :**
 - tulburări neurologice : astenie, somnolență, cefalee diplopie ;
 - tulburări cardiovasculare : moderată hipotensiune ;
 - tulburări gastrointestinale : vomă, greață, epigastralgie, diaree ;
 - hipersensibilitate : prurit, erupții urticariene ;
 - mefenesina determină uneori, în tratamentul îndelungat, depigmentarea părului ;
 - idrocilamida poate provoca sindrom confuzional, halucinații ;
 - baclofenul poate determina euforie sau depresie, confuzie, mai ales la vîrstnici, la cei cu antecedente psihopatologice sau neurologice ;

Contraindicații :

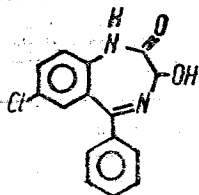
- contraindicație absolută : miastenia ;
- contraindicații relative : insuficiența cardiorespiratorie, ulcer duodenal (sînt contraindicate mai ales baclofenul și idrocilamida), insuficiența hepatică (mai ales dantrolene-ul) asocierea cu un hipotensiv (mai ales pentru baclofene).

514. **MIOPATIE SENILĂ^(B) boală** (cf. *mio-*; gr. *pathos* „încercare, suferință”) ● Mioscleroză progresivă, descrisă de LHÉRMITTE ; poate apărea la vîrstnici, cu rigiditate musculară arteriosclerotică, afectînd îndeosebi membrele inferioare.

515. **MIOPSIHIE** (cf. *mio-*; gr. *psyche* „suflet”) — sin. MIOPSIHOPATIE ; MIOPSIHOZĂ ● Termen care desemnează asocierea dintre tulburări psihice și manifestări musculare de tipul miocloniilor, tremurăturilor, miotoniilor, miopatiilor etc. Propus în 1902, de A. GEOFFROY, și-a pierdut actualitatea, întrucît realizează o grupare artificială, care nu reprezintă o veritabilă entitate nosologică.

516. **MIORIL^(M)** Italia — DCI *Carisoprodol* ●
Tranchilizant derivat propandiolic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **MIOCAL-**
MA^(M) Portugalia.

517. **MIORRELAX^(M)** Brazilia — 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 acestuia, se realizează o concentrație plasmatică mai rapidă (patru ore); acțiunea sa este sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă și simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM^(M).



518. **MIOSPASTIC^(S)** sindrom (cf. *mio-*; *gr. spasmos* „spasm, convulsie”) — sin. **OM ÎNTEPENIT^(S)** sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **STIFFMAN^(S)** sindrom.

519. **MIONIE ATROFICĂ** (cf. *mio-*; *gr. tonos* „tensiune”; *atrophos* „nehrănit, epuizat”). — sin. **DISTONIE MIOTONICĂ** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **CURSCHMANN-BATTEN-STEINERT^(B)** boală.

520. **MIONIE CONGENITALĂ** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **THOMSEN^(B)** boală.

521. **MIOVAS^(M)** Elveția, Italia, Spania — DCI *Metocarbamol* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(o-metoxifenoxi)-1,2-propandiol 1-carbamat, cu acțiune predominant miorelaxantă și anxio-litic-sedativă; are și valențe analgezice.

522. **MIOXOM^(M)** Italia ● Tranchilizant derivat propandiolic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **MIOCALMA^(M)** Portugalia.

523. **MIOZĂ^s semn** (cf. *gr. meiosis* „micșorare”) ● Diminuare a diametrului pupilar, ca urmare a excitării parasimpaticului (nervul cranian III); se poate realiza într-o oarecare măsură și voluntar, precum și ca efort de acomodare.

Ca semn patologic, se poate vorbi de o mioză spastică, în hemoragiile din ventricolul III și encefalite, și de o mioză paralică în pareza simpatică, în leziuni ale trunchiului simpatic din regiunea cervicală.

Circumstanțele medicamentoase care pot produce mioza sînt multiple; dintre substanțele care

au acest efect enumerăm: piperazina, clonidina, guanetidina, reserpina, barbituricele (stadiul inițial al intoxicației), derivații de cloralhidrat, heroina, morfina, alte opiacee, acetilcolina, clorpromazina, agenții alfa-blocanți adrenergici (fizostigmina), diazoxidul, pilocarpina, derivații de ergotamină, derivații histaminici.

524. **MIRACOL** (cf. lat. *miraculum* „minune”) ● Eveniment excepțional, care se abate de la ordinea și legile naturale obiective, și a cărui explicație invocă presupusa intervenție a sacralului în mersul firesc al lucrurilor. Credința în miracole este comună tuturor concepțiilor religioase, dar nu fără anumite diferențe semnificative. În religiile primitive, miracolele sînt atribuite magiei, înțelegându-se ca artă esoterică prin care firescul poate fi abătut din făgașul său obișnuit ori de cîte ori sînt chemate să acționeze anumite forțe oculte, malefice sau benefice. În producerea miracolelor magul primitiv (șaman, vrăjitor) se bizuie numai pe știința și puterile sale, silind miezul sacru al lucrurilor să acționeze la chemarea vrăjilor lui. În religiile teiste, care concep Absolutul divin ca persoană infinită și transcendentă, Dumnezeu este unicul autor al miracolelor, care acționează fie direct, prin puterile lui supranaturale, fie înzestrînd cu har făcător de minuni pe anumiți aleși (profeți, taumaturgi). Miracolele consemnate în scrierile sacre ale religiilor teiste au întotdeauna caracter de unicitate, nefiind repetabile în anumite condiții, dependente de știință și voința omenească.

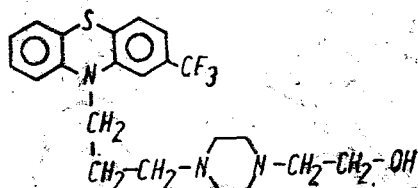
525. **MIRADOL^(M)** Japonia — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-(1-etil-2-pirolidinil)metil-5-sulfamoil-o-anisamidă, cu certe valențe antidepressive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile NL incisive (endogenii) și, în același timp, este util în combaterea impulsurilor obsesiv-compulsive și în afecțiuni psihosomatice. Pentru dozele 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.

526. **MIRAMEL^(M)** Elveția — DCI *Metilpentinol* ● Tranchilizant, derivat alkenic de tip 3-metil-1-pentin-3-ol, cu acțiune sedativ-hipnotică și miorelolutivă, prin inhibarea transmisiei ganglionare.

527. **MIRAPRONT^(M)** Austria, Danemarca, Finlanda, Italia, Olanda, Portugalia, Spania, Suedia — DCI *Fentermină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip α,α -dimetilfenetilamină, cu efecte simpaticomimetice și anorexigene, utilizat și în combaterea obezității secundare curei îndelungate cu neuroleptice \rightarrow PSIHOSTIMULENTE.

528. **MIRBANIL**^(M) Spania — DCI *Sulpiridă* ●
Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic^{sin.} → **MIRA-
DOL**^(M) Japonia.

529. **MIRENIL**^(M) Polonia — DCI *Flufenazină* ●
Neuroleptic incisiv, derivat piperazinil-alkilfenotiazinic de tip 4-13-12-(trifluorometil)fenotiazin-10-



-ilpropil-1-piperazinetanol. Este indicat în psihoze paranoid-halucinatorii, catatonice, în depresii agitate. Efectele secundare sînt de tip neuroleptic incisiv. Diminuează efectul L-Dopa.

530. **MISEDANT**^(M) SUA ● Tranchilizant, derivat propandiolic^{sin.} → **MEPROBAMAT**^(M) România

531. **MISIONARISM** (cf. lat. *missio* „trimiter”) ● Termenul desemnează atât activitatea de propagare a creștinismului în țările cu alte religii, cît și concepția politico-religioasă care stă la baza acestei activități.

În secolele trecute, odată cu descoperirea unor zone neșinuate ale globului, se organizau vaste campanii de instruire a fidelilor și de convertire a „păcătoșilor” de alte religii, în scopul asigurării dominației politice și economice. Termenul are tendința de a fi folosit în prezent și cu referire la activitatea membrilor unor secte.

În psihopatologie, subiectul delirant mistic are ferma convingere că este purtătorul unei înalte misiuni spirituale, pe care are datoria să o împărtășească celorlalți sau persoanelor „alese”. Misionarismul apare în paranoia, parafrenie, schizofrenie paranoidă și stări maniacale (tranzitorii). Misionarismul unor conducători de secte, cu rezultate frecvent dezastruoase, reflectă uneori o asemenea tematică delirantă, iar alteori este consecința activității unor psihopați antisociali, care urmăresc prin aceasta deținerea de avantaje personale.

532. **MISIUNE DIVINĂ**^(D) delir (cf. lat. *missio*) ● Delir expansiv, care apare la persoane tinere, avînd la bază mecanisme intuitive și interpretative. După GUIRAUD, este însoțit de halucinații vizuale, prezența lor în aceste deliruri fiind normală.

533. **MISOFOBIE**^(F) (cf. gr. *mysos* „contaminare” „phobos” „frică”) — sin. **MOLISMOFOBIE**^(F) ● Denu-

mește frica patologică, fără nici o justificare reală de a se molipsi de o boală contagioasă. Este întâlnită în nevroza obsesivo-fobică, psihastenie, sindromul obsesivo-fobic din debutul schizofreniei.



534. **MISONEISM** (cf. gr. *miseo* „a urî”; *neos* „nou”) ● Termen introdus de LOMBROSO pentru a defini nu o stare psihologică, ci, după părerea autorului, reacția negativă a oricărui subiect la schimbare, respectiv, latura conservatoare caracteristică personalității majorității oamenilor. Ulterior, acest termen a căpătat sensul de tulburare psihopatologică, definind rezistența nejustificată și apariția de sentimente negative față de nou, fiind rezervat pentru tulburările clinice.

Apare în depresii, psihastenie, epilepsie, arterioscleroză cerebrală. De asemenea, devine o trăsătură caracterială frecventă în involuția patologică (deseori și în cea normală), ca expresie a scăderii masive a capacității de adaptare a subiectului. Între vîrsta subiectului și gradul de exprimare al misoneismului pare să existe un raport direct. Între nivelul intelectual, de pregătire, și intensitatea psihopatologică a exprimării există un raport invers.

535. **MISTER** (cf. gr. *mysterion* „inițiere secretă”; lat. *mysterium* „taină; ceremonie religioasă secretă”) ● În limbajul obișnuit, ceea ce este inexplicabil, tainic, ascuns, revelîndu-și ființa, dar învăluită într-un haos enigmatic.

● În istoria religiilor, prin mister se înțelege o categorie distinctă de credințe și practici rituale cu caracter inițiat și esoteric, destinate exclusiv unor grupuri de fideli, obligați prin jurămînt să nu divulge tainele dezvăluite sanctuar. Prezente în multe religii, misterele comunică (adesea provocînd, prin diferite mijloace, stări de transă extatică) un conținut dogmatic care sfindează rațiunea, stimulînd acceptarea ca revelație a incomprehensibilului. În creștinism, misterele (sau sfințele taine) sînt afirmate ca adevăruri

inafăiabile ale credinței, revelații inaccesibile rațiunii.

● Unele filozofii idealiste, de orientare iraționalistă, transformă misterul într-o categorie ontologică, acordându-i semnificația Marelui Tot al Ființei, prezent în existența umană, ca provocare a unui „ce” mereu problematic, care stimulează și, în același timp, frânează permanent cunoașterea. Pentru Lucian BLAGA, existența umană se desfășoară în orizontul misterului, care se lasă incifrat în „antinomii transfigurate”, starea de paradoxie fiind, însă, o limită de nedespărțit a rațiunii cenzurate de Marele Anonim.

● Pentru psihiatrie, termenul are importanță prin relaționarea lui cu MISTICISM, MISIONARISM, EZOTERIC (→).

536. **MISTIC^(D) delir** (cf. lat. *mysticus* „relativ la mistere”) — sin. DELIR RELIGIOS ; TEOMANIE

● Formă de delir în care tematica delirantă, rezultat al modificării raportului dintre Eu și lumea sa, se înscrie în sensul expansiunii Eului, în concordanță cu desfășurarea dorințelor sale care sînt neconcordante cu realitatea. Subiectul are convingerea puternică, impenetrabilă la argumente logice și la proba obiectivă a realității, că are o misiune de ordin spiritual, religios, că este purtătorul unui mesaj transcendent, de răspîndire a credinței divine și a păcii în lume, că are rolul de a întrona „armonia divină” etc. Alteori, tematica delirantă se înscrie în sensul mișcării de retracție a Eului, care își pierde unitatea și forța. Bolnavul se crede un exponent al principiului răului, aducător de nenorocire și pierzanie în lume.

Net diferențiat de misticism, care nu presupune o componentă patologică, delirul mistic se întîlnește în episoade psihotice acute, deliruri cronice, schizofrenie, melancolie, manie, paralizie generală. În schizofrenie, parafrenie, paralizie generală, manie, se realizează o stare de euforie delirantă mistică, asociată deseori cu idei de grandoare și erotomanice, metafizice și cosmogonice. În delirurile cronice și în melancolie, bolnavul trăiește dureros convingerea că este reprezentantul forțelor răului, la ideile mistice adăugîndu-se frecvent idei de posesiune (bolnavul se crede posedat de diavol, spirite rele, demoni).

537. **MISTICE^(B) halucinații** ● Halucinații cu caracter religios, auditive sau vizuale, avînd drept obiect personaje (îngeri, sfinți, Maica Domnului etc.) sau chiar viziuni ample (iadul, raiul, apocalipsul), care însoțesc adesea delirul mistic sau crizele de epilepsie. Asemenea producții senzoriale, aparținînd domeniului psihopatologiei, au stat probabil la baza unor mișcări și curente religioase.

Faptul că prin dezaferentare se poate realiza exacerbarea producției senzoriale (AJURIAGUERRA) explică posibilitatea de contact cu „divinul” prin diverse tehnici propuse de diferitele religii.

Suprastimularea, ca și stimulii monotoni, pot avea aceleași efecte — realizarea „întunecării simțirii”, despre care vorbește unul din marii mistici. Apariția unor halucinații mistice în timpul consumului de droguri a fost cunoscută și folosită din timpuri



Manuscris german sec. XV

foarte îndepărtate, dar odată cu utilizarea unor psihedelice, ca LSD, fenomenul cunoaște o adevărată recrudescență.

538. **MISTICI** ● Categorie de subiecți cu o structură dizarmonică constituțională a personalității, descrisă de R. de FURSAC, avînd concepții religioase în dezacord cu credințele admise în mediul cultural și epoca în care trăiesc. Unii pot rămîne la nivelul unor simpli visători, imaginativi; atrași de straniu și miraculos. Alții încearcă însă să impună concepțiile sale anturajului și să-și găsească prozeleți, putînd deveni extrem de periculoși; este cunoscut dramaticul caz al sectei sinucigașe, conduse de Jim JONES, din Guyana Britanică.

539. **MISTICISM** (cf. gr. *mystikos* „misterios, tainic”) ● Credință (religioasă sau superstițioasă) în supranatural, în intervenția misterioasă a sacruului, care influențează ordinea firească a lucrurilor. În acest sens, misticismul este caracteristic oricărei religii, dar și unor curente filozofice idealiste iraționaliste.

Mistică este orice concepție care admite posibilitatea comunicării nemijlocite a Eului cu divinitatea, mergînd pînă la deplina lor contopire în anumite stări sufletești privilegiate, de „iluminare” extrasenzorială și pararațională (extaz, revelație, intuiție transcendentă), provocate prin asceză, concentrare, priverie de stimuli senzoriale, dans extatic, formule incantatorii etc. Comunicarea cu divinitatea în experiența mistică este considerată un prilej excepțional de contemplare a unor

adevăruri tainice, inaccesibile rațiunii și experienței comune. În mistică budistă, purificarea în trepte a sufletului are drept țință finală pierderea Eului subiectiv în Absolutul cosmic, depășirea oricărei accidentalități individuale în inconștiența transcendentului impersonal (Nirvana) și ieșirea din lanțul reîncarnărilor. Doctrina mistică au existat și în istoria religiei creștine (Pseudo-Dionisie AREOPAGITUL, Bernard de CLAIRVAUX, Meister ECKHART, Jacob BÖHME ș.a.), având în comun aspirația de a dezvălui misterul divinității prin experiența revelatorie a apropierei extatice de Ființa supremă. În opoziție cu spiritul științific și cunoașterea experimentală a legităților și determinărilor obiective ale realului, misticismul eludează rațiunea, refugiindu-se fie în pierderea identității, caracteristică stărilor de stupoare extatică, fie în incomunicabile certitudini lăuntrice, dobândite în stări halucinatorii de delir.

Există multiple forme de manifestare a misticismului, de la cel cosmic (taoismul), la cel religios : budist, islamic, creștin, recunoscând una sau mai multe ființe supranaturale.

Esența misticismului constă în dorința subiectului de a fi în prezența divinității și a lumii acestei divinități, încercând să ajungă la aceasta prin revelație extatică (→ EXTAZ). Pentru a ajunge la această stare, misticul are nevoie de o pregătire anterioară, uneori cu reguli de ascetism sever, de meditație și autoeducație, de izolare, de renunțări și rugăciuni îndelungate, creindu-și astfel o stare psihică particulară. Înainte de a cunoaște extazul, misticul parcurge o serie de episoade psihopatologice de tipul suferințelor morale, scrupulelor, dubitațiilor, episoadelor halucinatorii și confuzionale.

Ipotezele psihologice susțin că aceea este necesară pentru a construi suportul biologic al extazului, determinând o stare de conștiință asemănătoare celei de dinaintea instalării somnului, care antrenează modificări biologice importante (uneori benefice) pentru organism. Această stare corespunde activării unei „conștiințe intuitive și non-verbale”. Electroencefalograma efectuată în timpul stării extatice arată un ritm alfa difuz, relevând „deconectarea” de lumea exterioară. Misticul, spre deosebire de psihotic, nu este supus dezorganizării proprii persoane și nici destrucurării conștiinței.

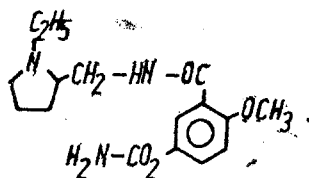
Semiologia misticismului patologic reunește stările morbide în centrul cărora se află preocupările religioase. Temele mistiche sînt mai rare astăzi, ele apărînd în cazul delirațiilor cronice, schizofrenilor și în psihozele acute. Locul pe care ideile delirante cu caracter mistic îl dețineau altă dată este luat în prezent de ideile de persecuție.

În cazul delirului schizofrenului, ideile mistiche sînt frecvent asociate cu cele erotice, fiind nesistemizate, integrate în contextul disociativ, susținute prin mecanisme patologice, de intuiție, interpretare, imaginative și halucinatorii. În delirurile cronice halucinatorii, asociația ideilor mistiche cu cele erotice este o regulă. În parafrenii, delirul mistic este împletit cu tematica cosmogonică. În melancolie, în delirurile cronice, în mania delirantă, delirul mistic se asociază cu trăiri dureroase, rezultat al delirului de posesiune demonică. Melancolia cunoaște o formă specifică de delir mistic, asociat cu ideea de posesiune de către forțe ale răului și cu o capacitate „lucidă” de prezicere. Ideile mistiche pot apărea în delirurile megalomanice din manie, paralizia generală progresivă, în delirurile debililor mintal (cu caracter fabulos), în epilepsie (susținute de echivalente onirice).

Există o formă specială de delir pasional paranoiac de revendicare — ale cărui victime pot fi preoții —, uneori cu importante implicații medico-legale. Fiind înzestrați cu o mare forță de convingere, misticii pot deveni acei idealști pasionați, capabili să declanșeze o psihoză colectivă.

Misticul trebuie deosebit de isteric, mai ales că primul poate traversa episoade nevrotice pitiațiforme. Istericul, în viziunile și extazul său, relevă tendințe de erotizare, astfel încît diagnosticul diferențial trebuie bazat pe studiul personalității premorbide.

540. MISULVAN^(M) Argentina — DCI Sulpiridă
● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-1(1-etil-2-pirolidinil) metil-5-sulfamoi-0-anisamidă, cu certe valențe antidepressive, fără com-



ponentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile NL incisive (endogenii), fiind util, în același timp, și în combaterea impulsivităților obsesive-compulsive și în afecțiuni psihosomatice. Are efecte secundare comune cu ale NL incisive, pentru dozele mari. Se poate administra fără pauză de 14 zile, după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

541. MIȘCARE ● Mod de existență a materiei, proprietatea ei universală de a fi în permanentă schimbare, transformare sau devenire ; totalitatea formelor de manifestare a caracterului procesual, dinamic al existenței.

Multe dintre concepțiile filozofice idealiste atribuie mișcării un rang ontologic inferior, asociind-o cu straturile secundare și perisabile ale ființei și definind esențialitatea lucrurilor drept încremenire într-o identitate inalterabilă, care sfidează timpul. Postulind că real este numai ce poate fi conceput rațional, necontradictoriu, eleații PARMENIDE și ZENON resping autenticitatea mișcării, pe care o consideră iluzie a simțurilor. În spirit eleat, PLATON atribuie mișcarea lucrurilor sensibile, imperfecte și trecătoare, copii sau imitații ale ideilor, numai acestea din urmă reprezentând arhetipuri exemplare, a căror perfecțiune este incompatibilă cu orice formă de schimbare, de dinamism. Dimpotrivă, filozofia materialistă consideră mișcarea drept atribut fundamental al existenței, singurul mod autentic în care ceva poate să fie cu adevărat. Pentru HERACLIT din Efes, totul este „un foc vesnic viu, care se aprinde și se stinge după măsură”.

Natura mișcării a fost înțeleasă în modalități diferite. Modelul explicativ cel mai simplu îl oferă deplasarea corpurilor în spațiul tridimensional. În concepția atomiștilor antici, particulele indivizibile din care sînt alcătuite corpurile se află într-o perpetuă „cădere” verticală în spațiul vid. Solidară cu paradigma atomistă, metafizica modernă din secolul al XVI-lea — al XVIII-lea extrapolează la scara tuturor evenimentelor din univers legile mecanicii clasice, considerînd că orice proces natural este reducibil la forma canonică sau elementară a deplasării în spațiu. Abia HEGEL definește în spirit dialectic mișcarea ca devenire, ca schimbare în general (nu numai cantitativă, ci și calitativă), ca trecere de la o formă de existență la alta.

Modul în care este înțeleasă natura mișcării influențează direct abordarea altei probleme ontologice: cauza sau izvorul mișcării în univers. Modul mecanicist presupune că deplasarea corpurilor este datorată unui impuls exterior. Deși valabil la nivelul finitului (dar și aici, numai pentru fenomene descrise de mecanica newtoniană), modul mecanicist conduce la eroare cînd este extrapolat la nivelul cosmosului infinit: postulatul primului motor nemîșcat, de esență divină, situat în afara ordinii naturale (soluție concepută mai întîi de către ARISTOTEL și reactualizată, apoi, de metafizica modernă). Interpretarea dialectică (HERACLIT, HEGEL) explică permanența și universalitatea mișcării prin natura contradictorie, încărcată de tensiuni imanente dinamizatoare, a tuturor formelor de existență. În concepția materialist-dialectică, mișcarea — înțeleasă ca totalitate a schimbărilor, transformărilor proceselor din univers — este considerată un atribut fundamental și inalienabil al materiei. Posibilitatea de transformare reciprocă a formelor concrete de mișcare și faptul că în toate se poate găsi acțiunea legi-

lor universale ale dialecticii constituie argumente ce susțin unitatea materială a lumii.

542. MIȘCĂRI INVOLUNTARE ● Tulburări ale coordonării motorii, caracterizate prin apariția unor mișcări parazite, involuntare, care deformează actul motor obișnuit. Etiologia acestor mișcări poate fi legată de boli extrapiramidale, boli cerebeloase, boli de metabolism, epilepsie, ticuri, ca și de alte circumstanțe, mai vag definite.

Bolile extrapiramidale însoțite de mișcări involuntare sînt parkinsonismul, atetoză, coreea, spasmul de torsiune, diskinezia buco-linguală, distonia coreoatetozică, hemibalismul. Tulburările metabolice în cadrul cărora apar mișcări involuntare sînt boala Wilson, insuficiența hepatică acută și encefalopatiile metabolice.

Alte circumstanțe de apariție ale acestor mișcări sînt mioclonusul, spasmul hemifacial și sindromul picioarelor neliniștite.

Psihiatrul trebuie să aibă în vedere toate aceste posibilități de producere a mișcărilor involuntare, precum și tendința unor subiecți de a le simula.

543. MIT (cf. gr. *mythos* „fabulă, legendă, povestire fabuloasă”) ● Narațiune tradițională, cu origini străvechi, în stadiile timpurii ale societății, care încearcă să explice geneza și ordinea cosmică, obîrșiiile și sensul existenței umane sau cauzalitatea subiacentă a unor fenomene naturale și a unor evenimente istorice prin faptele săvîrșite, în vremea creației primordiale, de ființe înzestrate cu puteri supranaturale. Creații spirituale complexe, cu caracter sincretic, care îmbină într-o unitate sui-generis cunoștințe empirice și elemente de fabulație, tehnici primitive și ritualuri magice, contopind laolaltă și exprimînd simbolic (alegoric) atît sacrul, cît și profanul, emoția estetică, reflecția morală sau abilitatea practică, miturilor li se atribuie o pretinsă origine revelată. Dată fiind marea diversitate a miturilor păstrate și nenumăratele lor avataruri (ce fac ca unele dintre sensurile primordiale să fie iremediabil pierdute), orice definiție a mitului este neîncăpătoare și unilaterală. Din antichitatea clasică și pînă astăzi, mitul a primit explicații și interpretări foarte diverse: memorie populară a unor fapte istorice străvechi; zeificarea strămoșilor și a regilor defuncți; fabulă alegorică, în care sînt transfigurate poetic, simbolic, anumite sentimente umane, virtuți sau vicii; antropomorfizare a fenomenelor naturale; produs specific al gîndirii primitive, structurată prelogic și guvernată de omologii între cauzalitatea obiectivă și teleologică subiectivă; reconstituire metaforică a memoriei sacre, efort de asimilare intuitiv-fabulatorie a modelelor exemplare date; în revelația intuitivă, suprainteligentă etc.

Astăzi, în limbajul curent, mitul are semnificația depreciativă de imagine falsă, iluzorie, care

institue o pseudorealitate. Una dintre cele mai comprehensive interpretări ale mitului îi aparține lui Mircea ELIADE. Apreciind mitul drept „o realitate culturală extrem de complexă”, a cărei funcție dominantă „este de a înfățișa modelele exemplare ale tuturor riturilor și ale tuturor activităților omenesti semnificative”. M. ELIADE definește mitul prin următoarele note caracteristice :

- mitul, așa cum îl trăiesc societățile arhaice, constituie istoria faptelor ființelor supranaturale ;
- această istorie este considerată ca fiind absolut adevărată (pentru că se referă la realități) și sacră (pentru că este opera ființelor supranaturale) ;
- mitul se referă întotdeauna la o „corelație”, el povestește cum a ajuns un lucru să existe sau cum a luat naștere o comportare, o instituție, un fel de a munci ; acesta este motivul pentru care miturile constituie paradigmele oricărui act omenesc semnificativ ;
- avînd cunoștință de mit, cunoaștem „originea” lucrurilor și astfel ajungem să le dominăm și să le manipulăm după bunul nostru plac ; nu este vorba de o cunoaștere „exteroară”, abstractă, ci de o cunoaștere pe care o „trăim” în chip ritual, fie narînd mitul în timpul unei ceremonii, fie efectuînd ritualul căruia el îi servește drept justificare ;
- într-un fel sau altul, „trăim” mitul, în sensul că sîntem pătrunși de puterea sacră, exaltanți a evenimentelor pe care ni le reamintim și le reactualizăm („Aspecte ale mitului”).

Utilizînd criteriile tematice, clasificările curente ale miturilor disting mituri :

- teogonice (originea și istoria zeităților) ;
- cosmogonice (creația lumii) ;
- etiologice (originea ființelor și lucrurilor) ;
- antropologice (creația omului și investirea lui cu un sens existențial privilegiat) ;
- eschatologice (sfîrșitul lumii și regenerarea ei) ;
- morale (lupta între bine și rău, personificate de personaje divine sau demonice).

Criteriul tematic de clasificare este însă exterior substanței ideatice a miturilor. În funcție de caracterul structurilor și după vîrsta probabilă a creației, V. KERNBACH distinge patru categorii principale de mituri :

- mitul memorial — conservă pe cale orală amintirea unor evenimente străvechi, al căror insolit depășește puterea de înțelegere redusă a auditoriului, generînd o psihoză

colectivă de mari proporții, în care este relevat supranaturalul ;

- mitul fenomenologic — oferă o explicație originii și persistenței lumii în înfățișarea ei actuală, imaginînd ascendența lor primordială în voința și puterea întemeietorilor supranaturali ;
- mitul cosmografic — narează istoria zeilor și a tărîmurilor miraculoase aflate sub stăpînirea lor ;
- mitul transcendent — caută un sens și o soluție condiției de ființă muritoare a omului.

Exprimînd viziunea despre sine și despre cosmos a omului arhaic, miturile originare aveau caracter sistematic, alcătuiind un univers coerent de semnificații revelatoare pentru fiecare comunitate. În mare parte irecuperabile, aceste mituri originare au suferit, de-a lungul mileniilor, numeroase deformări prin :

- sincretismul rezultat din transmiterea orală, de la o epocă și de la o zonă geografică la alta, cu inevitabile lacune ale memoriei și transformări compensatoare ;
- eclecticismul religios și teologic care, urmărind consacrarea anumitor teze doctrinare, impune reinterpretări, eliminări și interpretări apocrifice ;
- literaturizarea miturilor, devenite pretext pentru alegorii, hiperbole sau pastişe, înscrise într-un orizont ideatic diferit de cel originar.

Pe lîngă această prefacere istorică a miturilor primordiale, creația de noi mituri continuă pînă astăzi, ori de cîte ori grupurile umane se confruntă cu situații existențiale purtătoare de sensuri obscure, cu evenimente insolite sau cu împrejurări generatoare de frustrații, îngăduind oamenilor să-și păstreze sentimentul fundamental de familiaritate cu lumea și încredere în posibilitatea de împlinire a destinului omenesc. Cîntărită cu circumspecție, se poate accepta ideea lui M. ELIADE — susținută și de alți gînditori contemporani — că „anumite aspecte și funcțiuni ale gîndirii mitice sînt constitutive ale ființei omenesti”. Lipsită de discernămint istoric, această idee își pierde raționalitatea, și se transformă într-o teză neștiințifică, legată de falsul postulat al „esenței” umane atemporale și abstracte.

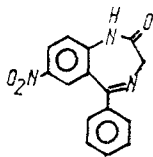
Printre explicațiile speculative și nefondate ale mitului, ca invariantă eternă a vieții spirituale, figurează și încercarea lui FREUD („Totem și Tabu”) de a reduce întreaga diversitate a miturilor arhaice la cîteva arhetipuri omologate cu simbolistica sexuală a viselor, privind apetența pentru mit a umanității din toate timpurile ca simptom de nevroză, provocat de neputința satisfacției erotice. Renunțînd la pan-sexualismul freudian, JUNG interpretează mitologia ca expresie

sie a „inconștientului colectiv” etern, generator de arhetipuri universale, împărțite dihotomic în zei cosmici (simboluri ale luminii, ce exprimă conștiința omului) și demoni (simboluri ale tenebrelor și haosului, în care se exprimă pulsunile inconștientului).

544. MITAPTYLINE^(M) Japonia — DCI Amitriptilină ● Antidepressiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10, 11-dihidro-N, N-dimetil-5H-dibenzola, dl-cicloheptenă- $\Delta^{5,7}$ -propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de AMITRIPTILINĂ^(M).

545. MITCHELL Silas Weir (1829—1914) ● Părintele neurologiei americane. Studiază la Philadelphia, unde își susține și teza, în 1850. Face o călătorie de studii în Europa și doi ani lucrează la Paris, cu Claude BERNARD și Charles ROBIN. Reîntors la Philadelphia, lucrează la spitalul de boli nervoase și ortopedice și predă la Colegiul de Medicină timp de 40 de ani. Publică peste 500 lucrări din domeniul neurologiei, farmacologiei, toxicologiei și psihiatriei, ocupându-se de neurastenii, isterie, hipocondrie. A respins psihanaliza, deși nu a negat rolul relațiilor psihologice terapeut-bolnav în obținerea succesorilor sale clinice. Nu a fost numai un distins clinician, ci și un literat și istoric de prestigiu.

546. MITIDIN^(M) Italia — 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).

547. MITIL^(M) Anglia — DCI Proclorperazină ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat, de tip 2-clor-10-13-(4-metil-1-piperazinil) propil-fenotiazină, cu acțiune antipsihotică, sedativă, antiemetică, cu valențe antivertiginoase și antispastice. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de EMETIRAL^(M).

548. MITIVIÉ Jules Etienne (1796—1871) ● Psihiatru francez. Studiază la Paris, unde își susține

teza. Lucrează alături de ESQUIROL (unchiul său), căruia de altfel îi urmează la conducerea casei de sănătate de la Ivry. În perioada cât a lucrat la Salpêtrière (1831—1865), s-a ocupat de pregătirea a doi interni, deveniți psihiatri cunoscuți: MOREAU de TOURS și BAILLARGER.

549. MITOFOBIE^(F) (cf. gr. *mythos* „fabulă, povestire fabuloasă, legendă; *phobos* „frică”) ● Teamă patologică, lipsită de justificare, față de mituri și legende. Apare în nevroza obsesivo-fobică, psihastenii, schizofrenie.

550. MITOLOGIE (cf. gr. *mythos*; *logos* „cuvânt, discurs”) ● Totalitatea miturilor unei arie etnice sau culturale, formînd un sistem mai mult sau mai puțin coerent, în care se condensează viziunea grupului etnic sau cultural respectiv despre originea și organizarea lumii, despre descendența și menirea omului, despre viață și moarte sub incidența destinului — toate privite din perspectiva raportului dintre sacru și profan, dintre oameni și divinități. Purtînd pecetea sincretismului caracteristic culturilor arhaice, în care se contopesc într-o unitate nediferențiată observații realiste,



Dansator pe taur—gravură antică

cunoștințe empirice și produse ale imaginației elemente de reflecție proto-filozofică, intuiții estetice, valori și norme morale etc., mitologii apare în stadiile primitive ale societății, în strînsă

legătură cu practicile magice, credințele și ritualurile religioase. Mitologia își păstrează caracterul de Weltanschauung și sumă a înțelepciunii popoarelor, ca etapă intermediară a gândirii și mentalității umane, eliminată treptat de progresul cunoașterii și numai în măsura în care acest progres devine un fenomen de masă ; în aceste condiții se dezvoltă (cel mai adesea polemic și critic față de conținutul spiritual al miturilor) tehnologia și gândirea teoretică, desacralizată și dezantropomorfizată, miturile conservate de tradiție fiind asimilate și codificate de canoanele religioase. Contextul istoric în care se constituie și își păstrează supremația concepția mitologică se caracterizează prin gradul scăzut de dezvoltare a forțelor de producție și, implicit, într-o poziție încă precară a omului în relațiile sale cu natura, ale cărei forțe, mecanisme, legi și evenimente i se impun, adesea în mod covârșitor, sub aspect practic (în sfera eficienței mijloacelor sale de cunoaștere). În același timp, sentimentul de comuniune și solidaritate a omului arhaic cu natura era cu mult mai puternic decât în civilizațiile tehnologice de mai târziu, bazate pe relații de concurență între om și cadrul său natural. Lipsit de conștiința acută a diferențierii sale ontice față de lumea înconjurătoare, de care se simte în același timp legat organic, dar și dominat adesea, în virtutea unor tainice împotriviri ale ființelor, lucrurilor și forțelor active din univers, omul societății arhaice găsește în mitologie un cifru explicativ al lumii pe măsura puterilor sale, bazat pe analogii și pe indistinția între teleologie și cauzalitate. Modul în care spiritul conduce trupul este proiectat în afară și atribuit oricărei ființe sau lucru, însușind întreaga fire ; pe de altă parte, observațiile asupra evenimentelor ce se petrec în natură servesc omului arhaic drept modele explicative ale propriilor acte spirituale, gesturi, nevoi și aspirații.

Din punct de vedere tematic, principalele categorii de mituri sînt :

- teogonice (despre geneza și atributele zeilor) ;
- cosmogonice (despre creația lumii) ;
- antropogonice (despre originea și destinul omului) ;
- eschatologice (despre sfîrșitul cosmosului actual și renașterea lui într-o nouă ipostază, superioară sau reluînd totul de la capăt într-un nou ciclu sau eon cosmic) ;
- etiologice (despre originea anumitor ritualuri, norme, obiceiuri sau instituții).

Unele mituri explică antropomorfic fenomene naturale importante și semnificative (tunetul atribuit tuturor zeilor supremi ca mijloc de a-și afirma și apăra privilegiile convenite unui cosmocrator ; carul lui Helios). Altele păstrează amintirea ancestrală a unor catastrofe cosmice (mitul

lui Phaeton, mitul Atlantidei, mitul universal al popoului) sau amintirea transfigurată a unor momente inaugurale din istoria anumitor popoare (ciclul troian sau Cîntul Nibelungilor). S-au păstrat mituri care oferă modele exemplare ale unor atitudini morale : prietenia (Oreste și Piade, Ahile și Patrocles), dragostea nețărmurită (Orfeu și Euridice), curajul și bărbăția („muncile” lui Hercule) etc. Alte mituri exprimă aspirații omezești cutezătoare, explicînd, totodată și cauza eternei lor neîmpliniri prin eșecul inițial al eroilor exemplari : zborul (mitul lui Icar), înfruntarea zeilor și smulgerea secretelor și forței lor (Prometeu), nemurirea (Ghiigameș). În marea lor majoritate, mitologiile originare ale societăților arhaice s-au pierdut, ajungînd la noi în forme mai mult sau mai puțin modificate, în versiuni literare (poemele homerice, Theogonia lui HESIOD, Mahabharata și Ramayana), teologice (Biblia, Avesta), folclorice (Edda veche, Kalevala) sau filozofice (Vedele și Upanișadele). Continuu transformate prin resistemalizări, interplări, reinterpretări filozofice, transcrieri fragmentare și restilizări poetice și alegorice, mitologiile au suferit importante remodelări datorită recodificărilor în conformitate cu diferitele canoane și dogme teologice. Mai apropiate de sursele originale sînt mitologiile populațiilor arhaice, descoperite și studiate de etnologi — dar nici acestea nu sînt intacte, ci au suferit, la rîndul lor, prefaceri de-a lungul vremii, păstrîndu-se astăzi cu numeroase lacune și semnificații oculate, datorită transiterii pe cale orală de-a lungul ațor generații.

● Știință — în care interferează antropologia, filologia, lingvistica, filozofia și istoria culturii — avînd ca obiect de cercetare originea și evoluția miturilor, semnificația simbolurilor arhetipale, clasificarea lor tipologică, compararea diferitelor mitologii, precum și studierea raporturilor între mit și religie, între mit și societate.

551. MITOLOGIE DE GRUP ● Fenomene din grupul terapeutic (grup de psihoterapie, grup de analiză, grup psihodramatic), care trimit la marile teme din mitologia greacă, romană, din tradiția biblică, din folclor sau din psihanaliză, ca de pildă : cuplul gemenilor rivali, dintre care unul este ucis (Romulus și Remus), cucerirea Graalului, căutarea Paradisului Pierdut, Jonas și Balena, Chronos devorîndu-și copiii, zeita-mamă Koli,uciderea Tatălui, Waikiriile etc. Mitologia de grup se decodifică (ea are un limbaj propriu) printr-un travaliu asemănător travaliului analitic și cu ajutorul mitologiei tradiționale și moderne.

552. MITOMANIE (cf. gr. *mythos*; *mania* „nebulnie”) — sin. PSEUDOLOGIE ● Tendință morbidă de alterare a adevărului, de construire a unor istorii fabuloase, imaginare,

prin intermediul cărora subiectul încearcă să obțină atenția și aprecierea celor din jur, deși are parțial conștiința invențiilor sale. GUIRAUD consideră că mitomanul nu se lasă „prins în întregime în joc”, el păstrând o anumită distanță față de construcțiile sale imaginative ; această distanță însă se estompează și se poate pierde în măsura în care mitomania devine un simptom (conținutul ei satisface tot mai mult și compensator cerințele subiectului-erou). Mitomania ca simptom este întâlnită în special la personalitățile dizarmonice isterice, în sindromul denumit „pseudologia phantastica”, caracterizat prin construcții fanteziste și extensive, în care diferite evenimente actuale se structurează pe o temelie fabuloasă (după R. J. CAMPBELL). La copil, nu poate fi vorba de mitomanie întrucât tendința mitomaniacă a copilului și, ca urmare, tendințele sale de alterare a realității, provin din gândirea sa magică și animistă, gândire mitică ce înlocuiește ușor raporturile reale cu raporturi imaginare care îi satisfac într-un mod mai direct dorința ; după J. SUTTER, minciuna la copil poate avea mai multe forme : pseudominciuna copilului mic, minciuna socială, minciuna patologică și minciuna-nervoză ; practic, unele din aceste forme se întâlnesc și la adult. Mitomania mai apare la debilii mintal, la care este săracă în conținut (mitomania vanitoasă) ; există și mitomanie periculoasă (denunțuri, defăimări, scrisori anonime) și mitomanie perversă (imaginația morbidă susține și amplifică anumite perversiuni sexuale). Clasificarea acestor forme de mitomanie îi aparține lui DUPRÉ. Conținutul noțiunii de mitomanie se identifică parțial cu acela al noțiunii de fabulație (→ FABULAȚIE).

553. MITOMANIE DELIRANTĂ^{sin.} → IMAGINAȚIE^(D) delir.

554. MITOPLASTICITATE (MITOPLASTIE) (cf. gr. *mythos* ; *plassein* „a modela”). ● Termen introdus de E. DUPRÉ pentru a desemna aspectul mitomaniac al conversiilor somatice, în cadrul manifestărilor de tip isteric. Autorul încearcă să sugereze prin această formulare metaforică sensul de „fabulație a bolii, având drept teatru de desfășurare corpul bolnavului”, pe care el îl atribuie conversiei isterice. Acest punct de vedere nu este în prezent decât rareori acceptat, mecanismele conversiei isterice având cu totul altă expresie. Este de reținut totuși importanța acordată imaginației în geneza simptomelor de tip conversiv.

555. MITRALĂ — epilepsie (cf. lat. „*mitra*” coif) — sin. LIHTENSTEIN^(S) sindrom ● Sindrom epileptiform, descris de E. LIHTENSTEIN (1956), care apare la bolnavii cu insuficiență cardiacă de origine mitrală, ca o consecință a hipoxiei cerebrale.

556. MITTENEKER-TOMAN^(T) test ● Chestionar de personalitate, apropiat ca structură și concepție de MMPI, imaginat de americanii MITTENEKER și TOMAN, în 1951. Investighează, cu ajutorul a 214 itemi, o largă sferă de coordonate individuale. Un număr de întrebări au în vedere tendințele patologice (depresie, nevroticism, paranoidie, schizoidie, hipomanie) ; alte întrebări se referă la tipul de relații socio-profesionale și la sfera de interese a individului.

557. MIXATONIL^(M) Argentina — 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 NL incisive (endogenii), fiind, în același timp, util și în combaterea impulsurilor obsesiv-compulsive și în afecțiuni psihosomatice. Pentru dozele 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.

558. MIXEDEM (cf. gr. *myxa* „mucozitate” ; *oidema* „umflătură”) — sin. GULL^(B) boală ● Termen utilizat frecvent ca sinonim pentru hipotiroidie, desemnând, de fapt, unul dintre simptomele caracteristice acestei afecțiuni, pentru care reprezintă și un criteriu de gravitate. Deficitul hormonal tiroidian, la care se poate adăuga intervenția compensatorie a hormonului tireotrop, produce, la nivelul țesuturilor și organelor, o distrofie a complexelor muco-proteo-polizaharidice extracelulare, hipoxemie cu diminuarea consumului de oxigen, rezultatul fiind o acumulare de mucopolizaharide polimerizate și infuzia edematoasă. Infiltratul mucoid este ușor de evidențiat la nivelul tegumentelor și mucoaselor.

Mixedemul congenital cunoaște cauze diverse : agenezia sau disgenesia tiroidiană, enzimopatiile, carența de iod (distrofia endemică tireopată), acțiunea substanțelor ce interferează cu sinteza hormonală, radiațiile, prezența auto-anticorpilor.

Mixedemul dobândit (al copilului sau adultului) poate fi consecința unor procese inflamatorii (tiroidite), a proceselor autoimune, a acțiunii agenților antitiroidieni, a extirpării chirurgicale a glandei etc. În mixedemul primar, leziunile sînt situate la nivelul tiroidei, în cel secundar, ele afectează hipofiza sau hipotalamusul sau modifică receptivitatea tisulară.

Cunoscîndu-se rolul hormonilor tiroidieni în maturarea corticală, diferențierea celulară și dezvoltarea funcțiilor psihice, devin explicabile consecințele grave ale hiposecreției glandei la nou-născut, așa cum sînt observate în cadrul encefalopatiei din cretinismul endemic și din unele cazuri de mixedem congenital. Acestea

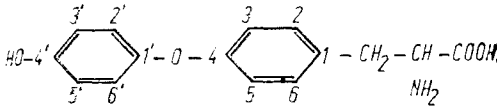
din urmă reprezintă cea mai severă formă de insuficiență tiroidiană a copilului, cu manifestări clinice precoce. Predomină, de la început, întârzierea dezvoltării psihomotorii, la care se adaugă

lectual devine și mai evident, el putînd ajunge pînă la gradul cel mai accentuat, al idiotiei mixedematoase. Mixedematosul învață tîrziu să meargă, nu înțelege limbajul și mimica, nu vorbește deloc sau utilizează un limbaj defectuos. În general, subiectul este condamnat la o existență vegetativă. Infiltrarea cu mucoid a creierului determină uneori convulsii.

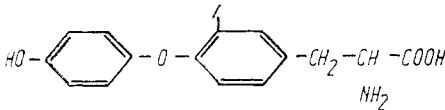
Mixedemul infantil sau juvenil este dobîndit și apare la vîrste diferite. Instalarea sa, cînd mieii-nizarea sistemului nervos s-a încheiat, determină un deficit psihomotor mai puțin sever ca în cazul mixedemului congenital.

Mixedemul adultului determină o afectare profundă a funcțiilor prosexo-mnezice, o lentoare psihomotorie marcată, care poate evolua pînă la bradipsihie globală, indiferență afectivă, apato-abulie, tulburări ale funcției sexuale. Se instalează uneori stări preconfuzionale. Au fost descrise și „psihoze mixedematoase”, al căror raport de cauzalitate cu afecțiunea endocrină nu a fost încă stabilit cu certitudine. Este vorba, în special, de manifestări depresive, melancoliforme, paranoide, halucinatorii etc. Tratatamentul hipotiroidiei ameliorează simptomatologia psihică. MILCU și colaboratorii au semnalat la adulții mixedematoși o accelerare a îmbătrînirii cerebrale. Instalarea precoce a senescenței creează condiții favorabile manifestărilor de tip demential.

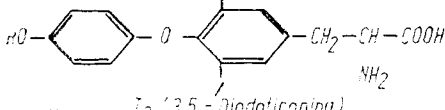
În mixedemul sever, apar și modificări evidente ale traseului electroencefalografic: dispariția ritmului alfa, unde lente (3—6 ciclusec.), microvol-



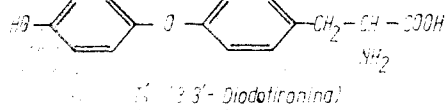
Tironin 3



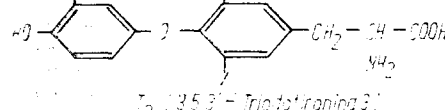
T₁ (3 - Monoiodotironina)



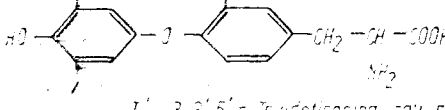
T₂ (3,5 - Diodotironina)



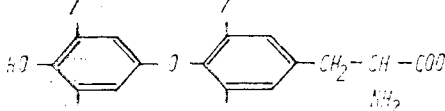
T₂' (3,3' - Diodotironina)



T₃ (3,5,3' - Triiodotironina 3')



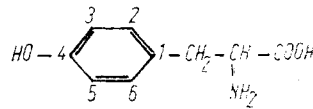
T₃' (3,3',5' - Triiodotironina sau rT₃)



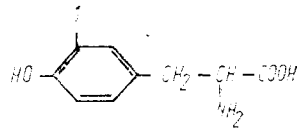
T₄ (3,5,3',5' - Tetraiodotironina sau tiroxina)

Formula chimică a tironinelor

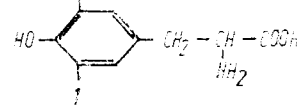
o patologie a creșterii (nanism accentuat, dizarmonic). Deficitul psihomotor se traduce inițial prin lentoare în mișcări, dificultăți de alimentare, somnolență, lipsă de interes față de obiectele înconjurătoare sau anturaj. Ulterior, deficitul inte-



Tirozina



MIT (3 monoiodotirozina)



DIT (3,5 diiodotirozina)

FORMULA CHIMICĂ A TIROZINE-LOR

taș, reactivitate scăzută la stimularea luminoasă intermitentă.

O complicație rară, dar cu prognostic grav, care apare uneori în mixedem, este coma mixe-dematoasă, cu evoluție progresivă, însoțită de acidoză și hipotermie. Caracterul de gravitate decurge din existența leziunilor nervoase, în mod deosebit a celor hipotalamice.

Suferința sistemului nervos în mixedem, în special a encefalului, pare a fi datorată infiltrației mucoidale, la care se asociază o diminuare a consumului de oxigen și glucoză și scăderea fluxului sanguin cerebral. În paralel cu reducerea fluxului sanguin, a fost înregistrată creșterea rezistenței vasculare cerebrale. Toți acești factori pot determina leziuni nervoase, în special în perioada în care mielinizarea și dezvoltarea sistemului nervos nu sînt încă desăvîrșite (→ HIPOTIROIDIE).

559. **MIXIDOL^(M)** Japonia — DCI *Haloperidol* ● Neuroleptic, derivat butirufenonic de tip 4-14-(p-clorofenil)-4-hidroxipiperidin-4'-fluorobutirofenonă, cu efecte clinice predominant de tip sedativ, dar cu efecte secundare de tip incisiv — BUTIROFENONE.

560. **MIXOSCOPIE** (cf. gr. *mixis* „împreunare sexuală”; *skopein* „a privi”) ● Termen propus de KRAFFT-EBING pentru a denumi o formă particulară de voaierism, în care excitația sexuală a subiectului este obținută atunci cînd privește realizarea unui act sexual al unor parteneri care știu că sînt priviți. Sub o formă nouă, generată de progresul tehnicii, mixoscopia a fost speculată de „producătorii” de filme pornografice. Autorul citat subliniază că subiecții homosexuali sînt interesați numai de actele sexuale dintre parteneri de aceeași sex.

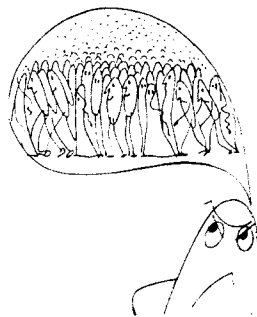
561. **MIXT^(D) delir** (cf. lat. *mixtum* „amestecat”)
 $\xrightarrow{\text{sin.}}$ COMBINAT^(D) delir.

562. **MIXTE^(I) iluzii** — sin. POLISENZORIALE^(I) iluzii $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MULTISENZORIALE^(I) iluzii.

563. **MIZANTROPIE** (cf. gr. *mysis* „contaminare”; *anthropos* „om”) ● Neîncredere principială atît față de valoarea, bunătatea și virtuțile morale sădite în firea umană, cît și față de perfectibilitatea acesteia. În plan comportamental, se manifestă printr-un grad scăzut de sociabilitate, prin suspiciune, prudență exagerată sau circumspecție extremă în relațiile cu ceilalți, însoțite de hipertrofierea spiritului critic și tendința de a judeca faptele oamenilor nu după mobilurile lor aparente, ci atribuindu-le „substraturi” malefice, nevirtuoase.

În psihopatologie, timopatul depresiv suferă de mizantropie, concretizată prin nemulțumirea sa continuă, extinsă la sine și la cei din jur, generînd

neîncredere, lipsa speranței de a avea vreodată o satisfacție. Personalitatea dizarmonică de tip paranoiac este asimilabilă, pînă la un punct, mizantropului: nemulțumirea și neîncrederea se manifestă numai față de ceilalți, nu și față de sine;



în timp ce timopatul este un pasiv (nu încearcă să schimbe nimic), paranoicul se angajează în luptă împotriva celorlalți.

Fără a intra în domeniul patologiei, există personalități clădite constituțional ca mizantropice: „morocănoșii”, cei care sînt incapabili de a se bucura pe deplin și care îi împiedică și pe ceilalți să aibă bucurii.

564. **MIZERIE PSIHOLICĂ** (cf. lat. *miseria* „nefericire, nenorocire, suferință”) ● Termen generic atribuit acelor stări care, presupunînd privarea individului de posibilitatea satisfacerii necesităților vitale, provocînd decăderea sa fizică și/sau morală, determină o suferință ce inspiră semenilor milă.

JANET consideră mizeria psihologică „o slăbiciune morală particulară”, persoana nefiînd capabilă să-și integreze manifestările și, în special, trăirile psihice.

Anumite stări morbide somatice (cașexie, denutriție, infirmitate majoră, senilitate etc.), apărute fie în contextul unor circumstanțe sociale „mizere”, fie ca urmare a unor boli cronice, conduc prin răsunetul lor psihic la mizeria psihologică. Unii autori consideră că și durerea morală ar putea fi asimilată mizeriei psihologice.

565. **MÎNIE** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ FURIE.

566. **MÎNTUIRE^(D) delir** ● Idei delirante, legate de un sfîrșit apocaliptic iminent al lumii, pe care bolnavul dorește să-l contracareze printr-o acțiune personală, în strînsă corelație cu starea afectivă legată de boală.

Astfel, dacă bolnavul are o dispoziție tristă, consideră că salvarea lumii poate fi realizată prin

propriul sacrificiu, care ar purifica întreaga omenire de păcatul intoierabil săvârșit de el. Dacă dispoziția sa este expansivă, subiectul își afirmă omnipotența, capacitatea supranaturală de a domi-



na și salva lumea; în acest sens, adeseori, el focalizează interesul unor comunități subculturale, câștigându-și adepți. Se întâlnește în tulburările afective majore și în psihozele paranoiace.

567. M.M.P.I.^(T) (Inventarul Multifazic de Personalitate Minnesota) ● Chestionare de evaluare a personalității, elaborat de S. R. HATHAWAY și J. C. Mc KINLEY, în 1940, cu scopul de a crea un instrument de diagnostic obiectiv, care să fie aplicat pacienților. Este format din 550 de afirmații prezentate separat pe câte un cartonaș, pe care subiectul le sortează în trei categorii (adevărat, fals, nu știu), după modelul care se potrivește personalității sale. Afirmațiile sau itemii, care se referă la domenii de viață și activitate foarte variate (sănătate, familie, profesiune, religie, etică etc.), au fost selecționați în așa fel încât să diferențieze semnificativ normalii (700) de bolnavii psihici (800).

Bolnavii psihici au fost clasificați, conform diagnosticului, în nouă grupe patologice. S-au constituit astfel nouă scale clinice de evaluare, fiecare

având un simbol (inițiala entității clinice respective) și un număr:

- 1—hipocondrie (Hs)
- 2—depresie (D)
- 3—isterie (Hy)
- 4—deviație psihosomatică (Pd)
- 5—masculinitate-feminitate (Mf)
- 6—paranoia (Pa)
- 7—psihastenie (Pt)
- 8—schizofrenie (Sc)
- 9—manie (Ma).

În plus, chestionarul cuprinde trei scale care măsoară:

- atitudinea față de test (F);
- atitudinea față de sine (K);
- introversiunea socială (Si).

Scalele F și K detectează subiecții care falsifică răspunsurile.

Fiecare scală clinică cuprinde itemi la care bolnavii din grupul respectiv au răspuns în mod asemănător, iar normalii în mod diferit. Răspunsurile sînt notate pe o foaie, iar apoi, prin intermediul etalonului, sînt transpuse pe foaia de profil a personalității, care este interpretată. Deși, pe parcursul anilor, chestionarul și-a păstrat forma, modul de interpretare a datelor sale a suferit schimbări, trecîndu-se de la analiza separată a fiecărei stări clinice, la interpretarea profilului în ansamblu și la stabilirea unor configurații specifice diferitelor categorii de bolnavi. De exemplu, următoarele asocieri indică:

- D, Hs, Hy — nevroză sau afecțiuni psihosomatice;
- D, Hs, Hy, Pt — toxicomanie și alcoolism;
- Pt, D, Mf — inhibiție, tulburări de dinamică sexuală;
- Pa, Mf, Pd — tendințe homosexuale.

Există și o formă colectivă a chestionarului, mai puțin utilizată, în care afirmațiile sînt prezentate sub forma unui caiet, sarcina subiectului fiind de a sublinia răspunsurile.

Au fost construite scale complementare, pentru probleme mai restrînse și mai precise: cea de introversiune socială, cea de nevroză (WINNE), cea de forța Eului (BARROW), cea de diagnosticare a schizofreniei (BENEBICK, GUTHRIE, SNYDER)

Dacă prin acest test se poate evalua cu aproximație raportul individului cu normalul, diagnosticul bolii nu poate fi pus cu certitudine, chiar dacă se obține o notă mare pe scala respectivă — nota mare pe scala Sc nu înseamnă neapărat schizofrenie, ceea ce face necesară coroborarea rezultatelor obținute din studiul profilului de personalitate cu tabloul clinic.

DELAY, PICHOT, PERSE consideră că, în pofida aparențelor, MMPI nu este un instrument prin care în mod mecanic să se poată pune diagnosticul, opinie pe care o împărtășim întru totul.

568. **MNEZIC^(D) delir** (cf. gr. *mnesis* „memorie, amintire”) ● Delir descris de G. de CLÉRAMBAULT la epileptici, compus din simptomatologie depresivă sau hipomaniacală și stări onirice, manifestându-se frecvent o discordanță între tonalitatea emoțională și conținutul ideativ, cu o conștiință parțială a „morbidității și irealității sale” și cu diverse modificări somatice.

Acest delir, în care apar frecvent idei și viziuni religioase, stereotipii, însoțite de acte violente sau grotești, este separat de criza epileptică (sau de alte manifestări epileptice) prin intervale variind de la câteva ore la câteva zile. Este urmat de dismnezii, fără să se poată vorbi de o amnezie totală. Delirul mnezic descris de psihiatrul francez nu este totuși o entitate nosologică specifică, fiind asimilabil stării confuzionale.

569. **MNEZICE^(E) halucinații** — sin. ECMNEZICE^(E) halucinații ● Halucinații caracterizate prin evocarea intensă a unor episoade din trecut, reale, pe care subiectul le re trăiește ca și când ar aparține prezentului. Se întâlnesc în demențele presenile și senile, confuzia mintală, epilepsia temporală, intoxicațiile cu droguri halucinogene. Viziunile panoramice, pe care le poate avea un subiect în criza ucinată sau aflat într-un pericol vital, iau aspectul retrăirii instantanee a întregii vieții. FREUD a denumit „halucinații de memorie” imaginile vizuale pe care le poate prezenta un individ în urma reîntoarcerii în câmpul conștiinței a unui material inconștient refulat.

570. **MNEZICE^(I) iluzii** ● Tulburări ale sintezei mnezice imediate, încadrate în categoria dismneziilor calitative (paramnezii). Se caracterizează printr-o evocare eronată a trăirilor subiectului, care le recunoaște ca fiindu-i proprii, dar nu le situează corect în timp și spațiu. Din categoria iluziilor mnezice fac parte falsele recunoașteri și nerecunoașteri (fenomene de tip „délà vu”, „délà entendu”, „délà raconté”, „délà vecu”, „jamais vu”, „jamais entendu”, „jamais raconté”, „jamais vecu”, paramneziiile de reduplicare) → CRIPTOMNEZIE.

O gamă largă de tablouri psihopatologice includ acest gen de tulburări ale sintezei mnezice. Se întâlnesc în schizofrenie, deliruri sistematizate (paranoiace sau parafrenice), demențe, stări maniacale, psihastenii, dar și la subiecți normali, în condiții de cboseală, surmenaj.

571. **MOARTE** ● Moment în evoluția viului, caracterizat prin încetarea funcțiilor vitale esențiale, fapt care determină dispariția individului ca entitate biologică. Ca fenomen natural, moartea se datorește uzurii treptate a organismului; ea se instalează în timp, durata fiind variabilă de la un individ la altul și depinzând de factori individuali interni și de condiții de mediu. S-a consi-

tat că momentul morții nu este același pentru întreg organismul, că moartea se instalează diferențiat în organe diferite. Pe parcursul dezvoltării organismului, există procese ale morții, care însoțesc procesele vitale (astfel, de pildă, unele tipuri de celule mor în câteva luni; pentru eri-



Michelangelo

trocit, media de viață este de patru luni). Moartea se instalează treptat în organism, fiind un proces mai rapid la animalele cu sînge cald și mai lent la animalele cu sînge rece. Biologia contemporană arată că moartea și viața se articulează, se îmbină în proporții diferite, în funcție de etapele evolutive din existența organismului. Din punct de vedere biologic, îmbătrînirea, ca perioadă ce precedă moartea, presupune: atrofia generală a organelor, exceptînd inima (aceasta se hipertrofiază), reducerea progresivă a capacității funcționale generale, modificări ale metabolismului celular, modificări la nivel umoral, în ceea ce privește substanțele chimice și biologice. Așadar, se consideră că procesul vital evoluează invariabil spre moarte, această evoluție putînd fi încetinită, dar neputînd fi oprită. Moartea înseamnă suprimarea individului ca formă particulară de viață și „întoarcerea materiei organice în regnul materiei inanimate”. Moartea ca proces se articulează proceselor vitale, astfel că orice serie de fenomene vitale în evoluție conțin și fenomene ale morții. S-a vorbit la un moment dat de permanența vieții la organisme unicelulare, caracterizate printr-o diviziune continuă. De asemenea, s-a încercat amînarea îmbătrînirii și a morții prin îndepărtarea deșeurilor metabolice la organismele inferioare, întrucît s-a constatat că aceste substanțe rezultate din metabolism se acumulează în interiorul celulei vii și o influențează destructiv. Această ipoteză asupra mecanismului întîm al morții s-a extins și asupra animalelor pluricelulare (decî îmbătrînirea și moartea ar fi consecințele alterării mediului intern, prin acțiunea unor substanțe metabolice toxice). Comentînd aceste cercetări și experimente în legătură cu posibilitatea de amînare sau chiar de suprimare a morții,

I. BIBERI apreciază că organismele unicelulare se înmulțesc permanent, dar acest lucru înseamnă trecerea de la o individualitate la alta; individul nu moare în sensul că el nu devine cadavru, în schimb el dispare ca individualitate, deci diviziunea celulară presupune moartea fiecărei celule care se divide, moartea în sens de dispariție a unei anumite forme vitale. Însuși actul diviziunii celulare înseamnă moartea acelei celule. Viața este un proces continuu, dar „continuitatea vitală nu trebuie confundată cu nemurirea individuală” (I. BIBERI). Așadar, orice formă vitală tinde către moarte, moartea este înscrisă în evoluția procesului vital, în cadrul genetic al moleculei de acid dezoxiribonucleic. S. HIRSCH (citat de I. BIBERI) consideră că destinul biologic al omului se înscrie într-o durată de timp; pe parcursul acestui destin, într-un anumit moment din evoluția factorilor interni și externi survine moartea; moartea ar fi deci etapa finală în evoluția viului. Viața și moartea se întrepătrund, ele coexistă (de exemplu, o serie de celule care mor sînt înlocuite de celule noi) la diferite niveluri, în proporții diferite. În mod normal și natural, moartea este un proces lent. Ea poate surveni subit în condițiile în care se produce un fenomen din următoarele trei categorii (după Z. FEJFER) :

- tulburare acută a activității cerebrale (de origine traumatică, vasculară, toxică, metabolică);
- insuficiență cardiacă acută (fibrilație ventriculară, oprire a activității ventriculare);
- diminuare bruscă și importantă a debitului de sînge spre inimă (hemoragie, embolie a aortei pulmonare etc.).

Moartea se produce, ca prim moment, prin oprirea activității centrilor respiratori și circulatori, moartea celorlalte organe survenind diferențiat și succesiv. Primul organ care moare este creierul. Există cazuri în care organismul poate fi readus la viață (reanimarea), fie prin acțiune medicamentoasă, fie prin respirație artificială. Semnificația termenului de reanimare se complică, în măsura în care procedeele reanimării se multiplică, în funcție de intensitatea fenomenelor morbide legate de iminența morții. Autorii americani folosesc termenul de resuscitare, cu referire în special la respirația artificială; autorii englezi înțeleg prin reanimare restabilirea totală a funcțiilor vitale (respiratorii, circulatorii, metabolice); specialiștii francezi pun accent pe circulație (perfuzii, transfuzii, oxigenare), mai puțin pe respirație. Reanimarea este posibilă la diferite niveluri de perturbare a funcțiilor organismului, în stări de comă în care există suprimarea totală sau parțială a conștiinței, cu păstrarea unor funcții vegetative vitale — circulatorii, respiratorii și fără leziuni ireversibile ale celulei nervoase; în cazul comei depășite (MOLLARET și COULON

1959), apar leziuni ireversibile ale celulei nervoase. În funcție de diferiți factori, s-a apreciat instaurarea procesului morții la diferite grade (etape) de perturbare a funcțiilor vitale :

- moartea aparentă, caracterizată prin, „sincopă prelungită cu rezoluție musculară, pierderea conștiinței, oprirea respirației, o activitate cardiacă și circulatorie slabă și greu de pus în evidență” (M. D'HALLUIN);
- resuscitarea este posibilă prin manevre medicale (respirație artificială, tonice cardiace) și, mai rar, spontan;
- moarte clinică, caracterizată prin suprimarea funcțiilor vitale esențiale, dar fără leziuni ireversibile ale celulei nervoase; aceste leziuni apar la aproximativ cinci minute după încetarea respirației;
- moarte biologică, caracterizată prin leziuni ireversibile ale celulei nervoase, reanimarea nemaifiind posibilă.

Imposibilitatea reanimării presupune coma ireversibilă sau depășită, în care organismul nu mai reacționează la stimuli foarte puternici, nu mai există mișcări respiratorii, reflexele sînt abolite, iar traseul electroencefalografic este izoelectric. Așadar, moartea adevărată se instalează odată cu moartea creierului, a sistemului nervos central; păstrarea unor funcții ale organelor, prin reanimare, este o păstrare în afara zonei conștiinței, nu se mai poate obține o integrare a funcțiilor biologice. Practic, menținerea acestor funcții la nivel de organe „reprezintă o variantă a culturii de țesuturi” (P. CHAUCHARD, 1966). Ion BIBERI sintetizează informațiile date de biologie asupra procesului morții, legat de procesul vieții :

- moartea este o etapă necesară în evoluția vieții;
- moartea și viața coexistă din punct de vedere biologic în diferite proporții, în evoluția organismului viu;
- viața este continuă, raportată la evoluția cosmică; formele prin care se manifestă viața nu sînt permanente, ci dispar la sfîrșitul ciclului lor de evoluție;
- moartea biologică ireversibilă presupune dezintegrarea unui anumit ciclu vital și reintegrarea lui în ciclul cosmic;
- viața reprezintă un echilibru între două tendințe/principii majoritare: tendința de revenire la materia anorganică (moartea) și tendința de continuitate (conservarea și reproducerea).

În legătură cu acest ultim aspect, FREUD vorbește despre instinctele (pulsivitatea) vieții sau Eros și instinctele (pulsivitatea) morții sau Thanatos. Erosul ar corespunde instinctului sexual, mai exact ar implica funcțiunile sexualității (în sensul în care psihanaliza înțelege sexualitatea, fără a o reduce la funcția genitală); Erosul este energia

care menține coeziunea și unitatea substanței vii, asigurând continuitatea și permanența ei. Semnificația pe care o dă FREUD noțiunii de Eros, ca pulsivitate a vieții, este o semnificație mitică și filozofică. Aceeași semnificație o atribuie FREUD noțiunii de Thanatos, care nu apare în scrierile sale, dar pe care autorul o vehiculează. Thanatos ar reprezenta spiritul/principiul distrugerii, al dezbinării (→ EROS, THANATOS).

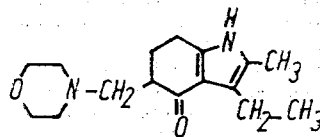
În perspectivă filozofică, procesul vieții și implicat al morții se raportează la universal, la cosmic, la apariția, evoluția și dispariția formelor de manifestare a viului, în ansamblul lor și în mecanismele lor intime, biochimice și genetice, în varietatea lor, la diferite etape de organizare, de integrare, de necesitate. Astfel, viața este un fenomen molecular, biochimic, un fenomen metabolic, un fenomen fiziologic ; ea este, sub aspect genetic, un fenomen informațional, dar și unul instinctiv, reflex ; sub aspect cultural, viața presupune o evoluție și o mișcare spirituală, de la copilărie spre maturitate, senescență și moarte. În aceeași perspectivă, moartea se manifestă la nivel biologic și psihologic, repetabil la diferite niveluri, banal, prin această repetare, și unic, dacă se raportează la un individ anume (V. JANKELE-VITCH consideră că dispariția unei persoane, ca fapt în sine, este de neînlocuit, neputând fi compensată). Perspectiva biologică și filozofică asupra morții impune două concluzii :

- nemurirea individuală este imposibilă, în măsura în care structura biologică a individului se dezintegrează și se reintegrează la alte niveluri evolutive ale realului ;
- există posibilitatea unei supraviețuiri spirituale, dacă individul a avut o activitate creatoare (artistică, științifică) sau s-a implicat esențial într-o serie de activități sociale care au influențat sau au schimbat existența respectivei comunități.

Ființa umană este unitară, ea dispăre ca entitate în măsura în care complexitatea sa ideologică se dispersează și se dezintegrează ; supraviețuirea spiritului presupune implicarea individului în existența culturală a omenirii, acest lucru echivalând cu persistența eternă a ființei, în dimensiunea ei interioară. Existența umană se desfășoară pe două coordonate majore : durată (timp) și intensitate (trăire, implicare în existență, experiențe) ; fenomenele și actele care se înscriu pe aceste coordonate pot fi reciproc compensatorii. Moartea atinge individualitatea ca atare, unică și singulară. Omul se simte însă, instinctiv, înclinat să-și obiectiveze și să-și întemeieze nevoia de nemurire și acest lucru se poate realiza prin actul de cultură (elaborarea unor valori morale, spirituale etc.).

572. **MOBAN^(M)** SUA — DCI *Molindon* ● Neuroleptic, derivat indolic de tip 3-etil-6,7-dihidro-

-2-metil-5-(morfolinometil)-indol-4(5H)-onă, cu acțiune de tip CLORPROMAZINA, cu instalare mai lentă, dar performanțe anxiolitice și sedative superioare. Posedă valențe psihostimulente și antidepressive. Are efecte secundare moderate. Nu se asociază cu IMAO.



573. **MOBILITATE** (cf. lat. *mobilitas* „ușurință în mișcare, iuteală”) ● În general, desemnează proprietatea corpurilor, segmentelor, particulelor de a se mișca. Ca mărime fizică, ea caracterizează mișcarea unei particule și este egală cu viteza acelei particule sub acțiunea unei forțe egale cu unitatea (G. STOICESCU).

În biologie, mobilitatea organismului (și a componentelor sale) apare ca necesitate a adaptării individului la mediu.

În neurofiziologie, mobilitatea este o însușire fundamentală a activității nervoase superioare, a tuturor proceselor care se succed, se deplasează, se transformă, conferindu-le acestora caracteristica de dinamică. În concepția pavlovistă, mobilitatea reprezenta o caracteristică tipologică comportamentală, tradusă prin vitezele de reacție, prin indicatorii vitezelor iradierii și concentrării, ale inducției reciproce, ale formării și stingerii reflexelor, ale construirii și transformării stereotipurilor.

În ceea ce privește procesele psihice, mobilitatea implică senzuri mult mai complexe și variate, ea referindu-se la capacitatea de adaptare la noi senzuri ale existenței, la plasticitatea acestor funcții și procese. Fiecare proces și funcție psihică, au o mobilitate specifică, asimilabilă dinamicii procesului sau funcției respective. Din interacțiunea (nu numai din suma) acestor procese aflate în dinamică, va apărea un anumit grad de mobilitate, caracterizând persoana și conferindu-i un anumit mod de reacție (nefiind însă singurul parametru al determinării modului de reacție).

În psihopatologie, mobilitatea mimică, gestuală, ideativă, afectivă sînt semne diagnostice importante. Un faciès și o gestică cu o mobilitate redusă pot conduce, în funcție și de expresia feței, spre diagnosticul de depresie (mimică depresivă „împietrită”), stupoare, catatonie (în care această imobilitate este a întregului corp), sindrom pseudobulbar (facièsul fîjfat). Mobilitatea deosebită a expresiei faciale, a gesticii, cu expansivitate, cu „risipă de mișcări”, apare la maniacal, hipomania-

cal și, în măsură mai mică la dizarmonicul hipertim și la cel histrionic. Depresivul este un „imobil”, nu numai din punct de vedere motor, dar și al trăirii psihice, care rămâne rigid cantonată pe tărîmul depresiei, cu imposibilitatea comutării ei de pe acest tărîm înnegurat. Dimpotrivă, maniacalul are o bogăție de trăiri rapid comutabile de la un pol la altul, cu o mobilitate la fel de mare a atenției pe care o „dispersează”, neputînd să o concentreze, să o stabilizeze. Incontinența, labilitatea afectivă a stărilor demențiale ar putea fi asimilată unei hipermobilități patologice a afectivității (o mobilitate care nu mai poate fi controlată).

574. MOBILITATE A PROCESELOR NERVOASE

● Caracteristică fundamentală a proceselor nervoase, definită de I. P. PAVLOV ca rapiditate a trecerii, în condițiile acțiunii unui stimul extern, de la inhibiție la excitație și de la excitație la inhibiție.

PAVLOV a reușit să demonstreze, pe plan experimental, mobilitatea proceselor nervoase, studiind dubla schimbare a semnificației unei perechi de stimuli avînd o semnificație opusă, reflexul condiționat de întîrziere, modificarea stereotipului dinamic și perioada de latență a reacțiilor motorii. Mobilitatea este determinată, în lumina acestor cercetări, de numeroase caracteristici funcționale ale activității stimulului nervos: viteza apariției, a iradierii și a concentrării proceselor nervoase, viteza elaborării reflexelor condiționate și a schimbării lor, viteza trecerii excitației în inhibiție și a inhibiției în excitație, însușiri care asigură o dinamică, o integrare optimă a sistemului neuropsihic.

575. MOBILITATE SOCIALĂ. Schimbare a poziției unui grup sau a unui individ în cadrul structurii sociale. La nivelul aceluiași individ sau grup social se pot suprapune diferite tipuri de mobilitate: teritorială, instrucțională, ocupațională.

A. SOROKIN distinge, în cadrul mobilității sociale, mobilitatea verticală și mobilitatea orizontală, prima desemnînd schimbările care implică trecerea de la un strat la altul, de la o clasă socială la alta, iar cea de-a doua — schimbările „la nivel echivalent”.

576. MOD DE VIAȚĂ (cf. lat. *modus* „manieră, fel”) ● Termenul aparține sociologiei și desemnează organizarea specifică a vieții într-o colectivitate dată, organizare ce are drept scop satisfacerea trebuințelor materiale și spirituale ale acelei colectivități. Pentru studierea modului de viață, sociologia ia în considerare o serie de factori: economici, sociali, culturali (tradiții, obiceiuri, sistem de educație și instrucție), condiții de sănă-

tate, nivelul confortului, activități care structurează timpul liber, configurația profesională a populației, sistemul moral etc. Se consideră că toți acești factori, în mișcarea lor social-istorică, contribuie la formarea profilului psihologic al respectivei populații, la formarea personalităților indivizilor și la structurarea relațiilor sociale.

Raportată la individ, expresia „mod de viață” ar fi echivalentă cu expresia „stil de viață” (A. ADLER). Prin „stil de viață”, ADLER înțelege dinamica interioară a unei persoane, cunoscută sau necunoscută de aceasta, dinamică ce are la bază anumite credințe și imagini, reprezentări ale individului despre lume și viață. Această dinamică interioară generează comportamente și, în special, alegeri care pot conduce spre reușită sau eșec. Stilul de viață al unei persoane poartă amprenta modului de viață al comunității și al grupului în care persoana s-a născut și s-a format. Dacă organizarea vieții într-o colectivitate dată nu satisface esențial trebuințele materiale și spirituale specifice respectivei colectivități, în modul de viață apar contradicții, falsificări, distorsiuni, care se repercutează atît asupra colectivității ca grup, cît și asupra membrilor acestei colectivități. Modul de viață poate fi el însuși echilibrat sau dezechilibrat, în funcție de trebuințele colectivității și de organizarea socială care le satisface sau nu. Modificări la nivelul modului de viață generează modificări la nivelul sistemului de valori și norme în colectivitatea dată.

● În timp ce, pentru sociologie, conceptul reprezintă un cadru complex de studiu, cu valoare de diagnostic și prognostic pentru colectivitate, psihologia și psihiatria operează cu un translocator, care reduce problema limitînd-o la nivelul individului sănătos sau bolnav. Operațiunea nu comportă mai puține dificultăți în analiza discriminativă a factorilor determinanți și favorizanți (tradiții, obiceiuri, nivel economic, organizare socială, microclimat, stare de sănătate, confort, petrecerea timpului liber, raportul între aspirații și îndeplinirea lor, gradul de instrucțiune, nivelul de cultură generală, nivelul etico-moral etc.), care nu izolează nicidecum individul de societatea în care trăiește, ci doar îl marchează în mod specific, „personificîndu-l”. Dacă modul de viață al unei colectivități poate îmbrăca un suficient de mare număr de forme, este limpede că modul de viață individual prezintă o variabilitate cu mult mai mare, practic infinită în modalitățile de expresie. La rîndul său, fiecare individ este protagonistul nu numai al unui anume stil de viață propriu și constant („way of life” în formula americană), dar și al unor „subvariante” proprii fiecărei etape de vîrstă parcurse, a căror sumă absolută, de abia atinsă la maturitate, începe să și scadă odată cu intrarea în perioada senescenței.

La copil, nu se poate încă vorbi de un mod de viață propriu-zis; el începe să se prefigureze odată cu procesul de cristalizare a personalității, cu adolescența, pentru ca, apoi, tinerețea și maturitatea să desăvârșescă un spațiu de gândire, simțire și acțiune propriu fiecărei persoane. Teribilismele adolescenței, „crizele de pubertate”, extravaganțele primei tinereți nu sînt altceva decît căutări, în zig-zag sau în spirală, în curbe frînte sau linii, ale unui mod de viață, încercări de a purta o haină, de a „juca” un rol cunoscut, copiat de la cei apropiați de cele mai multe ori, sau imaginat pur și simplu. Cinematograful, televiziunea etc. au o importanță neînchipuit de mare în plămuirea unor tipologii individuale, completînd ceea ce familia, școala, alte instituții cu caracter educativ se străduiesc să ofere tinerelor generații.

La vîrsta maturității, modul de viață constituie deja, de obicei un indicator stabil, cu suficientă semnificație, pentru evaluarea personalității unui individ, oferind, celor avizați, informații asupra „interiorului” și „exteriorului” acestuia. Modul de viață reflectă individul însuși, este o adevărată „ogîndă” a personalității sale, în care imaginea corectă sau strîmbă este echivalentul normalității sau al psihopatologiei.

Rezultat al întrețeserii parametrilor individuali intrinseci și extrinseci, modul de viață (preferabil de urmărit pe o perioadă mai lungă de timp) este util psihiatrului pentru completarea viziunii sale asupra bolnavului, pe care trebuie să-l ajute. Fiecare psihiatru (care nici el, la rîndul său, nu poate fi exclus total de sub influența propriului mod de viață) are posibilitatea să-și formeze pe parcursul experienței sale, adevărate scale clinice de evaluare, alcătuite din informațiile culese din anamneza bolnavului și de la familia acestuia. Ancheta socială reprezintă, și în acest caz, alături de examenul psihiatric unul dintre instrumentele utile, care contribuie la realizarea unei imagini fidele a modului în care omul aflat în suferință își trăiește existența. Secvența următoare—terapeutică—reprezintă însă un deziderat mult mai greu de atins; admitînd că au fost depistate una sau mai multe deficiențe în structura sau funcționarea modului de viață al persoanei respective, medicul psihiatru are misiunea, extrem de delicată și responsabilă, de a opera (pe cît posibil) modificări, remodelări, reconsiderări.

Neîndoielnic, eficiența terapeutică (în special psihoterapia) depinde, în primul rînd, de tipul de boală psihică, de gradul în care aceasta afectează personalitatea bolnavului și modul de relație al acestuia cu lumea, cu semenii săi, fiind de înțeles, de exemplu, că o reacție nevrotică va modifica numai superficial și în mod tranzitor modul de viață, comparativ cu schizofrenia sau epilepsia.

Perturbările bruște și intense ale modului de viață (practic modificările apărute la nivelul oricăruia dintre factorii care îl condiționează, o agresiune fizică sau psihică, frustrări pe plan social și profesional, pierderea unei persoane apropiate, schimbări în microclimat, catastrofe naturale etc.) sînt generatoare de reacții nevrotice și psihotice, care își consumă simptomele clinice după ce trauma a încetat, permițînd astfel o reintegrare lină a individului în modul de viață anterior.

Mai dificilă este restabilirea în cazul bolnavului nevrotic, la care tipul de personalitate este deja conformat specific, iar modul de viață este prefigurată ca atare. Din acest punct de vedere, nevroticul este încă un adolescent, care n-a știut să-și aleagă un mod de viață matur sau a preferat să-l păstreze pe cel din copilărie. Dependența continuă de anturaj, de medic și medicamente, de fapt de propriile suferințe, pe care nu le poate depăși, face din bolnavul nevrotic un individ care se poate considera „un mic handicapat”, a cărui deficiență se grefează asupra propriei existențe și a celor din jur, prin încercarea de a le impune recunoașterea propriului mod de viață, nu susținîndu-l cu argumente, ci solicitînd continuu ajutor.

Categoria nosologică cel mai bogat reprezentată în ceea ce privește coloritul și intensitatea sub care se manifestă diferitele moduri de viață rămîne psihopatia sau personalitatea dizarmonic structurată. Fără îndoială, o personalitate dizarmonică, nu poate avea decît un mod de viață dizarmonic, criteriu care a slujit, pentru cei mai mulți autori, la definirea conceptului. Fie în plus, fie în minus, diferitele tipuri cunoscute de personalități dizarmonice ies din tiparele unui mod de viață obișnuit, „se abat” de la medie și, deși își recunosc greșelile, promisiunile de corejare nu sînt niciodată respectate, „vina” aparținînd totdeauna celorlalți, respectiv societății. Practic este foarte greu de precizat care tip anume de personalitate dizarmonică este mai „dezavantajat” în derularea modului său de viață, evaluările cantitative fiind echivalente, în acest caz, cu cele calitative.

Dezorganizarea „discordantă” a modului de viață, proprie bolnavului schizofren rezultă din procesul disociativ ce afectează sferile ideo-afectiv-voliționale ale acestuia, răpindu-i, de cele mai multe ori ireversibil și global, legăturile cu modurile de viață ale celorlalți, izolîndu-l într-o dimensiune spațio-temporală stereotipă și absolută. Încomprehensibilitatea cu care bolnavul schizofren se înfățișează lumii celorlalți ridică bariere de netrecut între existența sa și a altora, îl exclude inexorabil de la modul de viață banal, obișnuit, neinteresant, al semenilor, nivelul de organizare a personalității sale regresînd spre stadii infantile. Modul de viață al familiei bolnavului schizofren poate avea, în cazul în care se desfășoară armonios,

o înfrînire pozitivă asupra bolnavului, în cadrul măsurilor de resocializare și recuperare a acestuia, constituind, în opinia majorității autorilor, un pilon de bază în planul terapeutic complex ce îi este destinat.

În alt mod, psihozele afective, indiferent de polaritate, creează breșe în modul de viață al bolnavului în acele locuri în care afectivitatea se manifestă cel mai pregnant. Retrăgerea sau, invers, hiperinvestigația pe plan social, exacerbarea delirantă a simțului etico-moral, din depresie, sau pierderea lui dezinvoltă, în manie, reprezintă extreme ale unui mod de viață care se exclude din normalitate.

Paranoia, în schimb, se axează pe un mod de viață hiperrigid, hiperstenic și dominat de suspiciune, în care Eul hipertrofiat nu lasă să mai crească practic nimic în umbra sa. Imposibil de modificat, acest stil de viață se poate dezvolta la un nivel psihotic, care nu rareori implică (tocmai prin particularitățile acestui tip de bolnav) colectivități întregi de oameni, cărora, cu voie sau fără voie, le sînt impuse diferite modalități de existență (de exemplu, personajul Jim JONES și secta sa sinucigașă).

Aparent bine structurat și soldat deseori cu un anume succes, modul de viață al paranoiacului ajunge să fie perturbant pentru societate, eșuînd sfera excentrică a psihozei.

Dezorganizarea și sărăcirea totală (lent progresivă sau bruscă, prematură) a modului de viață, în raport cu nivelul anterior, o realizează demențele, cu diferitele lor etiologii, caricaturizînd un stil de a fi, un stil de a fi fost, pînă la expresia sa cea mai ridicolă. În acest caz, substratul organic decelabil se evidențiază în prim planul condițiilor etiopatogenice ale acestor modificări, dar factorii sociali, funcționali etc. nu sînt nici ei de neglijat, mai ales în legătură cu îngrijirea acestor bolnavi.

Psihigiiena și psihoprofilaxia consideră modul de viață al individului ca un factor deosebit de important, OMS este de părere că sănătatea, în anul 2000, se va sprijini în mare măsură pe capacitatea oamenilor de a-și cunoaște și de a-și corija, de a-și optimiza, propriul mod de viață.

„Depinde de dumneavoastră să alegeți...” spune una dintre devizele forumului internațional al sănătății, desigur, acolo unde puterile individului, capacitățile sale opționale și decizionale sînt în măsură să o facă. La rîndul lor, măsurile de educație sanitară pot contribui, în mod considerabil, la realizarea unui mod cît mai optim de viață, pentru care să opteze pătri cît mai largi ale populației, în virtutea dreptului legitim al tuturor oamenilor la civilizație și progres, la sănătate.

577. MODĂ (cf. lat. *modus*) ● Ansamblu de gesturi, deprinderi, preferințe care predomină, la un moment dat, într-o societate,

cu privire la ținută, îmbrăcăminte, comportare, idei, boli etc. Moda este un fel de convenție socială sau fază a unei convenții, cu caracter schimbător (J. DREVER, 1966). Fenomenul modei se realizează ca proces de imitație generalizată în



comportamentul persoanelor, în special ca imitație conștientă, ierarhică. Apariția modei în orice domeniu al vieții sociale presupune un model care lansează comportamentul dorit, inițiatorul ei, un promotor (sau promotori) și cei care se supun și urmează moda. Moda este un fenomen caracteristic grupurilor cu mare mobilitate și cu nivel socio-economic ridicat, societățile tradiționale cu ritm evolutiv lent nefavorizînd moda. Promotorii modei se caracterizează fie prin tendințe anticonformiste (VEBLEN), fie printr-o mare nevoie de afirmare sau competitivitate (KÖNIG). Moda se exprimă pluralist și ceea ce o singularizează este efemeritatea ei, conștiința că ceea ce este astăzi valid, dar convențional, se va perima în scurt timp (P. POPESCU-NEVEANU).

Contrazicînd unele opinii conform cărora ar fi doar o specialitate medicală „la modă”, psihiatrie a beneficiat, în ultimele decenii, de cuceririle științei și tehnicii, care îi conferă o tot mai mare obiectivitate în cunoașterea psihismului uman.

578. MODAL^(M) Israel — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-(1-etil-2-piroidinil)metil-5-sulfamoil-o-anisamidă, cu certe valențe antidepressive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile NL incisive (endogenii) și, în același timp, este util în combaterea impulsivunilor obsesiv-compulsive și în afecțiuni psihosomatice. Pentru dozele mari, efectele secundare sînt comune cu cele ale NL incisive. Se poate administra fără pauză de 14 zile, după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

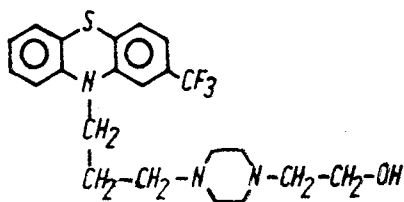
579. MODALINA^(M) Italia — DCI *Trifluoperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat de tip 10-13-(4-metil-1-piperazinil)pro-

pil-2-(trifluorometil)fenotiazină, cu acțiune anti-psihotică marcată și efecte sedative relativ reduse; are valențe anxiolitice și antiemetice; efectele antihistaminice, antispastice și adrenolitice sînt mai mult decît reduse. Industria noastră îl produce sub numele de TRIFLUOPERAZIN^(M).

580. **MODALITATE SENZORIALĂ** (cf. fr. *modalité*; vezi lat. *modus* „manieră, fel”) ● Corespondența dintre stimulii specifici și senzațiile adecvate acestora. Modalitatea senzorială a înlocuit expresia clasică de „organ de simț”, devenită ineficientă față de multitudinea formelor de sensibilitate. Caracteristic pentru descoperirea de noi modalități senzoriale în ultimul secol este faptul că se începe prin delimitarea funcției senzoriale și numai după aceea se caută structura ce îndeplinește această funcțiune. Nu în toate cazurile solicitările externe au ajuns să determine constituirea unui aparat de recepție cu desăvîrșire specific, ca în cazul văzului și auzului. În plus, în structura funcțională a simțurilor complexe (auzul, văzul), s-au descoperit subsisteme ce pot fi considerate autonome.

În clasificarea modalității senzoriale, se tinde să se renunțe la criteriul bazat pe organele de recepție, considerîndu-se relevante condițiile și direcția recepției. UHTOMSKI a propus ca modalitatea senzorială să fie împărțită, după natura stimulilor recepțaiți, în: fizică, chimică, fiziologică (proprie).

581. **MODECATE^(M)** Anglia, Canada, Franța, Grecia, Irlanda, Islanda, Israel, Spania — DCI *Flufenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazi-



zinil-kilfenotiazinic de tip 4-i3-12-(triflorometil)fenotiazin-10-il-propil-1-piperazinetanol. Este indicat în psihoze paranoic-halucinatorii, catatonice, depresii agitate. Are efecte secundare de tip neuroleptic incisiv. Diminuează efectul L-Dopa. Produse similare sînt:

ANATENSOL-DECANOAT^(M) Olanda
DAPOTUM^(M) Elveția, RFG
FLUFENAZIN DEKANOAT^(M) Danemarca
LYOGEN-DEPOT^(M) RFG
MODITEN-DECANOATE^(M) Cehoslovacia
MODITEN DEPO^(M) Iugoslavia

PROLIXIN DECANOATE^(M) SUA
PROLIXIN RETARD^(M) Turcia
SIQUALONE DECANOAT^(M) Finlanda
→ NEUROLEPTICE DEPOZIT.

582. **MODEL** (cf. fr. *modèle*, it. *modello*) ● Din punct de vedere tehnologic, modelul este o machetă, o reproducere, la scară redusă și simplificată, a unui obiect, necesară pentru facilitarea calculelor și pentru a cunoaște obiectul respectiv.

● Din punct de vedere filozofic, modelul este un prototip care configurează existența: evoluția ideilor în fizică și matematică a făcut ca termenul „model” să desemneze astăzi o anumită atitudine epistemologică, depășind cadrul unei definiții limitative.

● În matematică, primul model a fost cel al lui RIEMANN (reprezentant al geometriei non-euclidiene), teoria lui propunîndu-și să reducă toată axiomatica la un ansamblu cît se poate de simplu al condițiilor formale. În 1931, TARSKI a dat o definiție precisă și generalizată a modelului, introducînd necesitatea referirii la o valoare variabilă în limbajul formal. Ideea de model pătrunde în fizică odată cu dezvoltarea mecanicii. Modelele au apărut ca structuri coerente certe, dar nesatisfăcătoare, sub aspectul reprezentării și al interpretării realității.

Modelarea este marcată de două aspecte contradictorii: fie că este vorba de o concepție „empirică”, cu sau fără elaborare critică, conform căreia datele obținute sînt reunite într-un ansamblu care poate fi experimentat; fie că este vorba de o concepție „raționalistă”, presupunînd construirea unui sistem a cărui singură finalitate este satisfacția spirituală.

Efectul salutar al modelării matematice apare însă atunci cînd este vorba de acele „doctrine complete”, după părerea unor autori. Analiza datelor cunoscute, cu ajutorul ordinațoarelor, permite descoperirea și experimentarea acelor structuri care în realitatea concretă nu sînt evidente. Succesul metodei depinde de eforturile de alegere a variabilelor, de eșantionare, modelul obținut reprezentînd numai o ipoteză interpretativă (→ ANALIZĂ FACTORIALĂ).

● Termenul a devenit uzual în toate domeniile științei, pătrunzînd și în psihiatrie, unele modele — neputînd fi (încă) matematizate — au fost construite prin împrumutarea elementelor și articularea lor în mod „analog” altor situații. Aceasta a pornit din dorința de a pune ordine, de a identifica structuri figurative, clare într-un domeniu constituit din elemente dispersate și, de multe ori, confuze, modelul păstrîndu-și semnificația euristică.

În privința statutului epistemologic al modelului, rămîne încă de văzut dacă el va limita sau va

favoriza în continuare cunoașterea fenomenului modelat.

1983. MODEL AL BOLII PSIHICE ● Concepție explicativă (etiopatogenică, descriptivă sau comprehensivă), care are ca obiective definirea și clasificarea bolilor psihice, stabilind cadrul și premisele teoretice ale fundamentării atitudinii practice (terapeutice și profilactice și în diagnosticare) față de acestea. Modelul care oferă în prezent o perspectivă completă, integratoare, realistă și eficientă în domeniul acțiunii practice este cel medical. Este însă tot atât de adevărat că, dacă acest model are cea mai mare operativitate în sfera psihozelor (endogene, simptomatice, reactive) și al tulburărilor psihice cu substrat organic (toxicomanii, boli somatice și neurologice diverse, boli infecțioase, traumatisme craniocerebrale, nedezvoltări și regresii cognitive), el devine mai puțin eficient (cel puțin în stadiul actual al cunoștințelor psihologice, infraneuronale, neuroendocrinologice, sociologice) pentru o altă arie a patologiei psihice (nevroze, dizarmonii de personalitate, dezvoltări nevrotice). Nosologia bolilor psihice, așa cum a fost creată de KRAEPELIN și cum este promovată de sistemele de clasificare acceptate în prezent pe plan internațional, rămâne tributară aceluiași model medical, criteriile fundamentale după care sînt alcătuite actualele clasificări fiind intensitatea clinică a simptomelor psihiatrice, gravitatea evoluției, răspunsul lor la tratament, prognosticul, ca și nivelul afectării modului de funcționare a relațiilor socio-familiale și profesionale ale subiectului.

Modelul medical este singurul care înglobează într-un cadru adecvat o multitudine de cauze, diversitatea factorilor favorizanți și predispozițanți, precum și intricarea mecanismelor cauzale, bio-psiho-socio-genetice ale stărilor morbide, care se reflectă la nivelul psihismului. Decurgînd din modelul organic premergător (SYDENHAM, GRIESINGER, MAUDSLEY, KRAEPELIN), de la care reține necesitatea elucidării cauzelor fiecărei boli, modelul medical urmărește obiectivele descrierilor clinice de simptome și sindroame în vederea eventualei lor încadrări nosologice, a precizării diagnosticului pozitiv și diferențial (utilizînd în prezent și schemele diagnostice multi-axiale), a aplicării unui tratament și evaluării globale a evoluției și prognosticului. KETY (1974) descrie condițiile obligatorii ale realizării dezideratelor modelului medical al bolii psihice și stabilirii unui diagnostic în conformitate cu acest model: observație îndelungată, clinică și catamnesică, capacitate descriptivă și discriminatorie și o gândire scrupuloasă, adecvată metodei științifice.

Dacă GRIESINGER și MAUDSLEY, la mijlocul și, respectiv, sfîrșitul secolului al XIX-lea, vorbeau

de o cauzalitate fizică sau chimică (biochimică) a bolilor psihice, iar FALRET, BAILLARGER, KAHLBAUM, KRAEPELIN începeau să urmărească evoluția previzibilă a bolii de la debut pînă la remisiune și să înțeleagă importanța medicală și socială a prognosticului, astăzi aceste direcții au fost aprofundate, căutîndu-se etiologii neurochimice, markeri biochimici, genetici, clinici etc. ai unor boli manifeste sau ai predispoziției pentru acestea, cuantificarea gradului de intervenție a socio-psihogenezei (cercetările privind evenimentele curente de viață) și a profilului psihologic în apariția și modalitatea de manifestare a bolii. Progresele înregistrate în aprofundarea nosografică obiectivă sînt strîns legate de cele din terapeutică biologică și din psihoterapie (ale cărei tehnici s-au diversificat și ale cărei rezultate sînt apreciate astăzi), dar primul obiectiv al modelului medical, cel etiopatogenic, rămîne încă, pentru majoritatea afecțiunilor psihice, în stadiul ipotezelor. Limitele modelului medical al bolii psihice rezidă în lipsa omogenității categoriale a fenomenelor studiate de psihiatrie, a formelor anormale și morbide de manifestare ale psihismului. Psihopatiile nu sînt boli, ci stări dizarmonice ale personalității, psihozele endogene sînt considerate, cel puțin deocamdată, categorii distincte față de nevroze, iar conceptele de border-line sau spectru psihopatologic pot constitui pretextul unor serioase semne de întrebare asupra valabilității unei scheme nosologice inflexibile. De aceea, demersul taxonomic extrem de prudent pe care-l realizează DSM III nu înseamnă o „denosologizare” a patologiei psihice pînă la stadiul de sindrom, ci doar recunoașterea realității extrem de variate, proteiforme, pe care o oferă clinica psihiatrică. Așa cum arată BLAKENBURG, „obiectul psihopatologiei poate fi o boală, un comportament sau o trăire anormală sau chiar o posibilitate de comportament sau de trăire”, așa încît e puțin probabil să ne așteptăm ca deficitul catecolaminergic să explice vreodată trăirea subiectivă a depresiei vitale a melancolicului (TISSOT). Demersul modelului medical al bolii psihice este impulsivat de o idealitate (K. SENSÉE, 1982) care ignoră un inevitabil hiatus epistemologic (LANTERI-LAURA) referitor la faptul psihopatologic, psihiatria biologică avînd șansa de a rămîne „calea regală” a înțelegerii acestuia numai dacă, așa cum precizează DUFOUR (1982), „se degajează de mantia sacerdotală a organicismului subjugat etiologiei monofactoriale”. Schematismul metodologic (PAMFIL, OGODESCU, 1976) al oricărei absolutizări în domeniul cercetării psihiatrice pare extrem de greu de evitat, întrucît, pentru a se ajunge la un rezultat edificator din punct de vedere științific, este nevoie de o metodă care să descopere caracteristicile definiției ale fiecărui tip de tulburare, în mod esențial problema

clinicianului fiind — după cum arată KENDELL (1978), MULLEN (1984) — definirea acesteia. Evitarea acestei deficiențe metodologice s-ar putea realiza prin adoptarea unei perspective „polifonice” (LANTERI-LAURA), care ar permite nu numai diferențierea între bolnav/sănătos, ci și între „a fi bolnav astfel”/„a fi bolnav altfel”, de unde necesitatea mai multor modele medicale care să permită „pluralitatea cunoașterii medicale” psihiatrice. Pentru a realiza că „în spatele confuziei se află întotdeauna o persoană confuză, în spatele depresiei un individ depresiv, în spatele sindromului de influență un ins influențat” (MINKOWSKI, 1970), trebuie acceptat că „explicarea unei boli psihice printr-un model neurofiziologic nu exclude cu nimic abordarea psihoterapeutică și invers”, cunoașterea „empirică și rațională a pluralității care exclude tirania unificării” fiind dezideratul de prim ordin al psihiatriei, al medicinei în general (LANTERI-LAURA).

Variante pluraliste și integrative ale modelului medical sînt organodinamismul (H. EY), ontologia triontică (PAMFIL, OGODESCU) și modelul „constructivist” (R. TISSOT), ale cărui repere biografice și psihosociale își au sursa în psihologia genetică a lui J. PIAGET. Alte modele care oferă o perspectivă univocă a bolii psihice sînt cele tipologice (KRETSCHMER), psihanaliza (aplicarea „alegorică” a modelului medical, pentru că oferă o pretinsă cauză a nevrotiei, găsește o semnificație simbolică de simptom comportamentului nevrotic și recomandă un tratament de anihilare a acestei cauze (GOSSOP, 1980), neopsihanaliza (FREUD, JUNG, SULLIVAN, Melanie KLEIN), modelele psihodinamice (ADLER, MEYER, MASSERMAN), modelul comportamental (behaviorismul, PAVLOV), existențialist (BINSWANGER, HUSSERL) și matematic („numeric și experimental” — Ch. BRISSET). Acest ultim model oferă avantajul unei aplicări eficiente în cercetarea clinică (și în cea fundamentală, cu aplicabilitate în psihiatrie), dar eludează subiectul ca unitate umană și constrînge domeniul vast și divers al faptelor psihopatologice la cuantificare prin intermediul unor variabile limitate ca număr și domeniu de cuprindere, riscînd să falsifice printr-o simplificare determinată de omiterea unor caracteristici ireductibile la parametri matematici.

584. MODEL NEURONAL AL STIMULULUI ● Sistem neurodinamic și reflex, ce mediază reflectarea stimulului sau transformarea sa într-un semnal. D. HEBB (1949) consideră că astfel de modele mediază percepția la nivel cortical. Conceptul de model neuronal al stimulului relevă caracterul de sistem funcțional unitar al reflexului de orientare (E. N. SOKOLOV).

585. MODELARE (vezi *model*) ● Metodă de cercetare a sistemelor complexe, greu de abordat în mod direct, constînd în conceperea unor modele ce simulează modelele originale. La baza modelării stă existența analogiei anumitor caracteristici ale modelului cu originalul și posibilitatea de transfer a rezultatelor studierii modelului la fenomenul original. Metoda cuprinde următoarea secvență de operații :

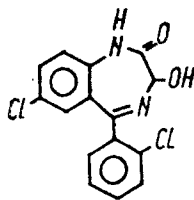
- identificarea sistemului original ;
- stabilirea unei analogii semnificative între model și original ;
- formularea condițiilor în care rezultatele pot fi transferate asupra fenomenului original ;
- aplicarea rezultatelor la original ;
- verificarea logică sau experimentală a acestora.

Prin modelări succesive, de complexitate crescîndă, se poate ajunge la elaborarea unor teorii care să explice din ce în ce mai bine fenomenul original. Astfel, au fost elaborate o serie de modele tot mai complexe ale activității sistemului nervos, în strînsă legătură cu evoluția cunoștințelor din alte domenii. S-a încercat o modelare a excitației și inhibiției, utilizînd sistemele de ecuații diferențiale. Modelul se complică foarte mult dacă se iau în calcul cîteva zeci de neuroni. Teoria cîmpurilor, împrumutată din fizică, concepe sistemul nervos ca un mediu continuu, fără a ține cont de discontinuitatea sinaptică. Abordarea cibernetică a sporit complexitatea modelelor, prin conceperea creierului ca un sistem probabilistic (stochastic).

Diferitele funcții ale sistemului nervos au fost studiate folosind modelul rețelelor, care pleacă de la structura histologică a creierului. Cel mai simplu model, în acest sens, este cel de rețea finită, în care un neuron poate avea două stări. Pentru studiul stărilor rețelei a fost utilizată logica bivalentă, iar ulterior logica polivalentă.

Cercetările operaționale au fost întrebunțate pentru a modela creierul din punctul de vedere al eficienței pragmatice, iar teoria jocurilor și teoria deciziei, capitole mai noi și mai complexe ale statisticii matematice, au contribuit la modelări și mai adecvate ale activității psihice. Tehnica de calcul modernă a creat posibilitatea modelării complexe a anumitor funcții ale sistemului nervos, răspunzînd dorinței omului de a pătrunde cît mai adînc în esența fenomenelor.

586. **MODERAL^(M)** Mexic — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip



7-cloro-5-(o-clorofenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

587. **MODERAL CLOR^(M)** Mexic — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepini 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 tranchili, zante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **NAPOTON^(M)**.

588. **MODERAMIN^(M)** Elveția — DCI *Mefenoxalonă* ● Derivat carbamic de tip 5-l(o-metoxifenoxi)metil-2-oxazolidinonă, cu acțiune sedativ-hipnotică și valențe anxiolitice și miorelaxante. Indicat în nevroze anxioase, insomnii, afecțiuni psihosomatice.

589. **MODERANE^(M)** Argentina — DCI *Diploclorazepat tassium* ● 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.

590. **MODERATAN^(M)** Franța — DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip 2-(dietilamino)propiofenonă. Este o amină simpaticomimetică anorexigenă, cu performanțe psihostimulatoare inferioare **AMFETAMINELOR** și anorexigene apropiate de ale **FENMETRAZINEL**. Nu se asociază cu **IMAO**, iar în timp, poate realiza farmacodependență. Acțiunea unei doze durează 5—6 ore. Se poate utiliza în combaterea unor efecte secundare ale neurolepticilor.

591. **MODEREX^(MC)** Brazilia ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, cu acțiune diferită, care se completează;

● **AMFEPRAMONA^(M)** — nooanaleptic, derivat feniletilaminic;

● **DIAZEPAM^(M)** — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Are acțiune psihostimulentă.

592. **MODERIL^(M)** Franța, SUA — DCI *Rescinnamină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de *Rauwolfia* de tip 3,4,5-trimetoxicinnamic esterificat metil reserpat, cu acțiune sedativă. Nu se administrează în cazul existenței unei componente depresive, fiind un marcat hipotensor.

593. **MODESTIE** (cf. lat. *modestia* „moderație bun-simț”) ● Trăsătură de caracter rezultând din conflictul constructiv intern între nivelul de aspirație și autoaprecierea obiectivă. Deși uneori asimilată, în conștiința comună, cu sentimentul de inferioritate sau cu atitudinea de autodeprecieri demonstrativă, se deosebește net de acestea, implicând sanogen idealul Eului și efortul liber asumat de a-l atinge, efortul de autodepășire.

594. **MODITEN DECANOATE^(M)** Bulgaria, Cehoslovacia — DCI *Flufenazină decanoat* ; **MODITEN-DEPO^(M)** Iugoslavia — DCI *Flufenazină decanoat* ;

MODITEN DEPOT^(M) Italia — DCI *Flufenazină decanoat* ;

MODITEN ENANTHATE^(M) Anglia — DCI *Flufenazină enantat* ;

MODITEN FORTE^(M) Belgia — DCI *Flufenazină* ;

MODITEN INYECTABLE^(M) Iugoslavia — DCI *Flufenazină decanoat* ;

MODITEN RETARD^(M) Franța — DCI *Flufenazină enantat* ● Neuroleptice incisive, derivați piperazinilalkilfenotiazinici de tip 4-*B*-12-(trifluorometil)fenotiazin-10-ilpropil-1-piperazinetanol. Indicate în psihoze paranoid-halucinatorii, catatonice, depresii agitate. Au efecte secundare de tip neuroleptic incisiv. Diminuează efectul L-Dopa.

595. **MODULAN^(M)** Brazilia — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-1(1-etil-2-pirolidinil)metil-5-sulfamoil-o-anisamidă, cu certe valențe antidepressiv, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile NL incisive (endogenii) și, în același timp, este util în combaterea impulsurilor obsesiv-compulsive și în afecțiunile psihosomatice. Pentru dozele 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.

596. **MOEBIUS Paul Iulius** (1853 — 1907) ● Neurolog german, cu contribuții în domeniul psihiatriei. Își desfășoară activitatea la Leipzig. A descris exoftalmia ca semn al bolii Basedow înaintea delimitării acesteia ca entitate morbidă. În 1888, susține printre primii că manifestările somatice ale isteriei sînt reprezentări ale conflictelor psi-

hice, iar în 1891 — traducându-l pe MĂGNAN — preia noțiunea de degenerați superiori (în rîndul cărora se plasează) și introduce studiul biografiei marilor personalități bazat pe analiza eredității, constituției și psihopatologiei lor (numit ulterior patografie), care va căpăta o dezvoltare specială în psihanaliză. În 1901, publică o lucrare discutabilă, „Tratatul debilității intelectuale și psihologice a femeii”, în care consideră femeia o ființă inferioară handicapată de slaba dezvoltare a circumvoluțiilor cerebrale, victimă a manifestărilor esențial instinctive, situînd-o, din punct de vedere psihic și mintal, la jumătatea drumului între bărbat și copil.

597. **MOENCKEBERG^(S) sindrom** ● Sindrom constînd în parestezii, senzația de rece și ușoară durere la nivelul extremităților. Apare consecutiv infiltrației întemei din arterioscleroză. A fost descris de MOENCKEBERG, în 1903.

598. **MOGADON^(M)** Anglia, Austria, Belgia, Canada, Danemarca, Elveția, Finlanda, Franța, Grecia, Italia, Iugoslavia, Olanda, Spania, Suedia, Turcia — 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).

599. **MOGIGRAFIE** (cf. gr. *mogis* „dificultate”; *graphein* „a scrie”) ● Dificultate de exprimare prin scris (desigur, în cazul cînd subiectul cunoaște acest mod de comunicare), prezentă în schizofrenie, demențe.

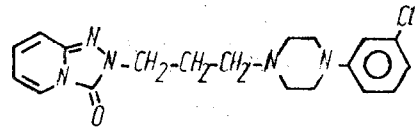
600. **MOGILALIE** (cf. gr. *mogis*; *lalein* „a vorbi”) ● Dificultate de exprimare verbală. Apare în aceleași circumstanțe ca și mogigrafia.

601. **MOHOV-SINKARENKO** — probă ● Probă de laborator care poate evidenția diagnosticul etiologic în coma alcoolică. În acest scop, se folosește un reactiv cu o compoziție care își schimbă culoarea în contact cu aerul expirat de bolnav.

602. **MOLAR** (cf. fr. *molaire*; vezi lat. *molas* „masă imensă”) ● Atribut care desemnează caracterul global al proceselor psihologice sau de comportament, opunîndu-se analiticului. Există în psihologie curente cu viziune molară, microscopică, a comportamentului și psihicului, care elimină detaliile.

603. **MOLIPAXIN^(M)** Anglia — DCI *Trazodonă* ● Psihotrop timoleptic, cu o structură chimică de tip 2-13-14-(m-clorofenil)-1-piperazinilpropiril-5-triazolol/4,3-alpirdin-3(2H)-onă, cu acțiune anti-

depresivă și valențe anxiolitic-sedative. Are efecte secundare practic nule. Nu se administrează în primele luni de sarcină.



604. **MOLISMOFOBIE^(F)** (cf. gr. *molysma* „pată”; *phobos* „frică”) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MISOFOBIE^(F).

605. **MONADĂ** (cf. gr. *monas* „unitate”) ● Termen prin care unii filozofi (PITAGORA, BRUNO) desemnează unitățile elementare, materiale sau spirituale, din care ar fi alcătuită lumea. Termenul este asociat cel mai adesea cu filozofia lui LEIBNIZ, în concepția căruia universul este o pluralitate infinită de monade, fiecare din ele fiind un microcosmos de esență ideală, o entitate definită nu prin atribute spațiale și corporale (ca atomii lui DEMOCRIT), ci ca substanță spirituală individuală, înzestrată cu dinamism și facultăți percepțive. Fiecare monadă oglindește din interior întregul univers, fără a suferi și fără a exercita nici un fel de influență, deoarece „monadele nu au ferestre” deschise către lume și nu interacționează între ele. Cu toate acestea, universul actual este cea mai bună dintre lumi posibile, perfect rînduită în virtutea armoniei prestabilite, prin care monada supremă (Dumnezeu) înscrie în ființa fiecărei substanțe individuale o finalitate lăuntrică, în cel mai deplin acord cu toate celelalte.

606. **MONAMIN^(M)** Danemarca — 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.

607. **MONASE^(M)** Suedia — DCI *Etriptamină* ● Antidepresiv timoanaleptic, derivat indolic de tip 3-(2-aminobutil)indol, indicat în depresii inhibate. Nu posedă efecte sedative; nu se administrează concomitent cu timoleptice, betabloccante, psihostimulente. Are contraindicațiile antidepresivelor \rightarrow IMAO.

608. **MONDONESI — reflex** — sin. REFLEX MIMICO-BULBAR ● Compresiunea globilor oculari producînd contractia mușchilor feței de partea opusă localizării focarului, în coma datorată accidentelor vasculare cerebrale (spre deosebire de coma alcoolică, în care contractia este bilaterală).

609. **MONISM** (cf. gr. *monos* „unic, singur”) ● Termen introdus în secolul al XVIII-lea de Ch. WOLFF; pentru a desemna orice concepție filozofică axată pe un singur principiu explicativ, temei al unității lumii. În funcție de modul în care soluționează problema fundamentală a filozofiei, enunțată de ENGELS, concepțiile moniste se împart în două orientări principale opuse :

- monismul materialist (DEMOCRIT, HOBES, D'HOLBACH, LA METTRIE ș.a.), care postulează că orice formă de existență este parte sau proprietate a materiei, în vreme ce conștiința nu constituie o substanță, o entitate autonomă, independentă de materie, ci are un statut derivat, de însușire sau mod de existență a acesteia ;
- monismul idealist (BERKELEY, FICHTE, HEGEL), care postulează un principiu spiritual ca temei generator, structurant și dinamizator al întregii existențe, socotind materia drept factor secund, ca manifestare fenomenală a idealității.

Opus dualismului sau pluralismului, monismul constituie singura strategie explicativă prin care se poate împlini aspirația și vocația sintetic-totalizantă a filozofiei ca *Weltanschauung* sau imago mundi.

610. **MONITAZON**^(MC) Grecia ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, cu aceeași acțiune, care se complementează :

- **MEPROBAMAT**^(M) — tranchilizant, derivat propandioic ;
- **OXAZEPAM**^(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Are acțiune anxiolitic-sedativ-miorelaxantă.

611. **MONIZ Egas** (1874—1955) ● Psihiatru portughez. Se numea, în realitate, Antonio Caetano de ABREU FREIRE ; devine însă celebru cu numele de MONIZ, sub care publică pamflete politice în timpul studenției. Studiază la Coimbra, Lisabona și Paris cu BABINSKI, PIERRE MARIE, DÉJERINE, devenind, în 1911, șeful catedrei de neurologie de la Lisabona. Are o bogată activitate politică : ministru de externe, ambasador al Portugaliei la Madrid, reprezentant al țării sale la Conferința de Pace de la Paris (1919—1921), care nu-l împiedică însă să lase o valoroasă moștenire medicală. Cele mai importante lucrări ale sale sînt : „Abatele FARIA, istorie a hipnotismului” (1925), „Encefalografia arterială și importanța ei în studiul tumorilor cerebrale” (1927) — lucrare care atestă, de fapt, descoperirea arteriografiei — și „Tentative operatorii în tratamentul unor psihoze” (1936) — lucrare de pionierat în domeniul psihochirurgiei, bazată pe datele oferite de intervențiile operatorii efectuate împreună cu chirurgul Almeida LIMA.

În 1949, lui Antonio Caetano de ABREU FREIRE i se acordă Premiul Nobel (deși ultima sa lucrare, publicată în 1942, nu avea conținut medical, ci se numea „Istoria cărților de joc”).



Egas Moniz

612. **MONNEROS-DUMAINE**^(S) sindrom — sin. **APROBATIVITATE** ● Reprezintă o atitudine de încuviințare sistematică pe care subiectul o manifestă față de orice exprimare verbală a interlocutorului său. Se poate datora fie sugestibilității crescute din debilitatea mintală, fie diminuării accentuate a capacității de judecată și a criticii din demențe. În cazurile mai grave se poate însoți de ecomimie și/sau ecolalie.

În numeroase circumstanțe psihiatrice există o aprobativitate pasageră care modifică și denaturează frecvent relația medic-bolnav. Depresivii nu au suportul timic necesar pentru a-și apăra vreo opinie și pot disimula, la adăpostul unei atitudini aprobative, pregătirea tentativei suicidare. Maniacalul poate adopta în scop ludic o atitudine aprobativă, caricaturizînd chiar, uneori ecomimic, interlocutorul. Istericul, în scopul seducției, pentru a fi cit mai apreciat de către medic, va adopta, de asemenea, o atitudine aprobativ-curtenitoare. La fel, în stări de epuizare, la personalități timide sau hiperemotive, aprobativitatea pare o soluție facilă de rezolvare a dialogului. La dizarmonicii de tip paranoiac, ca și în paranoia, atitudinea aprobativă este exclusă, orice concesie fiind considerată de acești bolnavi autoanulare.

613. **MONO-** (cf. gr. *monos* „unic, singur”) ● Element de compunere care introduce sensul de unicitate.

614. **MONOBELTIN^(M)** Argentina — DCI *Bupranolol* ● Betablocant de tip 1-(tert-butilamino)-3-*l*-(6-clor-*m*-tolil)oxil-2-propanol, indicat în anxietate, sindromul cardiac hiperkinetic, combaterea tremorului parkinsonian și senil. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETA-BLOCANTE.

615. **MONOCROMATISM** (cf. *mono-*; gr. *chroma* „culoare”) — sin. ACROMATIE; ANOMALIE DAUBENEY-HUDDART; CECITATE CROMATICĂ ^{sin.} → ACROMATOPSIE.

616. **MONOCROME^(H)** halucinații ● Halucinații vizuale caracterizate prin faptul că, în mod stabil și constant, imaginile percepute apar într-o singură culoare.

617. **MONOCULARE^(H)** halucinații (cf. *mono-*; lat. *oculus* „ochi”) ● Halucinații percepute cu un singur ochi, fie că acesta este închis sau deschis. Acest tip de halucinații corespunde adesea unor scotoame sau altor anomalii care ocupă câmpul central (după MOREL — scotoame centrale pozitive). Etiologia acestor halucinații este legată, în toate cazurile, de leziuni ale globului ocular.

618. **MONODEMETRIN^(M)** RFG — DCI *Praxepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-(ciclopropilmetil)-1,3-dihidro-5-fenil-2*H*-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitic-sedativă, ușor hipnotică. Nu se va administra în sarcină.

619. **MONOFEN^(M)** Norvegia — DCI *Fenelzină* ● Antidepresiv timoanaleptic, derivat hidrazinic de tip fenetilhidrazină, indicat în depresii inhibate; este lipsit de efecte sedative, necesitând asocierea. Nu se administrează concomitent cu betablocante, psihostimulente și antidepresive timoleptice (pauză de 14 zile). Contraindicațiile sînt, în general, cele ale timolepticelor → IMAO.

620. **MONOFOBIE^(F)** (cf. *mono-*; gr. *phobos* „frică”) ● Teama patologică de a sta singur, întîlnită în nevroza obsesivo-fobică, psihastenie, sindromul obsesivo-fobic din depresii.

621. **MONOIDEISM** (cf. *mono-*; gr. *eideas* „idee”) ● Preocupare exclusivă pentru o singură idee, imagine sau amintire. Toate funcțiile psihismului sînt concentrate în jurul temei dominante, motiv pentru care are loco restrîngere, o îngustare importantă a câmpului de conștiință, ideea devenind săracă și neproductivă. Conceptul de mono-

ideism a fost utilizat de JANET în teoriile sale asupra isteriei și hipnozei.

Monoideismul poate fi întîlnit în psihozele depressive și în alte stări psihotice, în somnambulismul hipnotic.

622. **MONOLOG** (cf. *mono-*; gr. *logos* „cuvînt, discurs”) ● Activitate verbală pe care subiectul o desfășoară de unul singur. Poate implica adresarea către alții (ascultători), dar se poate produce și în afara unei relații de comunicare, ca vorbire cu sine sau pentru sine.

În monologul interior (interiorizarea discursului, desfășurarea lui în interior), discursul este mai acut îndreptat spre sine, putînd evolua însă de la sine spre alții, prin faptul că o persoană, chiar dacă nu se află în prezența fizică a altuia, rămîne totuși în permanentă relație cu acesta, astfel încît și monologul adresat sîși conține elementul „alter”. Tendințe mai accentuate spre monolog apar la narcisici, la egocentrici, la persoane cu tendință de dominare și cu dificultăți de obiectivare satisfacere a acestei trebuințe, persoane cu deficit/dificultate de relaționare, la persoane timide (acestea avînd o predispoziție emotivo-afectivă accentuată și tulburări ale relației cu lumea, antrenînd eșecul contactului și comunicării, generator al unor sentimente de inferioritate și culpabilitate).



Hamlet — monolog (Laurence Olivier)

Monologul poate avea semnificație compensatorie pentru nesatisfacerea sau nerealizarea unei trebuințe (ADLER — rolul compensației în viața psihică) sau de clarificare a unor situații în care persoana a fost sau este implicată. Monologul poate avea o dimensiune anticipativă (discurs de proiectare a ființei într-un viitor mai mult sau mai puțin apropiat) sau poate fi generat de trebuința/dorința reactualizării unei situații trăite (prin engramele memoriei afective). Indiferent de caracteristicile sale, de intensitatea, de frecvența apariției, de valoarea sa pentru individ în planul satisfacție-insatisfacție, monologul se leagă de lim

„bajul interior și poate continua dialogul sau i se poate opune. În monolog apare mai direct specificul trebuințelor, jocul motivelor, date fiind implicarea mai directă a individului și concentrarea pe care le presupune această categorie discursivă. Pe măsura înaintării în monolog, cenzura Eului scade (chiar dacă, inițial, ea poate să fie puternică), fiind monologul se orientează în special spre sine ; orientarea spre altul a monologului poate determina o accentuare a cenzurii Supraeului sau, dimpotrivă, o suspendare (mai mult sau mai puțin parțială) a acestei cenzuri, în cazul în care monologul satisface o trebuință intensă de autovalorizare.

În afecțiunile psihice, monologul pentru sine poate deveni solilocviu și se poate dezvolta paroxistic pînă la simptom ; ei capătă semnificația unei rupturi cu lumea, în cadrul căreia limbajul se manifestă automat, în forma unei „deșertăciuni sonore”, de care persoana nu este conștientă, discursul caracterizîndu-se, într-un stadiu patologic grav, în special prin „prăbușirea verbului”, așa cum se întîmplă în psihozele de tip schizofren și în psihastenia malignă.

623. **MONOMANIE** (cf. *mono-* ; gr. *mania* „ne-bunie”) ● Termen introdus de ESQUIROL pentru a denumi și a diferenția delirul „parțial” de cel „general”, delir caracterizat prin faptul că, în afara temei delirante, bolnavul își păstrează întreaga sa luciditate. S-au descris astfel monomanii intelectuale, afective și instinctive. Termenul și-a pierdut repede validitatea prin remanjerile făcute de LASÈGUE, FALRET, MAGNAN, KRAEPELIN ș.a. Legat de acest termen (care nu se mai utilizează), se amintește de : „delirul parțial”, nebunia obsesională, delirul emotiv al lui MOREL, delirul de persecuție (LASÈGUE și FALRET), paranoia (WESTPHAL) și „delirul fără delir”, „moral insanity” (RUSH și PRITCHARD).

La sfîrșitul secolului al XIX-lea, aceste tablouri clinice au fost reunite sub termenul generic de „degenerare”, care în zilele noastre a dat naștere, pe de o parte, psihopatiei (personalității dizarmonice) și, pe de alta, unor forme de nevroză (nevroză obsesională).

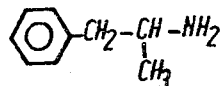
Limbajul psihiatric actual mai păstrează diverse accepțiuni ale monomaniei, din care unele sînt în curs de dispariție (demonomania, clastomania), altele se referă la particularitatea simptomatică a unor tulburări psihice (aritmomania) sau la o pulsione (dipsomania, ninfomania, cleptomania), ori la o tendință generală în modul de a gîndi și a simți (grandomania, mitomania). Uneori, termenul era folosit pentru desemnarea unor categorii nosologice (erotomania).

624. **MONOPATOFOBIE^(E)** (cf. *mono-* ; gr. *pathos* „încercare, suferință” ; *phobos* „frică”) ●

Frică patologică de o anumită boală, nejustificată prin nici un argument real, obiectiv.

Se întîlnește în sindromul hipocondriac-obsesiv, nevroză obsesivo-fobică, psihastenie.

625. **MONOPHOS^(M) SUA** — DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip (+)- α -metilfenetilamină, cu acțiune adrenomi-



metică indirectă (prin intermediul eliberării de catecolamine : noradrenalină și dopamină), avînd 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 postencefalitic. Există un risc marcat pentru farmacodependență. Utilizarea sa fără o strictă supraveghere medicală este deosebit de periculoasă.

626. **MONOPLEGIE^(S) sindrom** (cf. *mono-* ; gr. *plege* „lovitură”) ● Patologie localizată la un segment sau regiune a corpului, ca urmare a unei leziuni de neuron motor sau periferic. Este cea mai „tentantă” dintre afecțiunile neurologice pentru personalitatea isterică, în sensul preluării și „prelucrării”, fără succes însă → NEURON MOTOR, NEURON PERIFERIC.

627. **MONOPOLAR** (cf. *mono-* ; gr. *polos* „pivot”) — sin. UNIPOLAR ● În psihopatologie, denumește o fază unică, fie maniacală, fie depresivă, a psihozei maniaco-depresive.

628. **MONOSOMIE** (cf. *mono-* ; gr. *soma* „corp”) ● Aberație cromozomială constînd în lipsa unui cromozom. În ceea ce privește cromozomii autosomi, monosomia este parțială sau în mozaic, o monosomie totală nefiind compatibilă cu viața. Una dintre monosomiile parțiale cele mai cunoscute rezultă prin depleția parțială a brațului scurt al cromozomului V, efectul fiind apariția tabloului clinic al bolii „strigătul de pisică”.

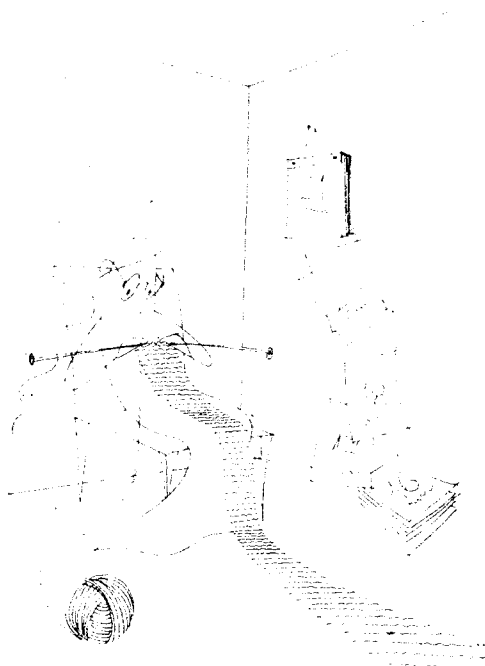
La nivelul cromozomilor sexuali se întîlnește monosomia X (sindromul Turner) → ABERAȚII CROMOZOMIALE.

629. **MONOSOMIE 21** — sin. ANTIMONGOLISM^(S) sindrom ; CONTRAȚIP AL MONGOLISMULUI (sinonime care, conform recomandării OMS, nu se mai utilizează) ● Interesează, mai ales, neuropsihiatria infantilă, din punctul de vedere al etiologiei unor oligofrenii, reprezentînd una dintre aberațiile cromozomiale identificate de

LEJEUNE și colaboratorii, în anul 1964, sub forma unui mozaicism (monosomie completă/incompletă 21).

Alături de întârzierea psihică obligatorie (QI 35—50), se remarcă aspectul displastic facial (fante palpebrale antimongoliene, micro- și retro-gnație, nas voluminos, pavilioane malformate și asimetrice) și hipertonie musculară, deseori generalizată.

630. **MONOTONIE** (cf. *mono-*; gr. *tonos* „tensiune”) ● Uniformitate, lipsă de varietate. S-a



observat că, în cazul activităților monotone, capacitatea de muncă scade. Psihofiziologic, monotonia determină un focar de excitație constant în aceeași zonă corticală, fapt ce duce la inhibiție de protecție, manifestată prin activitate psihică scăzută, somnolență. Activitățile monotone provoacă sentimentul de saturație psihică, dominantă fiind lipsa de susținere motivațională pentru activitatea efectuată.

631. **MONROE^(T) test** ● Metodă de evaluare a aptitudinilor pentru citit, la nivel preșcolar. Constă în nouă subteste, vizuale și auditive, care evidențiază predispozițiile pentru eventuale dislexii.

632. **MONTAJ** (cf. fr. *montage*) ● În psihologie semnifică o atitudine latentă, dobândită, cu efecte adaptative sau dezadaptative, care se impune în comportament cu funcție predispozantă sau de orientare.

Conceptul este propus de EHRENFELDS și dezvoltat de UZNADZE, care pornește de la reinterpretarea unor experiențe privind iluziile. Astfel, dându-i-se unui subiect legat la ochi două bile inegale ca mărime și greutate și comandându-i-se să ridice mâna cu bila cea mai grea, s-a observat că, după un număr mai mare de comenzi, în momentul în care subiectului i se dau bile egale, el continuă să perceapă mai mare și mai grea una dintre bile. Pornind de la aceste experiențe, s-a dovedit că persistența unor judecăți, atitudini, scheme de comportament, uneori eronate sau ineficiente, nu se poate atribui activității conștiente a subiectului, ci unor structurări latente, inconștiente, care par să se impună cu necesitate. Substratul neurofiziologic al montajului îi reprezintă stereotipul dinamic.

Realizând o unitate, un continuum între trebuință și situație, montajul poate susține eficient comportamentul, realizând funcția de orientare. În acest sens, acțiunile subiectului duc la elaborarea sau modificarea de montaje, care susțin comportamentul orientat spre satisfacerea trebuințelor.

După P. POPESCU-NEVEANU, fiecare acțiune a subiectului este precedată, orientată și susținută de acea „sferă de activism care este montajul”.

633. **MONTAJ EEG** ● Așezarea (combinarea) derivațiilor într-un sistem dat : circular, longitudinal, transversal, mixt ; în general, este standardizat. Unii autori (A. SECĂREANU) consideră necesare două montaje pentru realizarea unei bune înregistrări.

634. **MONTESSORI Maria** (1870—1952) ● Psihiatru și pedagog de origine italiană, cu pregătire multilaterală: medicină, filozofie, psihologie experimentală.

După ce, câțiva ani, predă cursul de antropologie pedagogică la Roma, creează la Perugia un centru de studii pedagogice. Adeptă a studiilor lui SÉGUIN și FROHEL, ea este inițiatoarea unei metode de educație bazată pe dezvoltarea senzațiilor copilului (diferențierea din ce în ce mai fină a percepțiilor vizuale, tactile, auditive), în care copilul își fortifică Eul propriu prin activități individuale, libere și plăcute. Din păcate însă, Maria MONTESSORI, utilizează prea mult metodism în aplicarea acestui material.

Dintre lucrările sale, menționăm : „Pedagogie științifică”, „Copilul”, „Copilul și adolescentul”.

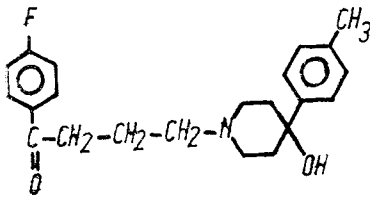
635. **MOORE^(S) sindrom** ● Apariția de senzații neobișnuite localizate în zona abdominală și epi-

gastroică; pot preceda o criză comițială. Simptomatologia, echivalentă unei aure, ar fi, după MOORE, greața, voma, paliditatea, hipersudorația; iar criza s-ar manifesta prin contracții ale mușchilor peretelui abdominal. Se pot adăuga tulburări de comportament, cu caracter periodic.

Electroencefalograma evidențiază tulburări de tip disritmic și uneori semne de focar. Circumstanțele etiologice sînt legate de patologia organică: stări posttraumatice, tumori cu localizare temporală.

636. MOPAZIN(E)^(M) Franța — DCI Metoprazină ● Neuroleptic sedativ, derivat aminoalkilfenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)-2-metoxifenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică și ca valențe hipnotice, inferior ca performanțe CLOPDELAZINULUI. Are o bună toleranță, fiind indicat, în special, în psihogenii și afecțiuni psihosomatice.

637. MOPERONE^(DCI) ● Derivat butirufenonic, de tip 4'-fluoro-4-(4-hidroxi-4-p-tolilpiperidino) butirufenonă. Este un neuroleptic cu acțiune seda-



tivă mai modestă decît a HALOPERIDOLULUI, cu efecte antipsihotice moderate și valențe anti-convușivante. Efectele secundare sînt mai puțin accentuate decît cele specifice seriei. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

● Cel mai cunoscut este:

LUVATREN^(M) Austria, Danemarca, Elveția, Finlanda, Grecia, Italia, Japonia, Olanda, Suedia, Turcia.

● Produși similari sînt:

LUVATREN RETARD ^(M)	Elveția
LUVATRENA ^(M)	RFG
LUVATRENE ^(M)	Belgia
METIROL ^(M)	Elveția.

638. MORAL (cf. lat. *moralis* „relativ la moravuri”) ● Atribut sau caracteristică a tot ceea ce privește moravurile și moralitatea, a ceea ce este conform cu regulile/norme moralei, a ceea ce favorizează moralitatea.

Comportamentul (conduită) moral (*m*) este conduita care respectă normele morale existente într-o comunitate, societate sau într-un grup.

Simțul moral, în sens larg, se referă la acea calitate a persoanei de a sesiza (discerne) ceea ce este și ceea ce nu este în acord cu regulile morale. Parțial și în limbaj comun, simțul moral echivalează cu ceea ce se înțelege prin bun simț.

În psihopatologie, atributul de „moral” se modifică în funcție de natura și intensitatea tulburării mintale. În general, simțul moral și comportamentul moral se modifică de la estomparea unor aspecte sau manifestări morale, pînă la încălcarea normelor sociale (diverse forme ale delincvenței), pînă la perversiune (care presupune perturbări morale cu o puternică componentă instinctuală). În psihoze, problema se complică, calitatea de „moral” („a fi moral”) fiind apreciată în funcție de modificările la nivelul simțului realului; aici procesul de structurării achizițiilor persoanei (înțelegînd prin achiziții ceea ce persoana a interiorizat pe parcursul dezvoltării sale ontogenetice) antrenează o dezorganizare la nivel valoric (a fi bun, a fi cinstit, a fi corect etc.). Ceea ce s-a conturat ca trăsătură sau atribut al personalității, se dezintegrează prin însuși procesul psihotic. Pe de altă parte, acest proces induce regresie, deci o mișcare inversă, dinspre social-normativ-valoric spre individual-anormativ-instinctual, regresie în care suprastructura dispăre, rămînînd doar un material de bază, pe care ea s-a articulat. Delirul, de pildă, distorsionează profund și masiv semnificația atributului de „moral”. Conținutul ideii delirante împinge la acte justificate în codul sistemului delirant, dar nejustificate în cadrul relației individ-lume. Spre deosebire de subiecții cu dezvoltări dizarmonice ale personalității, despre care se spune că ar avea un simț moral foarte scăzut sau că ar fi chiar lipsiți de simț moral (ceea ce nu este întru totul exact, dizarmonicul avînd informații despre semnificația lucrului/factului moral, dar neputîndu-și adecva comportamentul la această semnificație), psihoticul pierde semnificația-reper a calității de „moral”, fie că o înlocuiește cu alta deformată (delirul ca proces și sursă pentru deformare), fie că o pierde pur și simplu, devenind un dezorientat, un rătăcit psihologic și axiologic, într-o relație nu falsă, ci doar străină și bizară (pînă la absurd), cu lumea și cu valorile ei reale. În acest sens, dizarmonicul este imoral și psihoticul (devine) amoral. Psihoticul se desfășoară paralel cu lumea, ale cărei legi, valori și norme le-a pierdut, parțial sau aproape în totalitate; în cazul episoadelor acute, cu regresie masivă și severă, psihoticul pierde anumite coduri ale condiției umane. Exagerarea atributului de moral în unele manifestări sau sindroame nevrotice sau la unele personalități dizarmonice are la bază un conflict nevrotic, o inadecvare între dorință și exigență; la isteric și la obsesional, această exagerare poate să apară din motive dife-

rite. Istericul afișează un comportament hiper-moral demonstrativ, care poate fi un instrument de manevrare a celorlalți prin culpabilizare (inducerea de culpabilitate) sau poate funcționa ca instrument în cadrul alibiului existențial etc. La obsesionali, conduita hiper-morală are la bază mecanismul constrîngerii (interiorizarea interdicțiilor, pedepselor) sau reprezintă o formațiune reacțională (→ FORMAȚIUNE REACȚIONALĂ).

● MORAL, ca substantiv, se referă la ansamblul dispozițiilor, al stărilor afective, al trăirilor unei persoane. În acest sens, cuvîntul apare în expresii ca : a ridica moralul cuiva, a influența pozitiv sau negativ moralul cuiva. Referitor la ansamblul trăirilor și dispozițiilor, moralul diferă de la individ, la individ în funcție de structura personalității, de starea de sănătate psihică și somatică și în funcție de circumstanțe.

639. MORALĂ (cf. lat. *moralis*) ● Ansamblu de valori și norme ale conviețuirii dintre oameni, diferențiate, în cadrul general al normativității sociale, prin câteva caracteristici :

● Valorile și normele morale capătă sens și coerență raportîndu-se la ideile cardinale de Bine și Rău, în care înțelepciunea unei societăți condensează idealul acesteia de maximă împlinire a vieții omului, în acord cu menirea lui existențială și, respectiv, esența ipostazelor în care omul se abate din drumul său către deplina realizare, lăsîndu-se amăgît și ispitit de false convingeri, țeluri și aspirații.

● Datorită acestui fapt, sfera de interes și competență a moralei nu este îngust delimitată ; toate actele, gesturile, inițiativele, relațiile umane, de orice natură ar fi acestea, cad sub incidența moralei, întrucît sporesc sau, dimpotrivă, micșorează valoarea intrinsecă a condiției umane.

● Spre deosebire de normele tehnico-utilitare (compatibile, ca mijloace eficiente, cu orice fel de valori) sau normele juridice (impuse pe cale instituțională, prin forța legii, și care se cer respectate, indiferent dacă se acceptă sau nu valorile pe care tind să le apere), normele morale sînt indisolubil legate de valorile întemeiate pe antagonismul dintre Bine și Rău. O normă își pierde autenticitatea și sensul moral dacă nu este urmată în virtutea valorii pe care o promovează, iar valoarea își pierde consistența dacă nu se convertește în modele normative. Această strînsă unitate a fost interpretată în modalități reducționiste : teoriile etice teleologice încearcă să reducă normele la valorile morale, ca implicații practice ale acestora, în vreme ce teoriile deontologice reduc valorile la normele morale, apreciînd că respectul necondiționat al principiului sau maximei morale este, implicit, valoarea etică supremă.

● Indiferent de reflectarea ideologică a legitimității valorilor și autorității normelor morale (care poate invoca temeiuri religioase, metafizice, istorice, psihologice etc.), ceea ce impune efectiv anumite valori și norme morale, într-un context social-istoric determinat, este opinia publică, judecata anonimă a majorității, care nu dispune de forța coercitivă a statului, ci de sancțiuni sui-generis :

- premiale (respectul, admirația, stima și considerația acordate oamenilor cu o conduită morală de înaltă principialitate) ;
- punitive (blamul, disprețul, oprobriul, ostracizarea celor care nesocotesc, prin faptele lor, principiile morale ale societății din care fac parte).

● Spre deosebire de moravuri, care prescriu amănunțit, ce și cum trebuie făcut în anumite împrejurări, codificate și ritualizate de-a lungul tradiției, normele morale propun modele exemplare, paradigme ale comportării juste, pe care subiectul este dator să le aplice într-o diversitate nedefinită de împrejurări, reiterînd modelul normativ, în funcție de particularitățile fiecărei situații. Rezultă, din aceste caracteristici, că, în reglementarea valoric-normativă a conduitei morale, se instituie o unitate esențială între conștiință și acțiune, între reflecția lăuntrică și conduita exterioară. Fapta nu poate fi virtuoaasă decît dacă este voită de individ și dacă mobilul vizat de acesta își argumentează legitimitatea prin acordul său cu normele și valorile morale asumate critic de conștiința individuală ; pe de altă parte, reflecția și intențiile morale nu capătă sens și autenticitate decît exprimate în fapte călăuzite de aspirația către Bine. De aceea, condiția ontologică a moralei, este libertatea — atît cea interioară, manifestată ca discernămint al reflecției și judecării de valoare, cît și cea exterioară, manifestată în posibilitatea efectivă a subiectului de a opta în fața unor alternative practice. În acest dublu sens, libertatea morală implică responsabilitatea, întrucît absența constrîngerii exterioare nu înseamnă spontaneitate oarbă, anarhică și arbitrară a voinței, ci autostăpînire cumpănită a pulsionilor, dorințelor, tendințelor accidentale de către judecata ierarhizantă, ordonatoare și instituțioare de sens. Nesesizarea diferențelor esențiale între conformismul mărginit, pe care se bazează moravurile arhaice, și complexitatea instituirii valorilor și normelor morale antrenează prejudecata, destul de comună, că morală se numără printre cele mai timpurii forme de reglementare normativă a relațiilor interumane. În realitate, morală se desprinde din sincretismul originar al societății primitive abia odată cu apariția claselor sociale, cînd interesele și aspirațiile grupurilor umane se diferențiază, iar modelele alternative de împlinire a destinului individual sau colectiv încep să își dispute,

Polemice, supremația. Istoricitatea moralei este negată de teoriile etice absolutiste ; acestea postulează anumite idealuri, valori și norme morale eterne, pe care culturile și epocile istorice le „descoperă” și le interpretează în mod diferit, în funcție de „geniul” particular al fiecărui popor. La cealaltă extremă, teoriile relativiste consideră că varietatea spațio-temporală a concepțiilor morale este pur accidentală, rodul unor convenții arbitrare, indiferente față de orice legitate a progresului istoric. Demonstrând inconsistența acestor interpretări unilaterale, filozofia marxistă dezvăluie corelațiile multiple între dezvoltarea societății și implicarea din ce în ce mai activă a moralei în devenirea proceselor social-istorice. Funcția socială a moralei dominante este legitimarea și consolidarea ordinii sociale existente, în vreme ce morala contestată o respinge, căutând să instituie noi modele valoric-normative, de optimizare a condiției umane ; în funcție de poziția diferitelor grupuri sociale, aceste modele contestate se înscriu într-un spectru din ce în ce mai divers, oscilând între viziunile pasivist-reacționare, utopist-vizionare sau militant-revoluționare. Din această perspectivă, materialismul dialectic și istoric depășește o altă falsă dilemă, aceea care opune teoriile etice autonomiste (potrivit cărora morala constituie un domeniu sui-generis al vieții spirituale, cu propriile sale temeuri, independente de orice determinare non-morală) și teoriile etice heteronomiste (care încearcă să descopere fundamentele moralei în afara ei, privind-o ca derivată a credinței religioase, a intereselor economice, a mecanismelor, de refulare a pulsioniilor libidinale etc.). Dimensiune a „omului întreg” — ființă social-istorică, autocrată prin devenirea praxis-ului —, morala se înscrie, ca domeniu al suprastructurării, în determinismul global al vieții sociale, dobîndind treptat un specific ireductibil tot mai pronunțat și un rol din ce în ce mai activ în mișcarea dialectică a existenței sociale.

640. **MORAVURI** (cf. lat. *moris*) ● Modele tradiționale de comportament, specifice unui anumit grup etnic sau cultural. Sub forma unor datini, obiceiuri, cutume sau ceremonialuri consacrate, moravurile codifică relațiile dintre oameni, încărcându-le cu o semnificație simbolică, prin care indivizii își afirmă și își recunosc reciproc apartenența la o anumită comunitate. Fiind, probabil, cele mai timpurii modalități de reglementare normativă a conduitei umane, moravurile prescriu în detaliu ce anume și cum trebuie făcut în diferitele situații care survin cu regularitate în viața cotidiană. Moravurile arhaice își susțin legitimitatea prin mituri cu valoare paradigmatică ; faptele săvârșite illo tempore de către eroii civilizației se cer — în virtutea caracterului lor divin —

reiterate cît mai fidel cu putință de către oameni. Odată cu descompunerea societății arhaice și cu progresul civilizației, vechile mituri exemplare se pierd sau suferă deformări importante, dar multe obiceiuri supraviețuiesc în inerția tradiției, păstrîndu-și o redutabilă autoritate în virtutea caracterului lor străvechi. Chiar despuite de aura lor mitică, moravurile durează de-a lungul timpului — pînă în societățile cele mai avansate —, deoarece fidelitatea față de tradiție îndeplinește anumite funcții perene :

- asigură sentimentul de comunitate socială, prescriind modele de conduită quasi-unanim respectate ;
- asigură sentimentul de identitate culturală a fiecărui grup etnic, încărcînd modul său de viață cu anumite trăsături specifice, irepetabile.
- În psihopatologie, moravurile, ca obiceiuri și deprinderi reglatorii, suferă influența procesului morbid, în funcție de natura și intensitatea acestui proces. Astfel, se poate vorbi despre moravurile exagerat pozitive ale nevroticului (care pot fi expresia refuzării unor tendințe/dorințe profunde, contrare principiilor eticii), despre moravurile proaste sau slăbiciunea moravurilor la dizarmonici sau la o colectivitate al cărei nivel etic se dezintegrează. Pierderea deprinderilor morale, la bolnavul psihotic este determinată de procesul general de regresie la conduite infantile, în care expresia dorinței nu se mai supune deghizării interdicțiilor interiorizate.

641. **MORBIDITATE** (cf. lat. *morbus* „boală”) ● Fenomenul îmbolnăvirilor într-o colectivitate umană, într-o anumită perioadă de timp. Prin însăși natura sa, morbiditatea se plasează în centrul preocupărilor medicale, sarcina fundamentală a oricărui serviciu de sănătate fiind cea de a preveni, vindeca sau ameliora îmbolnăvirile și de a promova sănătatea populației asistate.

Eficacitatea serviciilor de sănătate poate fi evaluată, sub aspect medical, prin incidența globală a îmbolnăvirilor sau a unor maladii pentru care s-au instituit programe de sănătate specifice. Printr-o intervenție eficientă, durata anumitor boli se poate reduce, în alte cazuri însă, ca de exemplu în bolile cronice, intervenția medicală determină o evoluție mai lentă și îndepărtarea momentului decesului, în timp ce durata bolii, aparent paradoxal, crește. Scurtarea duratei de boală, atenuarea gravității bolilor, recuperarea bolnavilor și reinsertația lor în viața socială au consecințe pozitive asupra capacității de muncă a populației și, indirect, asupra bunăstării comunității.

Sub aspect medical, cunoașterea morbidității este necesară pentru organizarea acțiunilor de prevenire și combatere, pentru planificarea dez-

voltării serviciilor de sănătate și instituirea de programe specifice de luptă împotriva unor boli. În funcție de nivelul și structura morbidității, se poate estima necesarul de cadre, paturi de asistență medicală, aparatură și medicamente, și repartiza în mod judicios bugetul sanitar. Dinamica morbidității poate servi nemijlocit evaluării efectului acțiunilor de ocrotire a sănătății.

● Dificultăți în întregirarea fenomenului apar, în general, ca urmare a patru cauze majore :

- debutul îmbolnăvirii ;
- posibilitatea de cronicizare ;
- posibilitatea existenței simultane a mai multor boli ;
- ignorarea bolii de către subiect.

Astfel, diagnosticarea corectă a afecțiunii este dificilă în cazurile de debut, acolo unde boala se manifestă cu o simptomatologie săracă sau atipică. De asemenea, de foarte multe ori, dacă acuzele subiective nu sînt prea supărătoare sau dacă serviciile medicale sînt greu accesibile, bolnavii au tendința de a neglija starea morbidă, de a se trata singuri sau de a amîna prezentarea la medic. În astfel de situații, bolile, deși existente, sînt ignorate. Faptul că ieșirea din boală nu se face totdeauna prin vindecare, reprezintă o altă dificultate ; cronicizarea unor boli sau remanența unor sechele cu care subiectul ajunge să realizeze o simbioză, de multe ori fără să sesizeze starea de

boală în care, în fond, se află în continuare. ○ Dificultate în plus o constituie faptul că o persoană poate prezenta simultan mai multe îmbolnăviri și că unele îmbolnăviri se pot repeta în viața aceleiași persoane. În fine, există variații mari între școlile medicale, în ceea ce privește concepția asupra definirii diferitelor boli. De un polimorfism similar, se dovedește a fi, cu mici excepții, și raportarea îmbolnăvirilor și, în general, statistica acestora. În fine, dar nu și în ultimul rînd, ignorarea bolii prin nerecunoaștere sau disimulare de către subiectul însuși reprezintă un alt handicap în cunoașterea reală a numărului îmbolnăvirilor. În psihiatrie, din acest punct de vedere, problema capătă rezonanțe deosebite.

● Studiul morbidității este, din considerentele prezentate, mai dificil în comparație cu cel al altor fenomene (natalitate, mortalitate). În genere, se utilizează două criterii, ce pot fi înregistrate mai bine : îmbolnăvirea și persoana bolnavă.

În cadrul primului aspect — îmbolnăvirea — există cîteva elemente importante, care trebuie, de asemenea, precizate : debutul afecțiunii (caz nou sau vechi de îmbolnăvire) și gravitatea acesteia. Toate aceste criterii au fost luate în considerație în alcătuirea clasificării de mai jos, referitoare la posibilitățile de studiu al morbidității. Această clasificare reprezintă, totodată, și schema de prezentare a problematicii :

Tabel nr. LXXX

UNITATEA DE OBSERVARE	ASPECTUL MORBIDITĂȚII (fenomenul)
<p>ÎMBOLNĂVIREA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● în funcție de debut : <ul style="list-style-type: none"> — cazul nou de îmbolnăvire — cazul nou și vechi de îmbolnăvire ● în funcție de gravitate : <ul style="list-style-type: none"> — cazul de îmbolnăvire care întrerupe temporar capacitatea de muncă — cazul de îmbolnăvire care întrerupe definitiv capacitatea de muncă — cazul de îmbolnăvire care determină spitalizarea — cazul de îmbolnăvire care determină decesul <p>PERSOANA BOLNAVĂ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● considerată la un moment dat ● considerată longitudinală 	<p>incidența</p> <p>prevalența</p> <p>morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă (ITM)</p> <p>morbiditatea cu incapacitate definitivă de muncă (IDM)</p> <p>morbiditatea spitalicească</p> <p>mortalitatea specifică, pe cauze medicale</p> <p>morbiditatea individuală sau pe contingente</p> <p>morbiditatea succesivă sau dinamică</p>

642 MORBIDITATE CU INCAPACITATE DEFINITIVĂ DE MUNCĂ

● Morbiditatea cu incapacitate definitivă de muncă sau morbiditatea cu invaliditate cuprinde cazurile de îmbolnăvire care întrerup definitiv, parțial sau total, capacitatea de muncă a unor indivizi. În acest caz, subiecții declarați invalizi sînt pensionați pentru boală, în conformitate cu legislația în vigoare.

Pensionarea pentru boală se face, în principiu, ori de cîte ori comisiile de expertiză a capacității de muncă, care funcționează în cadrul policlinicilor, după epuizarea încercării de recuperare și prelungire a concediului medical pînă la maximum 180 de zile în ultimele 12 luni, constată menținerea incapacității de muncă. În cazurile clare însă această limită maximă nu este necesar să fie atinsă.

Periodic, pensionarii de invaliditate sînt supuși unor examinări medicale complexe, în scopul recuperării și reinserției în activitatea productivă a celor care s-au remis în urma tratamentelor aplicate. În timpul pensionării, se plătește o pensie de invaliditate, care se acordă în funcție de valoarea retribuiției tarifare la data pensionării.

Invaliditatea ridică probleme sociale și economice importante. Caracterul grav și adesea ireversibil al îmbolnăvirilor care o determină face ca studiul ei să constituie o problemă de maximă importanță medico-socială.

643. MORBIDITATE CU INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ (MORBIDITATE CU ITM)

● Îmbolnăviri care afectează, pentru o perioadă dată, capacitatea de muncă; în raport cu totalul bolilor existente, sînt incluse în această categorie numai acelea care, în funcție de gradul lor de gravitate, întrerup pentru o perioadă capacitatea de muncă a persoanelor respective. Formularul de evidență este în acest caz certificatul de concediu medical — act medical, juridic și în același timp capabil, pentru că, în baza lui, se efectuează plata ajutorului de boală. Din acest motiv, morbiditatea ITM se depărtează într-o oarecare măsură de studiul medical al îmbolnăvirilor de acest tip. Există în fapt două unități de observație :

● Concediul medical inițial — termenul „inițial” definind orice concediu care urmează după o perioadă de activitate, pentru care omul muncii a fost retribuit. Se remarcă deci că entitatea morbidă nu este luată în considerație. De exemplu, un bolnav cărui i se acordă trei concedii medicale pentru aceeași boală, întrerupte însă de perioade remunerate chiar de cîte o singură zi, este considerat ca beneficiarul a trei concedii inițiale. În același timp, o persoană care, la finele unui concediu pentru o afecțiune dată, primește fără întrerupere, un nou concediu pentru aceeași boală sau altă boală, este considerată ca avînd un singur concediu inițial. Cel de-al doilea concediu,

nefiind precedat de perioada de activitate, este un concediu „în continuare”. Cu alte cuvinte, statistica privind cazurile de îmbolnăvire care au determinat concedii inițiale nu se suprapune exact statisticii cauzelor de îmbolnăvire care au determinat întreruperea temporară a capacității de muncă.

● Ziua de incapacitate temporară de muncă este ziua pentru care s-a acordat concediul medical, indiferent dacă acest concediu a fost inițial sau în continuare. Această ultimă unitate de observație prezintă o foarte mare importanță economică, pentru că este un indicator al pierderilor directe. Concomitent, bolile pentru care concediile medicale sînt mai lungi sînt și de o gravitate medicală mai mare.

Dacă durata incapacității temporare depășește limita prevăzută în legislația țării respective, bolnavul este pensionat pentru invaliditate.

Aspecte particulare ale studiului morbidității cu ITM. Există cîteva trăsături care o disting de celelalte metode populaționale de studiu al îmbolnăvirilor, dintre care menționăm ca mai importante :

- îmbolnăvirile trebuie să se caracterizeze, printr-un anumit nivel de gravitate, datele obținute fiind mai precise și, într-o mare măsură, mai obiective ;
- colectivitatea studiată este restrînsă la subpopulația personalului muncitor ; nu se ia în considerație morbiditatea care afectează copiii, persoanele care au depășit limita de vîrstă și sînt pensionate, o parte dintre femei (casnicele), invalizii și, în general, persoanele întreținute de cei aflați în cîmpul muncii ;
- condițiile legislative referitoare la acordarea concediului medical și, mai ales, la plata ajutorului de boală pot influența nivelul indicatorilor de morbiditate cu ITM. Nu trebuie uitat că, de foarte multe ori, salariului, deși în incapacitate temporară, păstrează restanță posibilitatea de a muncii cu un randament mai redus. Din acest motiv, în funcție de mărimea ajutorului de boală, solicitarea concediilor medicale de către oame-nii muncii poate varia.

Pentru analiza ITM se utilizează trei indicatori :

- de gravitate (raportarea numărului de zile ITM la 100 de oameni ai muncii) ;
- de frecvență (raportarea numărului de îmbolnăviri la 100 de oameni ai muncii) ;
- durata medie (raportarea de zile ITM la numărul de îmbolnăviri).

Dintre acești trei indicatori, cel de gravitate este cel mai important pentru evidențierea fenomenului și, în consecință, cel mai des utilizat ca subiect al comparațiilor.

Factorii care influențează nivelul ITM. Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă este influențată de câțiva factori de natură foarte variată. Un rol esențial îl are natura activității prestate, efortul și condițiile obiective în care se desfășoară munca ; un argument în acest sens îl constituie indicii de gravitate foarte ridicați înregistrați în unele ramuri ale economiei naționale.

Un alt factor important îl constituie vârsta. În linii generale, se poate afirma că, dacă indicii de frecvență nu diferă semnificativ de la o vârstă la alta, în schimb, indicii de gravitate, măturie a acumulării de afecțiuni cronice de mai mare importanță medicală, ca și a potențialului mai redus al organismului de a învinge boala, cresc progresiv cu vârsta.

Fenomenul de supramorbiditate feminină ; prezent și în cazul incapacității temporare de muncă, face ca acolo unde în structura pe sexe a personalului muncitor predomină femeile, indicii de morbiditate să crească.

Selecția la angajare și controalele medicale periodice, ca și orientarea spontană a indivizilor către acele locuri de muncă pentru care se consideră apti sub aspect fizic și intelectual, poate juca, de asemenea, un rol important. Această selecție, realizată în funcție de caracteristicile ergonomice ale fiecărui loc de muncă, face ca, în locurile de muncă cu solicitare redusă, să se acumuleze persoane apte de muncă, dar cu o stare de sănătate mai precară.

Un ultim grup de factori, de natură mai subiectivă, modelează adresabilitatea. Dintre aceștia, un element de prim ordin îl constituie mărimea ajutorului de boală ; cu cât el este mai crescut, cu atât ITM crește.

Un argument în sprijinul solicitărilor subiective de concedii medicale îl constituie și observația, valabilă pe plan internațional, potrivit căreia frecvența concediilor crește în primele și ultimele zile ale săptămânii și în proximitatea sărbătorilor. Acest fenomen este radical opus solicitărilor de internare în spital.

644. MORBIDITATE SPITALICEASCĂ ● Frecvența îmbolnăvirilor care determină spitalizarea bolnavilor într-o populație. Este cea mai veche metodă, dar în același timp cea mai inexactă în ceea ce privește relevarea amplitudinii fenomenului, din evidentul motiv al imposibilității internării tuturor cazurilor de boală (fapt neglijat cu știință sau din neștiință).

În condițiile asistenței medicale gratuite, ca acelea din țara noastră, bolnavul spitalizat este cel mai costisitor, deoarece, la ajutorul de boală și pierderea determinată economiei datorită absenței din producție, se adaugă costul spitalizării. Sub aspect social, internarea produce o rupere de mediul familial, fenomen cu efecte variate

asupra bolnavului, în funcție de natura bolii, relațiile și condițiile vieții familiale, durata spitalizării. Spitalizarea este însă nu numai necesară, ci și obligatorie, în anumite situații.

Avantajele și limitele morbidității spitalicești. Principalul avantaj constă în precizarea diagnosticului ce decurge din bogata dotare cu aparatură și încadrarea cu personal înalt calificat a spitalului. Concomitent, există și unele inconveniente în interpretarea statistică : astfel, chiar și în organizarea asistenței după principiul teritorializării, populația deservită de un spital nu este precis delimitată. Spitalizările de urgență nu respectă teritorializarea, iar unitățile cu paturi extrag în mod sistematic bolnavii din teritoriul foarte vaste. În ceea ce privește opțiunea medicului pentru spitalizare, aceasta este condiționată, în afara unor factori obiectivi care țin de gravitatea cazului și eficacitatea tratamentului, și de prezența unui număr suficient de paturi de spital și a unor condiții bune de spitalizare.

Opțiunea populației este și ea influențată de factorii plasați în afara sferei procesului morbid. Astfel, în lipsa unui cadru familiar corespunzător, sînt spitalizate și afecțiuni care, în mod obișnuit, ar putea fi tratate ambulatoriu sau spitalizate la domiciliu. Condițiile de hotelizare (cazare și hrană), atitudinea personalului medical, posibilitățile de păstrare a contactului cu familia, accesibilitatea spitalului cu toate componentele sale (cost, distanță, formalități de internare, locuri disponibile etc.) intervin în modelarea adresabilității populației. Acest caracter subiectiv își face simțită prezența, de altfel, și la externare.

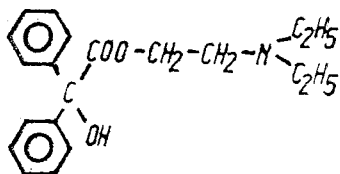
645. MORBIDITATE SUCCESIVĂ ● Studiul dinamic al stării de sănătate a unei populații impune menținerea sub observație longitudinală a subiecților. Aceasta este calea prin care se poate descrie corect istoricul unei îmbolnăviri, se poate măsura efectul unui tratament sau acțiunea unui factor de mediu. Informații asupra dinamicii îmbolnăvirilor se obțin și din repetarea unor determinări de moment, cum ar fi, de exemplu, anchetele de prevalență, la un interval oarecare de timp. Dar, în acest caz, grație remanierilor continue prin mișcare naturală și migrații, colectivitățile studiate nu vor mai fi aceleași. Una dintre căile de rezolvare este menținerea sub observație a aceluiași lot de subiecți. Sup aspect metodic, este vorba fie de observarea longitudinală a unui grup de locuitori și de înscrierea afecțiunilor fiecărei persoane, cum este cazul, de exemplu, cu datele rezultate din dispensarizare, fie din observare a unui grup de bolnavi. În acest ultim caz, dacă se studiază, de exemplu, bolnavii cu afecțiuni psihice, din momentul depistării bolii, timp de 5—10 ani, se pot trage concluzii asupra

rolului factorilor favorizați, studiului de depistare, eficacității diferitelor tratamente aplicate etc.

Ambele cazuri presupun cunoașterea morbidității la începutul perioadei și înscrierea cazurilor noi de îmbolnăvire, a complicațiilor sau a deceselor survenite în timpul observației.

646. **MORBUS SACER** (cf. lat. „boală sacră”) ● Veche denumire sub care este cunoscută, în antichitate, epilepsia, ale cărei cauze erau neînțelese. Ceea ce intriga, în mod deosebit, era rapida revenire la aspectul normal, astfel încât — ca de obicei în asemenea cazuri — totul era atribuit divinității.

647. **MORCAIN(E)^(M)** Japonia — DCI *Benactizina* ● Tanchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-dietilaminoetilbenzilic, cu acțiune anxiolitic-sedativă medie, dar cu bune efecte anticolinergice,



centrale și periferice. Este util să se cunoască atât acțiunea sa proconvulsivantă, cât și interdicția consumului de alcool în timpul tratamentului.

648. **MOREAU Jaques Joseph** (1804—1884) — zis **MOREAU** tatăl ● Psihiatru francez. Studiază la Tours, cu **BRETONNEAU**, și la Paris, cu **ESQUIROL**, cu care își susține și teza (1830). Este trimis de maestrul său într-un „voiaj terapeutic” împreună cu un pacient, în Elveția și Italia. După un an revine, pentru ca același pacient să-i propună „un nou voiaj terapeutic de trei ani” în Egipt, Sudan, Siria, Turcia și Mediterana, a cărui urmare pentru **MOREAU** este descoperirea hașișului, a toxicomaniei și alienării prin aceasta. Descrie efectele produse și de clorofom, beladonă, eter. Publică o lucrare „Du hachisch et de l'aliénation mentale” (1845) și provoacă prima farmacopsihoză, experiență la care asistă și **ESQUIROL**, ambii considerînd-o drept „un delir experimental”.

649. **MOREAU Paul** (1844—1908) — zis **MOREAU** fiul ● Psihiatru francez, fiul lui Jaques **MOREAU**. Studiază la Paris, unde își susține și teza. Îl va urma pe **LUYS** la conducerea casei de sănătate din Ivry. Are o gamă largă de preocupări, publicînd numeroase lucrări, care surprind prin caracterul modern al terminologiei: „De la contagion du

suicide, à propos de l'épidémie actuelle” (1878), „Des aberrations du sens génésique” (1880), „La folie chez les enfants” (1888), „De la simulation des maladies mentales et nerveuses chez les enfants” (1905).

650. **MOREL Benedict Augustin** (1809—1873) ● Psihiatru francez. Studiază medicina la Paris; își susține teza în 1839; este prieten cu **Claude BERNARD**, care îl recomandă lui **FALRET**, fapt hotărîtor pentru evoluția sa. Nu este de acord cu monomania și încearcă să o înlocuiască cu teoria degenerescenței — „o deviere maladivă a unui tip primitiv ideal” — în care azi, cu ușurință, putem recunoaște concepția metafizică a lui **BUCHEZ** (fostul său coleg de cameră în studenție).

Consideră necesar ca o clasificare a bolilor mintale să se bazeze „mai mult pe cauze”, decît pe simptome; încercarea sa de clasificare nu este însă satisfăcătoare. Principalele sale lucrări sînt: „Etudes cliniques” (1852—1853), „Traité des dégénérescences” (1857), „Traité des maladies mentales” (1860). În această ultimă lucrare, utilizează în două rînduri termenul de „demență precoce”; are el prioritate sau **KRAEPELIN**? De altfel, ca să respectăm adevărul, termenul a fost utilizat de **MOREL**, nu în 1860, ci chiar în 1858, și nu în Franța, în amintita lucrare, ci chiar în Germania lui **KRAEPELIN**, la München, cu ocazia procesului contelui **CHORINSKI**, acuzat de asasinat, unde **MOREL**, solicitat și recunoscut drept unul dintre marii maștrii ai psihiatriei judiciare, a pledat pentru nebunia acuzatului, care ar fi suferit de demență precoce. Deci, cronologic, are înțelitate **MOREL**, dar conținutul nu este cel conferit de **KRAEPELIN** termenului.

Istoriografia psihiatrică franceză consideră azi că discuțiile în jurul termenului au apărut în condiții speciale de dispută franco-germană de la sfîrșitul secolului al XIX-lea și recunoaște că termenul a fost utilizat mai devreme (1870—1871), dar cu alt conținut.

651. **MOREL^(B) boală** — sin. **SCLEROZĂ LAMINARĂ CORTICALĂ**; **SPONGIOZĂ LAMINARĂ** (**MACIJE** și colaboratorii, 1978) ● Tablou clinic, cu un substrat anatomopatologic cerebral specific întîlnit în alcoolismul cronic. Se manifestă clinic printr-un tablou psihopatologic constînd în demențiere progresivă, cu episoade confuzionale delirante; neurologic — prin astazo-abazie, hipertonie generalizată, hiperreflectivitate osteotendinoasă, oftalmoplegie și dizartrie; anatomopatologic, printr-o dispariție masivă și strict localizată a neuronilor piramidali la nivelul stratului al treilea cortical. Pierderea de neuroni se asociază cu o proliferare glială intensă, care realizează o „bandă macroglială cu dispoziție net laminară” (**MOREL**, 1893), **DELAY** și colaboratorii (1959),

evidențiază faptul că leziunea corticală este frecvent însoțită de necroza corpului calos, asemănător aspectului din boala Marchiafava-Bignami, de unde și dificultățile diferențierii acestor două entități.

Scleroza laminară se poate întâlni și în encefalopatia Gayet-Wernicke (1956, GRUNER).

652. **MOREL-LAVALLÉE^S simptom** ● Atracție patologică pe care o au unii pacienți pentru tratamentele administrate injectabil, dublată de o totală indiferență față de medicamentul administrat; simptomul este mai frecvent la femei și este legat de anumite trăsături masochiste ale structurii de personalitate, ca și de dorința inconștientă de pedeapsă.

653. **MOREL^(S) sindrom** — sin. ACHARD-THIERS^(S) sindrom; CRANIOPATIE NEUROENDOCRINĂ; HIPEROSTOZĂ FRONTALĂ INTERNĂ; MORGAGNI^(B) boală; STEWARD-GRIEG-MOREL^(S) sindrom; STEWART-MOREL^(S) sindrom →^{sin.} MORGAGNI-STEWART-MOREL^(S) sindrom.

654. **MORENO Jacob Levy (1892—1974)** ● Psiholog american de origine română. A pus bazele sociometriei și socioterapiei, a inițiat tehnica psihoterapeutică denumită psihodramă.

Născut în București, la 19 mai 1892, pleacă de tânăr la Viena, studiază medicina și lucrează ca medic psihiatru în Austria, până în 1924. În această perioadă, își găsește geneza principalele sale idei sociologice. Observațiile nemijlocite făcute în lagărul de la Mittendorf îl orientează spre studiul relațiilor psihologice de grup. Atras de teatru, având formație de psihiatru și preocupări psihosociologice, înființează un „teatru al spontaneiității”, cu valoare terapeutică. Din punct de vedere teoretic, este influențat în mod deosebit de FREUD, pe care l-a avut profesor, precum și de Franz KAFKA și Martin BUBER, exponenți ai existențialismului.

În 1925, a emigrat în America, unde a studiat, din punct de vedere sociometric, unele grupuri sociale mici. A cercetat relațiile psihologice simpatetice dintre oameni, care pot fi redată printr-o diagramă numită „sociogramă”. În acest fel, s-a născut sociometria, aplicabilă mai ales în psihologia industrială și în domeniul militar, în constituirea grupurilor de comando, a echipajelor submarinelor și avioanelor. Rezultatele cercetărilor sînt sintetizate în lucrarea „Who Shall Survive?” (1934), socotită fără rezerve, de către gânditorii de cele mai feurite orientări sociologice și psihologice, drept cartea de căpătîi a sociometriei.

MORENO a înființat la New York un institut de sociometrie experimentală, denumit Institutul Moreno, a inițiat mai multe publicații de specialitate, dintre care cele mai cunoscute sînt: „So-

ciometry Journal of Research in Social Psychology” și colecția „Psychodrama Monography” și a inspirat crearea a numeroase laboratoare de micro-sociologie aplicată sau sociologie experimentală, pe lângă universitățile americane. Pentru MORENO, obiectul sociometriei îl constituie „matricea sociometrică” sau „realitatea microscopică”, elementul cel mai de seamă al vieții sociale. Ea se constituie din structura socială afectivă (preferențială), detectabilă doar prin analiza sociometrică.

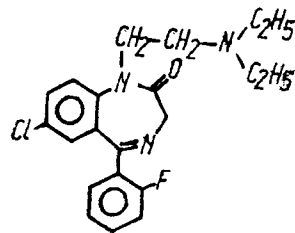
Ca metode sociometrice, MORENO a inițiat:

- testul sociometric propriu-zis urmărind să evidențieze starea preferențială a individului în grupul mic din care face parte;
- testul configurației sociale — intenționînd să dezvăluie structura și starea globală a relațiilor preferențiale de la nivelul grupurilor mici;
- psihodrama — urmărind mai ales „eliberarea” spontaneității și creativității individului și înlăturarea tensiunilor afective, ivite în viața individuală și a grupurilor mici.

Psihodrama, ca metodă terapeutică, a suscitat un interes deosebit în SUA și în unele țări din Europa Occidentală, îndeosebi în Franța.

655. **MORFEIC** (de la MORPHEUS — în mitologia greacă, zeul viselor) ● Termenul este folosit ca atribut pentru a caracteriza anumite fenomene ce se produc în timpul somnului. A fost acreditat, mai ales, în legătură cu descrierea „epilepsiei morfeice” (→ EPILEPSIE).

656. **MORFEX^(M)** Portugalia — DCI Flurazepam ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de



tip 7-clor-1-12-(dietilamino)etil-5-(0-fluorofenil)-1, 3-dihidro-2H-1, 4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, indicat în insomniile mixte, contraindicat în sarcină, alăptare, glaucom și miastenie.

657. **MORFINĂ** (de la MORPHEUS) ● Descoperită în 1806 de SÉGUIN — chimistul armatei napoleoniene —, morfina este un derivat de fenantren, alcaloidul principal al opiumului (5—15%).

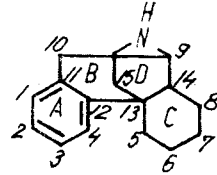
Avînd acțiune principală analgezică, a fost frecvent utilizată în terapeutică, ceea ce a permis descoperirea „morfinomaniei terapeutice”, la sfîrșitul secolului al XIX-lea.

Administrarea morfinei se poate face per os sau prin injectare subcutanată sau intramusculară, efectele, în aceste ultime cazuri instalîndu-se rapid. Forma pură este o pulbere albă, cristalină, insolubilă în apă, în timp ce sărurile de tip clorhidrat, sulfat, sînt solubile. Eliminarea morfinei se face în proporție de 90% pe cale renală, iar restul pe cale digestivă.

Ca mecanism de acțiune, se presupune că analgezia apare prin inhibarea unor zone specifice ale sistemului nervos central, reducerea excitabilității neuromusculare și diminuarea eliberării unor neurotransmițători cu reducerea activării situsurilor postsinaptice, probabil prin interferență cu influxul de calciu. Toleranța și dependența care apar după expunerea cronică la opiacee s-ar explica printr-o creștere a nivelului calciului intracelular, cu amplificarea eliberării neuromediatorilor. Altă ipoteză leagă efectele analgezice de o acțiune inhibitorie asupra adenilatciclazei. Neuromediatorii, a căror eliberare este împiedicată de analgezicele narcotice, sînt: acetilcolina, noradrenalina, dopamina, serotonina și substanța P. Ca urmare a intervenției acestor mecanisme, se modifică atât percepția durerii, cît și integrarea psihologică a durerii, și deci reacția afectivă a subiectului la durere, prin acțiune asupra conexiunilor talamo-corticale și a ariilor corticale implicate în procesele menționate mai sus. Se reduc anxietatea și dezorganizarea comportamentului, care însoțesc durerea. Efectul analgezic este maxim după o oră și poate dura 4–6 ore, fiind urmat, la majoritatea subiecților, de somnolență și somn. Toate mecanismele de acțiune justifică sensibilitatea deosebită a sistemului nervos central la morfină. Inițial, timpul de reacție se scurtează, apoi crește considerabil. Dozele mari determină, la început, un efect deprimant asupra sistemului nervos central. Sub acțiunea morfinei diminuează atenția, capacitatea de concentrare, asociațiile se fac cu dificultate, testele psihometrice sînt modificate. Ideea poate fi stimulată, autocontrolul se reduce, iar apariția stării de euforie, însoțită de reverie, este cauza principală a morfinomaniei. În funcție de particularitățile individuale, pot apărea disforie, excitație psihică, delir. Efectele asupra activității sexuale sînt, de asemenea, variabile, în funcție de individ. Acțiunea asupra sistemului nervos central se manifestă și prin efecte vegetative: mioză, creșterea presiunii intraoculare, deprimarea centrilor respiratori și a centrului tusei, scăderea ritmului și amplitudinii respirației. Dozele toxice produc paralizia centrului respirator. Sînt deprimată centri vasomotori

și centri termoreglatori. Sînt stimulați centri reflecși medulari. Dozele mici mai produc grețuri și vărsături. Se produce o stimulare parasimpatică, anticolinesterazică, simpatomimetică, fiind stimulată eliberarea de hormon adenocorticotrop, hormon anti-diuretic, și histamină. Asupra tubului digestiv are efecte inhibitorii de tonus și motilitate, consecința fiind constipația.

Indicațiile terapeutice se leagă de efectul său analgezic (dar sînt limitate de riscul dezvoltării dependenței și de efectele secundare): dureri neoplazice și posttraumatice, arsuri, infarct și obstrucții vasculare periferice, colici grave; unele forme de șoc, postoperator, intoxicația cu atropină.



Efectele secundare derivate din acțiunile farmacologice ale morfinei asupra diverselor aparate și sisteme pot determina, în cazul supradozării, intoxicația acută, manifestată prin deprimarea respirației, mioză, tegumente palide, extremități cianotice, convulsii, delir, somnolență, stare comatoasă. Această simptomatologie apare și la doze mici (50 mg), la persoanele care prezintă intoleranță. La administrări repetate, morfină determină toleranță și apariția toxicomaniei. Toleranța și dependența sînt încrucișate și pentru alte opiacee.

Contraindicațiile sînt numeroase și interzic administrarea morfinei în toate afecțiunile severe ale aparatelor și sistemelor asupra cărora ea exercită un puternic efect deprimant sau stimulant. Este contraindicată, de asemenea, la copii, gravide, în timpul alăptării, la vîrstnici, persoanele debile, alergice, în mixedem.

Administrarea orală determină absorbție lentă și incompletă, nefiind recomandabilă.

Morfina face parte dintre stupefiantele a căror utilizare este reglementată strict, conform legislației în vigoare.

658. **MORFINOMANIE** (cf. gr. MORPHEUS; mania „nebulie”) → OPIACEE, TOXICOMANIE,

659. **MORFOGNOZIE** (cf. gr. morphe „formă”; gnosis „cunoaștere”) ● Capacitatea de a recunoaște un obiect, însușirile acestuia, strîns legate de integritatea senzorial-perceptivă. Tulburări ale

sensibilității determină modificări patologice ale acestei capacități (→ GNOZII, AGNOZII).

660. **MORFOLEP^(M)** Ungaria — DCI *Morsuximid* ● Produs farmaceutic cu acțiune anticonvulsivantă, indicat în toate formele de epilepsie, dar cu predilecție în petit mal. Necesită control hematologic periodic în cazul utilizării lui îndelungate (pericol de agranulocitoză) → ANTICONVULSI-VANTE.

661. **MORFOPSICE^(H)** halucinații (cf. gr. *morphe* „formă”; *ops* „vedere”) ● Halucinații vizuale în care obiectele, scenele privite sînt percepute ca avînd modificări bizare și grotești ale dimensiunilor → MICROPSII și MACROPSII.

662. **MORGAGNI-STEWART-MOREL^(S)** sindrom — sin. ACHARD-THIERS^(S) sindrom; CRANIOPATIE NEUROENDOCRINĂ; HIPEROSTOZĂ FRONTALĂ INTERNĂ; MOREL^(S) sindrom; STEWART-GRIEG-MOREL^(S) sindrom; STEWART-MOREL^(S) sindrom ● Sindrom constînd din modificări osoase, descoperit de MORGAGNI în 1761, cu manifestări psihopatologice descrise de STEWART în 1928, și cu simptome patologice endocrină evidențiată de MOREL în 1930.

Incidența sa în populația generală este de 1—2%, 95—98% din cazuri aparînd la sexul feminin. Modificările osoase sînt evidențiable prin examenul radiologic, care relevă o hiperostoză a tăbliei interne unice a frontalului, variabilă ca întindere și profunzime.

Tabloul endocrinologic relevă la femei obezitate de tip android, cu vergeturi tegumentare roșii sau roz, virilism pilar, care acompaniază uneori un aspect morfologic de tip viril, hiperfolliculinemie, disluteinemie în perioada de activitate genitală. Se pot asocia: galactoree, diabet insipid, tireopatie, hipercorticism și, cu o relativă frecvență, diabetul zaharat. Tulburările psihice sînt nespecifice: cefalee, care se intensifică premenstrual, tulburarea activității hipnice, hiperorexie, anafrodisie. Rar, poate să apară epilepsia centrencefalică. Tulburările timiei se conturează spre polul depresiv, putînd ajunge la accese melancolice. Pot apărea manifestări schizofreniforme, delirante, iar în perioada involuției se instalează deteriorare demențială.

Etiologia și patogenia sindromului nu sînt încă elucidate. Este susținută, cu argumente din ce în ce mai plauzibile, ipoteza unei disfuncții hipotalamice, de care ar putea fi responsabil cromozomul X, cel puțin cu caracter predispozant, aberația transmițîndu-se ereditar sau ca rezultat al unei mutații.

663. **MORIA** (cf. gr. *moría* „nebuție”) ● Tulburare timică, descrisă inițial ca o caracteristică a

simptomatologiei în leziunile lobului frontal (tumori), dar putînd apărea și în cadrul leziunilor altor regiuni; constă într-o stare de euforie, excitație, puerilism, jovialitate exprimată prin calambururi, clovnerii, glume deplasate și jigii-toare, ironii, manifestări care i-a determinat pe unii autori să definească această tulburare ca „euforie nătîngă”.

664. **MORICHAU-BEAUCHANT Pierre Ernest René** (1873—1952) ● Psihiatru francez, pe care FREUD îl caracteriza drept „primul francez care a aderat la psihanaliză”; conform unor afirmații ale lui JUNG, s-ar putea spune însă că a fost și primul care a abandonat-o. A studiat la Paris, unde a susținut și teza; în 1904 este profesor titular la Poitiers. Este autor a numeroase lucrări, care, în perioada 1909—1920, sînt de orientare preponderent psihanalitică; după această dată „se cumințește”, fără să mai urmărească evoluția psihanalizei. Este autorul unor lucrări în care a încercat armonizarea ideilor școlii germane cu cele ale școlii franceze, contradicțiile dintre ele datorîndu-se, după opinia sa, numai „necunoașterii reciproce a limbii”.

665. **MORISON Alexander** (1799—1866) ● Psihiatru englez. A studiat la Edinburgh, unde a susținut și teza intitulată „De hydrocephalophrenetico”; a funcționat la Edinburgh și Londra. În 1818, cu ocazia unei călătorii la Paris, l-a cunoscut pe ESQUIROL, care tocmai încerca inițierea unui curs clinic de boli mintale; ideea îl cucerește. Revine la Paris în 1821—1822, iar din 1823 începe lupta pentru introducerea unui curs de psihiatrie în școlile engleze, întîmpinînd însă opoziția autorităților, ceea ce nu-l va face să abandoneze. A cîștigat — dar după 30 de ani —, timp în care a organizat neoficial un ciclu anual de cursuri privind patologia mintală, atît la Londra, cît și la Edinburgh. A publicat numeroase lucrări și tratate pentru studenți. Efortul i-a fost răsplătit, fiind primul psihiatru devenit cavaler al coroanei britanice.

666. **MORITA Shoma** (1874—1938) ● Cel mai cunoscut dintre psihiatri japonezi din perioada antebelică, profesor de psihiatrie la Facultatea de Medicină din Tokio.

Combate teoriile constituționaliste și biologice referitoare la determinarea nevrozelor și a dezechilibrelor de personalitate, punînd accentul în geneza bolii pe factorii de mediu și pe gradul în care pacientul este preocupat de tulburările minime care îl afectează.

Pune la punct o metodă de psihoterapie originală, concordantă cu tradițiile țării sale, cunoscută sub numele de „terapia Morita”. În abordarea terapeutică, a susținut că individul trebuie să în-

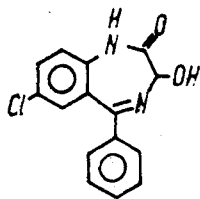
vețe să se autocunoască, punându-se apoi „în acord cu universul”, suprimînd cercul vicios al analizei simptomelor. Lucrările sale mai cunoscute sînt „Teoria nervozității și neurastenia” (1921), „Natura și teoria nervozității” (1956).

667. **MORITA — terapie** ● Metodă de psihoterapie originală, dezvoltată în Japonia de psihiatrul S. MORITA. Îmbinînd caracteristici ale diferitelor forme de psihoterapie cu unele concepte ale filozofiei zen, psihiatrul japonez emite principiul fundamental al teoriei sale, conform căruia răspunsul potrivit la realitatea de fiecare zi este important în sine și nu trebuie determinat de alte motive sau stări emoționale. Nu trebuie încercată o schimbare a firii fiecărui individ, ci o acceptare și o armonizare cu aceasta. Psihoterapeutul trebuie să-și asiste pacientul în procesul de autocunoaștere. Terapia se efectuează gradat, într-o ordine bine stabilită. Prima fază constă în relaxare și izolare, perioadă în care simptomele se pot accentua. Următoarele faze sînt de activitate intensă și chiar de privațiuni; în acest sens pacientul ține un jurnal pe marginea căruia psihoterapeutul face considerații critice. Ultima fază implică împăcarea individului cu propria sa natură, acceptarea lucrurilor „așa cum sînt”. Rezultatele raportate de autorii japonezi sînt deosebit de bune. Metoda poate fi folosită și ca terapie de grup.

668. **MORNIDINE^(M) SUA** — DCI Pipamazină ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-13-(*N*-carbamoylpiperidino)propil-2- clorofenotiazină, cu acțiune sedativ-anxiolitică și toleranță bună.

669. **MORON** ● Termen învechit folosit pentru descrierea unei debilități mintale, în care QI se situează între 50—79, fără să se facă precizări despre etiologia acestei deficiențe.

670. **MOROSAN^(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).



671. **MOROZOV⁽⁵⁾ sindrom** ● Sindrom descris în epilepsie de psihiatrul rus MOROZOV (1967); constă într-o demențiere progresivă, în care pe prim plan apar lipsa inițiativei, lentoarea extremă și ștergerea modulării afective (cu absența oricăror manifestări de tip exploziv). Bolnavul are un aspect pseudodepresiv, scăderea capacității intelectuale fiind inițial mascată de apatie („demență apatică”). Apare în formele grave de epilepsie, cu crize dese și stări repetate de „status epilepticus” sau alte modificări repetate și prelungite ale nivelului de vigilitate, fiind expresia unor tulburări organice globale.

FRUMKIN și ZAVILEANSKI au descris, în 1964, sub numele de „slăbire intelectuală inter-oligofazică”, fenomene asemănătoare în epilepsie.

672. **MOR QUIO⁽¹¹⁾ boală** ● Boală ereditară cu transmitere de tip autosomal-recesiv, constînd într-un defect enzimatic care afectează metabolismul mucopolizaharidic, și anume N-acetilgalactozam in a 6-sulfat sulfatază.

La modificările scheletale și redorile articulare se adaugă, foarte rar, un deficit intelectual, rezultat din izolarea la care pot fi supuși acești subiecți. Tehnicile moderne de diagnostic permit descoperirea prenatală a bolii.

673. **MORSELLI Enrico (1852—1929)** ● Neurolog și psihiatru italian. A studiat la Florența, unde a susținut și teza în 1874. După ce a funcționat la spitalul din Florența și la azilul Macerata, în 1889 a preluat catedra de patologie nervoasă și mintală de la Torino, unde a rămas 40 de ani. S-a preocupat de multiplele probleme ale neurologiei, psihiatriei și medicinei legale, fiind, alături de TAMBURINI, fondatorul „Revistei experimentale de freniatrie și medicină legală”.

674. **MORSIER⁽⁵⁾ sindroame** ● Trei sindroame clinice distincte, descrise de MORSIER, care, pentru a nu fi confundate, pot fi diferențiate (MARCHAIS și SÎRBU), astfel:

- sindrom Morsier-Bonnet, descris în 1936: halucinații ale vîrstnicilor, fără ca aceștia să prezinte deteriorare demențială;
- sindrom Morsier, descris în 1944, sinonim SENZITIVO-SENZORIAL⁽⁵⁾ sindrom: adinamie, analgezie, hiperestezie corneeană, anosmie, îngustarea cîmpului vizual, alterarea comportamentului;
- sindrom Morsier, descris în 1955, sinonim DISPLAZIE OLFACTO-GENITALĂ: sindrom neuroendocrin, caracterizat prin eunucidism și analgezia lobilor olfactivi.

În majoritatea lucrărilor, sub numele de sindrom Morsier se înțelege în primul rînd sindromul Morsier-Bonnet, pentru celelalte utilizîndu-se sinonimele lor.

675. **MORVAN^(S) sindrom** ● Formă particulară de mioclonie cu fibrilații care afectează în special membrele inferioare; este însoțită de manifestări psihice ca depresie, crize de anxietate, insomnii, idei hipocondriace, tulburări vegetative (tahicardie, eritem al feței și hipersudorație). Apare ca sechelă a unor neuroinfecții.

676. **MOTET Auguste Alexandre (1832—1909)** ● Medic și psihiatru francez, cu preocupări în domeniul medicinei legale. A studiat la Angers și Paris, unde a susținut și teza în 1859; a lucrat împreună cu FALRET, ARCHAMBAULT, iar din 1883 a îndeplinit funcția de președinte al Societății medico-psihologice. Fără a fi autorul unei monografii, a publicat un mare număr de lucrări, dintre care majoritatea de interes medico-legal. Printre cele mai importante pot fi amintite: „Le mensonge et le faux témoignage chez les enfants”, „Les internements soi-disant arbitraires”, „La responsabilité des actes criminels commis sous l'influence d'une intoxication alcoolique”.

677. **MOTI^(MC) Argentina** ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate cu acțiune diferită, care se completează:

- **NORTRIPTILINA^(M)** — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic;
- **FLUFENAZINA^(M)** — neuroleptic, derivat fenotiazinic.

Are acțiune sedativ-antidepresivă.

678. **MOTILITATE** (cf. fr. *motilité*: vezi lat. *motus* „mișcare”) ● Proprietate a unor organe și celule de a efectua mișcări cu ajutorul musculaturii proprii.

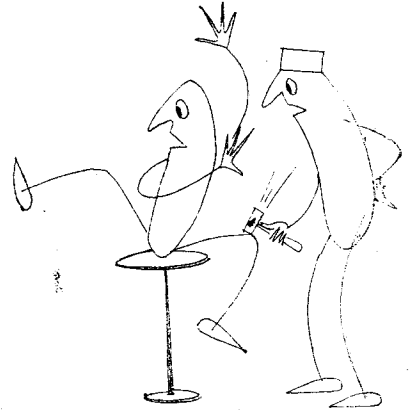
Clasic, sînt descrise trei tipuri de motilitate: elementară, involuntară (automată) și voluntară.

● **Motilitatea elementară** cuprinde reflexele, cele mai simple acte nervoase, care se definesc ca răspuns (motor, vasomotor sau secretor) consecutiv unui stimul. Ele se împart în:

- reflexe necondiționate:
 - reflexe osteotendinoase
 - reflexe cutaneomucoase
 - reflexe statice
 - reflexe vasculare;
- reflexe condiționate.

● **Reflexele osteotendinoase** se obțin după percucia unor tendoane sau suprafețe osoase și constau în obiectivarea, după o perioadă mică de latență, a unei contracții scurte și simetrice pentru ambele segmente. În cazul examinării unor bolnavi psihic sau a unor persoane suspecte de simulație, este indicată utilizarea unor metode de distragere a atenției (clasic, metoda Jendrassik). Principalele reflexe osteotendinoase sînt: reflexul maseterin, bicipital, stiloradial, tricipital, cubito-pronator, acromial, deltoidian, reflexul marelui pectoral, mediosternal, rotulian, achilian, medio-

pubian, al adductorilor și cuboidian. Diminuarea, abolirea, accentuarea, exagerarea, inversarea și pendularea (în cazul reflexului rotulian) sînt considerate modificări patologice.



Diminuarea și abolirea reflexelor osteotendinoase, concretizate în răspunsul lent sau absent, unilateral sau bilateral, au o etiologie complexă: leziuni ale componentelor arcului reflex, stare de extenuare fizică sau psihică, intoxicații severe cu alcool, barbiturice și opiacee, sindrom de hipertensiune intracraniană, comele de orice natură, mai puțin tulburările de tip isteric ale conștiinței, vîrsta avansată (unde diminuarea sau dispariția reflexului achilian și stiloradial nu au, de fapt, valoare patologică; uneori se încearcă să li se acorde o astfel de valoare pentru a se contura mai bine patologia vîrstnicului).

Accentuarea și exagerarea reflexelor sînt concretizate în răspunsul mai rapid, cu mișcare mai amplă, apărut la un stimul minim, aplicat uneori chiar în zone vecine sau cu răspuns și la mușchii vecini, care nu se contractă în mod normal. În neurologie, se întîlnește în leziunile căii piramidale, iar în psihiatrie—în nevroze, la personalități dizarmonice (isterici, excitabili); hiperreflectivitatea apare și în intoxicații cu stricnină, hipocalcemie, hipoglicemie, hipertirodie.

Inversarea reflexelor osteotendinoase, fenomen rar întîlnit, atît în neurologie cît și în psihiatrie (stadiile avansate ale paraliziei generate progresive), constă în răspunsul contractil al mușchilor antagoniști sau învecinați celor care ar trebui să se contracte în mod normal.

Pendularea reflexului rotulian, întîlnită în clinica neurologică în hipotonia din sindromul cerebelos, se regăsește și în clinica psihiatrică, la unii schizofreni și în demențele prezenle.

● **Reflexele cutaneomucoase** se obțin prin excitația unor zone tegumentare sau mucoase, în urma căreia rezultă contractia mușchilor segmentari corespunzători. Diminuarea și abolirea acestor reflexe au valoare semiologică în neurologie, ca și în psihiatrie, întilnindu-se în cadrul acelororași afecțiuni în care există și diminuarea reflexelor osteotendinoase. Același lucru este valabil și pentru accentuarea și exagerarea reflexelor cutaneomucoase, cu mențiune specială pentru reflexul palmomentonier Marinescu-Radovici, exagerat în demența vasculară și mixtă.

Inversarea reflexelor cutaneomucoase grupează o întreagă patologie, cea a neuronului motor central, în care apare și semnul Babinski. El apare în postcriza epileptică, coma insulinică (accident de terapie), postelectroșoc, paralizia generală progresivă, demențe. Mai puțin cunoscute, dar cu aceeași valoare semiologică, exprimind suferința de neuron motor central, sînt semnele Oppenheim, Schäffer, Gordon, Hoffmann.

Principalele reflexe cutaneomucoase sînt : reflexul cornean, corneomandibular, palmomentonier Marinescu-Radovici, palmomentonier Braka, reflexele cutanate abdominale, reflexul cremasterian, reflexul cutanat plantar.

● **Reflexele statice sau de postură**, mai evidente pe mușchii lungi, constau în realizarea unei contracții tonice prin apropierea pasivă a capetelor unui mușchi. Abolirea reflexului nu este cunoscută în clinica psihiatrică, în schimb exagerarea reflexului, tradusă prin decontracturarea sacadată, realizează semnul „roții dințate”, prezent în impregnarea neuroleptică.

● **Motilitatea involuntară** (automată) necesită o examinare atentă și o supraveghere în timp, atît în starea de veghe cît și în somn. Dintre mișcările involuntare cu semnificație patologică pot fi menționate : tremurăturile, mișcările coreice, mișcările atetozice, miocloniile. Tremurăturile (deplasarea unui segment față de axele articulației) se produc în condiții fiziologice (emoții, oboseală, scăderea temperaturii), dar și în condiții patologice (în psihiatrie : în nevroze, alcoolism, paralizia generală progresivă). Mișcările coreice sînt mișcări involuntare, bruște, dezordonate, asimetrice, fără scop, rapide și succesive, care dispar în somn și se accentuează la emoții, stress, concentrare. Mișcările atetozice sînt mișcări involuntare lente, neregulate, aritmice, de amplitudine mică, ce apar la nivelul membrilor superioare și pot fi oprite voluntar. Ele sînt exagerate de emoții, diminuează în repaus și dispar în somn. Miocloniile sînt contracții musculare bruște, scurte, violente, involuntare, limitate la fracțiuni de mușchi, la un mușchi sau un grup muscular, care schițează, deplasarea unui segment. Ele pot fi aritmice (epilepsia mioclonică, epilepsia parțială, intoxicații cu bromuri de metale) sau ritmice

(100—300 c/s ritm constant, care nu se modifică sub influența somnului, repausului, medicației).

Alte mișcări involuntare sînt reprezentate de : convulsii (epilepsie), fibrilațiile musculare (contractii particulare fără deplasarea segmentului), hemibalismul (mișcări de azvîrlire a extremității proximale a unui membru), ticurile (mișcări involuntare, stereotipe, pseudogestuale), spasme de torsiune (contractii lente, tonice, involuntare), crampa funcțională (la scriitorii, violoniști etc., întilnită în nevroze), kinezii prin perseverare (continuarea mișcării voluntare după întreruperea excitantului — în schizofrenie).

● **Motilitatea voluntară** poate fi investigată prin efectuarea de mișcări voluntare ale tuturor segmentelor corpului, apreciindu-se amplitudinea și viteza mișcării. Se solicită subiectului efectuarea mișcărilor atît la nivelul segmentului bolnav, cît și la nivelul celorlalte segmente, considerate sănătoase. Probele cele mai frecvente folosite pentru evidențierea deficitului motor sînt : proba brațelor întinse (pentru membrul superior), proba Mingazzini, proba Vasilescu, proba Barré (pentru membrul inferior).

Parezele și paraliziiile realizează tablouri clinice alarmante, care se întilnesc în neurologie (cu substrat organic) și în psihiatrie (fără substrat organic) : catatonii, diskinezii, isterie.

Psihiatrul poate să distingă o parază sau paralizie de tip organic, de o manifestare asemănătoare de tip funcțional („paralizii psihice”), dacă ține seama de trei parametri :

- sediul topografic al leziunii care determină manifestarea
- topografia manifestării
- imposibilitatea existenței concomitente de simptome care aparțin ambelor sindroame de neuroni motori (periferic și central) la același subiect.

Astfel, în paralizia prin sindrom de neuron motor periferic, topografia manifestării este strict anatomică, există o hiporeflexivitate pînă la abolire a reflexelor osteotendinoase, hipotonie și atrofie musculară, electromiogramă caracteristică. În paralizia prin sindrom de neuron motor central, topografia manifestării este întinsă, există o hipertonie pînă la spasticitate, semnul Babinski pozitiv, electromiogramă caracteristică și o disociație a reflexelor cu hiperreflexivitate osteotendinoasă și hiporeflexivitate cutanată.

679. **MOTIPRESS^(MC)** Anglia, Canada ● Produs terapeutic conținînd două medicamente tipizate cu acțiune diferită, care se completează :

- **NORTRIPTILINA^(M)** — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic ;
- **FLUFENAZINA^(M)** — neuroleptic, derivat piperazinilalkifenotiazinic.

Are acțiune sedativ-antidepressivă.

680. **MOTIV** (cf. fr. *motif*; vezi lat. *move* „a mișca, a pune în mișcare”) ● În psihologie, desemnează orice cauză psihică, mintală, care determină o acțiune voluntară, un sentiment etc. Motivația (totalitatea motivelor, considerațiilor sau a mobilurilor, conștiente sau nu, care determină pe cineva să efectueze o anumită acțiune) este latura dinamică a personalității, strâns legată de afectivitate, constituind aspectul dinamico-energetic al ființei umane. Motivul reprezintă factorul intern care, împreună cu alți factori (aptitudini, însușiri, caracter, particularități de tipologie etc.), determină manifestările de conduită; întră aici totalitatea mobilurilor interne ale conduitei, înnăscute sau dobândite, conștiente sau inconștiente, de la trebuința fiziologică pînă la idealul abstract. Mobilul este tot ceea ce pune în mișcare, tinde să producă un act, prima cauză a acțiunii, a impulsului sau afectului; după LAFON, în sens mai limitat, motivul reprezintă în special elemente intelectuale, în timp ce mobilul — elemente afective. Prin reflecție, motivele sînt evaluate în scopul unei acțiuni sau în scopul abținerii de la gest, de la acțiune. Trebuința este o necesitate a organismului activată și actualizată ciclic; extrapolarea și conversiunea motivului în acțiune este scopul; astfel, motivul revine la cauza acțiunii, iar scopul la direcția și finalizarea cauzei în acțiune; există deci o relativă coincidență între motiv și scop. Originea motivului se află și în procesul de interiorizare; el este, în acest sens, consecința unei adaptări, se formează și se dezvoltă.

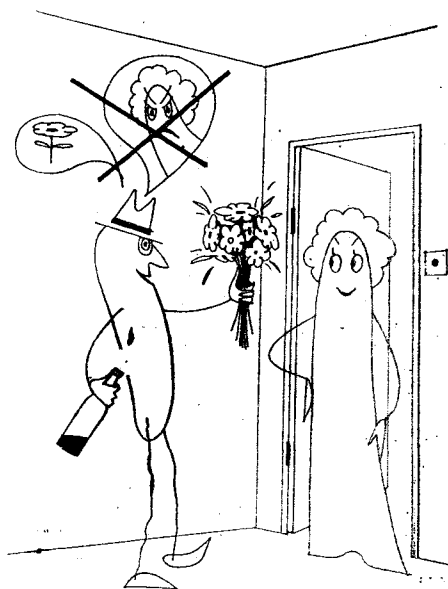
Clasificarea motivelor. Există trei nivele motivaționale :

- *nivelul organic*, derivat din baza instinctuală, din trebuințele legate de cele două instincte majore : de conservare și de reproducere ;
- *nivelul material* ;
- *nivelul spiritual* (trebuințe estetice, morale cognitive, informaționale).

Motivele organice au o procesualitate de activare fiziologică, fiind de aceea considerate mai puternice decît cele spirituale. Erich FROMM afirmă că omul își poate depăși instinctele și că motivele superioare pot fi mai puternice datorită semnificației lor. Puterea motivelor spirituale asupra celor instinctuale este totuși limitată și temporară. Omul își poate amîna o trebuință instinctuală, o poate domina sau deghiza în funcție de o situație și pe o anumită durată, dar nu-și poate suprima sau înlocui pe deplin această trebuință cu alta, de exemplu, estetică. În cazul în care acest lucru se întîmplă, prin diverse mecanisme (deplasare, substituție etc.) s-ar ajunge la formarea unor simptome psihonevrotice.

Apariția conflictelor este inevitabilă, pentru că un motiv nu există niciodată singur, ci într-o con-

stelație; motivele fiind ierarhizate variabil de la individ la individ. Ele sînt contradictorii : apar divergențe de trebuințe fie la nivel intraindividual, fie la nivel interindividual. Este aproape imposibilă satisfacerea concomitentă a mai multor



motive, orice satisfacere a unei trebuințe implicînd imediat o renunțare ; se creează dileme de alegere la motive echivalente sau aparent echivalente. De obicei, raționalul, conștientul stabilesc o ordine de priorități, dar, în lupta dintre motive, au implicații puternice afectivul, dorința, emoția, frustrarea. Raportat la dimensiunea temporală, motivul poate fi retrospectiv, actual sau proiectiv. K. LEWIN apreciază constelația motivelor ca înscriindu-se în linii vectoriale (de la motiv la scop : aspirații, preferințe, respingeri) ; în cîmpul motivațional, înțeles ca un cîmp de tensiune, se produc relieful, există o relație, în mod normal de proporționalitate directă între nivelul de aspirație și nivelul de performanță, dar există și ridicări iraționale, patologice, ale nivelului de aspirație, care depășesc posibilitățile reale ale persoanei în genere sau le depășesc într-o situație dată (de exemplu, starea de submotivare, de supra-motivare sau de motivare optimă).

Forme ale motivelor : trebuințe, dorințe, impulsuri, tendințe, valențe, intenții, interese. Există o legătură strînsă (aproape congeneră) între motivație și afectivitate ; motivul este cauza nemijlo-

cită a gestului, acțiunii, activității; emoția este starea propriu-zisă de mișcare și de implicare; *registru emoțional reproduce registrul cerințelor la diferite nivele de activare*; emoția este motivul în desfășurare, orice cauză a unui gest fiind și o cauză trăită; motivul este emoție stocată, potențială. După FRAISSE și PIAGET, fiecare individ uman reacționează în funcție de trebuințele sale, de experiența, de emotivitatea sa. Momentul trăirii emoționale sau momentul dorinței se naște la incidența trebuinței cu obiectul. În concepția sa dinamică asupra personalității, MURRAY consideră ca importante trei teorii: teoria proceselor inconștiente, teoria trebuințelor și teoria influențelor.

În ceea ce privește *procesele inconștiente*, psihanaliza (FREUD) este cea mai importantă teorie asupra arheologiei persoanei și a dinamicii cauzale care sprijină (sau care argumentează) această arheologie. Psihologia tradițională a asimilat viața psihică cu viața conștientă. Au existat aserțiuni, preocupări, privind mobilurile acțiunilor umane, în sensul desprinderii acestor mobiluri de viața exclusiv conștientă, dar, pînă la FREUD, ele nu au fost elaborate și organizate într-o teorie dinamică și explicativă, care să ofere în același timp direcții terapeutice. Psihanaliza consideră că factorii de natură psihică, ce determină o acțiune, o reacție, o conduită, nu sînt numai conștienți și nu sînt totdeauna conștienți; în plus, a fi conștient de un gest, de o emoție, de un sentiment, de o alegere, nu înseamnă în mod necesar a fi conștient și de cauza/cauzele care stau la baza acestor fenomene (SPINOZA: „Iluzia liberului arbitru ne vine din conștiința acțiunii noastre și din ignorarea cauzelor care ne fac să acționăm”). Cauze profunde și neacceptate apar deghizate în cauze acceptate, echivalente cu reacțiile secundare. Această deghizare este determinată de factori culturali, educaționali, în primul rînd familiali, care stimulează acea operație (modalitate psihică) sau mecanism numit de FREUD *refulare*, constînd în menținerea sau re-împingerea în inconștient a reprezentărilor (idei, imagini, amintiri) legate de o pulsione, în cazul în care satisfacția pulsionii, aducătoare de plăcere prin ea însăși, riscă să provoace o neplăcere în raport cu alte exigențe. Astfel, există un psihism arhaic, pe care omul îl depășește, dar nu îl suprimă pe deplin. Toate energiile care pun în mișcare ființa umană și care au fost reprimat/comprimat prin constrîngerii sociale așteaptă momentul de a se elibera; ele devin habitudinii sociale sau se eliberează fie în acțiuni sociale, diferite ca amploare și intensitate, fie într-o formă simbolică, de obicei neglijată (visele, actele ratate, lapsusurile, simptomele nevrotice), fie în activități spiritualizate (artă, știință, religie, pentru denumirea acestui proces fiind folosită noțiunea de sublimare).

Deciziile raționale și explicite sînt argumentate printr-un substrat profund, acela al motivelor inconștiente, al dorințelor refulate din cîmpul conștiinței, substrat guvernate de o altă „logică”, mai afectivă și mai indiferentă la imperativele exterioare. Educația, prin ea însăși, nu se realizează fără preț; ea poate genera, în personalitate, conflicte care vor fi depășite sau nu, în cel de-al doilea caz ele devenind simptome în maladii mintale (→ NEVROZĂ). De exemplu, comportamentul foarte sever al unui părinte față de copil poate ascunde o dorință de putere pe care nu a putut-o exercita asupra adulților, dată fiind personalitatea sa slabă; frecvent, cei mai supuși funcționari sînt cei mai severi părinți. Evenimente traumatizante din viața infantilă se sedimentează în structuri, în sisteme potențial-dinamice; acestea se pot asocia unor obiecte simbolizînd satisfacția dorințelor care s-au refulat sau reprimat la care copilul a fost supus. Se consideră că nevroza și, în special, isteria conține/exprimă, în plan fizic și psihic, conflicte inconștiente (refuzul de a bea sau de a mîncă, refuzul de a merge etc.).

MURRAY afirmă că în psihologia unei persoane este importantă istoria dilemelor sale și modul (stilul) în care ele sînt rezolvate. Istoria dilemelor conține și semnifică istoria motivelor, a acțiunilor lor în interiorul ființei și în relațiile sale cu lumea.

Conceptul de trebuință. MURRAY definește *trebuința* ca potențialitate organică sau dispoziție de a reacționa într-o anumită manieră în condiții date; atribut latent al organismului, *trebuința* este o forță care determină o anumită tendință sau un efect principal.

Trecerea de la o formă motivațională la altă este trecerea de la *trebuință* (tensiune interioară constituindu-se ca experiență a unei lipse, fără a exista, neapărat, conștiința obiectului trebuinței; această lipsă provoacă o stare de neliniște, de insatisfacție, de nemulțumire) la *dorință* (cînd în conștiință apar imaginile obiectului trebuinței), la *intenție* (activarea unei trebuințe pînă la decizia de a împlini un anumit act, decizie conștientă în sine, dar fără a presupune, cu necesitate, conștientizarea primei cauze), la *efort sau experiența efortului* (care cere un corelativ obiectiv).

Teoria influențelor. Un gest, o acțiune, o activitate are la bază o cauză, deci un motiv, dar se desfășoară într-un mediu, într-un ansamblu de entități exterioare care provoacă atracție sau respingere; un mediu (exterior sau interior) furnizează în primul rînd beneficii și neplăceri (gratificații, recompense, frustrări, insatisfacții). Termenul de influență desemnează ceea ce vine de la obiect la subiect, ceea ce o situație-stimul provoacă sau poate provoca la o anumită persoană (→ INFLUENȚĂ).

În nosologia psihiatrică, în special simptomele nevrotice sînt legate sau determinate de modificări, conflicte, traume, la nivelul motivației profunde — nivelul inconștientului, la care ciocnirile între dorințe sau trebuințe s-au stocat și au devenit o bază surșă simptomatică. Aici nu sînt esențial și ireversibil afectate capacitățile persoanei; este vorba de un dezechilibru al relației Eu-Lume, constînd într-un disconfort de asimilare și acomodare la ceea ce vine din afară și la propriul răspuns dat (răspunsul ca atare este disconfortant atît pentru sine cît și pentru celălalt). Intervine aici o mascare a unor motive prin altele și o distorsionare (mai ales afectivă) a percepției, de fapt a primirii influenței sau situației-stimul. Astfel, alegerea conduitei de răspuns este susținută prin ceea ce persoana știe sau crede că știe, simte sau crede că simte, în raport cu ceea ce se impune ca exigență exterioară în cadrul unei relații sociale determinate și supuse unui cod normativ, care nu reprezintă în același timp și un cod valoric pentru persoana în cauză. Nevroticul are dileme ontologice: el fie refulează excesiv, fie nu este în stare să refuleze. Trauma inițială sau conflictul latent se reiterează în forme deghizate, a căror calitate devine simptomatică. În psihoze, dat fiind faptul că sînt esențial afectate funcțiile intelective și simțul realului, cîmpul de acțiunele obiective a motivelor se restrînge sub aspectul său deliberat, intențional, și se accentuează sub aspectul tensional, necontrolat, profund. Nemaivînd disponibilitatea de luare în stăpînire a realului, psihoticul acționează în non-sens cu acest real acceptat (acceptabil) sau în paralel. Motivația sa se cristalizează în cadrul sistemului propriu de gîndire (de exemplu, delirul, actele și motivele unui delirant), fără a se articula la real, explicîndu-se numai prin mecanisme ale inconștientului (așa cum susține psihanaliza), aceasta fiind însă mai mult o explicație etiologic-teoretică și neoferind posibilități terapeutice de răsturnare-irreversibilitate a mecanismului. În psihoză, în genere, Eul regresează la un stadiu/nivel arhaic, acela de adualism, în care Eul și lumea se întrepătrund nelimitant; este un nivel mitic, magic, primitiv, contemplativ, în care alegerile nu se deliberază, ele se selectează automat prin ierarhii ale tensiunilor; manifestarea nu se îndreaptă spre lume, ea devine manifestare în sine, fără adresabilitate diferențiată; este o manifestare pură a refulării, a proiecției, în ultimă instanță a dorinței.

Considerăm că psihologia, ca știință, are ca principal obiect de studiu motivul uman.

681. **MOTIVAL**^(MC) Anglia, Franța, Grecia $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MOTI^(MC) Argentina.

682. **MOTIVARE** (vezi *motiv*) ● Raportare în acțiune la motivele personale și ale celorlalți;

este un act intelectual și moral, în același timp. După P. POPESCU-NEVEANU, motivarea poate fi:

- proiectivă (constînd în evaluarea și anticiparea motivelor comportamentului propriu persoanei, în cîmpul relațiilor sale interpersonale);
- retroactivă (explică anumite comportamente și acțiuni deja împlinite, motivele acestora).

Motivarea nu se identifică cu motivul (cu motivația). Motivarea presupune o justificare a conduitei într-o situație anume, fără să constituie cauza care generează acțiunea sau comportamentul. Motivarea este un act de căutare și evaluare a motivului, ea se verbalizează conștient, vehiculează aprecieri care pot fi concordante sau nu cu motivul real.

În psihopatologie, concordanța între motivul real și actul de motivare este modificată în funcție de gravitatea și forma tulburării psihice: astfel, motivarea bolnavului psihotic este absurdă, analogă reacțiilor și conduitelor sale, pentru ei raportarea la propriile motive și gesturi plasîndu-se în afara realului; acțiunea de motivare a personalității dizarmonice este, în cea mai mare măsură, în favoarea sa și în defavoarea celorlalți (în special la cele de tip isteric și paranoiac); la bolnavul nevrotic, actul motivării se complică, subiectul fiind în permanență preocupat de împlinirea unui scop fictiv, al cărui motiv real nu îl cunoaște și îl deghizează (il refulează, îl substituie, îl proiectează etc.).

683. MOTIVAȚIE → MOTIV.

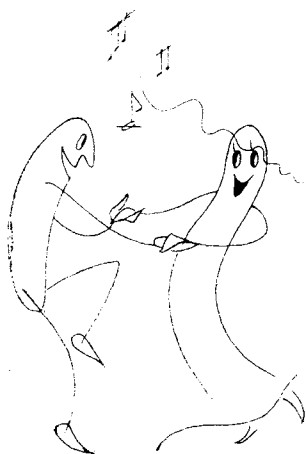
684. **MOTRICITATE** (cf. fr. *motricité*: vezi lat. *motus* „mişcare”) ● Reacțiile musculare prin care se efectuează mișcarea, reorganizarea activității musculare (contractie, relaxare) la modificările de poziție, la deplasare și la acte coordonate de intervenție în ambianță.

Psihomotricitatea este o caracteristică a mișcărilor musculare complexe, privind mai ales organizarea și coordonarea lor, reprezentînd stilul comportamentului motor caracteristic individului.

Activitatea motorie a organismului, voluntară și involuntară, este coordonată de structuri ale sistemului nervos central: cortexul motor și căile piramidale, cu rol în transmiterea comenzii voluntare spre mușchii somatici; s-a constatat că mișcarea voluntară este însoțită și chiar precedată de activități motorii involuntare, automate, care constau în modificări ale tonusului mușchilor activi și modificări în postura individului, acte motorii care susțin corpul, favorizînd realizarea mișcării conform intenției.

La realizarea mișcării voluntare participă și structurile motorii extrapiramidale. La elaborarea

ideii de mișcare — act neurofiziologic și psihologic complex — participă creierul emoțional (hipotalamusul și sistemul limbic), ariile corticale motorii, premotorii, senzoriale, asociative, nucleii bazali, cerebelul, talamusul.



Impulsul, motivația pentru efectuarea unei anumite mișcări voluntare, ia naștere în creierul emoțional și asociativ, care elaborează planul general al mișcării. Prin circuite cortico-striate și cortico-ponto-cerebeloase, planul mișcării este transmis simultan nucleilor bazali și cerebelului, care la rândul lor trimit impulsuri spre cortexul motor prin releu talamic, realizându-se circuite de feed-back motor.

Prin conlucrarea tuturor acestor structuri, este elaborat programul mișcării voluntare, acesta fiind realizat de către cortexul motor, prin coordonarea mișcărilor rapide ale extremităților, a activității motorii fine, calificate.

Nucleii bazali sau corpii striați reprezintă etajul cel mai înalt de integrare a mișcărilor involuntare, automate. La acest nivel se integrează și unele mișcări de ansamblu, dar rolul preponderent al nucleilor bazali constă în reglarea mișcărilor involuntare (tonus, postură, echilibru) și a celor automate (mersul). Nucleii bazali, prin intermediul structurilor motorii extrapiramidale din trunchiul cerebral, determină repartitia adecvată a tonusului la nivelul musculaturii active și adaptarea lui în vederea efectuării mișcării voluntare în condiții optime. Prin mecanism de feed-back, este influențată și comanda voluntară corticală.

Activitatea motorie spontană poate fi redusă sub acțiunea neurolepticelor, dar acestea pot determina frecvent și akatisie — exacerbarea ac-

tivității motorii. S-a constatat, experimental, catalepsie produsă de fenotiazine și butirofenone.

Sindromul parkinsonian este determinat de toate neurolepticele incisive. Sindromul apare după administrări repetate, după sistarea tratamentelor prelunge putându-se constata uneori apariția diskineziei tardive (insuficiența extrapiramidală terminală Haddenbrock).

Diskinezia tardivă ar avea la bază o hipersensibilizare la dopamină a receptorilor dopaminergici din corpul striat. Ipoteze recente susțin că tratamentul neuroleptic cronic determină creșterea formării unei proteine reglatoare dependente de calciu (calmodulina), care hipersensibilizează adenilciclaza la dopamină în nucleii bazali. De asemenea, s-a descris o hiposensibilitate adrenergică asociată hipersensibilității dopaminergice după tratamente cronice cu Haloperidol, ceea ce ar putea explica diskinezia tardivă. Se descriu diskinezii facio-buco-linguo-masticatorii cu evoluție prelungită, uneori ireversibilă, precum și un sindrom coreiform difuz. Mișcările sînt, de obicei, accentuate de emoție și de concentrarea atenției, dar pot diminua sau chiar dispărea prin autocontrol.

Activitatea extrapiramidală a neurolepticelor ar fi legată de acțiunea acestora asupra receptorilor dopaminergici din striat. Sindromul parkinsonian se caracterizează prin tremor, rigiditate, akinezie/bradikinezie și exagerarea reflexelor de postură. Alcoolul scade pragul dozei la care apar manifestările extrapiramidale (ceea ce impune abținerea totală pe timpul tratamentului). Aceste manifestări sînt mai frecvente la femei, la bolnavii de peste 50 de ani, la cei cu sechele encefalitice și alte leziuni cerebrale, la personalitățile isterice, în hipocalcemie.

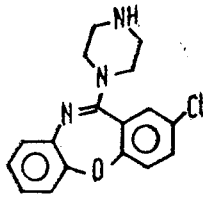
Trebuie menționate și proprietățile epileptogene ale neurolepticelor, deci potențialul lor de a produce accese convulsive, mai ales de tip grand mal, la epileptici și la cei cu prag convulsivant scăzut.

685. MIȘTUNE (cf. lat. *motus*) — sin. MIȘCARE • În psihanaliză, termenul se referă la procesul dinamic prin care se actualizează pulsivitatea.

686. MIȘTUNE PULSIONALĂ • Termen folosit de FREUD pentru a desemna pulsivitatea sub aspectul ei dinamic, așa cum se actualizează și se caracterizează într-o stimulație internă determinată (după PONTALIS și LAPLANCHE). Între pulsivitate și miștune pulsională diferența de sens nu este mare ; s-a întîmplat ca FREUD să folosească acești termeni unul în locul celuilalt. O ușoară distincție se poate face, în sensul că miștune pulsională ar fi pulsivitatea activată și pusă în mișcare.

FREUD împrumută termenul de „moțiune” din psihologia morală, considerînd că acest cuvînt este mai apropiat de cuvîntul german „Regung”, substantiv care vine din verbul *regen* („a se mișca”; francezul *mouvoir*). Termenul de moțiune pulsională se înscrie în seria uzuală a termenilor psihologici din seria motiv-mobil, motivație, serie care presupune mișcarea și cauza mișcării. Moțiunea, la FREUD, are o nuanță pregnantă de mișcare internă.

637. **MOXADRIL^(M)** Franța—DCI *Amoxapină* ● Antidepressiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 2-cloro-11-(1-piperazini)ldibenzlb, III, 4/



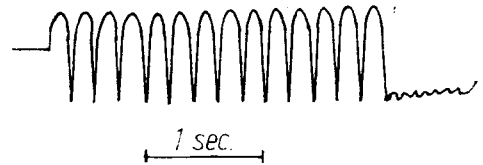
oxăzepină, cu acțiune antidepressivă, care se instalează rapid (absorbție 90 de minute, $T_{1/2} = 30$ ore), și ușor sedativă. Indicat în depresiile exo- și endogene. Nu se asociază cu IMAO și nu se administrează în status postinfarct miocardic.

638. **MOZAIC CORTICAL** (cf. it. *mosaico*) ● Este reprezentat de dinamica focarelor de excitație și inhibiție, la nivelul scoarței cerebrale. I. P. PAVLOV descrie astfel mozaicul cortical: „atît procesul excitator, cît și cel inhibitor execută o mișcare în scoarța cerebrală, iradiind la început la o distanță mai mare sau mai mică de punctul de origine și concentrîndu-se apoi în acest punct. Prin concentrarea acestor procese, se ajunge la o localizare foarte fină a lor și, datorită acestui fapt, întreaga scoarță cerebrală se transformă într-un mozaic, în care se îmbină strîns, puncte de excitație și de inhibiție. Acest mozaic se formează și se fixează, pe de o parte, ca rezultat al luptei dintre procesele antagoniste de excitație și inhibiție, provocate direct de excitațiile corespunzătoare venite din afară. Pe de altă parte, formarea lui se datorează unor raporturi interioare, și anume inducției reciproce, în care un proces determină intensificarea altuia. Imaginînd plastic acest proces dinamic, PAVLOV îl compară cu un joc de lumini și umbre deosebit de complex și spectaculos.

639. **MÖBIUS^(S) sindrom** — sin. **DIPLEGIE FACIALĂ CONGENITALĂ** ● Sindrom polimorf, cu transmitere ereditară, al cărui mecanism genetic rămîne incert. Asociază modificări craniofaciale

(fațes inexpresiv, fixitatea privirii) cu modificări scheletale, malformații privind membrele (sindactilia, picior strîmb) și statura. Întîrzierea mintală este prezentă în grade variabile.

690. **MU — ritm EEG** ● Ritm electroencefalografic din banda beta, descris de GASTAUD și TERZIAN (1952), a cărui morfologie a sugerat și denumirea (unde seamănă cu literele „m” sau „u” scrise legat). Are o frecvență de 7—11 c/s și o amplitudine de 30—50 μ V. Apare la mai puțin de a șasea parte din subiecții normali, mai ales în derivațiile rolandice și este blocat de activitatea motorie contralaterală. În mod fiziologic, apare la subiecții care urmăresc ca spectatori o activitate motorie și și-o reprezintă mintal.



MU-ritm EEG

Diverse studii arată prezența ritmului „mu” în relație cu patologia anxietății, cu agresivitatea și hiperemotivitatea (ARSENI și ROMAN, 1986), precum și cu o serie de afecțiuni psihosomatice (migrene, astm, coronaropatii, diskinezii, afecțiuni dermatologice). Mai este cunoscut și sub denumirea de „ritm alford” sau „en arceaux”.

691. **MUCOPOLIZAHARIDE** (cf. lat. *mucus*; gr. *polys* „mult”; *sakchar* „zahăr”) ● Elemente structurale ale țesutului conjunctiv, care au în compoziția chimică hidrați de carbon în combinație cu proteine.

Metabolizarea are loc la nivel lizozomal, în prezența unor enzime specifice, a căror absență ereditară — rară de altfel — induce acumularea lor în diferite țesuturi și organe, cu apariția muco-polizaharidozelor. În cadrul acestor afecțiuni, printre alte aspecte clinice, sînt prezente deficițul mintal și alte tulburări psihice. Întîrzierea mintală severă apare în sindroamele Hurler și Scheie. Se mai semnalează tulburări de comportament majore, în sindromul San Filippo, în timp ce în sindromul Maroteaux-Lamy, inteligența este în limite normale.

692. **MUCOPOLIZAHARIDOZE** (cf. lat. *mucus*; gr. *polys*; *sakchar*) ● Grup de boli genetice, înrudite biochimic și clinic, dar deosebite din punct de vedere genetic, cu transmitere autozomal-re-

cesivă (exceptând tipul I, unde transmiterea se face recesiv), caracterizate prin tulburarea metabolismului polizaharidelor, cu consecințe asupra structurilor derivate din mezenchimul primitiv (cartilaje, oase, cornee, țesutul reticular din plămâni, ficat, splină). În prezent, sînt mai bine individualizate următoarele șase tipuri de mucopolizaharidoze :

- tipul I (sîndrom Hurier) — sin. LIPOCONDRODISTROFIE, PFAUNDLER⁽¹⁾ boală, EL-LIS⁽²⁾ boală ;
- tipul II (HUNTER⁽³⁾ sîndrom) ;
- tipul III (SAN FILIPPO⁽⁴⁾ sîndrom) — sin. OLIGOFRENIE POLIDISTROFICĂ ;
- tipul IV (MORQUIO⁽⁵⁾ sîndrom) ;
- tipul V (SCHEIE⁽⁶⁾ sîndrom) — sin. ULLRICH-SCHEIE⁽⁶⁾ sîndrom ;
- tipul VI (MAROTEAUX-LAMY⁽⁷⁾ sîndrom) — sin. NANISM POLIDISTROFIC.

Din punct de vedere clinic, mucopolizaharidozele prezintă următoarele caracteristici: dismorfism gargolic (facies grosolan, frunte bombată, rădăcina nasului ștearsă, narine lățite, buze groase), redori articulare, cu limitarea mișcărilor, aspect de „gheară” al minilor, surditate, opacități corneene, nanism, deficit mintal variabil, hepatosplenomegalie, malformații cardiace.

- celule Gasser în singe și celule Buchot în măduva osoasă, la tipurile I, II, III, V ;
- granulații bazofile Adler sau Reily-Adler în citoplasma polinuclearelor, la tipurile I, II, V, VI și inconstant, la tipul IV ;
- craniostenoză, aspect de „cîrlig” al corpului vertebrelor toracale, coaste late, epifize osoase deformate și neregulate, metacarpie în formă de „căpățîna de zahăr” (la tipul I) ; contrast între dezvoltarea capului femural și cavitatea condiliană, deplasarea în valgus a colului femural, cu subluxația acestuia (la tipul IV) ; vertebre „în con”, șa turcească în „omega”, alterări epifizare (la tipul VI).

Prognosticul este grav, la tipurile I și III ; la celelalte, evoluția este mai îndelungată.

Tratamentul constă în medicație simptomatică, administrare de plasmă umană și în intervenții chirurgicale și ortopedice corectoare.

693. **MULTISENZORIALE^(H) halucinații** (cf. at. *multus* „mult” ; *sensus* „sensibilitate, percepere prin simțuri”) — sin. POLISENZORIALE^(H) halucinații ● Asocierea mai multor halucinații, „percepții fără obiect”, „receptate” pe mai multe canale senzoriale, afectînd uneori senzoriul ca întreg. Asocierile mai frecvente sînt: vizual-audi-

Tabel nr. LXXXVI

DIAGNOSTICUL CLINIC DIFERENȚIAL AL MUCOPOLIZAHARIDOZELOR

Caracteristici clinice	I	II	III	IV	V	VI
Vîrsta debutului (ani)	1-2	2-3	1-3	1-3	5-6	1-3
Dismorfism gargolic	+++	+++	+++	+++	+++	+++
Cifoza	+++	+	-	+++	-	-+
Mină „în gheară”	+++	+++	-	+++	+++	-
Redori articulare	+++	+++	+	+	+++	+
Surditate	+++	+++	+++	+	-	+++
Opacități corneene	+++	-	-	+++	+++	+++
Nanism	+++	+++	+	+	+	+++
Deficit mintal	+++	+	+++	-	+	-
Hepatosplenomegalie	+++	+++	+	-	-	+++
Malformații cardiace	+++	-	+	-	+	+++
Intensitatea simptomelor :	+++ ++ +	crescută medie redușă				

Examinările paraclinice evidențiază :

- excreție urinară de mucopolizaharide acide (fracțiuni de condroitin-sulfat B și heparin-sulfat, la tipurile I, II și V ; fracțiune heparin-sulfat, la tipul III ; fracțiune cherato-sulfat, la tipul IV și condroitin-sulfat B, la tipul VI) ;

tive, olfactiv-gustative, tactil-corporale. Asocieri mai deosebite, ca cele tactil-olfactive, se întîlnesc în cadrul halucinațiilor genitale din psihozele de involuție, iar cele tactil-vizuale — în paraziatozele halucinatorii.

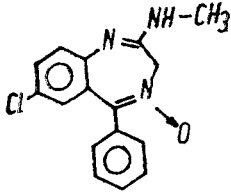
Această falsă senzorialitate paralelă demonstrează, o dată mai mult, că obiectul halucinației este

pseudorealitatea, „simțită” sub fațete diverse ca realitate. Prezența halucinațiilor multisenzoriale întărește credința bolnavului în realitatea percepută, efectul lor fiind, în acest sens, sinergic. Se întâmplă în stări confuzionale, deliruri toxice, bufee delirant-halucinatorii, psihoze de involuție, intoxicații cu halucinogene.

De subliniat că, în această situație, ca și în cele experimentale de depravare senzorială, subiecții raportează sentimentul de deschidere a canalelor senzoriale care sînt invadate, rînd pe rînd, de percepții cu obiect inexistent.

694. **MULTISENZORIALIE⁽¹⁾iluzii**—sin. MIXTE⁽¹⁾ iluzii ; POLISENZORIALIE⁽¹⁾ iluzii • Tulburări perceptivе, care interesează concomitent mai mult analizatori și care pot avea caracter fiziologic (iluzia lui Charpentier, a greutății) sau patologic (cel mai adesea, sub forma tulburărilor calitative de percepție, unde se asociază auditivul cu vizualul, tactilul cu corporalul, olfactivul cu gustativul).

695. **MULTUM^(M) RFG** — 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 îi produce sub numele de NAPOTON^(M).

696. **MULȚIME** (cf. lat. *multus* „mult”) • Noțiune care acoperă mai multe sensuri. În sociopsihologie, este o grupare a unui număr mare de indivizi, formațiune pasageră, îndeplinind un rol funcțional temporar, care se menține atîta timp cît persistă motivul pentru care indivizii diferiți sub raportul vîrstei, preocupărilor, culturii se află împreună, în calitate de participanți la același eveniment. O concepție limitată, neștiințifică, despre mulțime a elaborat-o Gustave LE BON, care consideră că, în interiorul mulțimii, eterogenitatea ar fi înăbușită de omogenitate, de orientarea ideilor și sentimentelor indivizilor într-un singur sens (comportamente anarhice, violente, destructive). Mulțimea poate adopta spontan anumite stări psihice prin mecanisme de conta-

giune spirituală (așa apar, de exemplu, unele fenomene delirante colective).

697. **MUNCĂ** • Activitate conștientă, prin care oamenii — în cadrul anumitor relații sociale — transformă obiectele și substanțele din natură în bunuri necesare satisfacerii nevoilor lor de trai. Categorie centrală în teoria lui MARX, munca este interpretată de acesta într-o dublă perspectivă. Sub aspect economic, munca este „înainte de toate un proces între om și natură, un proces în care omul mijlocește, reglementează și controlează prin propria sa activitate schimbul de substanțe dintre el și natură”. Componentele simple ale muncii sînt obiectul muncii, mijloacele de muncă sau uneltele (formînd, laolaltă, mijloacele de producție) și forța de muncă propriu-zisă a omului. Din punct de vedere filozofic, MARX interpretează munca drept matrice și model al praxis-ului, în general, dezvăluind cîteva dintre trăsăturile ei esențiale :

• Premisă ontologică a producerii și reproducerii existenței sociale, „munca este pentru om o condiție de existență independentă de orice formă socială, o necesitate naturală eternă” ; cu toate acestea, întrucît se desfășoară la un nivel concret de dezvoltare a forțelor de producție și în cadrul unor relații de producție concret determinate, munca nu este o esență metafizică, atemporală, ci o realitate istorică.

MARX consideră munca drept modalitate definitorie de raportare a omului față de lume, datorită caracterului său teleologic, prin care se deosebește calitativ de adaptarea la mediul a celorlalte viețuitoare ; anticipînd mental rezultatul acțiunilor sale, subiectul muncii este singura ființă care modifică, în mod premeditat, conștient, cadrul său ambiental, transformîndu-l în conformitate cu trebuințele sale. Georg LUKÁCS a acordat o atenție deosebită caracterului teleologic al muncii, analizînd pe larg raportul dintre subiect și obiect mediat de muncă și consecințele acestei medieri în sfera libertății și a finalității — atribute ontice, specifice umanului —, argumentînd ideea că munca reprezintă modelul oricărei practici sociale și, de aceea, categoria centrală a ontologiei existenței sociale.

Transformînd activ obiectul muncii, omul se transformă, totodată, pe sine, dezvoltîndu-și atributele caracteristice ; de aceea, munca reprezintă principalul factor de umanizare în procesul antropogenezei și al sociogenezei. Ea determină saltul de la natură la cultură, prin crearea premisei biologice ale hominizării (dezvoltarea minii, a simțurilor, a creierului etc.), prin impunerea comunicării articulate și dezvoltarea capacităților cognitive ale inteligenței umane. Conștiința se constituie ca o componentă ideală, necesară în procesul muncii, în unitate indisolubilă cu activi-

taete materială, prin care imaginile mintale se obiectivează.

Afectînd conştiinţa la diversele ei niveluri, boala psihică implică transformări, tranzitorii sau de durată, mai uşoare sau mai grave, şi în atitudinea pacientului faţă de procesul muncii. Astfel, aceasta diferă după tipul de suferinţă, constituind nu doar un îndreptar diagnostic, ci şi un mod de expresie a psihopatologiei la nivelul unei relaţii sociale de cea mai mare importanţă.

● Dizarmonicii de tip „slab” (astenici, psihastenici, depresivi, schizoizi) supraevaluează munca, propriile lor rezultate fiind privite nu prin prisma produsului finit, ci prin aceea a efortului depus, perceput subiectiv ca foarte accentuat.

● Dizarmonicii de tip „excitabil” (impulsivi, explozivi border-line, isterici, distimici), fără să aibă o atitudine negativă faţă de muncă, pot avea dificultăţi de adaptare la aceasta, o pot percepe ca pe un sistem de constrîngere şi, consecutiv, caută deseori „eliberarea”. Se adaptează greu muncii în colectiv, pe care îl perturbă prin tulburările lor de comportament.

● Dizarmonicii de tip paranoiac, în permanenta lor tendinţă de supraevaluare, pot — în raport cu specificul activităţii — să desfăşoare o muncă la care să adere cu pasiune (devenind mici tirani ai colectivelor pe care le conduc) sau, din contră, să se considere victimele unor permanente persecuţii (planul profesional este terenul de elecţie).

● Dizarmonicul antisocial, prin lipsa de orizont etic şi moral, în absenţa reperelor unui sistem axiologic social se află cel mai adesea în opoziţie cu activităţile coerente, este „certat cu munca” respingînd-o, ca de altfel şi pe celelalte valori sociale.

● În nevroze, nu se poate vorbi de o atitudine particulară faţă de muncă, dar trebuie subliniat că multe din manifestările de tip neurastenice sînt rezultatul unor suprasolicitări în raport cu posibilităţile individului. Există şi posibilitatea ca la baza conflictului intrapsihic să stea raportul dintre realizările şi aspiraţiile individului, sau cel dintre acestea şi posibilităţile sale.

● În psihoze, problema raportului individ-muncă social utilă este pusă diferit în ceea ce priveşte psihozele afective şi cele disociative.

În psihozele afective, atitudinea faţă de muncă este distorsionată de tulburările majore din planul emoţional, pentru maniacali supraevaluarea posibilităţilor, lipsa de coerenţă în activitate, atitudinea ludică, fiind la fel de tipice cum sînt pentru depresivi autodevalorizarea, incapacitatea de inserţie în activitate, sentimentul neputinţei etc. Trebuie subliniat că, odată cu corectarea polarităţii afective, se revine la o atitudine corectă faţă de muncă care nu diferă de cea a grupului social din care bolnavul face parte.

În psihozele schizofrenice, atît contactul cu realitatea cît şi capacitatea propriu-zisă de a desfăşura o activitate socială se deteriorează. Atitudinea faţă de muncă suferă acelaşi proces de distorsiune pe care sistemul delirant îl introduce şi faţă de alte modele coerente social. Totuşi, în afara episoadelor acute şi a remisuniilor cu defect apatoabulic major, nu se poate vorbi de o specificitate a schizofreniei privind atitudinea faţă de muncă, putîndu-se însă sublinia o scădere a posibilităţilor individului şi, de obicei, o „coborîre” pe scara socială, la nivelele în care potenţialul restant permite o integrare mai limitată.

În paranoia, constituirea unui sistem delirant poate interfera cel mai adesea cu activitatea individului, care va fi neglijată în favoarea preocupărilor prevalenţiale legate de acesta. Munca individului se restrînge la un mod de punere în valoare a sistemului în care figura centrală o reprezintă bolnavul care îşi canalizează toată capacitatea de efort în demonstrarea „cauzei” demne de lupta sa.

Oligofreniile reprezintă o categorie aparte în care problema atitudinii faţă de muncă trebuie luată în discuţie nu atît din punct de vedere al individului, cît din cel al posibilităţii societăţii de a oferi un sistem coerent şi adaptat de inserţie acestor indivizi.

Munca a fost acreditată de unii clinicieni ca avînd virtuţi terapeutice, prin aceasta ei înţelegînd de fapt reinscrierea individului în comunitate prin microgrup, fiind greu de conceput modul în care o activitate solitară ar putea influenţa pozitiv evoluţia unei boli. Ergoterapia reprezintă în acest sens nu o metodă de producţie limitată la posibilităţile individului, ci un mod de reinscriere a acestuia în sistemul de valori sociale.

698. MURCIL^(M) SUA ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NAPOTON^(M) România.

699. MURELAX^(M) Austria — DCI Oxazepam ● Tranchilizant, derivat 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, fapt care permite realizarea unei concentraţii plasmatică mai rapide (4 ore). Acţiunea sa este sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă şi simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îi produce sub numele de OXAZEPAM^(M).

700. MURPHY Gardner (1895—1979) ● Psiholog american. Din 1952, este director al Fundaţiei Menninger şi consilier al guvernului indian pentru probleme educaţionale şi culturale. Ocupă o serie de funcţii oficiale în organisme ştiinţifice americane. Se preocupă de aspectele biosociale ale personalităţii, arătînd interdependenţa lor şi

faptul că biologicul este temelia pe care se construiește psihismul, ca parte a unei adevărate structuri organism-mediu. Dezvoltarea personalității se realizează, după acest autor, în trei etape : integrare nediferențiată, diferențiere funcțională, integrare.

Acest psiholog eclectic susține, în unele dintre lucrările sale, și o serie de teze asupra existenței unor experiențe paranormale și parapsihologice, care ar putea releva anumite aspecte ale personalității. Dintre lucrările sale cităm : „Psihologie socială experimentală” (1937), „Personalitatea” (1957), „Potențialitățile umane” (1975).

701. **MURRAY Henri** (1893—1987) ● Unul dintre cei mai cunoscuți psihologi americani, devenit celebru ca autor al testului TAT. MURRAY a fost om de știință cu o formație profesională foarte variată (medic generalist, chirurg, biochimist, embriolog), fapt care i-a permis acumularea unei vaste experiențe în cercetare, dezvoltându-i un ascuțit simț al observației, dar și deprinderea de a analiza în profunzime fenomenele cercetate.



Henry Murray

Contactul cu psihologia l-a făcut prin intermediul psihanalizei. În 1929, a fost numit șeful Clinicii de psihologie a Universității Harvard. În această calitate, dar și în aceea de profesor de psihologie clinică la aceeași universitate (1948—1962), având sprijinul colaboratorilor și studenților săi, MURRAY își elaborează teoria asupra personalității,

expusă în lucrarea „Explorarea personalității” (1938), care-și păstrează, în mare parte, actualitatea nealterată. Sistemul personalologic al lui MURRAY, cum mai este denumită teoria sa, se caracterizează prin existența a trei elemente :

- presiunea (forță exercitată de mediu asupra individului) ;
- trebuința (forță motivațională internă) ;
- tema (combinația dintre presiune și trebuință, care configurează însăși viața psihică).

MURRAY a identificat și a clasificat peste 30 de trebuințe, care sînt elementele cele mai cunoscute ale teoriei sale (trebuința de realizare, de agresiune, de afiliere etc.). Pentru evaluarea conceptelor sale teoretice, MURRAY a folosit un larg evantai de procedee, dintre care cel mai important este testul proiectiv TAT. Sistemul personalologic al lui MURRAY a găsit o largă aplicabilitate, nu numai în activitatea clinică, dar și în problemele psihologice ale industriei și comerțului, constituind, totodată, sursa elaborării unor noi teorii sau instrumente de măsură.

702. **MUSCARINĂ** ● Amină cuaternară cu absorbție digestivă redusă, izolată din ciuperci otrăvitoare (Amanita muscaria etc.), de la care derivă și denumirea alcaloidului. Ingerată, muscarina este deosebit de toxică, semnele intoxicației fiind : grețuri, vărsături diaree, vasodilatație, tahicardie reflexă, transpirații, hipersalivație și bronhoconstricție.

Alcaloizii originari au fost utilizați în identificarea subtipurilor de receptori pentru acetilcolină (receptori muscarinici și nicotinici).

703. **MUSCARINICE** — substanțe — sin. M-CO_{sin} — LINOMIMETICE → PARASIMPATICOMIMETICE.

704. **MUSCOTAL^(M)** Franța — DCI Clormezazonă ● Miorelaxant cu valențe anxiolitice, de tip 2-(p-clorofenil)tetrahidro-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.

705. **MUSITANT^(D) delir** (cf. lat. *mussitare* „a mormăi”) — sin. **CARFOLOGIE** ● Delir oniric grav, însoțit de agitație psihomotorie dezorganizată, de aspect elementar (pendulări ale capului, frecarea mâinilor, mișcări de apucare, tremurături, mișcări carfologice). Limbajul este complet destructurat, reducându-se la o bolboroseală incoerentă.

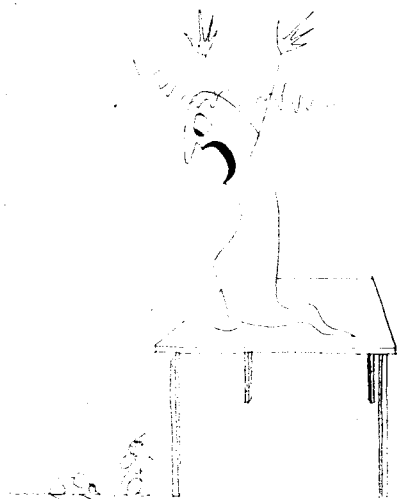
Circumstanțele etiologice ale acestui delir sînt mai ales organice, iar dintre acestea, cele toxice se află pe prim plan.

706. **MUSITAȚIE** (cf. lat. *mussitatio* „mormăială”) ● Mișcări pe care subiectul le execută cu

buzere și cu limba, ca și când ar vorbi, dar fără producerea de cuvinte articulate. Adeseori, trage un mecanism conversiv isteric. Uneori se produc sunete articulate, dar intensitatea lor este foarte slabă, șoptită (prezentă, de asemenea, în isterie și depresii).

707. **MUSKEL TRANCOPAL**^(M) RFG ● Miorelaxant cu valențe anxiolitice $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **MUSCOTAL**^(M) Franța.

708. **MUSOFOBIE**^(R) (cf. lat. *mus* „șoarece”; gr. *phobos* „frică”) ● Teamă irațională, nejustificată, de șoareci, declanșând comportamente de



apărare, evitare. Se manifestă frecvent, fără a se încadra într-un corolar psihopatologic, la femei. În patologie apare asociată, de obicei, fobiilor față de animalele mici, în psihastenie, nevroză obsesivo-fobică.

709. **MUSTABON**^(MC) Olanda ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, cu acțiune diferită, care se completează:

- **AMITRIPTILINA**^(M) — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic;
- **PERFENAZINA**^(M) — neuroleptic, derivat fenotiazinic.

Are acțiune antidepressiv-sedativă.

Există, în practica curentă, numeroase preparate combinate de acest gen:

MUTABASE ^(MC)	Spania
MUTABON-A ^(MC)	Mexic
MUTABON ANSIOLITICO ^(MC)	Italia
MUTABON ANTIDEPRESS ^(MC)	Italia
MUTABON-D ^(MC)	Portugalia
MUTABON-F ^(MC)	Olanda
MUTABON FORTE ^(MC)	Italia
MUTABON MITE ^(MC)	Italia.

710. **MUTACISM** (cf. lat. *mutus* „mut”) ● Refuzul de a vorbi este un mutism deliberat, voluntar. Se poate întâlni la normali, în special la tineri, ca manifestare de protest, de opoziție, sau ca atitudine de supraestimare a valorii proprii persoane. Poate fi rezultatul unei tendințe simulatorii, al cărei eșec este determinat de factorul timp. Neîncrederea, reticenta, protestul pot determina mutacismul din stările delirante, iar opoziționismul, nemulțumirea — în oligofrenii și demențe. Se mai întâlnește la personalitățile schizoide și în schizofrenie.

711. **MUTANXION**^(MC); **MUTASPLINE**^(MC) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **MUSTABON**^(MC) Olanda.

712. **MUTAȚIE** (cf. lat. *mutatio* „schimbare”) ● Apariție bruscă a unui caracter genetic nou. Mutațiile genetice apar spontan sau pot fi induse artificial. Mutațiile cromozomiale se datorează unor aberații cromozomiale, ca structură sau număr.

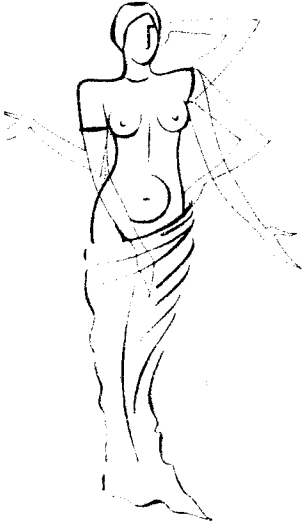
Unii biologi acordă mutațiilor o importanță fundamentală în procesul evoluției, socotindu-le drept principala sursă de variație a speciilor. Principalele tipuri de mutații sînt:

- mutația calitativă — la nivelul genelor structurale se produce o modificare a expresiei fenotipice a genelor interesate;
- mutația cantitativă — la nivelul genelor de control cantitativ, reglatorii și operatorii;
- mutația incompletă — mutantul rezultat păstrează unele elemente ale expresiei fenotipice;
- mutația patogenă — declanșatoare a unor procese tumorale, malformații etc.

713. **MUTILARE** (cf. lat. *mutilare* „a mutila, a ciopirti”) ● Acțiune de vătămare, rănire, a unei (unor) părți a (ale) corpului, soldată cu deformarea regiunii respective, produse fie accidental, fie voluntar (de către o persoană asupra alteia). Cînd este efectuată voluntar, ea pare a fi o manifestare a „instinctului de agresivitate și distrugere” (POROT). Aceste agresivități apărute în perioada copilăriei și manifestate, de obicei, față de animale îmbracă două aspecte: primul este acela al „inconștienței” copilului, al lipsei lui de cunoaștere și de discernămint (el încearcă să „dezmembreze” un animal, așa cum face și cu o jucărie, fără a avea intenția de a face rău, nerealizînd încă diferența); cel de-al doilea aspect este cel al cruzimii manifestate față de animale, în dorința de a le vedea suferind (conturînd existența unor posibile trăsături de structurare dizarmonică a personalității).

Aceeași acțiune, produsă de către un adult în mod voluntar, poartă amprenta patologicului (nu ne referim la cazurile existente în societățile primitive, la care mutilarea dușmanului este o „lege

a răzbunătorului"). Mutilarea victimei, înainte sau după ce a fost ucisă, este caracteristică pentru crimele făcute de alcoolici și epileptici. Sadicii, perversii sexuali manifestă uneori o cruzime deosebită față de partener, mutilarea acestuia producându-le satisfacție.



714. **MUTISM** (cf. fr. *mutisme* : vezi lat. *mutus* „mut”) — sin. **ALOGIE** ● Suprimare temporară și bruscă a comunicării verbale, în mod voluntar sau nu, în absența oricăror leziuni nervoase centrale sau periferice, sau ale aparatului fonator.

Pentru a putea eticheta ca atare o asemenea manifestare clinică, este obligatoriu ca subiectul să fi folosit anterior limbajul. Mutismul involuntar sau semivoluntar poate să nu prezinte nici o semnificație patologică, în cazul în care apare tranzitoriu, în situații de trac la subiecții emotivi sau anxioși. În cazul psihozelor, semnificația este însă alta. Vom încerca unele explicații :

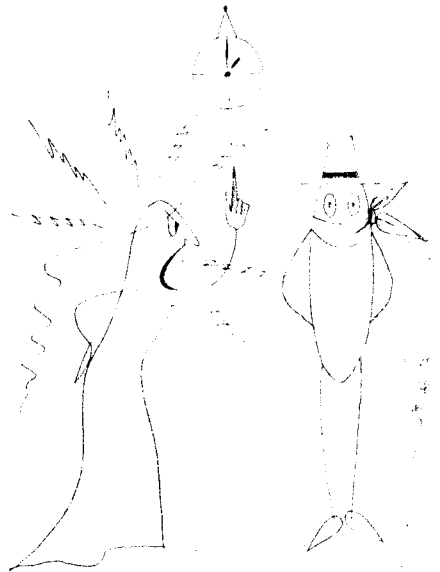
- în delirurile acute — poate apărea drept urmare a stării de epuizare totală pe care o conferă percepția halucinațiilor ;
- în catatonie — pare a fi expresia negativismului ;
- în delirurile cronice — este, de obicei, expresia reticenței și a ostilității ;
- în melancolie — este, de obicei, urmarea durerii morale ce domină ansamblul ființei ;
- în stările confuzionale — este urmarea dezorientării temporo-spațiale ;
- în demențe — poate fi explicat prin toate mecanismele, în sensul intervenției a câte ceva din fiecare sau a unuia singur dintre ele.

Mutismul ca atare, apărut în condițiile de mai sus, nu beneficiază de nici o terapie specifică ; el se va ameliora sau va dispărea, în funcție de rezultatele terapiei în afecțiunea de bază, care a generat simptomul.

715. **MUTISM AKINETIC⁽⁸⁾ sindrom** (cf. fr. *mutisme* : vezi lat. *mutus* ; gr. *akinetos* „imobil”) ● Asocierea mutismului și a akineziei, cu tulburări ale stării de conștiință, blocajul întregii activități psihomotorii voluntare și a funcțiilor senzitive și senzoriale, suprimarea mecanismelor instinctuale ale emoției, indiferență totală. Subiectul este inert, reacționează tardiv sau nu răspunde deloc la stimulul psihosenzorial, dar păstrează o stare de veghe aparentă, urmărind cu privirea actele persoanelor din ambianță.

Sindromul este declanșat brusc de emoții intense, șocuri psihice sau este urmarea unei agresiuni severe asupra encefalului, realizată traumatic, vascular, tumoral sau inflamator, atunci când aceste circumstanțe etiologice afectează integritatea sistemului reticular activator ascendent.

716. **MUTISM ELECTIV** (cf. fr. *mutisme* : vezi lat. *mutus* ; lat. *eligere* „a alege”) ● Tulburare de comunicare întârziată în clinica neuropsihiatrică



infantilă, descrisă sub acest nume de M. FRAMER (1934). Principalele trăsături clinice sînt :

- refuzul permanent de a vorbi, în orice situație socială, inclusiv la școală ;
- capacitatea de a înțelege limbajul vorbit ;
- posibilitatea normală de a vorbi ;

- absența altei afecțiuni mintale sau somatice (criteriu adăugat de SPITZER și colaboratorii).

Copilul care prezintă această tulburare comunică prin gesturi, prin mișcări ale capului, prin scurte silabe și interjecții. Deși în general acești copii au bine însușit limbajul și capacitatea de a-l folosi, se întâlnesc și cazuri în care mai există dificultăți de pronunție, care nu justifică însă în nici un caz refuzul de a vorbi.

Unele studii epidemiologice (FUNDUDIS, BROWNE) au găsit o incidență de 0,33—0,8‰ la copiii în vârstă de șapte ani, cu o repartiție egală între cele două sexe.

Etiopatogenia acestei tulburări pare să fie legată mai ales de patologia familială (SILVER, 1985) : conflicte de cuplu, folosirea tăcerii ca pedeapsă, hiperprotecție familială etc. Se notează, de asemenea, apariția mutismului electiv la copiii emigranților în țări în care se vorbește altă limbă. Sînt menționate, în unele studii psihologice, prezența conflictului nevrotic și regresia la stadiul anal al dezvoltării (lucru subliniat și de apariția concomitentă a enurezisului la unii dintre mici pacienți).

În 1980, T. HEYDEN împarte mutismul electiv în patru subtipuri :

- mutism simbiotic
- mutism datorat fobiei de a vorbi
- mutism reactiv
- mutism pasiv-agresiv.

Deși această tulburare este tranzitorie, se impune totuși stabilirea unui diagnostic diferențial, mai ales cu psihozele copilăriei, unde poate apărea ca semn al autismului infantil sau al episodului depresiv major, cu debut precoce. Participarea afectivă normală în comunicarea nonverbală din mutismul electiv este, în astfel de cazuri, absentă. Circumstanțele organice și întârzierile în dezvoltare trebuie, de asemenea, excluse obiectiv, uneori familia „ecranînd” o severă întârziere reală. Tratamentul este psihanalitic, putîndu-se adăuga terapiile comportamentale și hipnoza, terapia familiei.

717. MUTISM PSIHOGEN — sin. **MUTISM VOLUNTAR** ● Suprimare a comunicării verbale, realizată voluntar de către subiect, în funcție de situația creată, pe care el o consideră nefavorabilă lui, atitudinea aleasă reprezentînd o formă de protest și opoziție sau de ieșire din situație. Copiii îl utilizează uneori sub formă de protest și opoziție, manifestîndu-și dezacordul, în lipsa altei căi de răspuns ; reacția are caracter pasager și nu necesită nici un fel de terapie. În cazul adultului, mutismul voluntar își găsește locul, de obicei, în drama isterică, unde se dorește un scop care, deși este precis la început, se diluează prin sofisticarea căilor de obținere.

Mutismul isteric poate fi total sau parțial, excesiv acompaniat de „mimică sau gestică ori, dimpotrivă, asociat cu o „caricatură kinetică” ; în cazul celui parțial, se apelează cel mai des la tonalitate, monotonie sau înlocuirea cu un limbaj cvasi-inteligibil.

Oricare ar fi forma de manifestare, conținutul este ușor de evidențiat, iar atunci cînd „rolul este jucat de un maestru”, reflexul cohleo-palpebral aduce lumina necesară.

Metodele psihoterapeutice își găsesc utilitatea în rezolvarea acestor „severe” cazuri.

718. MUTITATE (cf. fr. *mutité* : vezi lat. *mutus*)

- imposibilitate de a vorbi, rezultată în urma lezării zonei corticale a limbajului și/sau a organelor fonatoare, asociată sau nu cu leziuni ale aparatului auditiv.

Pentru delimitarea nosologică, este necesară diferențierea mutității de mutism, prima rezultînd în urma unor afecțiuni organice (leziunea corpului calos, a sistemului reticulat activator ascendent), precum și de mutacism, care este rezultatul unui mutism deliberat.

În cadrul mutității, se disting : audimutitatea și surdomutitatea (apărute în perioada copilăriei), mutitatea adultului și a bătrînului.

Audimutitatea reprezintă tulburarea limbajului fără leziuni auditive (sau cu leziuni ușoare) și intelect aproape normal sau ușor retardat, putînd exista anumite deficite lacunare. Vorbirea spontană este aproape imposibilă, repetarea unui cuvînt conduce la emiterea unor monosilabe repetate ; pronunțarea cuvintelor plurisilabice, citirea și scrisul sînt imposibile ; înțelegerea limbajului vorbit este normală. După reeducare, persistă dislexia. Auzul este normal. Din punct de vedere neurologic, se pot depista sindrom piramidal (rar) și, mai frecvent, paratonii, sincinezii, aproape întotdeauna existînd și o apraxie ideo-motorie. Personalitatea va fi grevată, în dezvoltarea ei, de sentimentul de inferioritate, reacția față de defect putînd conduce la tulburări de comportament cu iritabilitate, impulsivitate, fugi, delincvență.

AJURIAGUERRA și colaboratorii delimitează, în funcție de complexitatea tulburării limbajului, trei forme de audimutitate :

- audimutitatea dispraxică — în care, la dificultatea de articulare, se adaugă tulburări ale aspectului structural al limbajului, cu agramatism, sărăcirea vocabularului, dificultatea de înțelegere a concepțiilor abstracte, intelect deficitar, la care se pot asocia dispraxii buco-linguo-faciale ;
- audimutitatea cu tulburări prevalente ale organizării temporale — cu imposibilitate de menținere a unui ritm, dar cu capacitate de structurare spațială ;

- audimutitatea cu tulburări de percepție auditivă — cu dificultate de organizare fonetică a valorii semantice a semnelor sonore, cu intelect normal și bună integrare socială.

În etiologia audimutității sînt incriminați, pe lângă factori ereditari (predominanți la sexul masculin), și factori perinatați (leziuni cerebrale, ce determină și alte tulburări praxice). Surdomutitatea poate fi congenitală sau, mai frecvent, dobîndită, în cursul primei copilării. În cea congenitală (datorată unor embriopatii, intoxicații, rubeolă în timpul sarcinii), există o surditate de percepție ; cea dobîndită este consecința traumatismelor obstetricale, icterelor nucleare, medicației ototoxice, fiind de obicei, însoțită și de alte tulburări, a căror gravitate depinde de etiologie (cecitate, convulsii, retinită pigmentară întîrziere mintală etc.).

În surdomutitate, vorbirea spontană este aproape imposibilă sau redusă la sunete compensatorii. Tot compensator, există o mimică, gestică, extrem de bogată, înțelegerea limbajului vorbit fiind imposibilă înaintea reeducării. Prin reeducare, devin posibile scrisul și cititul. Există și pot persista, după reeducare, tulburări în articularea cuvintelor. Depistarea precoce a surdomutității conferă o îmbunătățire considerabilă a prognosticului, prin intervenție medico-educativă ce poate ameliora vorbirea cu rezultate mult mai bune decît în cazul audimutității, în care prognosticul rămîne mai rezervat.

Mutitatea la adult și bătrîn, se rezumă la diverse forme de afazie și anartrie. Ea poate apărea în paralizia pseudo-bulbară, în stările demențiale.

Integrarea socială a subiecților cu audi- surdomutitate se poate face în condiții speciale, după o perioadă de reeducare, reprofilare profesională, în anumite colectivități, protejate și controlate medicosocial. Dezvoltarea personalității acestor indivizi va fi profund marcată de handicap, astfel încît ei vor deveni retrași, izolați, introverti, iritabili, irascibili, impulsivi (neputînd riposta verbal într-un conflict, ei pot deveni agresivi), cu o psihologie aparte, defectul lor vizibil menținîndu-i mereu izolați de cei normali. În cazul în care tulburările de comportament duc la devieri delictuale, din punct de vedere medico-legal se consideră, în general, că discernămîntul acestor subiecți este diminuat.

719. MUZICALĂ — epilepsie (cf. lat. *musica* „muzică” ; gr. *mousa* „muză”) ^{sin.} → MUZICOGENĂ — epilepsie.

720. MUZICALE^(H) halucinații ● Halucinații auditive care pot îmbrăca fie aspectul unor sonorități sumare, cu caracter stereotip (ritmuri meiodice, sunet de clopot, fluierături), fie un aspect

mai complex, cu o organizare structurală în terne muzicale. Ele pot antrena și modificări comportamentale, în sensul că subiectul halucinant se poate erija în dirijorul acestor „simfonii imaginare”.

721. MUZICOGENĂ — epilepsie (cf. lat. *musica*, gr. *mousa* ; gennan „a naște”) ● Formă de epilepsie descrisă inițial de I. MERJEEVSKI (1874), inclusă în grupa epilepsiilor reflexe. O serie de autori (HOFF, PIOTROVSKI, WEBER) au arătat că această formă este legată de leziuni cerebrale difuze, localizate, în special, în zona temporală. Crizele sînt precedate, în mod caracteristic, de o aură sonoră și au un caracter polimorf, nespecific. Această formă de epilepsie a fost denumită astfel de H. GASTAUD, în 1973.

722. MUZICOLEPSIE (cf. lat. *musica*, gr. *mousa* ; gr. *leipsis* „criză”) ^{sin.} → CRITCHLEY^(S) sindrom.

723. MUZICOTERAPIE (cf. lat. *musica*, gr. *mousa* ; *therapeia* „îngrijire”) ^{sin.} → MELOTERAPIE.

724. MÜLLER^S semn ● Unicul „semn obiectiv” al sindromului subiectiv tardiv posttraumatic, constînd în dilatarea vaselor timpanului.

725. MÜNCHHAUSEN^(S) sindrom (MÜNCHHAUSEN Karl Friedrich Hieronymus Freiherr — 1720 — 1797 — ofițer cavalerist german. În cursul carierei sale militare, întreprinde o serie de călătorii și misiuni în Turcia și Rusia, despre care ulterior, retras la Hanovra, relatează cu lux de amănunte, dar și cu exagerări, ținînd de structura sa particulară de personalitate. Scriitorul Rudolff Erich RASPE îl transformă în personaj literar — modificîndu-i numele prin renunțarea la unul din cei doi „h” —, realizînd o serie de povestiri cu caract-



Gustave Dore

ter fantastic, ce s-au bucurat de un deosebit succes) ● Denumire dată unui complex simptomatologic, constînd din simularea unei afecțiuni medicale sau chirurgicale, avînd un tablou clinic

extrem de polimorf, plin de dramatism, de spectacular, avînd drept scop internarea. Dramatismul și teatralismul, care se vor (și uneori chiar sînt) convingătoare, l-au determinat pe ASHER în 1958, să dea acestui sindrom numele vestitului baron MÜNCHAUSEN. Este vorba de subiecți tineri, de obicei sub 30 de ani, mai frecvent bărbați decît femei, avînd, în general, o profesiune paramedicală, neintegrați familial și profesional, care își petrec existența în peregrinări dintr-un spital în altul. Debutul se produce după o internare pentru o afecțiune reală. Simptomatologia pe care bolnavul o acuză este de un dramatism spectacular, deosebit, dînd impresia unei urgențe medicale sau chirurgicale, care necesită intervenție rapidă și radicală; tabloul simptomatologic pe care îl acuză subiectul depinde de cultura sa generală și medicală, dar și de valoarea de simbol pe care el o atribuie organului incriminat. Prezentarea bolnavului la medic se face de urgență, de obicei, noaptea. Pentru a convinge de „realitatea suferinței sale”, subiectul acceptă investigații oricît de riscante sau dureroase, chiar intervenția chirurgicală (acești subiecți au multiple cicatrice, operații, fapt care le-a atras denumirea de „chirurgomani”). Dacă se poate vorbi de o „aptitudine mitomanică”, atunci aceasta atinge apogeul în sindromul Münchhausen: discursul subiectului este alcătuit din amintiri eronate sau falsificate; idei delirante, minciuni, frizînd pseudologia fantastică, prezentate cu un dramatism care, prin însăși intensitatea sa, relevă neveridicitatea. Reies astfel clar trăsăturile personalității isterice. Important este faptul că în acest tip de isterie, subiectul este conștient că simptomele pe care el le prezintă medicului nu sînt reale, sînt deci minciuni și nu conversii; pe de altă parte, el opune acelei „belle indifférence” a manifestărilor isterice, o angajare deplină în acuzele enunțate.

Încadrarea nosologică a acestui tip de afecțiune este dificilă: unii autori îl încadrează în categoria psihozelor, iar alții, în personalitatea dizarmonică de tip schizoid, tulburarea comportamentală pînă ajunge pînă la conduite antisociale, reacții impulsive, omucideri, toxicomanie. Față de medici, atitudinea acestor subiecți este ambivalentă: doresc să le atragă atenția, să fie îngrijiți, dar manifestă, totodată, o ostilitate vădită față de cadrele medicale, ceea ce în viziune psihanalitică ar releva trăirea în față medicului a conflictului parental. În ceea ce privește motivația acestui comportament, explicațiile sînt multiple, începînd cu toxicofilia, evaziunea prin hospitalism față de urmăriri penale sau, pur și simplu, necesitatea de a avea un adăpost (așa cum s-a arătat, acești subiecți nu au familie, domiciliu stabil), dar și dorința de a fi în centrul atenției medicale și a celorlalți pacienți, de a putea stîrni „admira-

ția” unui auditoriu credul, dobîndindu-și astfel un sentiment de superioritate. Aceste motivații, aparente sau reale, conduc în final la un comportament autodistructiv, prin multitudinea intervențiilor chirurgicale, a polipragmaziei medicamentose, a investigațiilor cu risc crescut.

Acest diagnostic nu se aplică subiecților a căror discurs și acte sînt urmare a suprasimulației, diferențierea fiind strict necesară.

Recent (1985), N. SUSSMAN și S. MYLER au sintetizat caracteristicile (elementele definitorii) ale acestui sindrom:

- intervenția subiectului în timpul diagnosticării în sprijinul presupusei sale afecțiuni;
- documentarea subiectului, prealabilă intervenției, cu sofisticarea relatării suferințelor sale;
- străbaterea unor distanțe considerabile, în vederea spitalizării în diferite orașe, țări și chiar continente (distanțele cresc odată cu „severitatea” bolii);
- pseudologia fantastică însoțește relatările subiectului, care, cu cît deconectează auditoriul, cu atît inventează noi simptome, mai uluitoare, precum și antecedente patologice deosebit de dramatice, din viața proprie sau a rudelor apropiate;
- impostura este frecventă, subiecții atribuindu-și acte de eroism și identități ale unor personaje celebre;
- automutilarea este frecventă, în scopul simulării unor boli deosebit de grave, și poate fi însoțită de autoinfecție;
- indiferența la durere și pericol, atunci cînd este vorba de folosirea unor procedee medicale neplăcute sau cu grad de pericolozitate ridicat;
- abuzul de medicamente, întîlnit în mai mult de jumătate din cazuri (în special de analgezice);
- izolarea socială, provocată de incapacitatea de a susține contacte sociale, spitalizările fiind caracterizate prin lipsa de vizitatori;
- versatilitatea simptomatologiei;
- evidențierea unor leziuni iatrogene provocate de explorările invazive anterioare, la care s-a recurs sub presiunea plîngerilor deosebite din spitalizările anterioare;
- ostilitate și furie violentă, atunci cînd cere-urile de tratament specific și, mai ales, de explorare nu sînt satisfăcute;
- manipularea simpatiilor personalului medical și agresivitate crescută față de ceilalți pacienți;
- nerespectarea prescripțiilor medicale, considerate decepționante și insuficiente;
- confruntarea cu evidența absenței unei patologii duce la schimbarea spitalului, sugerarea unei terapii psihiatrice fiind ferm respinsă.

După Robert SPITZER și colaboratorii (1980), semnele clinice ale sindromului Münchausen ar fi:

În 1892, este invitat de JAMES la Universitatea Harvard din SUA, unde, mai târziu, va ocupa

Tabel nr. LXXXII

Trăsături esențiale	Trăsături asociate	Alte caracteristici
<ul style="list-style-type: none"> ● prezentarea plauzibilă a semnelor unei boli somatice (care nu este reală) doar în scopul obținerii spitalizării; ● producere voluntară a simptomelor 	<ul style="list-style-type: none"> ● pseudologie; ● cunoașterea amănunțită a terminologiei medicale și a circuitului bolnavului în spital; ● vagabondaj; ● abuz de analgezice; ● nerespectarea prescripțiilor; ● cereri sfidătoare adresate personalului medical; ● cameleonism simptomatologic 	<ul style="list-style-type: none"> ● impostură; ● semne ale unor intervenții medicale anterioare; ● perioade de internări psihiatrice și/sau penitenciare în antecedente

Referitor la motivația etiologică, MENNINGER vorbește de o sinucidere lentă prin multiplele intervenții chirurgicale, ceea ce face ca diagnosticarea precoce să fie deosebit de necesară, tocmai din cauza acestei tendințe autodestructive inconștiente. În prezent se mai iau în discuție:

- deprivarea afectivă din copilărie, împreună cu rejecția și neglijarea;
- tipul de personalitate pasiv, dependent, care găsește în spital și în medic o sursă permanentă de protecție, bola fiind în acest context o recompensă și nu o suferință;
- masochismul — supunerea repetată la diverse proceduri dureroase și invazive, a fost interpretată ca o încercare de ispășire a unei vini inconștiente;
- dorința de a rămâne în mediul profesional al unor indivizi care au profesat, la diferite niveluri, medicina sau provin din familii cu numeroși medici;
- tendința de comportament imitativ a unor pacienți, aflați sub influența unor rude sau prieteni apropiați (inducția simptomatologiei este mai evidentă în cazul cuplurilor părinte-fiu).

Diagnosticul diferențial se face cu tulburările scmatoforice din isterie, cu hipocondria, cu schizofrenia, cu simulația și abuzul de droguri.

726. MÜNSTERBERG Hugo (1863—1916) ● Cercetător multilateral, cu preocupări în domeniul medicinei, psihologiei și filozofiei. Născut în Germania, elev al lui W. WUNDT, a desfășurat o intensă activitate didactică în universitățile germane.

funcția de director al laboratorului de psihologie, fiind numit și profesor de psihologie experimentală. A fost unul dintre promotorii aplicațiilor psihologiei în industrie și educație. Este precursorul studiului experimental al comportamentului de grup. Un alt domeniu de preocupări l-a constituit psihologia matorului, unde a aplicat, cel dintâi, teste de asociație liberă a cuvintelor, în scopul controlării veridicității mărturiei.

Lucrări mai importante: „Psihologie și viață” (1899), „Principii de psihologie” (1900), „Psino-terapia” (1909), „Psihologia eficienței industriale” (1918).

727. MYAMIN^(M) Japonia — DCI *Pemolind* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, fără efecte simpatomimetice, având indicațiile generale ale psihostimulentei. Nu se administrează în afecțiuni cu componentă depresivă → PSIHOS-
TİMULENTE.

728. MYANESIN^(M) Anglia, Suedia — DCI *Mefenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metil-fenoxi)-1, 2-propandiol, cu acțiune miorelaxantă și sedativ-anxiolitică.

Prođuși similari:

MYANOL^(M)	Japonia
MYOCURAN^(M)	RDG
MYOLAX^(M)	SUA

729. MYLE-VAN BOGAERT^(S) sindrom ● Sindrom cu caracter ereditar, rar întâlnit în practica medicală, descris în anul 1949. Asociază unele dintre simptomele-eredodegenerescentei spino

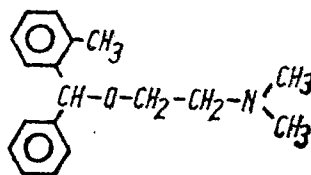
cerebeloase Friedrich (ataxie statică, areflexie tendinoasă progresivă, vorbire sacadată, nistagmus și tulburări trofice sub formă de picior scobit și cifoscolioză) cu crize mioclonice epileptice, arahnodactilie (hiperplazia cartilajelor și creșterea rapidă a membrelor, care sînt foarte lungi și subțiri, degete „în cîrlig”, hipotonie musculară, fracturi sau luxații, exostoze) și oligofrenie (frecvent severă).

730. **MYOLESPEN^(M)** Japonia — DCI *Clormezazonă* ● Miorelaxant cu valențe anxiolitice, de tip 2-(p-clorofenil)tetrahidro-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.

731. **MYOMETHOL^(M)** Israel — DCI *Meclocarbamol* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1, 2-propandiol 1-carbamat, cu acțiune predominant miorelaxantă și anxiolitic-sedativă; are și valențe analgezice.

732. **MYOTEN^(M)** SUA ● Tranchilizant, derivat de glicerol $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MYANESIN^(M) Anglia.

733. **MYOTRAN^(M)** SUA — DCI *Orfenadrină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetanic de tip N, N-dimetil-2-(0-metil- α -fenil-benziloxi) etilamină, cu evidentă acțiune miorelaxantă și unele valențe antidepressive (de mică intensitate), utili-



zat, în special, în combaterea unor efecte secundare ale NL. Buna sa toleranță îi conferă o utilizare fără restricții.

734. **MYROXIN^(M)** Elveția — DCI *Fluvoxamină* ● Psihotrop cu o structură particulară, de tip 5-metoxi-4'-(trifluorometil)valerofenonă(E)-0-(2-aminoetil)oximă, cu acțiune antidepressiv-sedativă și anxiolitică medie, ceea ce face ca majoritatea autorilor să-l considere un psihotrop situat între timoleptice și tranchilizante.

735. **MYSOLIN^(M)** Anglia — DCI *Primidonum* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ PIRIMIDON^(M) România.

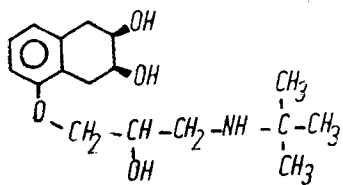
736. **MY-TRANS^(M)** SUA — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Este indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și 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).

N N N N N	N N N N
N N N N N N	N N N N
N N N N N N	N N N N
N N N N N N	N N N N
N N N N N N	N N N N
N N N N N N	N N N N
N N N N N N	N N N N
N N N N N N	N N N N N
N N N N N	N N N N N

1. **NACK^(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)

2. **NADEX^(M)** Elveția — DCI *Pirisudanol* ● Psihostimulent, derivat dimetilaminometanolic de tip 2-(dimetilamino)etil/5-hidroxi-4-(hidroximetil)-6-metil-3-piridil/metilsuccinat, cu acțiune psihostimulentă, prin creșterea concentrației de acetilcolină, și valențe antidepressivă. Se poate utiliza în corectarea efectelor secundare ale neurolepticelor sedative ; are acțiune proconvulsivă.

3. **NADOLOL^(DCI)** ● Psihotrop betablocant de tip 1-(tert-butilamino)-3-[(5, 6, 7, 8-tetrahidro-cis-6, 7-dihidroxi-1-naftil)-oxil]-2-propanol, indi-



cat în anxietatea cu și fără componentă somatică, distonii neurovegetative. Are o bună toleranță la copii și vârstnici, putând fi administrat în doză unică. Nu duce la dependență ; nu se asociază cu IMAO. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

ANABET^(M)
CORCARD^(M)

Portugalia
Anglia, Canada, Elveția, Franța, Grèce, Mexic, SUA
RFG

SOLGOL^(M)

4. **NAFFZIGER^(S)** sindrom — sin. ADSON-COFFEY^(S) sindrom ; SCALEN^(S) sindrom ● Manifestare clinică particulară, cu frecvență rară, constând în parastezii dureroase la nivelul extremității superioare a corpului, însoțite de scăderea amplitudinii pulsului, consecutiv inspirației profunde efectuate în poziția șezind cu gâtul ușor extins. A fost descrisă în 1927 ; se consideră a fi urmare a unor tulburări de dinamică cerebrală în teritoriul vertebro-bazilar.

5. **NAKOM^(M)** Iugoslavia (Levodopa 0,25 g + carbidopa 0,025 g) ● Antiparkinsonian puternic ; carbidopa împiedică decarboxilarea rapidă a levodopei. Indicațiile sînt reprezentate de sindroamele parkinsoniene. Nu este activ în sindromul extrapiramidal (parkinsonian) de origine medicamentoasă → — DOPA.

6. **NALORFINE^(DCI)** ● Antagonist al morfinei, cu o structură apropiată acesteia, N-aliil-normorfina, și cu absorbție lentă. Antagonizează depri-marea respiratorie, starea comatoasă și tulburările circulatorii, prin mecanismul de antagonism competitiv, prin aceiași receptori farmacodinamici. Este ineficace și contraindicată în intoxicațiile acute cu alcool, barbiturice.

7. **NAN(O)** (cf. gr. *nanos* „pitic”) ● Element de compunere cu referire la dimensiuni mici.

8. **NANISM HIPOFIZAR** (cf. *nano-*) — sin. MICROSOMIE HIPOFIZARĂ ; NANOSOMIE ● Tulburare de creștere și dezvoltare, generată de insuficiența secretorie de hormoni somatotropi. Acestei insuficiențe i se asociază frecvent insuficiența altor tropi hipofizari (gonadotropi, hormoni tireostimulanți, adenocorticotropi hipofizari), ajungîndu-se la un tablou clinic complex, în care nanismul armonic este însoțit de infantilism sexual și de dezvoltare psihică normală.

Deficitul de creștere poate fi sesizat de la vîrsta de 2—3 ani ; faciesul se menține de tip infantil, pilozitatea facială și pubiană este redusă

sau absentă, vocea este de copil, scheletul dezvoltat, cu acromicrie, microsplanhnie. Pubertatea este incompletă și tardivă sau absentă. Sensibilitatea la insulină este foarte mare (pot apărea crize hipoglicemice chiar la doze extrem de mici), iar anabolismul proteic scăzut. Dozarea radioimunologică a hormonului somatotrop hipofizar (STH) prezintă valori scăzute pînă la zero, fiind patognomonică pentru acest tip de nanism. Hipoglicemia provocată relevă, de asemenea, mari întârzieri în revenirea la normal. Vîrsta osoasă determinată radiologic arată întârzieri care pot persista și în a patra decadă de vîrstă (cartilajele de creștere rămîn deschise). Radiografia de șă turcească poate evidenția modificări în cazul existenței tumorilor hipofizare. Tulburările psihice sînt legate de conștientizarea de către subiect a deficitului său, acesta fiind suspicios, hipersensibil, depresiv, cu dificultăți de integrare socială. Bolnavii sînt timizi, retrași, prezintă o patologie de tip nevrotic, mai ales depresivă la adolescență. În cazurile cu etiologie tumorală, pot apărea semne de hipertensiune intracraniană, iar în cele survenind după o meningoencefalită, semne ale sindromului psihoorganic cronic.

9. **NANISM PSIHOSOCIAL** (cf. *nano-*) ● Tulburare de dezvoltare somatică și psihică a copilului, prin deprivare de relația parentală. Apare după vîrsta de doi ani și se caracterizează prin încetinirea procesului de creștere în lungime. Creșterea în greutate este mai puțin afectată.

W. GREEN, M. CAMPBELL, R. DAVID stabilesc, în 1984, următoarele criterii de diagnostic :

- debutul la vîrsta de 2—3 ani ;
- grave întârzieri ale creșterii (mai mari de 30% față de normalul de creștere a vîrstei) ;
- întârzieri semnificative în maturizarea epifizelor osoase ;
- perturbare gravă a diadei mamă/copil ;
- tulburări emoționale la copil, evidente prin :
 - comportament bizar privind alimentația și aportul lichidian al copilului : polifagie, polidipsie, vomă, frică etc. ;
 - disforie, apatie, izolare ;
 - mutism selectiv, sărăcirea interrelațiilor individuale, crize de furie, automutilări și răniri frecvente ;
 - agnozie, scădere a răspunsului la durere ;
- întârzieri psihomotorii și ale vorbirii (QI de graniță)
- tulburări de somn ;
- tulburări ale reglării hormonale (prezente în mai mult de jumătate din cazuri) :
 - scăderea hormonului de creștere ;
 - scăderea nivelului somatomedinei ;
 - disfuncția actului hipofizocorticosuprarenalian ;

- tulburările nu se datorează unor circumstanțe ca nanismul hipofizar, întârzierea mentală sau autismul infantil ;

- creșterea reîncepe odată cu crearea unui climat psihoafectiv normal pentru copil.

Acești copii prezintă un important contrast între felul în care se alimentează (unii dintre ei pot fi chiar obezi) și lipsa de progres în creșterea în înălțime. Dintre cauzele incriminate în nanismul psihosocial se enumeră : încercătura psihopatologică familială, familiile dezorganizate, conflictele maritale.

10. **NANISM SENIL** (cf. *nano-*) — sin. SENILITATE INFANTILĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ HUTCHINSON-GILFORD^(B) boală.

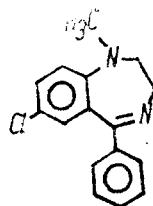
11. **NANOCEFALIE** (cf. *nano-* ; gr. *kephale* „cap”) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MICROCEFALIE.

12. **NANOSOMIE** (cf. *nano-* ; gr. *soma* „corp”) — sin. MICROSOMIE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NANISM HIPOFIZAR.

13. **NANSIUS**^(M) Spania — 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. Buna sa toleranță, precum și efectele mai modeste sedativ-hipnotice îi conferă o largă utilizare.

14. **NAPOSIM**^(M) România — DCI *Metandienon* ● Steroid de sinteză, cu acțiune anabolizantă, indicat în sindroamele cu deficit ponderal, cașexie, tulburările involuției, astenie, hipofuncție gonadică. Produse similare :
DIANABOL^(M) Elveția
NEROBOL^(M) Ungaria

15. **NAPOTON**^(M) România — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodia-



zepin-4-oxid, substanța activă fiind introdusă în terapeutică de HARRIS, în 1960. Are acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă ; nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspindite

tranchilizante de zi. Nu se asociază cu IMAO. Dintre produsele similare utilizate curent

● cel mai cunoscut este :

LIBRIUM^(M) Anglia, Austria, Belgia, Canada, Danemarca, Elveția, Finlanda, Franța, Grecia, Italia, Mexic, Iugoslavia, Portugalia, RFG, Spania, SUA, Turcia ;

● mai sînt utilizate :

ANSIACAL ^(M)	Italia
ANUAR ^(M)	Venezuela
BALANCE ^(M)	Japonia
BENT ^(M)	Italia
BINOMIL ^(M)	Spania
CALMODEN ^(M)	Anglia
CEBRUM ^(M)	Italia
CHEMDIPOXIDE ^(M)	Canada
CHLORDIAZEPOXIDE ^(M)	SUA
CONTOL ^(M)	Japonia
CORAX ^(M)	Canada
DIAPAX ^(M)	Canada
DIAZEBRUM ^(M)	Franța
DISARIM ^(M)	Portugalia
DIZEPIN ^(M)	Bulgaria
ELENIUM ^(M)	Polonia
ELIBRIUM ^(M)	Turcia
FARGEN ^(M)	Grecia
HELOGAPHEN ^(M)	RFG
HUBERPLEX ^(M)	Spania
I-LIBERTY ^(M)	SUA
KLOPOXID ^(M)	Danemarca
LENTOTRAN ^(M)	Portugalia
LIBRITABS ^(M)	SUA
LIBRIZAN ^(M)	Turcia
LO TENSE ^(M)	SUA
MEDILIUM ^(M)	Canada
MULTUM ^(M)	RFG
MURCIL ^(M)	SUA
NACK ^(M)	Canada
NEVRUM ^(M)	Italia
OASIL ^(M)	Grecia
PAXIUM ^(M)	Portugalia
PNEYMIC ^(M)	Grecia
PSICOFAR ^(M)	Italia
RADEPUR ^(M)	Columbia
RELAXIL ^(M)	Brazilia
RELIUM ^(M)	Canada
RETCOL ^(M)	Japonia
SAKINA ^(M)	Italia
SCREEN ^(M)	SUA
SEREN ^(M)	Italia
TENEX ^(M)	SUA
TIMOSIN ^(M)	RDG
TRAKSIN ^(M)	Turcia
TROPIUM ^(M)	Anglia
ZEISIN ^(M)	RFG
ZETRAN ^(M)	SUA

16. **NARCISISM** — sin. **AUTOFILIE** (Denumirea provine de la personajul mitologic Narcis, care a disprețuit apelurile nimfei Echo, pierzîndu-se în

contemplarea propriei imagini reflectate în apă) ● Iubire manifestată exclusiv pentru propria imagine, pentru propriul corp. În 1898, Ellis HAVELOCK introduce termenul de autoerotism, strîns legat ca semnificație de aceia de narcisism, dar nu identic (secvența ar fi autoerotism-narcisism-homosexualitate). Tot Ellis HAVELOCK folosește noțiunea de narcisism în patologie, în sens de perversiune.

Cu sens extensiv, termenul apare la FREUD, în 1910, în „Analiza homosexualității”, fiind consacrat mai tîrziu (1914) prin studiul „Pentru a introduce narcisismul”. Sub aspectul economiei, narcisismul poate fi definit ca investiție libidinală a propriului Eu. „Esențialul narcisismului rezidă nu atît în faptul că imaginea Eului mi-ar părea adorabilă, ci că îmi apare infinit de importantă, încărcată de un accent absolut, într-un mod pozitiv sau negativ, după experiențele trăite, glorificări și umilirii, succese și eșecuri” (R. LAFON).

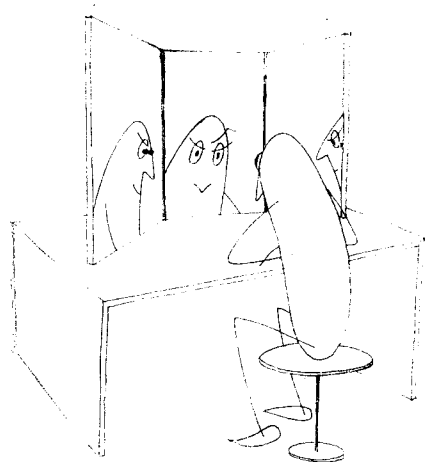
Supuși unor interpretări teoretice contradictorii, apar în literatura psihanalitică termenii de : narcisism primar — manifest la naștere sau imediat după naștere, cînd copilul răspunde unui stimul extern numai în funcție de percepția unei pulsioni nesatisfăcute ; narcisism primar propriu-zis — situat inițial de FREUD ca stadiu intermediar între autoerotism și relația obiectuală, apărut odată cu constituirea unei imagini de sine prin autoidentificarea în oglindă, constituirea schemei corporale, a diferențierii de celălalt (stadiul oglinzii la LACAN) ; narcisism secundar — care apare odată cu constituirea Eului și a imaginii celuilalt, cînd libidoul poate fi investit în obiect sau se poate retrage investind din nou Eul.

De altfel, ca noțiune descriptivă, economică, în a doua topică freudiană, narcisismul primar își găsește prototipul numai în viața intrauterină, toate investițiile ulterioare ale Eului intrînd în categoria narcisismului secundar. „Eul trebuie considerat ca un mare rezervor de libido, rezervor din care libidoul este trimis spre obiecte și care este întotdeauna gata să absoarbă libidoul care refulează de la obiecte” (FREUD — „Psihanaliza și teoria libidoului”).

În sensul de permanentă, dar nu exclusivă investiție a Eului, dăm cîteva exemple în care narcisismul se încadrează în limitele normalității :

● Formarea idealului Eului. Lupta pentru a atinge parametri, normele acestui ideal ar fi inițial legată de nevoia de a păstra iubirea parentală, care are semnificația unei confirmări narcisice. Mai tîrziu, autoperfecționarea continuă, raportată la ideal, vizează menținerea sau crearea unor motive de autostimă, narcisismul sau iubirea pentru persoana proprie fiind afectată pozitiv sau negativ, în funcție de succes sau eșec. O mare nevoie de aport narcisic ar putea duce la interpre-

țarea oricărui gest sau atitudine a celuiilalt, a oricărui succes sau eșec, nu în funcție de motivele reale care le-au determinat, ci în funcție de nevoia narcisică.



● Valorizările narcisice evidente, în funcție de ținuta, frumusețe, rang social, bani. În sexualitatea feminină, în care tendințele narcisice sînt mai accentuate decît în sexualitatea masculină, femeia ar urmări preponderent valorizarea propriei persoane și nu descărcarea sau satisfacția instincțională directă, specifică bărbatului. „Trebuie să spunem, totuși, că investirea narcisică poate utiliza ca substrat elementele cele mai heteroclitice și că femeia este gata oricînd să regăsească integritatea narcisică de care pare să aibă mare nevoie înaintea de orice satisfacție. Astfel, dacă o femeie își investește frumusețea și seducția, o alta — căreia aceste calități îi lipsesc — le va investi în mod negativ și va dezvolta o conduită antilibidinală, moralistă, pe care o va investi narcisic” (B. GRÜNBERGER „Jaloane pentru studiul narcisismului în sexualitatea feminină”).

● Alegerea narcisică de obiect constă în investirea obiectelor care au fost, sînt sau pot fi așa — cum individul a fost, este sau și-ar dori să fie.

● În relația părinte-copil, atitudinea narcisică ar semnifica atitudinea față de copil ca și cum acesta nu ar fi o individualitate, ci ar aparține Eului propriu, deci ar fi nevoit să completeze, să contribuie la glorificarea și adorarea propriului Eu. Această situație poate fi adesea generatoare de greșeli educative, reacții intens agresive și trăiri de intensă frustrare de ambele părți.

● În dragoste, obiectul furnizează satisfacții narcisice și iubirea de sine își găsește suportul

în iubirea oferită de partener, susținînd, în același timp, iubirea pentru celălalt.

● În boală, egoismul bolnavului, indiferența față de orice în afară de propriul corp, care trebuie îngrijit și iubit, sînt interpretate ca repliere, regres și satisfacție narcisică. Sînt frecvente cazurile în care nevoia de afecțiune, de aport narcisic, de regres și refugiu narcisic ar crea un teren favorabil declanșării unei boli somatice.

În psihiatrie, narcisismul secundar s-ar converti în homosexualitate (ca alegere narcisică de obiect), în hipocondrie (ca investire narcisică a organelor proprii), în psihoză (în care realitatea este dezinvestită, iar Eul își retrage investițiile din lumea reală), în paranoia (supravalorizarea Eului fiind posibilă datorită mecanismului proiecției), în demența precoce, în care K. ABRAHAM vedea regresul la autoerotism. „În cadrul unei concepții energetice care recunoaște permanența unei investiții libidinale a Eului, sîntem conduși la o definiție structurală : narcisismul nu mai apare ca un stadiu evolutiv, ci ca o stază a libidoului, în care nici o investiție făcută în obiect nu permite să fie complet depășită” (J. LAPLANCHE și J. B. PONTALIS) → LIBIDOU, EU, OBIECT, INVESTIȚIE.

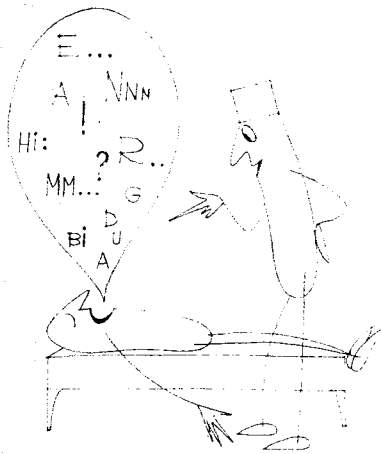
17. **NARCISISM PRIMAR** ● Stadiu ipotetic în ontogeneză, plasat mai întîi de FREUD ca intermediar între autoerotism și relația obiectuală ; desemnează investirea întregii energii libidinale asupra propriei persoane. În a doua topică, modelul narcisismului primar este viața intrauterină.

18. **NARCISISM SECUNDAR** ● Investire libidinală a Eului după apariția relației obiectuale. S-ar caracteriza atît prin grija pentru valorizarea propriului Eu, cît și prin posibilitatea retragerii investiției libidinale din lumea obiectelor → NARCISISM, DOLIU.

19. **NARCO-** (cf. gr. *narke* „amorteală, somnolență”) ● Element de compunere care introduce semnificația de somn, somnolență.

20. **NARCOANALIZĂ** (cf. *narco-* : fr. *analyse* ; gr. *analysis* „descompunere”) — sin. NARCOZĂ LIMINARĂ ; SUBNARCOZĂ ● Metodă de psihoterapie individuală, derivată din hipnoză. Constă în folosirea, drept inductor, a unor substanțe chimice care modifică nivelul vigilenței, favorizînd procesul de abreactie și pe cel de catharsis. Deși metoda a fost descoperită simultan de HORSLEY și BLECKWENN (1929—1930), numai primul a folosit-o consecvent, articolelor sale din 1935—1936 urmîndu-le, în 1943, o scurtă monografie, care rezuma datele obținute. În timpul celui de-al doilea război mondial, SARGAN (1942) folosește pe larg metoda în tratamentul reacțiilor nevrotice posttraumatice (în special după debarcarea dezastruoasă de la Dunkerque). Uite-

rior, va fi tot mai mult folosită în diferite variante, de o serie de terapeuți (DELAY, ROTHMAN, SWARD, JAGODKA, SUTTER, GALIBERT, CROCC etc.), creîndu-se un acord de principiu asupra valorii ei în diagnosticare și în terapie.



Numeroasele denumiri ale metodei, printre care : subnarcoză, narcoză binară, dezinhibiție amitalică, "amital interview", psihanaliză chimică, narcodiagnostic, „Weckanalyse” etc., nu reprezintă adeseori decât sintagme care desemnează scopul în care aceasta este utilizată.

Narcoanaliza este considerată de unii medici și psihologi drept o terapie de tip psihanalitic. În esență însă, ea este o terapie de tip simptomatic, care permite, în cazurile bine alese „obținerea în câteva săptămâni a unor rezultate pe care psihanaliza nu le poate obține decât în câțiva ani” (J. GALIBERT, 1979). Narcosinteza, adică „luarea de cunoștință despre evenimentele și situațiile afective traumatizante, cu abreacția emotivă și în apărerea relației între comportament și motivația psihologică” (J. DELAY), nu urmează căile ortodoxe ale psihanalizei și nu duce la explicarea profundă a conflictului, ci doar la evidențierea concretă a acestuia și la reiterarea datelor sale în contextul personalității. Termenii de psihanaliză chimică sau narcoanaliză și narcosinteza nu au o acoperire serioasă și nu pot substitui, după marea majoritate a opiniilor, cura analitică, dar, în același timp, ei sugerează folosirea în subnarcoză a datelor oferite de psihanaliză pentru interpretarea materialului verbal obținut, așa cum se procedează și în alte tipuri de psihoterapii de sorginte analitică.

Administrarea produsului narcotic (cel mai adesea, un barbituric), cu sau fără stimulare amfe-

taminică, produce inhibiția imediată a simpatiei, urmată de relaxare somatică, însoțită de îndepărtarea de realitate, cu trecerea subiectului din timpul colectiv (obiectiv) în cel personal (subiectiv). Subiectul încearcă o senzație de ușurare și o anumită euforie, care facilitează contactul verbal. Traversînd timpul său personal, el trăiește un vis care (ca într-un delir ecmecic) aduce în scenă, în mod selectiv, episoade cu o puternică încărcătură afectivă din trecut. Filmul timpului activ al bolnavului se oprește într-un „stop-cadru” numai pe „fotogramele” cu intensă coloratură afectivă (pozitivă și mai ales negativă). Prin diminuarea autocontrolului, personalitatea bolnavului poate apărea dominată de o notă diferită de cea din starea de veghe — hiperemotivă, agresivă, dependentă etc.

Este facilitată posibilitatea de catharsis — reacție de eliberare a unor emoții refulate, a unui conflict nerezolvat (M. GAUQUELIN) care perturbă viața psihică. Evocarea acestor trăiri anxio-gene în condițiile sedării profunde introduse de subnarcoză, prezentarea descriptivă într-un perimetru bine conturat a trăirii traumatizante determină destructurarea cuplului ideoaffectiv patologic generator de simptome. Atitudinea pozitivă a subiectului față de posibilitatea de vindecare, lipsa de teamă față de nevroză și încrederea în discreția terapeutului îmbunătățesc în mod evident rezultatele obținute. Metoda poate fi folosită și în scop diagnostic (lucru asupra căruia a insistat mai ales psihiatria americană), la fei de bine în nevroze, ca și în psihoze (FUSSWERK, BOISSIER), indicațiile principale în această direcție fiind mutismul, negativismul, schizofrenia catatonică, depresia. J. SUTTER (1984) notează posibilitatea unor precizări privitoare la trecutul bolnavului, precum și influența unor experiențe trăite de acesta asupra unor porniri și conflicte profunde ale sale. Același autor arată că narcoanaliza are un efect minor asupra simptomelor „negative” (în sens organodinamic), în timp ce simptomele „pozitive” suferă importante modificări (dispariție sau accentuare).

Substanțele hipnotice folosite curent sînt, de regulă, barbiturice cu acțiune de scurtă durată (Amital, Pentotal, Nesodal, Evipan), la care se pot adăuga psihostimulente (cofeina — metoda Jagodka, amfetamine — metoda Mayerson). Ele se administrează intravenos, lent, după instituirea unor măsuri de siguranță, prin care să se elimine posibilitatea unor accidente, și pot fi folosite atît pentru bolnavii internați, cît și în ambulator „cu condiția să nu conducă automobilul și să se abțină de la orice consum de alcool” (J. GALIBERT). Administrarea se poate face într-un ritm de trei ședințe săptămînal, tratamentul putînd ajunge pînă la 15—20 ședințe, în total. Indicațiile terapeu-

tice psihiatrice sînt : stările anxioase psihotice, reacțiile depresive, tulburările de dinamică sexuală (impotența psihogenă, ejacularea precoce, frigiditatea).

Alte circumstanțe nepsihiatrice de diagnostic sînt cele neurologice : boala Parkinson (evidențierea sindromului piramidal), epilepsie (evidențierea crizelor — TRAGOWLA). În domeniul terapeutic al medicinei interne, s-au semnalat o serie de rezultate bune în migrenele rebele, în fenomenele spasmodice, în crizele hemoroidale etc.

Narcoanaliza este însoțită însă de un halou negativ, creat de folosirea ei abuzivă, ca și de unele producții literare și cinematografice, care au prezentat „serul adevărului” — pe cît de nejustificat, pe atît de dăunător metodei în sine — mai ales ca pe o infailibilă metodă de constrîngere psihologică.

21. NARCOBIOZĂ (cf. *narco-*; gr. *bios* „viață”) ● Termen cu mai multe accepțiuni : N. HĂULICĂ îi folosește pentru desemnarea nivelului bazal de desfășurare a proceselor vitale, sub influența diverșilor factori (narcotice etc.); DECOUR îl folosește pentru a caracteriza acțiunea psihotropelor de a inhiba sistemul reticular, iar LABORIT include sub această denumire totalitatea fenomenelor legate de narcoză.

22. NARCOCATALEPSIE (cf. *narco-*; gr. *katalepsis* „prindere, reținere, fixare; acces (med.)”) — sin. FRIEDMANN^(B) boală; GELINEAU^(S) sindrom → NARCOLEPSIE.

23. NARCOCATAPLEXIE (cf. *narco-*; gr. *kataplexis* „consternare”) ● Narcolepsia este practic întotdeauna însoțită de cataplexie (→ NARCOLEPSIE). Așa cum o definea GELINEAU, în 1880, narcolepsia constă în „tendința invincibilă, irezistibilă spre somn”, care nu poate fi controlată de către subiect. Cataplexia constă în suspendarea totală a tonusului muscular și a mișcărilor voluntare, cu cădere (mai puțin brutală decît în epilepsie). Asocierea dintre cele două manifestări constituie sindromul narcolepsie-cataplexie (uneori ele pot apărea alternativ), favorizat de emoții puternice, de ivirea iminentă a unui pericol. Durata variază între 5—15 minute, perioadă în care pot persista anumite automatisme motori, care prelungesc activitatea pe care subiectul a avut-o înaintea atacului (diferențindu-se prin aceasta de somnambulism). Accesul se termină la fel de brusc cum a apărut. Evoluția poate fi spre vindecare spontană sau spre o agravare progresivă (cu mărirea frecvenței acceselor), creînd o infirmitate gravă. Mecanismul este incomplet elucidat, presupunîndu-se că este vorba de o inhibiție subită a substanței reticulate.

24. NARCOHIPNOZĂ (cf. *narco-*; gr. *hypnos* „somm”) — sin. NARCOSUGESTIE; SUBNARCOTIZĂ BARBITURICĂ ● Sugestie hipnotică realizată în timp ce subiectul se află sub influența unei substanțe hipnotice, cu acțiune de scurtă durată → NARCOANALIZĂ.

25. NARCOLEPSIE (cf. *narco-*; gr. *lepsis* „prindere, fixare; acces (med.)”) — sin. FRIEDMANN^(B) boală; GELINEAU^(S) sindrom; NARCOCATALEPSIE ● Nevoie subită și imperioasă de a dormi, care apare în timpul zilei. Descrisă de GELINEAU (1880), boala este rară, afectînd mai ales indivizii de sex masculin și de vîrstă tînă. Durata unui acces de somn este variabilă și accesul are rareori caracter regulat. Frecvența acceselor crește în timp, iar sfîrșitul lor este brusc. Se înregistrează accese narcoleptice în plină activitate, dar, de obicei, ele sînt favorizate de circumstanțe emoționale sau de perioade de inactivitate. Traseele EEG în stare de veghe au uneori aspect epileptogen sau sînt normale, iar în starea de somn au aspect de fază paradoxală.

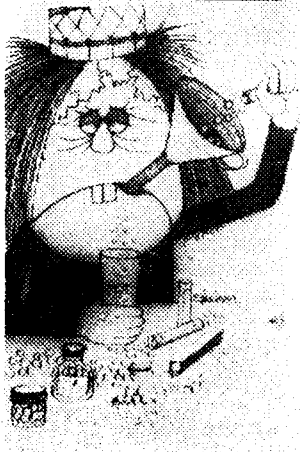
DEVIC consideră narcolepsia ca o disomnie legată de perturbarea ritmului circadian, în care incapacitatea de menținere în stare de veghe se asociază cu menținerea somnului. Insomnia cronică se întîlnește deseori ca o complicație a narcolepsiei, iar unii narcoleptici preferă lucrul de noapte.

Simptomatologia acestei boli are un răsunet psihic major, invalidînd uneori social boșnavul. Apariția unei patologii de tip anxios, fobic sau obsesional conduce la instalarea unei nevroze sau a unor dezvoltări. PASSOUANT și CABILHAR au descris, la cei mai mulți narcoleptici, halucinații hipnagogice care antrenează reacții de panică și teamă de adormire.

26. NARCOMANIE (cf. *narco-*; gr. *mania* „ne-bunie”) ● Cunoscută din timpuri străvechi ca necesitate de a recurge la hipnotice, narcomania a luat în zilele noastre proporția unei toxicomanii, fiind favorizată atît de avalanșa preparatelor terapeutice existente, cît și de ritmul stresant de viață, generator de anxietate și insomnii. Narcomania cu cloral, „la modă” altă dată, este înlocuită astăzi cu narcomania barbiturică → BARBITUROMANIE.

Cele mai utilizate preparate sînt barbituricele și benzodiazepinele, substanțe ca mecloclonala și metacualina, care asemenea barbituricelor,

favorizează instaurarea dependenței. De obicei, insomniile pasagere se pot rezolva prin tratamente de scurtă durată, dar subiecții depresivi și anxioși recurg la această medicație în mod abuziv, pentru a obține somnul ca refugiu față de proble-



Giuliana

mele existențiale. Astfel, se creează dependența de drog, a cărei simptomatologie psihiatrică se adaugă celei de bază. Tulburările de sevraj, de obicei lipsite de gravitate, constau în insomnii care nu trebuie combătute medicamentos, pentru a nu produce o narcomanie de substituție.

27. NARCOSINTEZĂ (cf. *narco-*; gr. *synthesis* „combinație, amestec”) — sin. HIPNOCATHARISIS ● Procedeu psihoterapeutic din cadrul narcoterapiei, care se utilizează în completarea narcoanalizei. Materialul obținut în cursul narcoanalizei, prin asociație liberă, interpretarea viselor sau răspunsuri la întrebări directe, este discutat cu subiectul a doua zi sau în zilele următoare. Terapeutul are rolul de a îndruma subiectul pe calea unei reabilitări afective, a unei reajustări comportamentale și reintegrării sociale. În acest mod, elementele rezultate din narcoanaliză suferă o prelucrare și o interpretare conștientă, pe baza cărora se configurează un profil comportamental mai adecvat.

28. NARCOTERAPIE (cf. *narco-*; gr. *therapeia* „îngrijire”) ● Pentru unii autori, termenul este sinonim cu somnoterapie → CURĂ DE SOMN. Pentru alții, este o formă de tratament din cadrul psihoterapiilor bazate pe tehnici sugestive și hipnotice și include narcohipnoza (narcosugestia), narcoanaliza narcosinteza. Presupune injectarea intravenoasă a unei substanțe

hipnotice de tipul amitalului sodic și benzotahalului, până la obținerea unei stări de relaxare și a unei ușoare euforii, subiectul aflându-se la limita dintre vis și vigiletate, care favorizează abreactia. Facilitatea verbalizării, dorința de comunicare, diminuarea cenzurii determină scoaterea la lumină a conflictelor intrapsihice, a unor evenimente uitate, a afectelor, subiectul devenind accesibil sugestiei și persuasiunii. Terapeutul are astfel posibilitatea aplicării narcoanalizei, narcosugestiei sau narcosintezei.

29. NARCOTIC ANONIMUS ● Grupuri de sprijin constituite din foști drogați cu produse opiacee, în scopul de a oferi un suport psihologic celor hotărâți să abandoneze vechile practici periculoase.

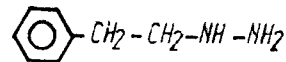
30. NARCOZĂ LIMINARĂ (cf. fr. *narcose*; vezi *narco-*) — sin. SUBNARCOZĂ $\xrightarrow{\text{sin}}$ NARCOANALIZĂ.

31. NARCOZEP^(M) Franța — DCI *Flunitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 5-(0-fluorofenil)-1,3-dihidro-1-metil-7-nitro-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică și ușor anxiolitică.

32. NARDELZINE^(M) Belgia, Franța, Olanda, Spania.

NARDIL^(M) Anglia, Canada, Italia, SUA — DCI *Fenelzină* ● Antidepresiv timoanaleptic, derivat hidrazinic de tip fenilhidrazină, indicat în depresii inhibitate. Este lipsit de efecte sedative (necesită asocierea); nu se administrează concomitent cu betabloccante, psihostimulente și antidepresive timoleptice, necesitând o pauză de 14 zile. Contraindicațiile sînt în general cele ale timolepticelor → IMAO.

33. NARSIS^(M) Japonia — DCI *Medazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-1-metil-5-fenil-1H-1,4-benzodi-



azepină, cu acțiune sedativ-hipnotică și ușor anxiolitică și o singură contraindicație: miastenیا.

34. NATAM^(M) Argentina — DCI *Flurazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-(2-(diethylamino)etil)-5-(0-fluorofenil)-1,3-dihidro-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, indicat în insomnii mixte, dar contraindicat în sarcină, alăptare, glaucom și miastenیا.

35. **NATIVISM** (cf. lat. *nativus* „înnăscut”) ● Teorie conform căreia toate structurile psihice, de la cele mai simple la cele mai complexe, sînt înnăscute. Întreaga structură psihică a omului, dar mai ales structurile perceptivă, sînt supuse unui determinism preexistent, în care învățarea și experiența nu au nici un rol. PIÉRON (1963) distinge un nativism reflex, admitînd că unele noțiuni spațiale (sus-jos, stînga-dreapta) pot fi dobîndite progresiv, dar și acestea au la bază „reacții adaptative spațiale congenitale”, îndeosebi reflexe oculare.

36. **NATOREXIC**^(M) SUA — DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip 2- (dietilamino)propiofenonă. Este o amină simpaticomimetică anorexigenă, cu performanțe psihostimulatoare inferioare amfetaminelor, și performanțe anorexigene apropiate fenmetrazinei. Nu se asociază cu IMAO. În timp poate realiza farmacod dependență. Acțiunea unei doze durează 5—6 ore. Se poate utiliza în combaterea unor efecte secundare ale neurolepticelor.

37. **NATURALISM** (fr. *naturalisme*: vezi lat. *natura*) ● Doctrină axată pe postulatul ontologic conform căruia natura constituie unica realitate, totul avîndu-și pe deplin explicația în legile naturale; în teoriile despre om, societate și cultură conduce inevitabil la simplificări reduționiste.

● Doctrină și orientare estetică, dezvoltată în a doua jumătate a secolului al XIX-lea. Adversari ai filistinismului burghez, ai idilismului evazionist și melodramatic, influențați de progresul științelor naturii și de orientările filozofice și sociologice inspirate de acestea, reprezentanții naturalismului (E. ZOLA, frații GONCOURT, A. DAUDET, G. COURBET, în parte FLAUBERT) și-au propus să zugrăvească fără deformări estetizante, cu maximă „neutralitate”, detaliile și dedesubturile realității sociale. Adepții ai determinismului (promovat de estetica lui H. TAINÉ), creatorii naturalişti au urmărit să dezvăluie cît mai obiectiv cu putință cauzele și mobilurile ascunse ale suferinței umane, insistînd cu precădere asupra determinismelor biologice ale unor situații și personaje cu trăsături morbide. Excesele doctrinei estetice naturaliste nu au împiedicat, însă, crearea unor capodopere literare, de certă valoare artistică și cu adînci conotații social-politice și etice.

● În filozofia morală a școlii analitice (așa-numita meta-etică), naturalismul denuștește generic toate teoriile etice care definesc noțiunea de „bine” prin calități sau atribute extrinseci morale și constatabile empiric (de exemplu, cantitatea de plăcere, caracterul biologic evolutiv etc.).

38. **NATURĂ** (cf. lat. *natura*) ● În sens larg, realitate obiectivă, cosmosul infinit și etern, gu-

vernata de legi imanente, în care se înscriu temeiurile existențiale ale umanității.

● Tot ceea ce, în sfera existenței, nu face parte din societate, existînd independent de activitatea creatoare a omului.

● Esență, determinare calitativă definitorie și inalienabilă a unui lucru sau proces.

● Ansamblul calităților înnăscute ale individului, în opoziție cu însușirile sale dobîndite prin educație.

39. **NATURĂ UMANĂ** ● Ansamblu de însușiri bio-psihice și socio-culturale care definesc în esență ființa omului sau condiția umană. Concept problematic, aflat mereu în miezul gîndirii filozofice, natura umană deschide interpretării sale teoretice o serie de alternative.

● Sub aspectul temporalității, se înfruntă pozițiile metafizic-absolutiste, care concep natura umană ca o esență anistorică și neschimbătoare, căutînd să descopere „terenul omenesc”, și concepțiile relativiste, care definesc omul ca pe o ființă deschisă devenirii, nelimitat perfectibilă, susceptibilă de transformări radicale, în afara oricărei legități obiective, a oricărei constrîngerii deterministe. De regulă, teoriile absolutiste privesc natura umană ca sumă de atribute inerte, manifestate fenomenal în acțiunile și faptele omenesti, în timp ce relativismul consideră că natura umană nu este un dat a priori, ci un rezultat instituit prin inițiativa liberă a subiectului (teza existențialistă, conform căreia existența precede esența umană).

● În ceea ce privește raportul dintre individ și atributele umanității, unele teorii filozofice înțeleg natura umană ca o esență generică, manifestată fenomenal în mulțimea infinită a indivizilor (fiecare dintre aceștia fiind un „exemplar” care ilustrează genul într-un mod mai mult sau mai puțin autentic), în vreme ce alte concepții situează natura umană într-un plan supraindividual (voința lui Dumnezeu, inconștientul colectiv, spiritul sau „sufletul” inconfundabil al fiecărei grupări etnice etc.).

● Cu rare excepții, gînditorii din toate timpurile au considerat spiritul, conștiința, drept atribut definitoriu al naturii umane, acordînd însă prioritate uneia sau alteia dintre „facultățile” sufletesti: rațiunea discursivă, rațiunea practică sau voința, credința religioasă, emoția estetică, inconștientul, instinctul vital, apetența și sensibilitatea etc.

● Interpretările se polarizează și după modul în care este apreciată semnificația și valoarea ontică a existenței umane, investită cu un statut singular în întreaga fire.

Tradiția umanistă consideră natura umană spontan virtuoasă, bazîndu-se pe convingerea că omul este funciarmente bun și nelimitat perfectibil. De la SOCRATE (pentru care sursa răului este

ignoranța, și nu o dispoziție naturală a sufletului omenesc) și PROTAGORAS (pentru care omul este măsura tuturor lucrurilor), gândirea umanistă exaltă valoarea vieții, afirmând posibilitatea împlinirii destinului omenesc și dreptul la fericire al omului, care se cucerește pe sine însuși prin gândurile și faptele sale.

În antiteză, viziunile pesimiste zugrăvesc în culori întunecate o natură umană iremediabil coruptă, pervertită de un rău immanent, însoțit de conștiința culpabilității și a nimicniciei. Gânditorii creștini (Sfântul AUGUSTIN, LUTHER, CALVIN ș.a.) găsesc explicația imperfecțiunii umane în blestemul divin stîrnit de păcatul originar. Viziunile pesimiste proiectează idealul perfecțiunii umane în trecut, la începuturile mitice ale „vîrstei de aur”, privind istoria ca neîncetată decădere și veștejire a naturii umane într-un prezent din ce în ce mai vlăguit și păcătos. În vreme ce tradiția umanistă socotește cunoașterea și discernămintul etico-axiologic drept virtuți demiurgice ale progresului uman, concepțiile pesimiste le deplîng, văzînd în ele o sfidare nesăbuită a absolutului transcendent, pedepsită prin azvîrlirea și abandonarea omului într-o lume străină, golită de sens, la discreția destinului implacabil. Problema cardinală a condiției umane, privită din această perspectivă, nu este afirmarea pozitivă a vieții, prin exercitarea capacităților de creație ale omului, capabile să înfrunte timpul, ci negativitatea morții — dovada peremptorie a perisabilității ființei umane, cantonată în efemer și accidental, de care poate fi eliberată prin grația și iertarea divină, singura capabilă să acorde nemurirea. Depășind unilateralitatea acestor false dileme, filozofia marxistă argumentează istoricitatea naturii umane, respingînd critic atît ideea supratemporalității ei, cît și teza plasticității fără limite a umanității; perfectibilă, natura umană nu este deschisă unor transformări bruște, aleatoare, unor instituirii arbitrare, ci se înscrie în dialectica devenirii istorice, pe coordonatele raportului dinamic între determinism și libertate. Filozofia marxistă dezvăluie, totodată, caracterul special al naturii umane, care nu este nici esență abstractă multiplicată în indivizi izolați, nici entitate supraindividuală, ci ansamblul relațiilor sociale, lumea omului ca totalitate a obiectivelor facultăților sale creatoare. Atributul definitoriu al naturii umane este praxisul, „instituirea teleologică”, (G. LUKÁCS) prin care omul se afirmă ca subiect, făcînd să se ivească în lume spațiul ontic sui generis al libertății, al culturii și civilizației.

40. **NATURISM** (cf. lat. *natura*) — sin. NATUROPATIE ● Tip de sistem terapeutic care exclude utilizarea medicamentelor, bazîndu-se exclusiv pe utilizarea factorilor naturali.

41. **NAUPATIE** (cf. gr. *naus* „navă”; *pathos* „încercare, suferință”) ● Rău de mare.

42. **NAUSEDIN^(M)** Columbia — DCI *Frenetazina* ● 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).

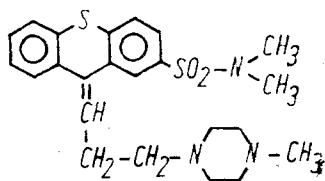
43. **NAUSIDOL^(M)** Franța — DCI *Pipamozină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-13-(4-carbamoilpiperidino)propil-2-clofenotiazină, cu acțiune sedativ-anxiolitică și cu o bună toleranță.

44. **NAUZINE^(M)** Mexic — DCI *Meclozina* ● 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 neuroleptice incisive. Produși similari :

NAVICALM^(M) Spania

NAVICALUR^(M) Franța

45. **NAVANE^(M)** Anglia, Belgia, Canada, Danemarca, Italia, Japonia, Spania, SUA — DCI *Tioxantena* ● Neuroleptic incisiv, derivat tioxantenic



de tip N, N-dimetil-9-13-(4-metil-1-piperazinil)propilidenă-1-tioxantena-2-sulfonamidă, indicat în psihoze schizofrenice, involutive, senile, alcoolice, în forme acute și cronice. Efectele secundare sînt relativ moderate.

46. **NAVIZIL^(M)** Argentina, Franța — 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.

47. **NEANT** (cf. fr. *néant*) ● Neființă, nonexistență. Termenul are altă semnificație decît non-substanțialitatea fizică (vidul), iar din punct de vedere filozofic nu denotă nimic absolut, absența totală a ființei în genere, ci negativitatea ființei în existența umană. În gândirea indiană, neantul sau nirvana desemnează stingerea Eului prin contopirea

Sinelui (atman) cu absolutul transcendent (brahman), ieșirea sufletului individual din lanțul purificator al reîncarnărilor și mîntuirea de suferință într-o stare de beatitudine supratemporală, prin asceză, meditație, atenuarea dorințelor și detașarea de orice acțiune. În „Fenomenologia spiritului”, HEGEL arată că neantul este relevant ca inconsistentă a lumii trăite de subiect în fața morții, subapăsarea unui sentiment de vertij înfinit. Neantul dobîndește o semnificație ontologică privilegiată în filozofia existențialistă. Pentru HEIDEGGER, neantul se dezvăluie în angoasa morții, în care omul devine conștient de finitudinea condiției sale, descoperindu-și autenticitatea și singularitatea în cuprinsul ființei. SARTRE identifică existența neantului și a libertății, prin care subiectul refuză actualitatea condiției lui și decide să fie altceva; neantul se revelează atît în experiența acestei negații, cît și în eșecul încercărilor de auto-depășire ale ființei umane. Ontologia materialistă este incompatibilă cu ideea neantului, deoarece postulează caracterul înfinit și etern al realității obiective; de aceea, nu se pot admite decît forme particulare de non-existență, negații concrete ale unor ipostaze determinate ale ființei.

48. **NEBOLAN**^(M) SUA — DCI *Camazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă dimetilcarbammat (ester) cu acțiune sedativ-anxiolitică și contraindicații: miastenia gravis, intoxicații cu hipnotice și alcool.

49. **NEBRIL**^(M) Argentina — DCI *Desipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 10, 11-dihidro-5-*β*-(metilamino)propil-5H-dibenz**b**, flazepină, metabolitul activ al imipraminei, cu aceeași acțiune și indicații, dar un efect mai rapid cu 2—5 zile. Contraindicațiile sînt cele ale timolepticelor. Nu se administrează concomitent cu IMAO.

50. **NEBUNIE** ● Termen popular care denumeste tulburările psihice. În limbajul curent utilizarea sa are însă, în unele cazuri, sens mai larg. În medicină nu se utilizează.

51. **NEBUNIE RAȚIONALĂ** — sin. DELIR AL ACTELOR $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ACT PATOLOGIC.

52. **NEBUNIE REUMATISMALĂ** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MEY-NERT^(B) boală.

53. **NECESITATE, NECESAR** (cf. lat. *necessitas* „trebuință, nevoie”; *necessarius* „de absolută trebuință, inevitabil, indispensabil”) ● Categorie filozofică fundamentală, aparținînd teoriei determinismului care constată, descrie și explică totalitatea proceselor din univers, cauzalitatea și mecanismele lor de producere. Necesitatea de-

semnează existența unor legături profunde, esențiale, în cadrul fenomenelor sau proceselor din univers și între aceste fenomene sau procese, indiferent de domeniul în care ele se produc. Necesarul este general și stabil, obiectiv și obligatoriu, inevitabil în ceea ce privește apariția unui proces și desfășurarea lui. Deci, necesar înseamnă ceea ce obligatoriu este așa cum este și nu altfel. Categoria necesarului (a necesității) se opune categoriei întîmplătorului (a întîmplării). În opoziție cu necesarul, întîmplătorul desemnează existența unor legături neesențiale, mai mult sau mai puțin aleatorii, legate de cazuri individuale; întîmplătorul exprimă, în concepția lui HEGEL, ceva ce poate să fie sau să nu fie, într-o formă de existență sau alta (→ HAZARD). Din punct de vedere teoretic, aceste două categorii filozofice, exprimînd două modalități fundamentale de manifestare a realului, se opun. Din punct de vedere practic, categoriile de necesar și întîmplător se suprapun și se implică reciproc, între ele existînd o relație dialectică. Fenomenele și procesele din realitate nu se produc nici în forma necesarului absolut, nici în forma întîmplătorului absolut; cînd un fenomen se definește ca necesar, acest lucru se referă la preponderența semnificativ crescută a necesarului, comparativ cu întîmplătorul. Există, așadar, un coeficient de necesitate și un coeficient de întîmplare care variază la diverse niveluri de organizare a lumii, în diferitele domenii ale realității (clinic, biologic, psihologic, filozofic, social economic etc.) Materialismul dialectic consideră întîmplarea ca mod de manifestare a necesității, ca formă de completare a acesteia, ca o mișcare ce influențează desfășurarea necesarului, îmbogățește procesul necesar, îl individualizează. Aprecierea unui proces, fenomen sau lucru ca necesar sau întîmplător depinde și de sistemul de referință la care se raportează respectivul aspect al realității (în acest sens, necesarul poate deveni întîmplător și invers). Odată stabilit sistemul de referință, deosebirea între necesar și întîmplător devine fermă. Descoperirile științifice nu exclud întrepătrunderea dintre necesar și întîmplător. Realitatea nu se manifestă prin necesitate pură; necesarul, așa cum apare în manifestările realului, este impregnat de întîmplător. Necesitatea absolută, dincolo de intervențiile și influențele întîmplătorului, apare în structurile logico-matematice, care sînt elaborări la un nivel înalt de abstractizare și idealizare. Referitor la abordarea naturii umane într-o perspectivă deterministă, categoria de necesitate se leagă de categoria de libertate (libertatea ca trăire, ca sentiment implicat în orice conduită umană, sentiment mai mult sau mai puțin intens, formîndu-se și dezvoltîndu-se în ontogeneză, în funcție de apariția, dezvoltarea și rezolvarea raportului dintre dependență și independență la ființa umană). Libertatea individului

presupune o înțelegere a necesității, o asimilare a ei și o acomodare în funcție de necesitate (adaptare).



Psihopatologic, relația individului cu aspectele necesare ale realităților proprii și exterioare este o relație de trebuințe și de satisfacere a lor. Este important aici, în primul rând, capacitatea de auto-cunoaștere și de cunoaștere a lumii, care generează și influențează răspunsul uman, de la simpla reacție de alegere ca decizie spontană, pînă la alegerea ca decizie elaborată, trecînd prin mai multe etape. În perspectivă psihopatologică, necesitatea intră în categoria motivației. Ea devine motiv mai mult sau mai puțin imperios, real și obiectiv sau resimțit ca real (filtrarea necesarului la nivelul ființei umane este o filtrare a motivelor). În măsura în care individul este în cunoștință de cauză (de sine și de lume), necesarul capătă caracteristicile sale de esențial, stabil, obiectiv, obligatoriu (inevitabil); astfel, trebuințele vitale cu o componentă instinctuală dominantă constituie o formă de manifestare a necesarului la nivel biologic individual și sînt prezente pe toate treptele de organizare a viului. Exprimarea lor, la om, se modifică pe de o parte, în funcție de situația imediată, pe de alta — de factorii de ordin social și cultural.

În psihopatologie, în măsura în care procesul morbid afectează raportul persoanei cu sine și cu lumea, necesitatea suportă modificări în aspectul ei existențial și cultural. Sub aspect biologic, patologia psihică influențează necesitatea în formele ei de manifestare, iar aceste forme se estompează sau se amplifică; exprimarea necesității se simplifică uneori pînă la brutalitate sau se complică pînă la mistificare. Astfel, în psihoză, regresia globală a personalității provoacă o serie de

comportamente legate de un stadiu anterior al dezvoltării individuale (în special în schizofrenie, în psihoza melancolică); trebuințele se manifestă direct și imperativ, apărînd evidentă componenta lor instinctuală, atît în comportamentele de conservare cît și în cele sexuale. La personalitățile dizarmonice exprimarea trebuințelor degenerază, în special, sub aspectul lor social și cultural, iar integrarea acestora este deficitară în privința raportării la o normă sau alta. La nevrotic, trebuința se modifică în sensul că ea poartă amprenta mecanismelor de apărare. Necesitatea se supune unui scop subtil, ea se convertește (sau se substituie) în cadrul relației obiectuale, în căutarea unor satisfacții care presupun nu o regresie biologică, ci una psihologică, simbolică, într-un context existențial fals, creat de fuga de realitate și de conduitele compensatorii.

54. NECESITATE INTERNĂ ● Expresie care desemnează, în psihopatologie, un factor motivațional individual de o mare intensitate, manifestat ca forță interioară ce se impune, excluzînd alte variante motivaționale; este resimțit ca un fel de constrîngere interioară, desemnînd luarea unor decizii și finalizarea lor în comportament. Necesitățile interne pot fi din categoria trebuințelor (primare sau secundare) sau a tendințelor. Necesitățile interne amplifică imperios desfășurarea în act, deci realizarea, satisfacerea (în clasificarea lui MURRAY, necesitățile interne ar acoperi parțial trebuința de îndeplinire)—TREBUINȚĂ, TENDINȚĂ.

55. NECESITATE ȘI ÎNTÎMPLARE ● Categoriile complementare ale determinismului.

Necesitatea desemnează tot ceea ce nu poate fi altfel decît este, întrucît decurge inevitabil din firea lucrurilor, din legile imanente ale dezvoltării.

Întîmplarea se referă la tot ceea ce este, dar putea să nu fie ori să fie altfel, mai devreme sau mai tîrziu, întrucît decurge din interacțiuni exterioare, accidentale și neesențiale între lucruri, neavînd o modalitate de desfășurare stabilă, repetabilă. Concept cardinal în elucidarea teoretică a ordinii din Univers, necesitatea este înțeleasă de filozofii idealist-obiective ca raționalitate ideală, care guvernează asupra firii, în vreme ce teoriile idealist-subiective accentuează caracterul gnoseologic al necesității, pe care o înțeleg ca schematic ordonat al gândirii aplicate asupra datului perceptiv, negînd necesitatea și posibilitatea cunoașterii ei autentice.

Materialismul dialectic susține că necesitatea este immanentă lumii materiale, realității obiective, fiind reflectată din ce în ce mai adecvat, pe pînă subiectiv, odată cu progresul cunoașterii. Totodată, filozofia marxistă respinge interpretările metafizice ale corelației dintre necesitate și întîmplare. Teoriile rigid deterministe absolutizează

necesitatea, negînd realitatea evenimentelor întîmplătoare, pe care le consideră aparente datorate limitelor intelectului omenesc și neputinței acestuia de a cunoaște cauzele care le produc; această poziție conduce, în cele din urmă, la fatalism. În antiteză, teoriile indetermiste proclamă caracterul aparent și convențional al necesității (prezentă numai în gîndire, în virtutea unor reguli pur subiective de ordonare a fenomenelor), absolutizînd caracterul întîmplător, haotic, imprevizibil al evenimentelor din Univers. Materialismul dialectic arată că necesitatea și întîmplarea nu există în stare pură; orice fapt este o unitate dialectică între necesitate și întîmplare — determinatii ce se întrepătrund, se mijlocesc reciproc, trecînd una în cealaltă în procesul devenirii.

56. **NECRO-** (cf. gr. *nekros* „mort, cadavru”) ● Element de compunere care introduce referirea la moarte, la cadavre.

57. **NECROFAGIE** (cf. *necro-*; gr. *phagein* „a minca”) ● Consum al cărnii cadavrelor. Poate interfera cu necrofilia, în unele tulburări mintale grave: oligofrenii, demențe avansate, psihoze grave. În societățile primitive, sub aspectul canibalismului, necrofagia avea, cel mai adesea, un caracter ritual. În unele situații extreme, care pot interveni în existența individuală (naufragii, accidente în zone izolate — deșerturi, zone polare, asedii, încercuiri), necrofagia nu poate primi calificativul de patologică.

58. **NECROFILIE** (cf. *necro-*; gr. *philia* „dragoste”) ● Termen desemnînd două fenomene între care există o posibilă legătură:

- necrofilia sexuală — dorința de a avea contact sexual cu cadavru unei femei;

- necrofilia non-sexuală — dorința de a manipula, de a privi sau de a fi în apropierea cadavrelor.

În prima sa manifestare, necrofilia este deosebit de rară și poate fi însoțită de alte perversiuni trădînd grave tulburări mintale (necrofagie, vampirism). Uneori, termenul de necrofilie este menționat ca sinonim cu vampirism, deși ultimul termen trebuie rezervat numai acelor care sug singele cadavrelor umane sau altor ființe neînsufletite).

Atracția erotică pentru cadavre a fost descrisă încă din antichitate (fiind, se pare, frecventă printre cei ce îmbălsămau cadavrele egiptene). Cea mai veche descriere nominală este cea a tiranului Corintului, Piriandru (627—585 î.e.n.).

H. von HENTING consideră ca exemple de necrofilie: raporturile sexuale cu cadavrele; excitația sexuală provocată de vederea unui cadavru feminin; atracția exercitată de cadavre, morminte și obiecte în legătură cu acestea; dorința intensă de a atinge cadavrele și a simți mirosul acestora, ca și al altor materii în descompunere.

După KARPMAN, preferința pentru decoruri mortuare, alegerea unor parteneri bolnavi sau atinși de afecțiuni incurabile, excitarea în timpul unor ceremonii funebre ar fi expresia unui extrem sadism (moartea ar fi limita către care ar tinde asimptotic activitatea de tip sadic). E. FROMM consideră că există un continuum: caracter anal normal → caracter sadic → caracter necrofil, determinat de creșterea narcisismului, de absența relațiilor și de destructivitate. El definește necrofilia ca „formă malignă a caracterului anal”.

După unii autori, în toate formele sale de manifestare (sexuale și non-sexuale), necrofilia este mai frecventă decît se crede empiric (SPOERRI, von HENTING, ROSALTO). În literatură teme necrofilice au fost abordate de BAUDELAIRE, E. A. POE, Mircea ELIADE.

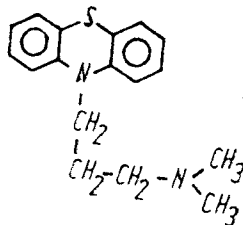
59. **NECROFOBIE^(F)** (cf. *necro-*; gr. *phobos* „frică”) ● Teamă patologică față de cadavre, cimitire, obiecte de cult religios, legate de înmormîntare, de orice are legătură cu ritualul înmormîntării. Caracterizează structurile hiperemotive, isterice, psihastenice; poate apărea în nevroza obsesivo-fobică, sindromul hipochondriac.

60. **NECROMANIE**. (cf. *necro-*; gr. *mania* „nebunie”) ● Preocupare morbidă legată de moarte, înmormîntări, cimitire, cadavre, persoane decedate. Interesul patologic pentru cadavre poate avea uneori caracter sexual.

61. **NECROMANȚIE** (cf. *necro-*; gr. *manteia* „facultate de prezicere, ghicire”) ● Practică magică divinatorie, bazată pe invocarea spiritelor morților. La baza necromanției stau ritualurile funerare antice. Morții, prezenți sub formă de umbre printre cei vii, erau invocați prin incantații, manipulări de oseminte, transe. O practică mai modernă de tip necromantic o reprezintă spiritismul.

62. **NECROSADISM** (cf. *necro-*; fr. *sadisme* — de la numele marchizului de Sade) ● Tendință patologică asociată necrofiliei, în care satisfacția sexuală este obținută prin manipularea și maltratarea cadavrelor; poate merge pînă la ingerarea unor părți ale acestora (necrofagie).

63. **NECTIL^(M)** Grecia — DCI Promazină ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-



(3-dimetilaminopropil) fenotiazină, cu acțiune sedativă (inferioară clorpromazinei) și antiemetică, util în tratamentul de întreținere al psihozelor cronice și în stările psihopatoide.

64. **NEDELTRAN^(M)** Belgia, Franța, Olanda — DGI *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. Este indicat în exogenii și în tratamentul de întreținere al endogeniilor; util în afecțiuni psihosomatice, tuse alergică, prurit de diverse etiologii.

65. **NEDIS^(M)** Argentina — 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**.

66. **NEFALISM** (cf. gr. *nephalios* „sobru, temperat”) ● Exagerare a abstenenței alcoolice, extinsă față de orice aliment, băutură ce ar putea conține cantități cât de mici de alcool.

67. **NEGARE** (cf. lat. *negare* „a nega”) ● Termen psihanalitic ce denumește mecanismul de apărare prin care subiectul nu recunoaște o dorință inconștientă. Când apare pericolul ca dorința să fie conștientizată, subiectul nu o recunoaște ca aparținându-i; dorinței i se refuză intrarea în câmpul conștiinței subiectului.

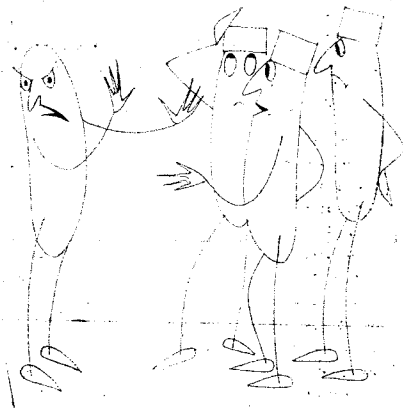
68. **NEGARE A NEGAȚIEI** ● Principiu al dialecticii materialiste, conform căruia dezvoltarea — înțeleasă ca succesiune infinită de negații sau transformări calitative determinate —, se desfășoară astfel încât anumite stări sau anumite elemente ale unei calități negate anterior se reactualizează pe o nouă treaptă a devenirii, integrate într-o realitate mai complexă, ajunsă la un stadiu superior de evoluție. Negarea negației explică sensul devenirii, reflectând unitatea între continuitate și discontinuitate în cadrul acesteia. În opoziție față de concepțiile metafizice, care își reprezintă dezvoltarea fie ca o mișcare rectilinie, continuu ascendentă (evoluționism plat), fie ca o mișcare în cerc (postulind „veșnica reîntoarcere” la origine și reluarea unui nou ciclu istoric), materialismul dialectic arată că imaginea cea mai sugestivă a dezvoltării este spirala, în care sînt sintetizate atât ideea repetării parțiale, cât și ideea înaintării ascensionale către stadii tot mai înalte de evoluție. Prima expunere sistematică a acestei legi dialectice îi aparține lui HEGEL, care a conceput-o în mod speculativ ca regulă de deducție

a determinațiilor ideii absolute, reducînd-o la o schemă triadică, rigidă și stereotipă (afirmație, negație, negarea negației sau teză, antiteză, sinteză). Renunțînd la formalismul artificios al construcției hegeliene, filozofia marxistă înțelege negarea negației ca pe o tendință generală a devenirii, ce se realizează numai prin intermediul legilor specifice fiecărui domeniu al realității, indiferent de numărul negărilor succesive care preced momentul revenirii pe o treaptă superioară a unor stări sau elemente anterioare.

69. **NEGARE A REALITĂȚII** → REFUZ AL REALITĂȚII.

70. **NEGATIVE^(H) halucinații** (cf. lat. *negativus* „negativ”) ● Imposibilitate de a percepe un obiect aflat în câmpul perceptiv al subiectului, în absența unor circumstanțe care să afecteze organic căile senzoriale și centrii corticale. După H. EY, mai frecvent, acest tip de halucinații se referă la perceperea propriei imagini în oglindă.

71. **NEGATIVISM** (cf. fr. *négativisme*; vezi lat. *negare* „a nega”) ● Rezistență activă sau pasivă la orice stimul extern sau intern (MICHAUX).



Sînt descrise: un negativism pasiv, ce constă într-o inerție și rezistență aproape totală la executarea unor ordine exterioare, absența comunicării verbale (negativism verbal) sau a satisfacerii nevoilor fiziologice („negativism interior”, BLEULER), ajungîndu-se la necesitatea alimentării bolnavului cu sondă sau parenteral (negativism alimentar), la retenție urinară pînă la glob vezical sau la gatism; și un negativism activ (opunerea rezistenței la mobilizarea unui membru sau a unui segment al acestuia, prin contractarea musculaturii antagoniste). MICHAUX descrie și un negativism ideo-motor, care presupune un oare-

care grad de inițiativă din partea bolnavului, caracterizat prin exercitarea, în sens opus, a unei comenzi (dacă i se cere mâna și-o retrace; dacă este chemat, încearcă să se ascundă) și care este însoțit uneori de o mimică ironică, expresie a stării afective negative. Răspunsul alături (sindrom Ganser) poate fi considerat ca o formă de negativism verbal activ. Conduitele negativiste sînt : claustrarea, clinofilia, fugile, mutismul.

Dintre micile semne de negativism, „manifestări minore dar foarte semnificative” (H. EY), se pot cita : refuzul mîinii înținse, refuzul de a se așeza, încrucișarea brațelor, refuzul dialogului față în față, închiderea pleoapelor. Dintre marile semne ale negativismului se notează crizele clasice, accesele de furie, refuzul alimentar și baricadarea precum și semnul Ostankow. Negativismul face parte din sindromul catatonie tipic.

BLEULER apropie negativismul de ambivalență și autism, ca mod de manifestare a indiferenței față de solicitările lumii exterioare. Negativismul apare în schizofrenia catatonică, hebefrenică, depresia psihotică (melancolia), starea confuzională, demență, oligofrenie, paranoia, sindromul Ganser. La copil, negativismul semnifică revolta împotriva frustrării afective (reale sau imaginare).

72. **NEGATIVISM ACTIV** — sin. OPOZIȚIONISM ● Executarea unor mișcări contrare comenzii $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CONTRARISM.

73. **NEGATIVISM SEXUAL (HIRSCHFELD)** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ANEROTISM.

74. **NEGAȚIE^(D) delir** (cf. lat. *negatio* „negare”) ● Refuz total sau parțial al realității morale sau fizice a subiectului și/sau al realității lumii. A fost descris de COTARD, în 1880 și denumit ca atare de SÉGLAS (1897).

Bolnavul își poate nega constituția fizică (în special organele interne), personalitatea socială și starea civilă. De asemenea, negarea se poate referi la persoanele din anturaj, despre care se consideră că sînt moarte, au dispărut sau și-au pierdut caracteristicile anterioare. Aceași transformare poate fi atribuită oricăror obiecte (orașe, continente, forme de relief, anotimpuri, planete etc.). Bolnavul își poate nega chiar propria existență. „Nu există nimic pe care acești bolnavi să nu-l poată nega” (SÉGLAS). SÉGLAS face observația pertinentă că delirul de negație este o tentativă de a explica starea de descurajare profundă și de durere care-l domină pe bolnav. Nefiind o entitate clinică (autorii clasici au încercat să îl opună delirului de persecuție), delirul de negație este un fenomen comun într-o serie de descrieri nosologice, dintre care menționăm : depresiile (al căror produs secundar este, după H. EY), parali-

zia generală progresivă, alte deliruri cronice (LEROY a descris delirul de negație sistematizat), schizofrenia etc.

Din punctul de vedere al psihogenezei, SÉGLAS îl explică ca pe o imposibilitate de a grupa și de a identifica imaginile mintale printr-un fel de paralizie psihică, ca și printr-o amnezie senzorială. TOBINO afirmă că delirul de negație este rezultatul „imposibilității de a forma concepte, adică de a accede la acea formă de realitate care se confundă cu raționalitatea lumii obiective și cu existența subiectului”. Negația delirantă este, după H. EY, inversul libertății umane, ca și „o formă de existență a răului”, în care subiectul trăiește cea mai puternică dintre anxietăți, aceea a sfîrșitului nesfîrșit al unei dureri neexistente.

75. **NEGENTROPIE** (cf. lat. *negativus* „negativ” ; gr. *entropia* „confuzie”) ● Termen introdus de BIRLLOUIN desemnînd, în teoria informației, entropia termodinamică luată cu semn algebric schimbat. Informația ca negentropie permite astfel valorificarea noțiunii de entropie în numeroase domenii ale științei.

Negentropia, „concept al complexității, structurării, ordonării”, caracterizează lumea vie care evoluează (amintim înțelesul de involuție al entropiei), deci se organizează, devine mai complexă, se structurează : „organismele vii se hrănesc cu entropie negativă” (MALITA, 1973). Omul, în acest context, este „cel mai puternic pachet de entropie descrescîndă”, care funcționează negentropic. Pentru OGODESCU (1978), afectivitatea este o „funcție subiectivă negentropică”, pentru că ea caracterizează modalitatea individuală „de a instaura ordinea” în cadrul efortului uman adaptativ, starea de confort adaptativ (afectiv) exprimînd „predominanța sumei probabilităților favorabile asupra celor negative”. Din perspectiva unui model psihopatologic semantic, același autor numește schizofrenia „entropofrenie”, psihismul schizofrenului caracterizîndu-se printr-o creștere a dezordinii.

76. **NEGLIJENȚĂ** (cf. lat. *negligentia* „neglijență, nepăsare”) ● Conduită cu efecte negative, caracterizînd o acțiune nereușită, cu un rezultat nedorit sau neașteptat, sau cauza unei acțiuni cu efecte nedorite. Stîngăcia, neatenția, lipsa de precauție conduc spre insuficiența motivare pentru reușita acțiunii. Neglijența poate fi întîlnită în toate acțiunile umane insuficient motivate, ca și în psihopatologia vieții cotidiene, în care rezultatul acțiunii este motivat inconștient. Este mai frecvent remarcată în aspectul vestimentar și de igienă, în îndeplinirea obligațiilor școlare sau profesionale, în acte ratate curente.

În psihopatologie, se întîlnește la unele personalități dizarmonice, în depresii, schizofrenie, stări defectuale apato-abulice. În debutul schizo-

freniei, poate fi unul dintre semnele instalării procesului morbid.

● Varietate de greşeală penală, beneficiind de circumstanţe atenuante, în care delictul nu a fost săvârşit cu intenţie.

77. **NEISSER^S simptom** — sin. VORBIRE ALEGORICĂ ● Particularitate de exprimare în schizofrenie, caracterizată prin descrierea acţiunilor sau a evenimentelor printr-un singur cuvânt sau printr-o expresie verbală scurtă.

78. **NEÎNCREDERE** — sin. BĂNUIALĂ, MEFIANŢĂ, SUSPICIUNE ● Modalitate de percepere şi interpretare a relaţiilor umane, caracterizată prin suspiciune, neîncredere, teama de a nu fi înşelat. Se poate manifesta temporar, după o experienţă negativă de viaţă, în sensul unei frustrări în planul relaţiilor sociale sau poate fi o atitudine constantă în raporturile cu lumea.

Neîncrederea scade disponibilităţile relaţional-sociale, îngustează câmpul de afirmare în acţiuni sociale, creează tensiune psihică şi anxietate în anticiparea relaţiilor umane, este o barieră în calea dezvoltării şi afirmării personalităţii, fiind proprie fie oamenilor care se supraevaluează, fie celor timizi, timoraţi, complexaţi. Ea se structurează ca o trăsătură caracterială încă din copilărie, fie prin imitarea unor modele comportamentale ale celor din jur, fie printr-un climat educaţional inadecvat, complementat de anumite particularităţi psihice ale copilului. Severitatea excesivă în familie formează un individ timorat, timid, lipsit de încredere în sine şi temător faţă de oameni. Supraprotecţia creează şi ea timiditate, complexe, tendinţa la închidere în sine. Mefianţa constituie un dezavantaj în relaţia pacient-medic, suspiciunea faţă de medic şi medicaţie limitind eficienţa tratamentului şi cooperarea cu pacientul.

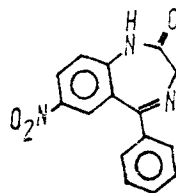
În psihopatologie, se manifestă major în dizarmoniile şi psihozele de tip paranoiac, avînd la bază supraevaluarea de sine, orgoliul excesiv ce modifică substanţial raportul individului cu lumea.

În psihastenie şi nevroză obsesivo-fobică, mefianţa este determinată de neîncrederea în forţele proprii, nesigura de sine, timiditate.

79. **NELAXAN^(M)** Japonia — DCI *Fenprobamat* ● Tranchilizant, derivat carbamic de tip 3-fenil-1-propanol carbamat, cu acţiune miorelaxant-sedativă şi valenţe anxiolitic-anticonvulsivante. Are o bună toleranţă, efectele secundare fiind practic nule.

80. **NELBON^(M)** Japonia — DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona, cu acţiune sedativ-hipnotică, realizînd

un somn aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NITRAZEPAM^(M).



81. **NELINIŞTE** ● Proces emotional primar, caracterizat prin stare de disconfort şi tensiune psihică, provocate de îngrijorarea în legătură cu eventualitatea incertă a unui eveniment aşteptat, neplăcut sau plăcut. În psihopatologie, însoţeşte trăirile halucinatorii şi delirante, îndeosebi la debutul lor, precum şi experienţele delirante primare. În limbaj psihiatric curent, neliniştea este considerată un sinonim al anxietăţii.

82. **NELINIŞTE A TROMBOTICILOR** ● Anxietate moderată, caracteristică perioadei de instalare a unei tromboze venoase.

83. **NELMAT^(M)** Japonia ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NITRAZEPAM^(M) România.

84. **NEMACTIL^(M)** Spania — DCI *Periciazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-13-(4-hidroxi-piperidino)propilfenotiazină-2-carbonitril; este indicat în tratarea tulburărilor comportamentale ale adolescenţilor şi vîrstnicilor, în tratamentul de întreţinere al psihozelor cronice şi în combaterea algiilor de origine centrală; are o bună toleranţă.

85. **NEMESIS** → ANANKE.

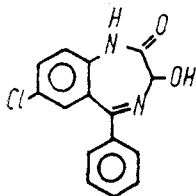
86. **NEO-** (cf. gr. *neos* „nou”) ● Element de compunere, introducînd semnificaţia de nou, noutate.

87. **NEOBES^(M)** Mexic — DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NATORXIC^(M) SUA.

88. **NEOBLOC^(M)** Israel — DCI *Metoprolol* ● Betablocant de tip (\pm) -1-(isopropilamino)-3-1p-(2-metoxietil) fenoxil-2-propanol, indicat în anxietate, alcoolism, distonii neurovegetative, afecţiuni psihosomatice. Nu duce la dependenţă, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

89. **NEOCALMA^(M)** Italia — DCI *Hidroxizin* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-12-14-(p-clor- α -fenilbenzil)-1-piperaziniil-etoxietanol, cu

acțiune sedativă centrală, antihistaminică și anxiolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de HIDROXIZIN^(M).



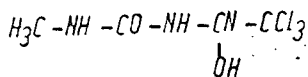
99. **NEO-CALME**^(M) Canada — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1, 3-dihidro-1-metil-5-fenil-2 H-1, 4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

91. **NEOCATHARSIS** (cf. *neo-*; gr. *katharsis* „purificare”) ● Metodă psihanalitică inițiată de FERENCZI, constând în descărcarea unor tensiuni prin conștientizarea relațiilor din copilărie.

92. **NEOCEREBEL** (cf. *neo-*; lat. *cerebellum* „creierul mic”) ● Parte recentă filogenetic, cuprinzând: folium, tuber vermis, lobii: simpli, arșierm și paramedian. Are conexiuni cu cortexul prin tractul corticopontocerebelos, asigurând finețea și exactitatea mișcării.

93. **NEOCORTEX** (cf. *neo-*; lat. *cortex* „scoartă”) — sin. CORTEX HOMOGENETICI HOMOTIPIC; NEOPALIUM $\xrightarrow{\text{sin.}}$ IZOCORTEX.

94. **NEOCYTEN**^(M) SUA — DCI *Orfenadrină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetanic de tip N, N-dimetil-2-(0-metil- α -fenilbenziloxi) etilamină, cu



evidentă acțiune miorelaxantă și unele valențe antidepressive (intensitate mică), indicat în special în combaterea unor efecte secundare ale neurolepticilor. Buna sa toleranță îi conferă o utilizare fără restricții.

95. **NEODALIT**^(M) Suedia, RFG — DCI *Dibenzepină* ● Antidepressiv timoleptic, derivat dibenzodiazepinic de tip 10-12-(dimetilamino)etil-5, 10-dihidro-5-metil-11H-dibenzo[b,e]1, 4diazepin-11-

-onă, cu acțiune antidepressivă și tranchilizantă de valoare medie. Nu se asociază cu IMAO. Produși similari:

NEODIL^(M) RFG

NEODIT^(M) Finlanda

96. **NEODRINE**^(M) Canada — 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.

97. **NEO FARGEN**^(M) Grecia — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-5-hidroxi-5-fenil-2H-1, 4-benzodiazepină. Are o 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).

98. **NEOFILIE** (cf. *neo-*; gr. *philia* „dragoste”) ● Termen cu semnificație de apropiere, căutare, acceptare, dragoste pentru ceea ce este nou, elementul de noutate (de variație) fiind singura motivație a acestui comportament, fără altă justificare serioasă. În genere, este căutată o altă situație, ceva ce nu a existat (nu a fost cunoscut) până acum, aceasta fiind, alături de speranța insuficient motivată de schimbare în mai bine, singurul argument al neofiliiei.

Este întâlnită la personalități dizarmonice, unde, fără a fi un element definitoriu, le conferă un colorit specific, evidențiind totodată un potențial intelectual moderat.

99. **NEOFOBIE**^(F) (cf. *neo-*; gr. *phobos* „frică”) — sin. CAINOTOFOBIE^(F); KAINOFOBIE^(F) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ CAINOFOBIE^(F)

100. **NEOFREUDISM** (cf. *neo-*; fr. *freudisme* — de la FREUD) ● Ansamblu de teorii și practici izvorite din teoria și practica psihanalitică clasică, dar deosebindu-se net de aceasta atât în privința sistemului explicativ, cit și în aceea a tehnicii psihoterapeutice.

Premisele de bază ale psihanalizei clasice sînt:

- libera asociație de idei;
- existența și recunoașterea inconștientului în sens topic, dinamic, economic;
- mecanismele de apărare ale Eului;
- transferul și rezistența;
- sensul inconștient al viselor, simptomelor și actelor ratate;
- existența sexualității infantile;
- imaturitatea afectivă.

Majoritatea teoriilor neofreudiste se caracterizează prin ipostazierea uneia dintre premise și punerea în paranteză sau negarea celorlalte. Se

conturează astfel grupuri de teorii caracterizate prin :

- negarea sexualității infantile — ADLER, JUNG, HORNEY, RANK ;
- exagerarea importanței datelor biologice în determinismul persoanei — REICH ;
- exagerarea importanței factorilor socioculturali în dezvoltarea personalității (JUNG, HORNEY, FROMM, LACAN) ;
- importanța acordată unei singure instanțe a aparatului psihic (psihologia Eului — HARTMAN, M. KLEIN).

Toate curentele neo- sau postfreudiene își au valoarea lor teoretică și practică, chiar dacă la un moment dat încetează să aparțină psihanalizei. „Mi-a fost întotdeauna dezagreabil să fiu clasat printre reprezentanții unei noi școli psihanalitice, poreclite fie culturalistă, fie neofreudistă. Sînt convins că aceste școli, deși au adus anumite clarificări prețioase, au pierdut din esențialul descoperirilor celor mai importante ale lui S. FREUD” (E. FROMM).

Psihanalitic, aceste dizidențe pot fi explicate prin mecanisme ca rezistență, raționalizare etc. Este, de asemenea, real faptul că toate aceste curente (școli) au reacționat conformist față de atacurile împotriva psihanalizei, modificînd într-un mod acceptabil teoria. Este trist faptul că ele au fost fructificate mai mult sub aspect polemic decît în interes științific real.

„Cu toată sinceritatea, mă cred calificată să formulez criticile din această carte, pentru că am aplicat fidel teoriile lui FREUD mai mult de 15 ani. Rezistența pe care numeroși psihiatri și profani o opun psihanalizei ortodoxe nu ține numai, cum se pretinde, de cauze afective, dar și de caracterul îndoielnic al unor teorii, Respingerea completă a psihanalizei la care revin frecvent aceste critici este cu atît mai regretabilă, cu cît conduce la respingerea în bloc a ceea ce este valabil împreună cu ceea ce este nesigur sau îndoielnic și împiedică prin aceasta recunoașterea a ceea ce psihanaliza are esențial. Mi-am dat seama că, cu cît adoptăm o atitudine critică față de o serie de teorii psihanalitice, cu atît mai bine înțelegem valoarea constructivă a descoperirilor lui S. FREUD și cu atît mai mult se deschid căile pentru înțelegerea problemelor psihologice” (Karen HORNEY).

În ceea ce privește schimbările vizînd tehnica psihoterapeutică, ele se caracterizează în general prin :

- preferința mai mult sau mai puțin manifestă pentru tehnica activă (ADLER, FERENCZI, REICH etc.) ;
- scurtcircuitarea curei, scurtarea artificială a duratei ei (FERENCZI, ADLER etc.) ;

- renunțarea la demersul analitic regresiv, vizînd reconstrucția isteriei infantile (O. RANK, reprezentanții psihoterapiilor scurte) ;
- utilizarea preponderentă a unora dintre factorii terapeutici (de exemplu, numai catharsisul curei prepsihanalitice — DESOILLE, LOWEN etc.).

Colette CHILAND propune următoarea grupare a școlilor neofreudiste, apărute după crearea, în 1910, a Asociației psihanalitice internaționale :

- Primii dizidenți : 1911 — ADLER ; 1912 — STEKEL ; 1913 — JUNG.
- Al doilea grup de dizidenți : RANK, REICH, HORNEY, FROMM.
- Psihologia Eului : HARTMAN, LOEWENSTEIN, KRIS, grupul britanic al Annei FREUD.
- Melanie KLEIN și grupul neokleinian.
- Mișcarea psihanalitică franceză, scindată în :
 - Asociația psihanalitică franceză, integrată în Asociația psihanalitică internațională ; D. LAGACHE, D. ANZIEU, J.B. FONTALIS, J. LAPLANCHE, V. SMIRNOFF, S. NACHT, S. LBOVICI ;
 - „Școala freudiană din Paris”, condusă de LACAN și exclusă din Asociația psihanalitică internațională pe motivul ședintelor de durată variabilă, care constituie o gravă modificare a tehnicii psihanalitice ortodoxe.
- Ansamblul de tehnici psihoterapeutice situate la periferia psihanalizei și care nici nu se pretind psihanalitice, fără a renunța însă la utilizarea datelor acesteia : R. DESOILLE — Visul treaz dirijat ; terapiile corporale — LOWEN, PERLS (creatorul Gestalt-terapiei), IVANOV ; analiza tranzacțională — E. BERNÉ ; curentul antipsihiatric — COOPER, LAING.
- Un loc aparte în practica psihanalitică neofreudistă îl ocupă psihoterapiile scurte, de inspirație psihanalitică. Dintre reprezentanții cei mai importanți cităm pe : E. GILLIERON, D. MALAN, J. MANN, P. SIFNEOS.

Problema scurtării duratei curei psihanalitice a fost pusă de FREUD încă din 1913. Din cauza lentorii modificărilor psihice profunde și a interpersonalității proceselor inconștiente, ca și din cauza unui control insuficient, teoretic și practic inerent debutului oricărei practici, FREUD nu a încurajat tehnicile de psihoterapie scurtă. Primele experiențe aparțin lui S. FERENCZI, în 1918.

„În ceea ce privește această formă de tratament (vizînd focalizarea pe o problemă, un conflict intrapsihic, și nu reconstrucția întregii personalități), s-a asistat mult timp la un fel de luptă între teoreticieni și pragmatici ; unii o resping din

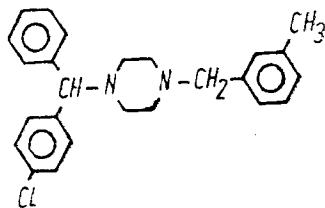
rațiuni teoretice, ceilalți o justifică din rațiuni practice. La ora actuală, această dispută pare depășită" (E. GILLIERON).

Oricare ar fi noile orientări teoretice și practice, atenția noastră trebuie să se îndrepte spre elementele cu adevărat prețioase ale acestor noi cercetări și nu spre atitudinile polemice sterile.

101. **NEOGAMA^(M)** RFG — 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, fiind, în același timp, util și în combaterea impulsivităților obsesiv-compulsive și în afecțiuni psihosomatice. Pentru dozele mari, efectele secundare sînt comune cu cele ale NL incisive. Se poate administra fără a necesita o pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

102. **NEO-GNOSTORIDE^(M)** Grecia — 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 zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **NAPOTON^(M)**.

103. **NEO-ISTAFENE^(M)** Italia — DCI *Medozină* ● 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 neuroleptice incisive.

104. **NEOJACKSONISM** (cf. *neo*; engl. jacksonism — de la JACKSON) ● Concepția jacksoniană asupra funcționării sistemului nervos, în care cele trei principii fundamentale: al evoluției, al disoluției și al dublei condiții a simptomului (negativ-positiv), au fost preluate și aplicate de RIBOT în psihofiziologie; se realizează astfel o „transpoziție a acestei doctrine ierarhice” (J. DELAY). Îmbogățite cu noțiuni bergsoniene și freudiste, aceste

concepții au apărut sub o formă inedită în noile viziuni asupra personalității și a tulburărilor sale, ca și asupra unor aspecte de neurofiziologie și psihopatologie. Reprezentanții cei mai importanți ai acestor concepții psihofiziologice sînt: H. CLAUDE, MONAKOV, MOURGUE, H. EY, ROUART. Neojacksonismul, deși nu poate susține că a găsit răspunsuri pentru toate problemele pe care psihopatologia le ridică, rămîne o viziune globală și dialectică, avînd potențe explicative deosebite.

105. **NEOKLOPIE** (cf. *neo*; gr. *klope* „furt”) sîn **CASTROFRENIE** ● Termen propus de LEWIS pentru a desemna obsesia de furt al gândurilor întîlnită în schizofrenie.

106. **NEO-LIBINAL^(MC)** Grecia ● Produs terapeutic reunind două medicamente tipizate, cu aceeași acțiune, care se completează:

- **MEPROBAMAT^(M)** — tranchilizant, derivat propandiolic;
- **OXAZEPAM^(M)** — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Are acțiune anxiolitic-sedativă.

107. **NEO-LIBRAFIN^(MC)** Grecia $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **NEO-LIBINAL^(MC)** Grecia.

108. **NEOLOGISM** (cf. *neo*; gr. *logos* „cuvînt, discurs”) ● Cuvînt (expresie) nou într-o limbă, fie provenit dintr-o altă limbă, fie format recent, prin mijloace proprii limbii respective. Apariția neologismelor este un fenomen curent și normal, care se produce nu numai la nivelul limbii literare, dar și în limbajul anumitor microgrupuri (în limbajul tehnico-științific, sportiv etc.), reflectînd deci o experiență socială colectivă. În patologia psihiatrică însă, neologismul are un caracter subiectiv, individual. Apariția neologismelor determină o exprimare verbală personală, relevantă pentru deteriorarea gândirii și alterarea întregii vieți psihice.

SÉGLAS distinge neologisme pasive — cuvînte lipsite de o semnificație deosebită, create întîmplător, de multe ori în cadrul unei activități ludice, și neologisme active — cuvînte cu o semnificație deosebită, prezentînd un punct central al unei teme delirante, în care „cuvîntul nou spune tot”. Importanța semiologică a neologismului crește dacă, pe lîngă limbajul vorbit, el este folosit și în limbajul scris (mai ales la bolnavul psihotic). Cuvintele sau expresiile noi folosite în limbajul vorbit al pacientului nevrotic nu au o valoare patologică deosebită, neputînd fi considerate neologisme propriu-zise, pentru că nu capătă o investiție semnificativă deosebită. Neologismul patologic, folosit de bolnavul psihotic, este fie un cuvînt creat în întregime de către acesta, fie un cuvînt

al limbajului obișnuit căruia subiectul îi atribuie o semnificație nouă, diferită de cea reală (paralogismul), fie o locuțiune folosită prin asocierea a 2-3 cuvinte obișnuite.

Discursul poate fi constituit aproape în întregime din neologisme — glosolia — conducând la o exprimare incomprehensibilă pentru auditor, cu înțeles și semnificație numai pentru subiect (în schizofrenie). Acest limbaj, construit într-un sistem semnificativ propriu, într-o simbolică subiectivă, relevă în fond tulburarea întregii vieți psihice, limbajul fiind instrumentul gândirii și expresie a psihismului (DELACROIX).

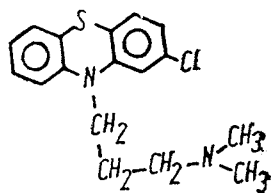
În limbajul maniacalului, neologismele pot apărea din abundență — pseudoglosolia —, dar ele sînt folosite în cadrul activității ludice, exact ca un joc oarecare, neavînd nici o semnificație. Neologismele au fost descrise în semiologia limbajului bolnavilor deliranti cronici încă de la începutul secolului. Apariția lor indică cronicitatea și conduce spre un prognostic defavorabil. Ele sînt mai frecvente în formele paranoide (putînd ajunge la glosolia). În psihozele paranoice sînt mai puțin frecvente și mai puțin mobile, fiind în general folosite pentru a-i denumi pe persecutori și mijloacele pe care aceștia le folosesc.

G. LANTERI-LAURA, abordînd psihanalitic semnificația neologismului patologic, afirmă că anumiți termeni prezintă o modificare somatică ce poate fi detașată sau în relație cu limbajul obișnuit. Ținînd seama de structura fonetică a voabularului, același autor constată existența unor mecanisme de condensare și deplasare identice celor pe care FREUD le-a identificat în vis. S-a încercat chiar o interpretare lingvistică prin psihanaliză, astfel încît termeni aparent incompreensibili și incoerenți să poată deveni relevanți, după ce li se descifrează semnificația.

J. COSNIER vede în neologismul patologic o tulburare a „codului lingvistic” prin care se realizează comunicarea, dar ceea ce se transmite prin discurs este, în mod inconștient, amintirea unei „enunțări străine”, care nu reprezintă altceva decît reminiscența discursului matern. În această concepție, neologismul semnifică regresivitate. El trebuie deci considerat nu ca un semn izolat, ci ca un element de dezintegrare a limbajului, relevant pentru destructurarea psihotică.

109. **NEOMARSILID^(M)** SUA — DCI *Pinhidrazină* ● Antidepresiv timoanaleptic, derivat hidrazidic de tip 2,2-acid dimetilpropanolic-(fenilmetil)hidrazidă, indicat în depresiile inhibate. Este lipsit de efecte sedative (necesită asocierea). Nu se administrează concomitent cu betablocante, psihostimulente și antidepresive timoleptice. Necesită o pauză de 14 zile. Contraindicațiile sînt, în general, cele ale timolepticelor → IMAO.

110. **NEO-MAZINE^(M)** Coreea — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil)



fenotiazină cu acțiune sedativă, antiemetică, vago-și simpaticolitice. Potențează acțiunea anesteziezicelor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN^(M).

111. **NEO NEVROFILLIN^(MC)** Grecia $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NEO-LIBINAL^(MC) Grecia.

112. **NEO-NILOREX^(M)** SUA — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice, reduse indicat în astenie, presenilitate, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară curei neuroleptice, tulburări de dinamică sexuală; contraindicat în stările de excitație psihomotorie, anxietate, sarcină, comițialitate.

113. **NEOPALIUM** (cf. neo-; lat. *pallium* „înveliș”) — sin. CORTEX HOMOGENETIC ; CORTEX HOMOTIPIC ; NEOCORTEX $\xrightarrow{\text{sin.}}$ IZOCORTEX.

114. **NEOPROMA^(M)** Japonia — DCI *Metapromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat aminoalkilfenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)-2-metoxifenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică și valențe hipnotice, inferior ca performanțe clordelazinelui, cu o bună toleranță ; este indicat, în special, în psihogenii și afecțiuni psihosomatice.

115. **NEO REBAMAT^(MC)** Grecia ● Produs terapeutic reunind două tranchilizante $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NEO-LIBINAL^(MC) Grecia.

116. **NEORIDE^(M)** Spania — DCI *Sulpirid* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-(1-etil-2-pirolidinil) metil-5-sulfamoil-0-anisamidă, cu certe valențe, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile neurolepticelor incisive (endogenii) și în același timp, este util în combaterea impulsivității obsesiv-compulsive și în medicina psihosomatică. Efectele secundare sînt comune cu cele ale 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.

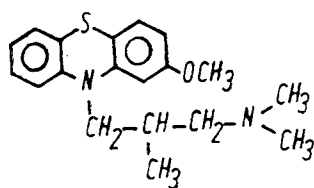
117. **NEO-SERP**^(M) Canada — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia, de tip 3, 4, 5-acid trimetoxibenzoic esterificat metil reserpat, cu acțiune sedativă centrală, ușor anxiolitică și net hipotensoare. Nu se administrează în depresii, epilepsie, parkinsonism, copiilor sub trei ani.

118. **NEO-SOLDANA**^(M) Elveția — DCI *Catină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-norpseudofedrină, indicat în astenie, preinvoluție, sevraj, obezitate secundară a curei neuroleptice. Nu se asociază cu IMAO.

119. **NEO-TRAN**^(M) Canada — DCI *Meprobat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandioli 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 apărea un „mic sindrom de abținere”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **MEPROBAMAT**^(M).

120. **NEOVALE**^(M) Grecia $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **NEO-LIBINAL**^(M) Grecia.

121. **NEOZINE**^(M) Brazilia — DCI *Levomepromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip (-)-10-(3-dimetilamino-2-metilpropil)-



-2-metoxifenotiazină, cu acțiune sedativă antiemetică, valențe anti depressive și anxiolitice. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **LEVOMEPROM AZIN**^(M).

122. **NEPENTINE**^(M) Belgia ● Tranchilizant, derivat propandiolic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **MEPROBAMAT**^(M) Romania.

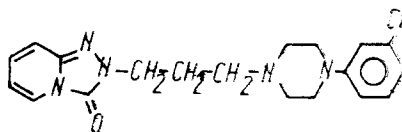
123. **NEPRODUCTIV** — tip de personalitate (cf. ne-, „prefix negativ”; fr. productif) ● Termenul

apartine tipologiei lui E. FROMM și se referă la tipul de orientare socială ce caracterizează un individ anume în cadrul relațiilor umane. Există, astfel, patru categorii de orientare :

- Orientarea receptivă se caracterizează prin sensibilitate marcată la eșec în relațiile interpersonale, dependente, evitarea singurătății, deschidere spre ceilalți, dorință de a obține favoarea acestora ; este o orientare către exterior, individul încercând să-și asigure afecțiunea celor din jur (tendință de a cere nelimitat afecțiune).
- Orientare exploativă, îndreptată, de asemenea, spre exterior, este specifică categoriei resping și evită ceea ce este nou, sint pedanți, sterili, rigizi ; nu sînt în stare de intimitate cu ceilalți, resimt intimitatea ca insecurizantă ; pot fi informați, dar nu creativi ; se simt securizați în măsura în care se delimitează, ei și obiectele care le aparțin, de restul lumii.
- Orientarea comercială determină relații interpersonale superficiale, alegeri bazate pe aprecieri de tip comercial (preț, valoare, schimb) ; produsele sînt considerate ca esențial diferite și desprins de persoanele care le-au creat, fiind supuse diverselor aprecieri, judecăți.

Adăugăm faptul că, în această clasificare, se pot recunoaște tipurile de relații obiectuale clasice în psihanaliză și anume relațiile pregenitale și genitale, precum și trăsături esențiale din stadiile dezvoltării libidinale, așa cum le-a definit și descris FREUD (trăsături orale și sadic-orale în orientarea receptivă și exploativă, trăsături anale în orientarea acumulativă, trăsături ale stadiului genital în orientarea comercială).

124. **NEPTAL**^(M) RFG — DCI *Acebutolol* ● Be-tabloccant de tip 3'-acetil-4'-12-hidroxi-3-(isopropilamino)propoxilbutiranilidă, indicat în anxietate,



sindroame psihovegetative simpaticotone, sevră de origine diversă, combaterea tremorului parkinsonian, a tremorului senil și a celui apărut ca urmare a intoxicației cu litiu. Nu duce la dependență; nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

125. **NERI^S semn** ● Util în diagnosticul diferențial al hemiplegiei organice față de cea funcțională, prin punerea în evidență a hipotoniei, prezente numai în primul caz. Constă în obținerea flexiei automate a gambel pe coapsă, în cazul efectuării manevrei Lasègue la membrul inferior incriminat.

126. **NEROLET^(M)** Argentina — DCI *Trifluoperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinat fenotiazinic, de tip 10-13-(4-metil-1-piperazinil)propil-2-(trifluorometil)fenotiazină, cu puternice valențe antipsihotice și antiemetice, dar cu efecte secundare marcate de tip neuroleptic incisiv, care îi circumscriu utilizarea, fără însă a o contraindica decât în sarcină.

127. **NERUSIL^(M)** Spania — DCI *Benmoxin* ● Antidepresiv timoanaleptic de tip acid benzoic 2-(α -metilbenzil)hidrazidă, indicat în depresii inhibate. Este lipsit de efecte sedative (impunând asocierea). Nu se administrează concomitent cu betablocante, psihostimulente și antidepresive timoleptice, necesitând o pauză de 14 zile. Contraindicațiile sînt, în general, cele ale timolepticelor → IMAO.

128. **NERVINERVI** (cf. lat. *nervus*) ● Grupări de prelungiri nervoase axonice sau dendritice, situate extraneuraxial, constituind căile de legătură dintre axul cerebro-spinal și receptori și/sau efectori. Se împart în nervi senzitivi, motori și miști. Ei alcătuiesc sistemul nervos periferic, în care intră 12 perechi de nervi cranieni și 31 perechi de nervi spinali.

În vorbirea curentă, termenul prezintă o semnificație „funcțională”, în expresii familiare ca: „am nervi”, „are un atac de nervi”, „și descarcă nervi”, desemnînd o excitabilitate crescută, iritabilitate, neliniște, descărcări clasice.

129. **NERVI CRANIENI** (cf. lat. *nervus*; gr. *Kraniou* „craniu”) ● Cele 12 perechi de nervi cranieni fac parte din sistemul nervos periferic și realizează, prin fibrele aferente (senzitive sau receptoare), legătura între receptori și sistemul nervos central, iar prin fibre eferente (motorii sau efectoare), legătura între centrul nervos de comandă și organele efectoare.

Nervii cranieni sînt motori, senzitivi și miști. Originea reală se află în nucleii terminali, iar originea aparentă, cu excepția primelor două perechi, la nivelul trunchiului cerebral. În structura ner-

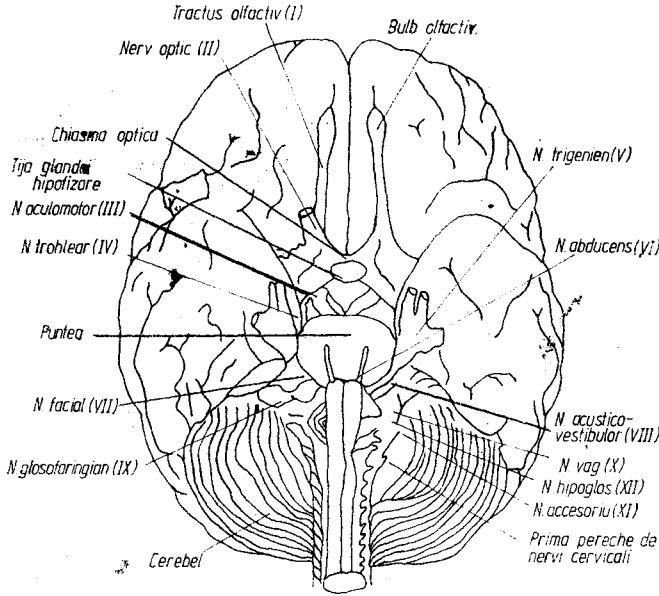
vilor cranieni intră fibre somato-motorii, visceromotorii, somato-senzitive și viscerosenzitive. Primele două perechi de nervi cranieni: nervii olfactorii sau olfactivi și nervul optic sînt numiți impropriu nervi cranieni, deoarece ei reprezintă porțiuni exteriorizate din encefal, prelungiri ale acestuia.

- **Nervul olfactiv (I)** este un nerv senzorial, care conține fibre aferente viscerale, somatice. El transmite stimuli olfactivi spre centrul cortical. Leziunile sale pot produce anosmie, hiperosmie, paraosmie, cacosmie, halucinații olfactive.
- **Nervul optic (II)** este un nerv senzorial care transmite stimulii luminoși spre zonele de integrare centrală. Afectarea sa determină, printre altele, apariția scotoamelor, ambliopiei, amaurozei, defectelor câmpului vizual, hemeralopiei, nictalopiei, agnoziei optice etc.
- **Nervul oculo-motor (III)** este un nerv mixt care asigură inervația motorie a majorității mușchilor extrinseci ai globului ocular (mușchiul drept superior, drept intern, drept inferior, oblic inferior și ridicător al pleoapei superioare). Fibrele vegetative reprezintă calea aferentă a reflexelor pupilar fotomotor și de acomodare. În leziunile sale apar: nistagmus, diplopie, strabism, tulburări de acomodare.
- **Nervul trohlear/patetic (IV)** este un nerv motor, care asigură inervația mușchiului oblic superior al globului ocular. Afectarea sa produce diplopie, strabism convergent.
- **Nervul trigemen (V)** este un nerv mixt care dă trei ramuri terminale: nervul oftalmic (exclusiv senzitiv), nervul maxilar (exclusiv senzitiv) și nervul mandibular (mixt). Fibrele motorii inervează mușchii masticatori, mușchiul milohioidian, pîntecele anterior al digastricului și mușchiul tensor al timpanului, iar fibrele senzitive ale celor trei ramuri inervează o mare parte a extremității cefalice și constituie căi aferente pentru numeroase reflexe (salivar, lacrimal, cornean, oculocardiac etc.). Afectarea trigemenului produce nevralgii, pierderea sensibilității, paralizii ale musculaturii masticatorii, tulburări reflexe, tulburări trofice etc.
- **Nervul abducens (VI)** conține fibre somatice eferente. Este un nerv motor, care asigură inervația mușchiului drept extern al globului ocular. Lezarea sa produce diplopie și strabism convergent.
- **Nervul facial (VII)**, nerv mixt, conține fibre aferente și eferente, somatice și viscerale. Asigură inervația motorie a mușchilor mimicii și a mușchiului stapedius (al scârței), inervația secretorie a glandelor lacrimale, sublinguale și submandibulare, sensibili-

tatea gustativă. Sînt cunoscute aspectele legate de paralizia facială periferică și cea centrală.

- **Nervul vestibulocohlear (VIII)** sau acustico-vestibular, este un nerv senzorial, cu două componente : vestibulară (conduce stimulii

brele senzitive pentru sensibilitatea exteroceptivă primesc stimuli din meatul acustic extern, pavilionul urechii, mucoasa faringelui și laringelui. Receptează și sensibilitatea gustativă. Teritoriul interoceptiv cuprinde zona carotidoaortică, arborele bron-



legați de echilibru) și cohleară (conduce stimulii auditivi). Afectarea componentei vestibulare determină nistagmus și sindrom vertiginos, iar afectarea cohlearului se poate manifesta prin tinitus, hipoacuzie, surditate, surditate verbală etc.

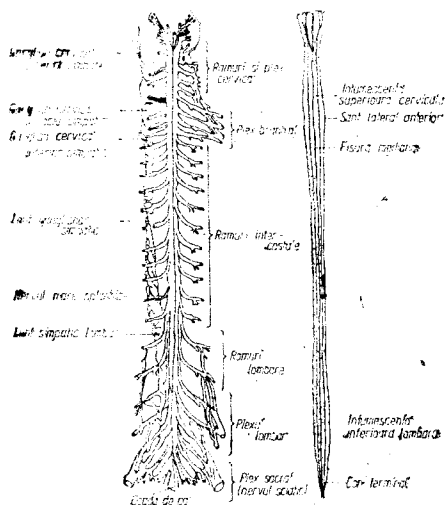
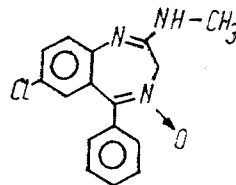
- **Nervul glosofaringian (IX)**, nerv mixt, conține fibre viscerale aferente și eferente, precum și fibre somatice. Inervează motor mușchii faringelui, asigură sensibilitatea gustativă din treimea posterioară a limbii, sensibilitatea vălului palatin, a tonsilei palatine, faringelui, tubei auditive, urechii medii și a celulelor mastoideene. Conduce informațiile interoceptive de la vase și sinusul carotidian, informații cu rol în reglarea respirației și a circulației sanguine. În leziunile sale se poate produce abolirea reflexului de vomă, a reflexului carotidian, pierderea gustului, devierea luelei.
- **Nervul vag (X)**, nerv mixt, conține fibre somatice și motorii și inervează musculatura faringelui, laringelui și vălului palatin. Fi-

șic, tractul digestiv, iar eferențele vegetative merg la majoritatea organelor toracice și abdominale. Leziunile sale pot produce afonie, disfagie, paralizii ale vălului palatin, tuse, tahicardie.

- **Nervul accesoriu (XI)**, nerv motor, conține fibre motorii somatice. Inervează mușchii trapez și sternocleidomastoidian, afectarea sa determinând imposibilitatea mișcărilor efectuate prin intermediul mușchilor respectivi.
- **Nervul hipoglos (XII)**, nerv motor, conține fibre somatice eferente și inervează mușchii limbii și mușchii infrahioieni. Afectarea sa determină paralizii ale limbii.

130. NERVI SPINALI (cf. lat. *nervus*; *spina* „șira spinării”) ● Fac parte din sistemul nervos periferic și sînt în număr de 31 de perechi (opt perechi cervicali, 12 perechi toracali, cinci perechi lombari, cinci perechi sacrali, o pereche cocchigieni). Fiecare nerv spinal este mixt, ia naștere din unirea rădăcinii ventrale cu cea dorsală, de unde

trunchiul, foarte scurt, se împarte în ramuri periferice. Pe traiectul rădăcinii dorsale se află situat ganglionul spinal. Funcțional, rădăcina dorsală este senzitivă (afertentă), iar cea ventrală motorie (eferentă). Nervii spinali conțin atât fibre



133. **NERVONUS^(M)** Finlanda — DCI *Meprbamam* ● Tranchilizant, derivat propanediolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol 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 contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putând apărea un „mic sindrom de abținere”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **MEPRBAMAM^(M)**.

134. **NERVOS^(D)** delir (cf. fr. *nerveux* : vezi lat. *nervus*) ● Delir descris în psihiatria clasică drept ulterior unei emoții puternice, unui traumatism grav sau unei intervenții chirurgicale de amploare (**DUPUYTREN**). În prima ipostază, autorii clasici vorbeau de un delir simpatic.

somatice, cit și viscerale. Din trunchiul nervos iau naștere patru tipuri de ramuri mixte: dorsală, ventrală, comunicante și meningeale. Ramurile dorsale păstrează în general, dispoziția metamerică. În schimb, ramurile ventrale (cu excepția nervilor toracali) se unesc, formând plexuri nervoase: cervical, brahial, loambr, sacrat.

131. **NERVISM** (cf. lat. *nervus*) ● Curent filozofic inițiat de **SECENOV** și **PAVLOV**, fundamentat pe concepția materialistă referitoare la viața psihică, atribuind sistemului nervos rolul de substrat material al funcțiilor psihice și rolul conducător în reglarea activității organismului, în asigurarea unității acestuia și în adaptarea sa la mediu. La baza activității corticale stă activitatea reflexă. Dacă **PAVLOV** și școala sa au acordat sistemului nervos central și cortexului rolul principal, alți autori — **LERICHE**, **REILLY** — au pus accentul pe sistemul nervos vegetativ.

132. **NERVIUM^(M)** Turcia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxio-litică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **DIAZEPAM^(M)**.

135. **NERVOS** → tip de temperament ● Temperament definit ca emotiv-nonactiv-primar, în cadrul tipologiei lui **HEYMANS** și **WIERSMA** (tipologia psihofiziologică), stabilită după trei criterii: emotivitate, activitate, primaritate-secundaritate a reacțiilor. Tipul nervos se caracterizează prin: instabilitate a afectelor, sensibilitate crescută la stimuli emoționali și căutarea acestor stimuli, nevoia de schimbare, de divertisment, tendința de a atrage atenția celorlalți, înclinație pentru lucruri bizare. Activitatea acestor subiecți este discontinuă, ei având, în general, tendința de a alege exclusiv activități care să le producă plăcere. Abandonează repede activitatea (sau o întrerup) și au nevoie de stimulări exterioare intense, excitante.

136. **NESSISTEMATIZAT^(D)** delir (cf. ne-; fr. *système*; gr. *systema* „ansamblu”) ● Delir al cărui conținut ideativ și halucinator dezordonat și aleator este lipsit de coerență, dând impresia unei dezintegrări majore a psihismului, ceea ce face dificilă și imposibilă comunicarea cu bolnavul. Automatismul mintal și disociația sint mecanismele care accentuează lipsa de unitate (nesistemizare) a delirului. Termenul nu este specific unui delir anumit, ci caracterizează numai modalitatea sa de structurare.

137. **NESONTIL^(M)** Argentina — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, 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)**.

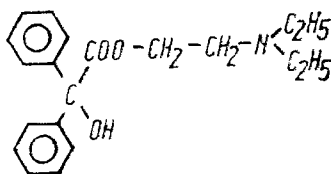
138. **NESTĂPÎNIT — tip de personalitate** ● Termenul aparține lui K. LEONHARD și desemnează acea structură de personalitate caracterizată prin lipsa de control al gesturilor și conduitelor, manifestări primare și bruște sub imperiul impulsurilor și al emoțiilor sau afectelor, modalitate generală de reacție impulsivă, cu exprimare directă a plăcerii sau neplăcerii — ceea ce facilitează provocarea de conflicte intense, stări frecvente de proastă dispoziție și de irascibilitate, împiedicînd continuarea activității în curs —, creșterea afectelor cu izbucniredescărcare bruscă. După LEONHARD, iritabilitatea „firii nestăpînite” diferă de iritabilitatea colericului, în sensul că manifestările colericului se consumă mai rapid, în timp ce la personalitatea nestăpînită tensiunea afectivă persistă, ea avînd și o amplitudine crescută. Personalitățile nestăpînite acționează dominate de impuls, fără a avea în cîmpul conștiinței urmările actelor săvîrșite (printre aceste personalități se recrutează alcoolicii cronici; de asemenea, indivizii cu această structură au multiple raporturi sexuale, iar fidelitatea se menține atîta timp cît subiectul nu este tentat de alt partener). Personalitățile nestăpînite respectă foarte greu normele morale, comit cu ușurință acte antisociale, dar nu acte premeditate. Sînt personalități primitive, cărora în patologia psihică le corespunde ceea ce LEONHARD numește psihopatia epileptoidă. În adolescență, mai ales, acești indivizi au reacții de fugă (fuga impulsivă), motivate sau nu de un eveniment exterior (chiar dacă sînt motivate, reacțiile sînt disproporționate, comparativ cu intensitatea evenimentului, cu forța lui obiectivă de a declanșa stări afective profund negative). Criminalitatea, în forma ei brutală și primară este, de asemenea, specifică personalității impulsive. Sub aspectul proceselor cognitive, personalitățile nestăpînite se caracterizează prin: lentoare ideativă, abilitate restrînsă în sesizarea relațiilor, capacitate redusă de abstractizare, cu centrare asupra elementelor concrete și, mai ales, a amănuntelor (exagerarea detaliului). LEONHARD consideră că educarea copiilor cu o astfel de personalitate este deosebit de dificilă, dat fiind faptul că la ei domină impulsunile și instinctele.

139. **NESTIATRIC** (cf. gr. *nesteia* „post, abstenență de la mîncare”; *iatreia* „tratament”) —

sin. **NESTOTERAPIE** ● Tratament bazat pe cura de foame, abandonat astăzi. Nu trebuie asimilat cu terapiile adjuvante din cura de slăbire.

140. **NETTO-LONGCAPS^(M)** RFG — DCI *Fen-termină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip α , α -dimetilfenetilamină, cu efecte simpaticomimetice și anorexigene, utilizat și în combaterea obezității secundare curei îndelungate cu neuroleptice → **PSIHOSTIMULENTE**.

141. **NEUCETIN^(M)** Japonia — DCI *Benactizina* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-dietilaminoetil benzilat, cu acțiune anxiolitică



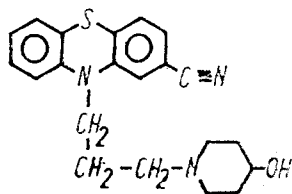
sedativă medie, dar cu bune efecte anticolinergice, centrale și periferice. Are o acțiune proconvulsivantă; în timpul tratamentului se impune interdicția consumului de alcool.

142. **NEUCHLONIC^(M)** Japonia — DCI *Nitro-zepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, realizînd un somn aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **NITRAZEPAM^(M)**.

143. **NEUCOLIS^(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.

144. **NEULACTIL^(M)** Anglia, Danemarca, Finlanda ● Neuroleptic derivat fenotiazinic → **NEULEPTIL^(M)**.

145. **NEULEPTIL^(M)** Austria, Belgia, Canada, Elveția, Franța, Grecia, Italia, Iugoslavia, Olanda — DCI *Periciazină* ● Neuroleptic, derivat fenotiazinic



nic de tip 10-13-(4-hidroxipiperidino)propilfenotiazin-2-carbonitril, indicat în tulburări comportamentale ale adolescenților, vîrstnicilor, în tratamentul de întreținere al psihozelor cronice și în combaterea algilor de origine centrală, avînd o bună toleranță. Produși farmaceutici similari:

AOLEPT ^(M)	RFG
APAMIN ^(M)	Japonia
IRIYAKIN ^(M)	Japonia
NEMACTIL ^(M)	Spania

146. **NEUMANN-COHN^(B)** boală ● Formă extrem de rară de demență progresivă, cu debut în presenium, al cărei substrat morfopatologic îl constituie glioza subcorticală primitivă, însoțită de o demielinizare frustă. J. HERMAN inventaria, în 1978, în literatura mondială, numai 13 descrieri de cazuri ale acestei boli.

147. **NEUMAX^(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).

148. **NEUPERIL^(M)** Finlanda ● Neuroleptic, derivat fenotiazinic $\xrightarrow{\text{sin}}$ NEULEPTIL^(M).

149. **NEURACEN^(M)** RFG — DCI *Beclamidă* ● Psihotrop de tip N-benzil-3-clor-propionamid, cu acțiune sedativă, în tulburările de comportament, și moderat anticonvulsivantă. Nu are nici o contraindicație și nu creează dependență. Potențează acțiunea neurolepticelor și a anticonvulsivantelor.

150. **NEURACTIL^(M)** Anglia — DCI *Levomepromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip (—)-10-(3-dimetilamino-2-metilpropil)-2-metoxifenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, valențe antidepressivă și anxiolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de LEVOMEPRMAZIN^(M).

151. **NEURAMATE^(M)** SUA — DCI *Meprobam* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandioli 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 MEPROBAMAT^(M).

152. **NEUR(O)-** (cf. gr. *neuron* „nerv”) ● Element de compunere care introduce referirea la nervi, la sistemul nervos.

153. **NEURASTENIE^(B)** (cf. *neur(o)-*; gr. *astheneia* „slăbiciune”) ● Afecțiune psihogenă, exprimată clinic printr-o complexitate de tulburări psihice și somatice, grupate în mod dominant în jurul sindromului astenic caracteristic. După ce a fost lansată de medicul american G. M. BEARD (1869) și a devenit o boală „la modă”, „un rău funcțional”, ca expresie a industrializării, accelerării ritmului de viață, o „boală a civilizației”, în mod paradoxal, după 1920, neurastenia intră în regres pe continentul de origine și traversează oceanul în Europa, unde conferă o „demitate nosografică” (LEBOVICI) stărilor de oboseală, ce constituiau frecvent motiv de consultare a cabinetelor medicale, fără a fi totdeauna depresii mascate. FREUD o înglobează chiar alături de psihastenie, în cadrul a ceea ce el a denumit nevroza actuală. Bine delimitată de la început de isterie, hipocondrie și psihoze, discuțiile purtate la începutul secolului asupra neurasteniei s-au axat mai ale spe problema dacă este o boală de sine stătătoare sau este numai expresia „nervoasă” a unei boli organice. Pentru a deosebi adevărată neurastenie de simptomele asemănătoare ce însoțesc o boală somatică (boli infecțioase, intoxicații, traumatisme cranio-cerebrale) sau precedă instalarea unei psihoze (ca de exemplu, schizofrenia sau paralizia generală), se folosește termenul de pseudoastenie sau sindrom neurastenic.

Termenul de distonie neurovegetativă este folosit, cu același interes, de către interniști sau specialiști în medicină generală și mult mai rar de către psihiatri, (în mod cu totul nejustificat). Deși și-a câștigat un loc stabil în rîndul afecțiunilor psihogene, ca proces nevrotic comun, ce se desfășoară pe un fundal astenic, unii autori (POROT, LEBOVICI) sînt de părere că termenul de neurastenie este, în zilele noastre, pe cale de dispariție. Aceiași autori amintesc că, spre deosebire de psihiatria clasică, ce considera neurastenia drept un element fundamental al nevrozelor, iar acestea ca pe niște complicații intervenite în evoluția sa, nosologia modernă tinde să o înglobeze în cadrul depresiei nevrotice.

Școala românească plasează neurastenia în rîndul grupului mare al nevrozelor, alături de nevroza obsesiv-fobică, nevrozele mixte și nevroza isterică (A. KREINDLER, C. PARHON-ȘTEFĂNESCU, C. BELCIUGĂȚEANU, V. PREDESCU). Descrișă ca o „oboseală”, o „epuizare a sistemului nervos în general” (dar nu a minții!), o „slăbiciune iritativă”, o „hiperestezie a organelor de simț”, o „iritatie spinală”, neurastenia este, în viziunea lui A. KREINDLER, o boală a creierului, determinată de un factor psihogen, la baza căreia stă o tulburare în dinamica scoarței cerebrale, tradusă clinic prin semne somatice și psihice. Și în cazul acestei boli au existat (ca de altfel și pentru alte boli psihice, după moda începutului de secol) încercări de core-

lare cu tipul constituțional, respectiv leptozomul lui KRETSCHMER sau ectomorful lui SHEL-DON.

Disproporția între efortul fizic/psihic (LANGHLEN), suprasolicitarea (HERRICH), intoleranța la stress, nedescărcarea libidinală (FREUD) nu sînt decît argumente care pledează pentru o etiologie plurifactorială, cu factori predispozanți, favorizanti și determinanți → NEVROZĂ.

Date epidemiologice exacte lipsesc (din cauza lipsei de consens psihiatric internațional), dar ele sînt apreciate la 5,1% ca prevalență, și 2,7% din toate bolile psihice (PREDESCU); neurastenیا se manifestă cu precădere la vîrsta activă (25—50 ani) și mai ales la femei.

Diagnosticul pozitiv trebuie să identifice, pe fundalul simptomatologiei nevrotice generale, elementele definitorii ale sindromului astenic (astenie, fatigabilitate, cefalee, dispoziție tristă):

- Astenie — fizică și psihică (permanentă oboseală, fără legătură cu efortul, senzație de epuizare maximă dimineața și ameliorată seara); determină secundar hipoprosexie, discretă hipomnezie de fixare și evocare, fatigabilitate permanentă.
- Cefalee — „în cască” sau occipito-cervicală, greu de localizat, deseori legată de emoții negative, frustrări; poate fi însoțită de tulburări parestezice, hiperhidroză palmară.
- Dispoziție tristă — prin scăderea tonusului psihic; participare afectivă cu sentimentul tristeții și inferiorității, generat de situația subiectului.
- Hipersomnie și somnolență diurnă (la debut).

Pot surveni și alte fenomene neurologice și viscero-vegetative funcționale, echivalente ale iritabilității și excitabilității crescute:

- manifestări cardiovasculare: crize de palpitații, hipotimii, pseudoangor, accese de tahicardie („cord iritabil”), „astenie neuro-circulatorie”;
- manifestări digestive: bară epigastrică, spasme faringiene, colite spasmodice, foame sau sete paroxistică;
- manifestări genito-urinare: dureri abdominale no-pelvine, cistalgii, polakiurie, crize posturice, inhibiție sexuală;
- manifestări neurologice senzoriale sau musculare: astenopie, cefalee, lombalgii, alгии posturale, prurit, zgomote în urechi, crize vertiginose cu senzație de instabilitate în mers, hiperestezie generalizată.

Ionograma serică poate evidenția tulburări în metabolismul calciului, fosforului și potasiului. Contactul medic-pacient este eficient, bolnavul fiind deosebit de cooperant, dornic de vindecare, deseori parcurgînd, pentru cîștigarea acesteia, multiple examinări medicale. Examenle complementare: electrocardiogramă, electroencefalo-

gramă, explorările radiologice, ca și investigațiile de laborator ajută pentru diferențierea de sindroame neurasteniforme din boli organice cu substrat lezional, fond vascular modificat. Examenle psihologice arată fatigabilitate, hipoprosexie, hipomnezie de fixare.

Diagnosticul diferențial are în vedere, în primul rînd, excluderea unui fond organic: afecțiuni psihice de etiologie toxică sau infecțioasă — toxicomanii (prin evidențierea ingestiei, impregnării și prezența fenomenelor de abstenență); paralizie generală progresivă la debut (prin prezența semnelor neurologice și serologice specifice); tulburări psihice cu componentă astenică din bolile organice și neurologice: meningite și meningoencefalite, tumori, traumatisme cranio-cerebrale, scleroză în plăci, nevralgii etc., prin evidențierea semnelor neurologice și a sindromului umoral specific fiecărei entități în parte; tulburări psihice cu componentă astenică din boli somatice generale, la debut și în final (bolile infecțioase, endocrine, metabolice etc., prin simptome caracteristice și examene paraclinice specifice).

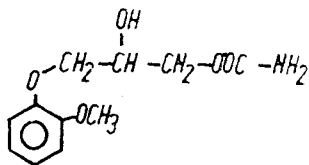
Urmează delimitarea (uneori destul de dificilă) de: psihoze (disociative, depresive, de involuție, puerperale) prin elementele definitorii ale schizofreniei, psihoza maniacodepresivă (PMD)/episod depresiv, melancoliei de involuție, psihozelor postpartum; nu intră în discuție PMD/episodul maniacal și nici psihoza paranoică. Se exclud: decompensări de intensitate nevrotică și componenta astenică la personalități dizarmonice, prin criteriile dizarmonice; reacții, prin legătura nemijlocită cu cauza declanșatoare și prezența inițială a coloraturii depresive; restul nevrozelor, prin prezența elementelor definitorii specifice fiecărei forme în parte și absența sau intensitatea redusă a asteniei.

Evoluția este defavorabilă, comparativ cu alte tipuri de nevroze; deși 2/3 din cazuri se vindecă, la 1/3 evoluția este trenantă, cu risc de cronicizare.

154. NEURASTENIFORM VASCULAR^(S) sindrom (vezi *neurastenie*; lat. *forma*; cf. fr. *vasculaire*; vezi lat. *vasculum* „vas mic”) ● Caracterizat prin: astenie, cefalee, insomnie, labilitate emoțională, uneori anxietate sau depresie. Apare insidios, după 45 ani, și este determinat de insuficiența circulatorie cerebrală cronică arterio-sclerotică. Paraclinic, se remarcă modificări caracteristice ale fundului de ochi, iar umoral, hipercolesterolemie, hiperlipidemie, hiperbetaipoproteinemie.

155. NEURAXIN^(M), SUA — DCI Metocarbamol ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip

3-(0-metoxifenoxi)-1, 2-propandiol 1-carbamat, cu acțiune predominant miorelaxantă și anxiolitic sedativă secundară. Are și valențe analgezice.



156. **NEURAZINE^(M)** Egipt — DCI *Caripromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil) fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anesteziecilor, hipnoticilor și analgezicilor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **CLODELAZIN^(M)**.

157. **NEURISTAN^(M)** Argentina — DCI *Trimetozină* ● Tranchilizant cu structură chimică aparte, de tip 4-(3, 4, 5-trimetoxibenzoil) morfolină, cu acțiune anxiolitică și sedativă; nu are valențe miorelaxante. Nu influențează reflexele conducătorilor auto, fiind util în tratamentul ambulator.

158. **NEUROADAPTARE** (cf. *neuro-*; lat. *adaptare* „a potrivi”) ● Termen folosit pentru a descrie efectele care apar ca urmare a administrării de substanțe opioide, în momentul întreruperii drogului. Are un sens apropiat de cel al dependenței fizice, dar, după părerea unor autori (J. H. JAFFE, 1985), folosirea acestuia din urmă creează confuzii cu termenul de sindrom de dependență.

159. **NEUROANEMIC^(S) sindrom** (cf. gr. *neuron* „nerv”; an- prefix privativ; *haima* „sânge”) — sin. **LICHTHEIM^(B) boală** ● Hemopatie gravă, descrisă de LICHTHEIM în 1887, care asociază unui sindrom anemic (cașexie, paloare, astenie pronunțată) un sindrom neurologic (parestezii, sindrom piramidal, paraplegii). Variabil, pot fi întâlnite diferite tulburări la nivelul tractului digestiv: stomatite, glosite, esofagite, tulburări de tranzit.

Etiologia pare a fi legată de factorul extrinsec. Anatomopatologic pot fi constatate leziuni degenerative ale măduvei spinării (coordonatele posterioare și laterale), ale encefalului și nervilor periferici. În absența tratamentului de substituție cu vitamina B₁₂ și acid folic, evoluția este letală.

160. **NEUROANGIOMATOZĂ ENCEFALOFACIALĂ** (cf. *neuro-*; gr. *angeion* „vas”; sufix *-oma* „tumoare”; *enkephalos* „creier”; lat. *facies* „față”)

— sin. **ANGIOM CUTANEOCEREBRAL**; **ANGIOMATOZĂ ENCEFALOTRIGEMINALĂ**; **ANGIOMATOZĂ MENINGO-OCULO-FACIALĂ**; **DISPLAZIE CONGENITALĂ NEUROECTODERMALĂ**; **ECTODERMATOZĂ CEREBRALĂ**; **KALISCHER^(S) sindrom**; **KRABBE^(S) sindrom**; **LAWFOR^(S) sindrom**; **MILLES^(S) sindrom**; **PARKES-WEBER-OSLER-DIMITRI^(S) sindrom**; **STURGE^(S) sindrom**; **STURGE-WEBER-KRABBE-BRUSCHFIELD-WYOTT^(S) sindrom**; **WEBER^(S) sindrom**;

sin. **WEBER-DIMITRI^(S) sindrom** → **STURGE-WEBER-KRABBE^(B) boală**.

161. **NEUROBELLAL^(MC) RFG** ● Produs terapeutic care conține mai multe medicamente a căror acțiune se completează. Este compus din: **BELLADONĂ**, extract de **SECARĂ CORNUTĂ**, **METILFENOBARBITAL**, **FENOBARBITAL**. Are acțiune sedativă asupra sistemului nervos vegetativ și antispastică. Diminuează reflexele conducătorilor auto.

162. **NEUROBENZILE^(M) Italia** — DCI *Zenacizină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-dietilaminoetil benzilat, cu acțiune anxiolitică sedativă medie, dar cu bune efecte anticolinergice, centrale și periferice. Are acțiune proconvulsivantă; se interzice consumul de alcool în timpul tratamentului.

163. **NEUROCALM^(M) RFG** — DCI *Triptofan* ● Psihotrop de tip L-Triptofan, cu acțiune sedativ-hipnotică. Este indicat în insomniile de adormire și potențează acțiunea antidepressivelor (în special, a triciclicilor și IMAO), a sărurilor de litru, precum și a sedativelor. Se va administra cu prudență, putând produce creșterea tensiunii arteriale.

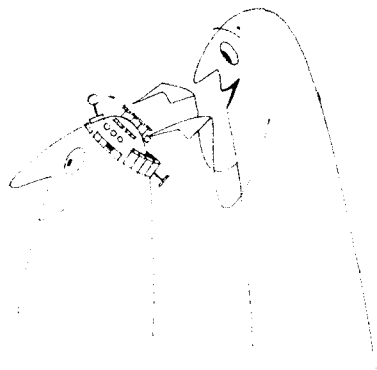
164. **NEUROCHIRURGIE** (cf. *neuro-*; gr. *cheiourgia* „lucru efectuat manual”) ● Ramură chirurgicală care se ocupă de afecțiunile sistemului nervos. Istoricul neurochirurgiei pare să înceapă în era neolitică, așa cum atestă craniile prezentând trepanații de diferite tipuri, descoperite în Bretania, nordul Germaniei, Suedia, Danemarca, America de Sud, insulele din Oceanul Pacific. În mormintele incașilor din Peru, datînd de 3000—1000 de ani, pe lângă craniile trepanate, s-au descoperit instrumente chirurgicale — chiurete, cuțite, foarfeci — și foite de aur cu rol de acoperire a defectului osos. Vechea civilizație egipteană, medicina Greciei antice și a Romei antice aveau noțiuni de teorie și practică neurochirurgicală. În secolele următoare, progresele realizate au fost relativ mici și abia introducerea aseptiei și antisepției a determinat, în ultimele decenii ale secolului al XIX-lea, realizările lui PUSSEP (Rusia), HARSLEY (Anglia), FELISET (Franța), von BRUNS (Germania), în neurochirurgie.

În secolul al XX-lea, cercetările de electrofiziologie, radiologie biofizică și biochimie etc. au permis dezvoltarea pe care o cunoaște astăzi această ramură a chirurgiei. În țara noastră, fondatorul neurochirurgiei a fost D. BAGDASAR.

Observațiile clinice efectuate pe bolnavi cu diferite afecțiuni neurochirurgicale, înainte și după intervenții, a furnizat date importante psihologiei și psihiatriei, făcând posibilă o corelare mai exactă a simptomatologiei psihice cu diferitele localizări și cu tipul de afecțiune organică.

Colaborarea psihiatriei cu neurochirurgia s-a extins din 1936 și în domeniul endogeniilor. În acei ani, Moniz EGAS și Almeida LIMA au efectuat prima leucotomie prefrontală, pe care au recomandat-o în terapia formelor grave de schizofrenie, cu agitație psihomotorie marcată. Terapia electroconvulsivantă și chimioterapia au redus indicațiile metodei, dar deceniile următoare propun această intervenție în depresia de involuție, stări anxioase psihotice și chiar în nevroza obsesiv-fobică, rezistentă la tratament.

165. **NEUROCIBERNETICĂ** (cf. *neuro-*; gr. *kybernan* „a conduce”) ● Domeniu particular al ciberneticii, care a luat naștere din aplicarea concepțiilor acesteia în studiul sistemului nervos. Utilizând legile și mecanismele generale ale ciberneticii, neurocibernetica oferă modele ale sistemului nervos care caută să se apropie cât mai mult de realitatea obiectivă, de modelul natural al funcționalității nervoase. Sistemul nervos are, din punct de vedere informațional, rol de comandă și control al întregului organism, constituind și suportul neuroanatomic al psihismului. Pentru



a-și îndeplini aceste roluri, sistemul nervos s-a perfecționat în prelucrarea informațiilor, funcție obligatorie pentru orice fenomen de reglare. El culege, prin intermediul interoceptorilor și exteroceptorilor, informații din mediul intern și extern,

pe care le prelucrează, integrează, interpretează, elaborând, în funcție de acestea, răspunsuri cu efect autoreglator. Datorită structurii în rețea și a faptului că poate recepționa informații de natură diferită (unde acustice, luminoase, molecule, variații de presiune) sub aceeași formă, de stimul nervos modulat în frecvență, sistemul nervos permite adaptarea complexă a organismului la mediu. Perturbarea mecanismelor de autoreglare duce la apariția fenomenului de boală; disfuncții neurovegetative în stadiile inițiale, leziuni reversibile ulterior și, apoi, ireversibile.

Implicațiile majore asupra psihicului pot fi observate, mai ales, în afecțiunile psihice de natură organică cerebrală, determinate de traumatisme, tumori, infecții etc. ale țesutului nervos.

166. **NEUROCIL^(M)** RFG ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LEVOMEPRMAZIN^(M) România.

167. **NEURO-CRANIT^(M)** Grecia — DCI *Vincamină* ● Psihotrop, reglator metabolic de tip 13a-eti-2, 3, 5, 6, 12, 13, 13a, 13b-octahidro-12-hidroxi-1H-indol(3, 2, 1)pirido(3, 2, 1)(1, 5)naftiridină-12-acid carboxilic, cu acțiune asupra metabolismului cerebral. Este indicat în gerontopsihiatrie, stări psihopatoide.

168. **NEURODINIE** (cf. *neuro-*; gr. *odyne* „durere”) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NEURALGIE.

169. **NEURODYNAMICUM^(M)** Spania — DCI *Citicolidă* ● Psihostimulent cu o structură chimică particulară de tip colină-citidină 5'-ester pirofosfat, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă, practic fără efecte simpaticomimetice.

170. **NEUROECTODERMATOZĂ (ROGER)** (cf. *neuro-*; gr. *ektos* „în afară”; *derma* „piele”) — sin. DISPLAZIE NEUROECTODERMICĂ CONGENITALĂ (von BOGAERT); GENĂ NEURODERMATOZICĂ (Cornil KISSEL) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ FACOMATOZĂ.

171. **NEUROFONIE** (cf. *neuro-*; gr. *phone* „sunet, voce”) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LĂTRĂTOR^(D) delir.

172. **NEUROGEN** (cf. *neuro-*; gr. *gennan* „a produce”) ● Ceea ce este determinat de sistemul nervos.

173. **NEUROLAX^(M)** Bulgaria — DCI *Hidroxyzin* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-[2-(4-(p-clor- α -fenilbenzil)1-piperazinil)-etoxil]etanol, cu acțiune sedativă centrală, antihistaminică și anxiolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de HIDROXIZIN^(M).

174. **NEUROLEPSIN**^(M) Austria ● Timoizoleptic, sare de litiu $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **CARBONAT DE LITIU**^(M) România.

175. **NEUROLEPTANALGEZIE** (cf. *neuro-* ; gr. *lepsis* „fixare” ; *analgesia* „insensibilitate la durere”) ● Procedeu care tinde să înlocuiască analgezia clasică în intervențiile chirurgicale. Constă în asocierea unui neuroleptic, de obicei sedativ, cu un analgezic puternic. Asocierea se realizează ca urmare a combinării celor două principii terapeutice de către medicul anestezist sau prin produse tipizate (Thalamonal, Innovar etc.). Pe lângă analgezia necesară se obține și o stare psihică a bolnavului utilă intervenției, caracterizată prin indiferență, și liniștire motorie ; menținerea acestuia în stare conștientă permite colaborarea cu echipa operatorie. În cazul în care neurolepticul se asociază anesteziei generale, metoda poartă numele de neuroleptanestezie.

176. **NEUROLEPTICE** (cf. *neuro-* ; gr. *lepsis* ● Substanțe cu efect antipsihotic, a căror utilizare în tratamentul bolilor psihice a însemnat „a treia revoluție în psihiatrie”. Termenul a fost introdus de J. DELAY, înlocuind denumirile mai vechi de „neurolitic” (LABORIT) și „neuroplegic” (termen conceput prin analogie cu ganglioplegicele).

Istoricul apariției neurolepticelor coincide cu istoricul psihofarmacologiei, ele fiind primele substanțe cu efecte certe asupra bolilor psihice. După primele lor aplicații clinice, se dezvoltă o multitudine de studii, ipoteze, idei teoretice și practice, fundamentându-se astfel, psihiatria biologică.

Primele fenotiazine au fost sintetizate de P. CHARPENTIER după 1944, ele fiind inițial concepute și testate ca antihistaminice ; precursorii clorpromazinei (CPZ) au fost : promazina, prometazina, dietazina.

Descoperirea neurolepticelor a pornit de la cercetările chirurgului LABORIT, făcute în scopul combaterii șocului chirurgical. Acesta, împreună cu P. MORAND (1947) au plecat în cercetările lor de la rolul pe care acetilcolina îl are în șocul traumatic. LERICHE, REILLY și SELYE demonstrează că șocul este rezultatul unor reacții exagerate de apărare față de stres. Aceste reacții exagerate au putut fi combătute prin simpaticotomie (1948) chimică prin curare. Aceste premise au condus la studii în vederea descoperirii unor noi substanțe pentru combaterea reacțiilor simpatice și parasimpatice exacerbate de anumite condiții.

În 1949, LABORIT introduce antihistaminicele în chirurgie, apreciind activitatea centrală a acestora și capacitatea lor de combatere a șocului chirurgical în așa-numitele „amestecuri litice”.

Din folosirea pe scară largă a antihistaminicelor în tratamentul bolilor alergice, au rezultat observații asupra efectelor centrale ale acestora, greșit interpretate inițial ca „efecte secundare sedative”.

Primele încercări de întrebuintare în psihiatrie a fenotiazinelor (prometazina și dietazina) au fost făcute de GUIRAUD și SIGWALD, independent de cercetările lui LABORIT ; ei s-au arătat satisfăcuți de efectele acestor substanțe, fără să sesizeze însă saltul calitativ terapeutic.

În octombrie 1950, P. CHARPENTIER sintetizează, pornind de la compusul promazină, compusul clorpromazină, care, supus testelor farmacologice, a dovedit însușiri „litice” optime. Producând efecte atât simpatico-cît și parasimpaticolitice, abolirea reflexelor condiționate și efecte antihistaminice minime, clorpromazina era substanța postulatată teoretic de LABORIT. Folosirea acestei substanțe a condus rapid la sesizarea efectelor ei intense „cathartice”. LABORIT a încercat cointeresarea colegilor săi psihiatri de la spitalul Val de Grace, HAMON, PARAIRE și VELLUZ, rezultatul fiind apariția, în februarie 1952, a primului raport despre efectele deosebite ale clorpromazinei asupra unui caz de excitație maniacală. Substanța fusese deja folosită de SIGWALD, cu circa o lună mai devreme, dar comunicarea acestuia despre rezultatele aplicării ei va apărea mult mai târziu, în aprilie 1953.

DELAY și DENIKER au început folosirea clorpromazinei pe scară largă la spitalul St. Anne, în martie 1952 prezentându-și rezultatele cu ocazia centenarului Societății Medico-Psihologice din Paris, manifestare de prestigiu, cu răsunet internațional ; lor li se atribuie meritul introducerii neurolepticelor în psihiatrie. Cu aceasta începe o nouă epocă în psihiatrie, epoca psihofarmacologiei, marcată de modificări radicale în posibilitățile de terapie a bolilor psihice, care au determinat modificări ale tabloului psihopatologic și ale evoluției bolilor psihice, precum și o umanizare accentuată a spitalelor psihiatrice, de unde treptat încep să dispară cămășile de forță, împachetările și dușurile reci, grațiile etc.

Între 1952—1954, ciștișind teren, terapia cu CPZ se răspîndește în majoritatea țărilor. CPZ capătă, datorită însușirilor sale deosebite, denumirea comercială de Largactil (spectru larg de acțiune) ; între 1954—1957, se sintetizează noi compuși, apar observații asupra sindromului extrapiramidal, se fac încercări de tratament cu doze variind de la cele uzuale la megadoze (pînă la 4000 mg zilnic), totul în scopul de a găsi doza optimă, cu eficacitate terapeutică maximă. Între 1958—1963 se sintetizează alte fenotiazine : flufenazina, tioridazina (prima piperidină), apar butirfenonele (haloperidolul, sintetizat de A. P. JANSSEN), tioxartenele (clorprotixenul, sintetizat de P. V. PETERSEN). Între anii 1964—1969 apar neuro-

lepticele cu acțiune prelungită, se cristalizează observațiile asupra efectului antipsihotic, sesizându-se modificarea tabloului psihopatologic al schizofreniei sub impactul terapiei neuroleptice — SNEJNEVSKI, 1965, iar în 1967, la al doilea Simpozion Internațional despre fenotiazine, BRODIE face observația pertinentă asupra posibilei legături dintre efectele antipsihotice ale CPZ și acțiunea antidopaminică a acestora la nivelul nucleuluicaudal. Perioada deceniului opt și nouă este marcată de apariția unor noi forme de prezentare și posologii în tratamentul antipsihotic, precum și a numeroase studii sistematice asupra mecanismelor de acțiune a neurolepticelor, în strînsă legătură cu ipotezele etiopatogenice, biochimice ale psihozelor.

Definiția neurolepticelor (NL) — DELAY și DENIKER, (1957) sînt autorii unei definiții de profil, satisfăcătoare și astăzi, bazate pe următoarele criterii :

- crearea unei stări de indiferență psihomotorie ;
- diminuarea stărilor de excitație, agitație și a episoadelor maniacale ;
- acțiune favorabilă în stările psihotice acute sau cronice ;
- producerea de efecte neurologice extrapiramidale și vegetative ;
- acțiune predominant subcorticală.

Criterii de clasificare :

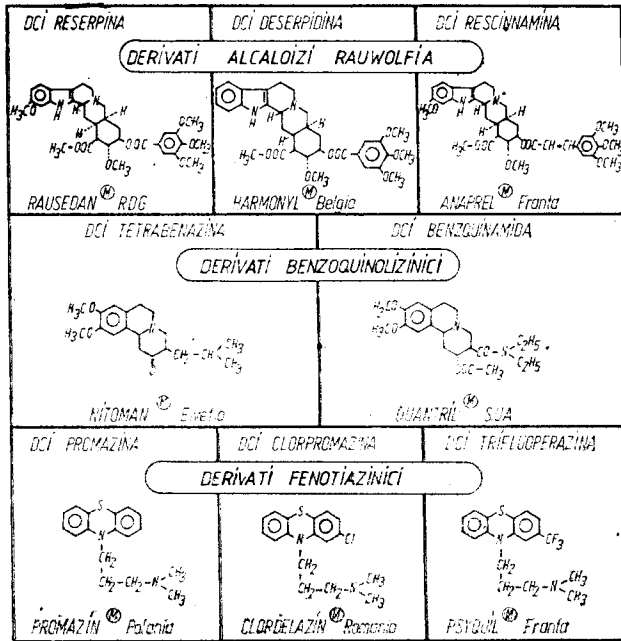
- *Structura chimică :*

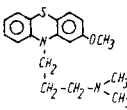
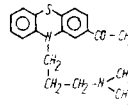
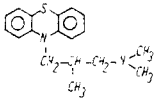
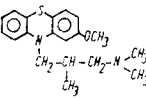
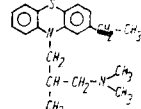
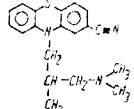
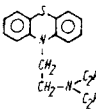
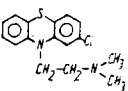
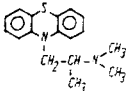
● <i>Alcaloizi de Rauwolfia :</i>		
Reserpină (DCI) :	RESERPINA ^(M) RESERPINI ^(M)	România Danemarca, Iugoslavia, Cehoslovacia, SUA
...	SERPASIL ^(M)	Anglia, Austria, Belgia Canada, Danemarca, Elveția, Franța, Finlanda, Grecia, Italia, Iugoslavia, Olanda, RFG, Turcia
Deserpidină (DCI) :	HARMONYL ^(M)	Anglia, Belgia, Grecia, SUA
Rescamină (DCI) :	CINNASIL ^(M) RAUPYROL ^(M) RESCITENS ^(M)	SUA Elveția Italia
● <i>Derivați benzokinoliziniци :</i>		
Tetrabenazină (DCI) :	NITOMAN ^(M) REGULIN ^(M)	Anglia, Elveția, Danemarca Japonia
Benziquinamidă (DCI) :	EMETE-CON ^(M) EMETICON ^(M) QUANTRYL ^(M)	SUA SUA SUA
● <i>Derivați fenotiazinici :</i>		
— <i>Derivați aminoalkilfenotiazinici :</i>		
Promazină (DCI) :	ROMTIAZIN ^(M) CENTRACTYL ^(M) PROMAZIN ^(M)	România RFG Polonia
Clorpromazină (DCI) :	CLORDELAZIN ^(M) CHLORPROMAZIN ^(M) LARGACTIL ^(M)	România SUA Anglia, Austria, Belgia, Danemarca, Elveția, Franța, Grecia, Italia, Olanda, Turcia
...	MEGAPHEN ^(M)	RFG
Trifluorpromazină (DCI) :	FLUMAZIN ^(M) PSYQUIL ^(M) SIQUIL ^(M)	Turcia Austria, Elveția, Franța, RFG Belgia, Elveția, Olanda
Metopromazină (DCI) :	MOPAZIN ^(M) TENTONE ^(M)	Franța SUA
Acepromazină (DCI) :	ACETAZIN ^(M) PLEGICIN ^(M)	URSS Danemarca, Elveția, Franța, Spania, Turcia
Ălitemazină (DCI) :	REPELTIN ^(M) THERALENE ^(M)	RFG Belgia, Elveția, RFG

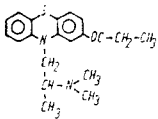
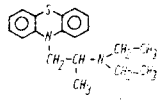
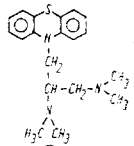
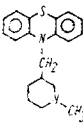
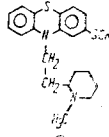
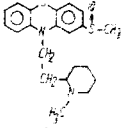
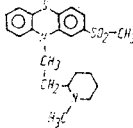
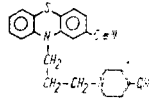
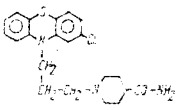
Levomepromazină (DCI):	LEVOMEPROMAZIN ^(M) NOZINAN ^(M)	România Austria, Belgia, Danemarca, Elveția, Franța, Finlanda, Grecia
	TISERCIN ^(M) VERACTIL ^(M)	Ungaria Anglia
Etimemazină (DCI):	DIQUEL ^(M) SERGETIL ^(M)	SUA Elveția, Franța
Ciamemazină (DCI):	CIANATIL ^(M)	Franța
Dietazină (DCI):	ANTIPAR ^(M) DINEZIN ^(M) LATIBON ^(M) PARKAZINE ^(M) THAIANTAN ^(M)	Italia URSS RFG Ungaria RDG
Clorfenetazină (DCI):	ELROQUIL ^(M) MAROPHEN ^(M)	RDG RDG
Prometazină (DCI):	ROMERGAN ^(M) FENERGAN ^(M) PHENERGAN ^(M)	România Spania, Portugalia Anglia, Austria, Belgia, Danemarca, Elveția, Franța, Grecia, Iugoslavia, Olanda, SUA
	SIGAZINE ^(M)	SUA
Propriomazină (DCI):	DOREVANE ^(M) SERENTIN ^(M)	Franța Franța
Profenamină (DCI):	DIBUTIL ^(M) PARFEZIN ^(M) RODIPAL ^(M)	RFG URSS RDG
Aminopromazină (DCI):	LISPAMOL ^(M) LORUSIL ^(M)	Canada, Franța RFG
— Derivați piperidilalkilfenotiazinici :		
Pecazină (DCI):	MEPASIN ^(M) SERAL ^(M)	URSS Italia
Tioridazină (DCI):	TIORIDAZIN ^(M) MELLERIL ^(M)	România Anglia, Austria, Belgia, Danemarca, Elveția, Franța, Finlanda, Grecia, Italia, Iugoslavia, Mexic, Olanda, RFG, Turcia
Mesoridazină (DCI):	LIDANAR ^(M)	Austria, Elveția, Turcia
Sulforidazină (DCI):	IMAGOTAN ^(M)	Elveția, Spania
Periciazină (DCI):	AOLEPT ^(M) NEULACTIL ^(M) NEULEPTIL ^(M)	RFG Anglia, Danemarca, Finlanda Austria, Belgia, Canada, Elveția, Franța, Grecia, Iugoslavia, Olanda, Portugalia
Pipamazină (DCI):	NAUSIDOL ^(M) NOMETINE ^(M)	Franța Franța
Metopimazină (DCI):	VOGALEN(E) ^(M)	Canada, Belgia, Grecia, Olanda, Portugalia, Spania
Piperacetazină (DCI):	ACTAZINE ^(M) QUIDE ^(M)	Belgia Canada, SUA
Pipotiazină (DCI):	PIPORTIL ^(M)	Belgia, Franța, Olanda, Spania
Pipotiazină undecilena- nat (DCI):	PIPORTIL M ₂ ^(M)	Belgia, Franța, Olanda
Pipotiazină palmitat (DCI):	PIPORTIL L ₄ ^(M)	Belgia, Franța, Olanda
Perimetazină (DCI):	LEPRIL ^(M)	Franța

— Derivați piperazinilalkilfenotiazinici:

Parazină (DCI):	FERNAZINUM ^(M) TAXILAN ^(M)	Polonia Belgia, Iugoslavia, Olanda
Proclorperazină (DCI):	COMPAZINE ^(M) STEMETIL ^(M)	Australia, SUA Anglia, Australia, Belgia, Danemarca, Elveția, Finlanda, Iugoslavia, Portugalia
Trifluoperazină (DCI):	TÉMENTIL ^(M) STELAZINE ^(M)	Franța Anglia, Austria, Canada, Grecia, Iugoslavia, Mexic, SUA
Tietilperazină (DCI):	TRIPHTAZIN ^(M) TRIPHHAZINUM ^(M)	RDG URSS
Tietilperazină (DCI):	TORECAN ^(M)	Anglia, Austria, Canada, Danemarca, Elveția, Franța, Italia, Iugoslavia, Olanda, Portugalia, RFG, Suedia, Spania, SUA, Turcia, Ungaria
Tiopropoperazină (DCI):	MAJEPTIL ^(M) VONTIL ^(M)	Anglia, Austria, Belgia, Canada, Elveția, Franța, Finlanda, Grecia, Olanda, Turcia SUA
Perfenazină (DCI):	DECENTAN ^(M) TRILAFON ^(M)	Austria, RFG Belgia, Canada, Danemarca, Elveția, Italia, Olanda, Spania, SUA
Perfenazină enantat (DCI):	DECENTAN D ^(M) TRILAFON E ^(M)	RFG Danemarca, Olanda, Suedia

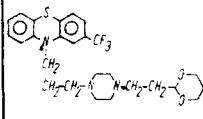
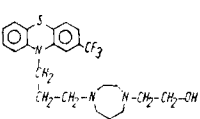
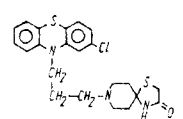
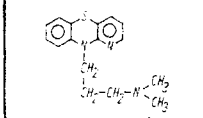
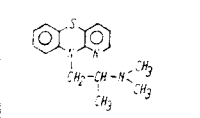
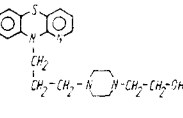
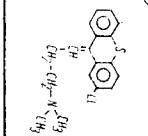
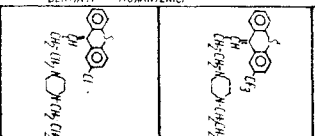
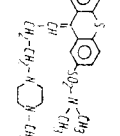


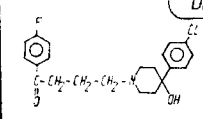
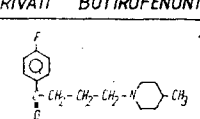
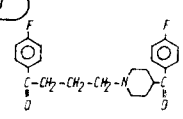
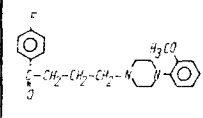
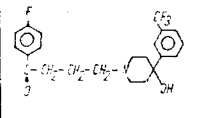
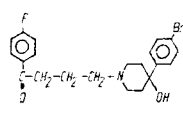
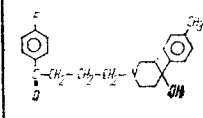
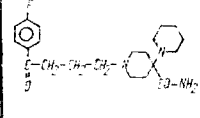
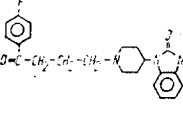
<p>DCI METOPROMAZINA</p>  <p>TENTONE[®] SUA</p>	<p>DCI ACETOPROMAZINA</p>  <p>ACETAZIN[®] URSS</p>	<p>DCI ALIMEMAZINA</p>  <p>THERALÉNE[®] FRANTA</p>
<p>DCI LEMGEMEZOLAZINA</p>  <p>LEVOME-PROMAZINA[®] Romania</p>	<p>DCI ETIMEMAZINA</p>  <p>DIQUEL[®] S.U.A.</p>	<p>DCI CIAMEMAZINA</p>  <p>TERCIAN[®] FRANTA</p>
<p>DCI BRETHAZINA</p>  <p>PARKAZINE[®] Ungaria</p>	<p>DCI CLORFENTHAZINA</p>  <p>MAROPHEN[®] R.D.G.</p>	<p>DCI PROMETAZINA</p>  <p>ROMERGAN[®] Romania</p>

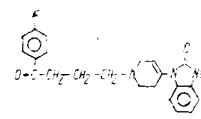
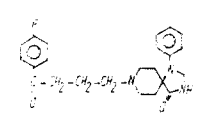
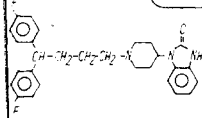
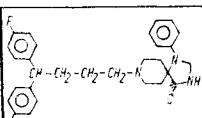
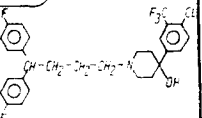
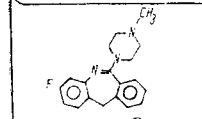
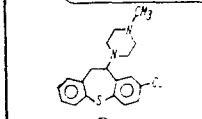
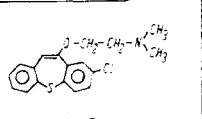
<p>DCI PROPROMAZINA</p>  <p>DORÉVANE[®] FRANTA</p>	<p>DCI PROFENAZINA</p>  <p>RODIPAL[®] R.D.G.</p>	<p>DCI AMINGOPROMAZINA</p>  <p>LORUSIL[®] R.F.F.</p>
<p>DCI PECAZINA</p>  <p>SEPAL[®] ITALIA</p>	<p>DCI TIORIDAZINA</p>  <p>TIORIDAZINA[®] ROMANIA</p>	<p>DCI MESORIDAZINA</p>  <p>INDANE[®] SVIZZA</p>
<p>DCI SULFORIDAZINA</p>  <p>INDOLIZIN[®] POLONIA</p>	<p>DCI PERICIAZINA</p>  <p>NEULEPTIL[®] FRANTA</p>	<p>DCI EPAMAZINA</p>  <p>NAHSIDOL[®] FRANTA</p>

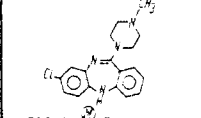
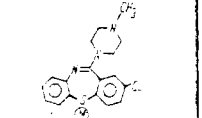
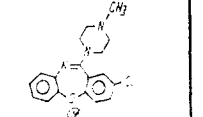
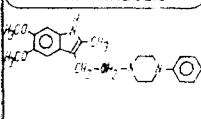
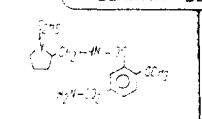
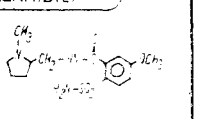
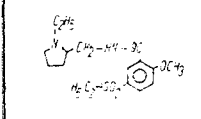
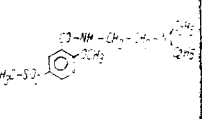
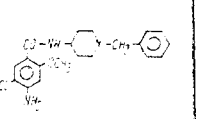
<p>DCI METOPIMAZINA</p> <p>VOGALENE[®] Franța</p>	<p>DCI PIPERACETAZINA</p> <p>ACTAZINE[®] Belgia</p>	<p>DCI PIPTOTIAZINA</p> <p>PIPORTIL[®] Franța</p>
<p>DCI PERIMETAZINA</p> <p>LEPIRYL[®] Franța</p>	<p>DCI PERAZINA</p> <p>TAYLAN[®] R.F.G.</p>	<p>DCI PROCLORPERAZINA</p> <p>STEMETIL[®] Belgia</p>
<p>DCI TRIFLUOPERAZINA</p> <p>TRIFLUOPERAZINA[®] Romaniaa</p>	<p>DCI TETILPERAZINA</p> <p>TOPECAN[®] Ungaria</p>	<p>DCI TIOPROPERAZINA</p> <p>MALEPTIL[®] Franța</p>

<p>DCI PERFENAZINA</p> <p>ETHAPERAZIN[®] URSS</p>	<p>DCI FLUFENAZINA</p> <p>MAODITEN[®] Protiva LYORODIN[®] R.G.</p>	<p>DCI ACETOFENAZINA</p> <p>TINDAL[®] SGA</p>
<p>DCI CARFENAZINA</p> <p>MARFENAZINE[®] SGA</p>	<p>DCI TROPROPAZATE</p> <p>DARPA[®] Elveția</p>	<p>DCI DIXIPAZINA</p> <p>ESUCOJ[®] R.F.G.</p>
<p>DCI BUTAFENAZINA</p> <p>TYMLET[®] R.G.</p>	<p>DCI METAFENAZATE</p> <p>PRENEDIN[®] Ungaria</p>	<p>DCI IMOLOPRAZINA</p> <p>PONSITAL[®] R.F.G.</p>

<p>DCI OXAFLOMAZINA</p>  <p>OXAFLOMAZINE[®] Franța</p>	<p>DCI HOMOFENAZINA</p>  <p>PASADENA[®] R.F.G.</p>	<p>DCI SPICLOMAZINA</p>  <p>DISEPRON[®] Japonia</p>	
<p>DCI PROTIPENDIL</p>  <p>DOMINAL[®] Belgia</p>	<p>DCI ISOTIPENDIL</p>  <p>ANEDANTOL[®] Elvetia</p>	<p>DCI OXIPENDIL</p>  <p>FERYETRAL[®] R.F.G.</p>	
<p>DCI CHLORPROTHIXEN</p>  <p>CHLORPROTHIXEN[®] Cehosl.</p>	<p>DCI CLOPENTIXOL DCI FLUPENTIXOL DERIVATI TIOXANTENICI</p>  <p>SORDINOL[®] Elvetia</p> <p>FLUXANOL[®] Franța</p>		<p>DCI TIXITENS</p>  <p>NAVANE[®] Belgia</p>

<p>DCI HALOPERIDOL</p>  <p>HALOPERIDOL[®] Ungaria</p>	<p>DCI MELPERONA</p>  <p>EUMERPHAN[®] R.F.G.</p>	<p>DCI LENPERONA</p>  <p>ELANONE[®] S.U.A.</p>
<p>DERIVATI BUTIROFENONICI</p>		
<p>DCI FLUANISONE</p>  <p>SEDALANCE[®] Franța</p>	<p>DCI TRIFLUOPERIDOL</p>  <p>TRIPERIDOL[®] Ungaria</p>	<p>DCI BROMPERIDOL</p>  <p>AZUREN[®] Belgia</p>
<p>DCI MOPERONA</p>  <p>MOATREN[®] Elvetia</p>	<p>DCI PIPAMPERONA</p>  <p>PIPAPERON[®] R.F.G.</p>	<p>DCI BENPERIDOL</p>  <p>FRENACTIL[®] Franța</p>

<p>DCI OROPERIDOL</p>  <p>OROPIRIDOL [Ⓢ] URSS</p>		<p>DCI SPIPERONOL</p>  <p>SPIROPERIDOL [Ⓢ] Belgia</p>			
<p>DERIVATI DIFENILBUTILPIPERIDINICI</p>					
<p>DCI PIMOZIDA</p>  <p>PIMAZIDA [Ⓢ] Ungaria</p>		<p>DCI FLUSPIRILENA</p>  <p>IMAP [Ⓢ] Ungaria</p>		<p>DCI PENFLURIDOL</p>  <p>SEMAM [Ⓢ] Belgia</p>	
<p>DCI FLUPERLAPINA</p> <p>DERIV DIBENZAZEPINIC</p>  <p>FLUPERLAPINA [Ⓢ] Suedia</p>		<p>DCI CLOTEPIN</p> <p>DERIVATI DIBENZOTIETINICI</p>  <p>CLOTEPIN [Ⓢ] R.S.S.</p>		<p>DCI ZOTEPINA</p>  <p>ZOTEPINA [Ⓢ] Suedia</p>	

<p>DCI LEONEXA</p> <p>DERIV DIBENZAZAZEPINIC</p>  <p>LEONEXA [Ⓢ] Europa</p>		<p>DCI ETANINE</p> <p>DERIV DIBENZOTIAZEPINIC</p>  <p>ETANINE [Ⓢ] Europa</p>		<p>DCI LOMAPAX</p> <p>DERIV DIBENOXAZEPINIC</p>  <p>LOMAPAX [Ⓢ] Belgia</p>	
<p>DCI MORIT</p> <p>DERIVAT INDOLIC</p>  <p>MORIT [Ⓢ] R.F.I.</p>		<p>SULPİRICA</p> <p>DERIVATI BENZAMIDICI</p>  <p>SULPİRICA [Ⓢ] R.F.I.</p>		<p>DCI SODIAM</p>  <p>SODIAM [Ⓢ] Suedia</p>	
<p>DCI BARNETIC</p>  <p>BARNETIC [Ⓢ] Francia</p>		<p>DCI TIAPRIDOL</p>  <p>TIAPRIDOL [Ⓢ] R.S.S.</p>		<p>DCI VIADOL</p>  <p>VIADOL [Ⓢ] Suedia</p>	

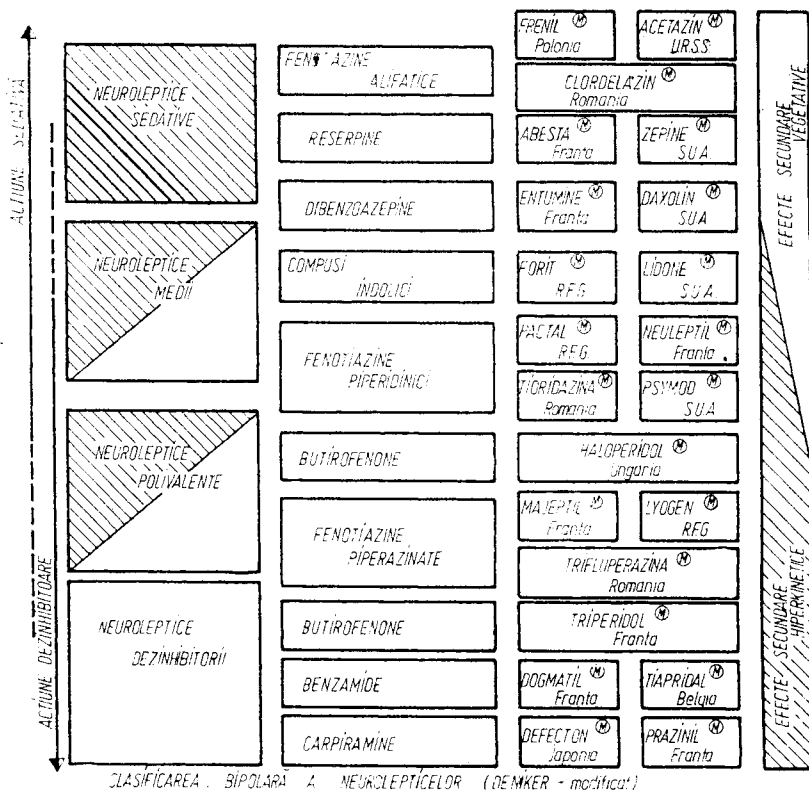
Flufenazină (DCI):	ANATENSOL ^(M) LYOGEN ^(M) MODITEN ^(M) POLIXIN ^(M)	Austria, Italia, Olanda, Ungaria, Austria, Elveția, Iugoslavia, RFG Anglia, Belgia, Canada, Elveția Franța, Grecia, Italia, Olanda, SUA
Flufenazină enantat (DCI):	MODITEN E ^(M) PROLIXIN E ^(M)	Canada, Anglia, Franța SUA
Flufenazină decanoat (DCI):	MODITEN D ^(M) MODECATE D ^(M) PROLIXIN D ^(M)	Belgia, Cehoslovacia, Italia, Iugoslavia Anglia, Australia, Canada, Franța, Grecia, Israel, Ungaria SUA, Turcia
Flufenazină capronat (DCI):	MIRENIL ^(M)	Polonia
Acetofenazină (DCI):	TINDAL ^(M)	Danemarca, Finlanda, SUA
Carfenazină (DCI):	PROKETAZINE ^(M)	SUA
Tiopropazat (DCI):	DARTAL ^(M)	Elveția, Olanda
Dixirazină (DCI):	ESUCOS ^(M)	Austria, Belgia, Danemarca, Elveția, Franța, Italia, RFG, Suedia
Butaperazină (DCI):	NEURONAL R ^(M) TYRYLEN ^(M)	RFG RDG
Metofenazat (DCI):	FRENOLON(E) ^(M)	Elveția, SUA, Ungaria
Imiclopazină (DCI):	PONSITAL ^(M)	RDG
Oxaflumazină (DCI):	OXAFLUMINE ^(M)	Franța
— Derivați homopiperazinilalkilfenotiazinici :		
Homofenazină (DCI):	PASADEN ^(M)	Belgia, Italia, RFG
— Alți derivați de fenotiazină :		
Spiclomazină (DCI):	DICEPLON ^(M) DISEPRON ^(M)	Japonia Japonia
● Derivați azafenotiazinici :		
Protipendil (DCI) :	DOMINAL ^(M) TOLNATE ^(M)	Austria, Belgia, Italia, RFG, Olanda Anglia, SUA
Isotipendil (DCI) :	ANDANTOL ^(M)	Austria, Elveția, Franța, Grecia Italia, RFG
Oxipendil (DCI):	PERVETRAL ^(M)	RFG, SUA
● Derivați tioxanteniici		
Clorprotixen (DCI):	CHLORPROTHIXENI ^(M) PAXYL ^(M) TRUXAL ^(M)	Cehoslovacia Israel Austria, Belgia, Danemarca, Elveția, Finlanda, Iugoslavia, RFG
Clopentixol (DCI) :	CIATYL ^(M) SORDINOL ^(M)	Grecia, RFG Austria, Belgia, Danemarca, Elveția, Finlanda, Italia, Iugoslavia, Olanda, Suedia
Clopentixol decanoat (DCI):	CLOPIXOL ^(M) SORDINOL D ^(M)	Anglia, Elveția Austria, Belgia, Danemarca, Elveția, Finlanda, Olanda
Flupentixol (DCI):	FLUANXOL ^(M)	Anglia, Austria, Belgia, Danemarca, Elveția, Finlanda, Franța, Olanda, RFG, Spania, Suedia

Flupentixol decanoat(DCI):	DEPIXOL ^(M) FLUANXOL D ^(M)	Anglia Austria, Belgia, Danemarca, RFG, Suedia
Tiotixenă(DCI):	NAVANE ^(M) ORBINAMON ^(M)	Anglia, Austria, Belgia, Brazilia, Canada, Danemarca, Elveția, Finlanda, Olanda, Italia, SUA RFG
● Derivați butirufenonici :		
Haloperidol(DCI):	ALDOL ^(M) HALDOL ^(M) HALOPERIDOL ^(M)	Suedia Anglia, Belgia, Elveția, Franța, Iugoslavia, RFG, Spania, Turcia, Elveția, Japonia, Norvegia, Polonia, RDG, RFG, Ungaria, URSS
Haloperidol decanoat(DCI):	HALDOL D ^(M)	Anglia, Belgia, Elveția, Olanda, RFG
Melperonă(DCI):	BURONIL ^(M) EUNERPAN ^(M)	Austria, Belgia, Danemarca RDG
Lenperonă(DCI):	ELANONE-V ^(M) LENEROL ^(M)	SUA Brazilia
Flusisonă(DCI):	HALOANISONE ^(M) SEDALANDE ^(M)	Belgia Elveția, RFG
Trifluoperidol(DCI):	TRIPERIDOL ^(M) TRISEDYL ^(M)	Anglia, Austria, Belgia, Elveția, Franța, Grecia, Japonia, Olanda, SUA Ungaria, URSS
Bromperidol(DCI):	AZUREN ^(M) IMPROMEN ^(M)	Belgia Olanda
Moperonă(DCI):	LUVATREN ^(M)	Austria, Danemarca, Elveția Franța, Italia, Turcia
Pipamperonă(DCI):	DIPIPERON ^(M)	Austria, Belgia, Danemarca, Elve- ția, Franța, RFG
Benperidol(DCI):	ANQUIL ^(M) FRENACTIL ^(M)	Anglia Belgia, Franța, Olanda
Droperidol(DCI):	DROLEPTAN ^(M) DROPERIDOL ^(M)	Anglia, Franța, Japonia Ungaria, URSS
Spiperonă(DCI):	SPIROPERIDOL ^(M)	Belgia
● Derivați difenilbutilpiperidinici :		
Pimezidă(DCI):	ORAP ^(M)	Anglia, Austria, Australia, Belgia, Canada, Danemarca, Elveția, Franța, Finlanda, Italia, Olanda, RFG, Turcia, Grecia
Fluspiridenă(DCI):	PIRIUM ^(M) IMAP ^(M)	Austria, Belgia, Canada, Elveția, Danemarca, Grecia, Olanda, RFG, SUA
Penfluridol(DCI):	REDEPTIN ^(M) SEMA ^(M)	Anglia Austria, Belgia, Danemarca, Elveția, Finlanda, Franța, Olanda, Portu- galia, RFG
● Derivați dibenzazepinici :		
Fluperlapină(DCI):	FLUPERLAPINA ^(M)	Spania
● Derivați dibenzotiazepinici :		
Clonazepină(DCI):	CLOPIBEM ^(M) CLOTEPIN ^(M)	Cehoslovacia Cehoslovacia
Zotepină(DCI):	LODOPIN ^(M)	Japonia

- **Derivați dibenzodiazepinici :**
 - Clozapină(DCI): LAPENAX^(M) Elveția
 - LEPONEX^(M) Austria, Elveția, Iugoslavia, Spania
 - LEPOTEX^(M) Anglia
- **Derivați dibenzotiazepinici :**
 - Clotiapiină(DCI): DELITON^(M) Japonia
 - ENTUMIN_(E)^(M) Austria, Belgia, Elveția, Grecia, Italia, Portugalia
- **Derivați dibenzoxazepinici :**
 - Loxapină(DCI): DAXOLIN^(M) SUA
 - LOXAPAC^(M) Australia, Belgia, Canada, Danemarca, Franța, Grecia, Olanda
- **Derivați indolici :**
 - Oxipertină(DCI): EQUIPERTINE^(M) Belgia, Franța
 - FORIT^(M) Elveția, RFG
 - OPERTIL^(M) Danemarca, Finlanda, Olanda
 - OXYPERTIN^(M) Austria
 - Molindonă(DCI): LIDONE^(M) SUA
 - MOBAN^(M) SUA
- **Benzamide :**
 - Sulpiridă(DCI): DOGMATIL^(M) Austria, Belgia, Canada, Elveția, Franța, Portugalia, RFG, Olanda
 - MODAL^(M) Israel
 - OMAHA^(M) Grecia
 - SULPIRID^(M) Iugoslavia
 - SULPIRIL^(M) Finlanda
 - TONOFIT^(M) Spania
 - VALIREM^(M) Grecia
 - Sulmepridă(DCI): SOCIAM^(M) Japonia
 - Sultopridă(DCI): BARNETIL^(M) Belgia, Canada, Franța, Grecia
 - TOPRAL^(M) Iugoslavia
 - Tiapridă(DCI): NEUROPRI^(M) Italia
 - TIAPRIDAL^(M) Belgia, Canada, Elveția, Franța, Grecia
 - TIAPRIDEX^(M) RFG
 - Clebopridă(DCI): CLEBORIL^(M) Spania
 - VIADIL^(M) Spania

● **Efecte clinice**

- liniar — LAMBERT (1960) situa NL pe o axă: la stînga pe cele sedative, iar la dreapta cele înscisive;
- multiaxial — BOBON și COLLARD pornind de la conceptul „simptomelor țintă” a lui FREYHAN, le situează pe șase axe: patru pentru efectele clinice: antidepresant, anti-atactist, anti-maniacal, ataraxic, și două pentru efecte secundare: extrapiramidale și adrenolitice;
- monofazice unipolare (Simon COLLONNA, 1979) — efectul sedativ crește cu mărirea dozei (levomepromazin, clorpromazin, neuleptil); bifazice bipolare — efect stimulant la doze scăzute, efect sedativ la doze mărite (majeptil, fluanxol, piportil, moditen);
- DENIKER și colab. (1977—1983) prezintă două clasificări:
 - o clasificare în : sedative, medii, polivalente, dezinhibitoare ;
 - o clasificare automată, întocmită cu ajutorul calculatorului, pornind de la proprietățile farmacoclinice ale psihotropelor, utilizînd metodele statistice : analiza factorială a corespondențelor ; clasificarea ascendentă ierarhică ; analiza discriminatorie pe mai mult de o sută de substanțe a arătat că NL formează un „nor” (bluser) net distinct de alte psihotrope și subdivizat în două subgrupe : sedativă și dezinhibitoare.
- Mecanismul biochimic de acțiune al NL, este folosit de ANDEN pentru clasificarea în funcție



CLASIFICAREA BIPOLARA A NEUROLEPTICELOR (DENKER - modifica)

de afinitatea NL pentru receptorii dopaminergici, noradrenergici și serotoninergici (aceasta din urmă controversată)

Mecanisme biochimice de acțiune a neurolepticilor :

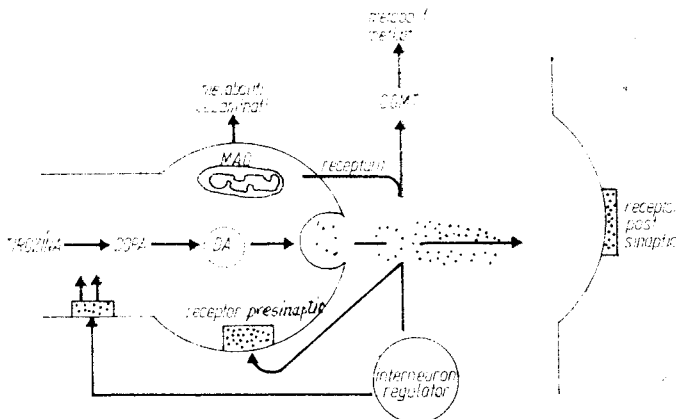
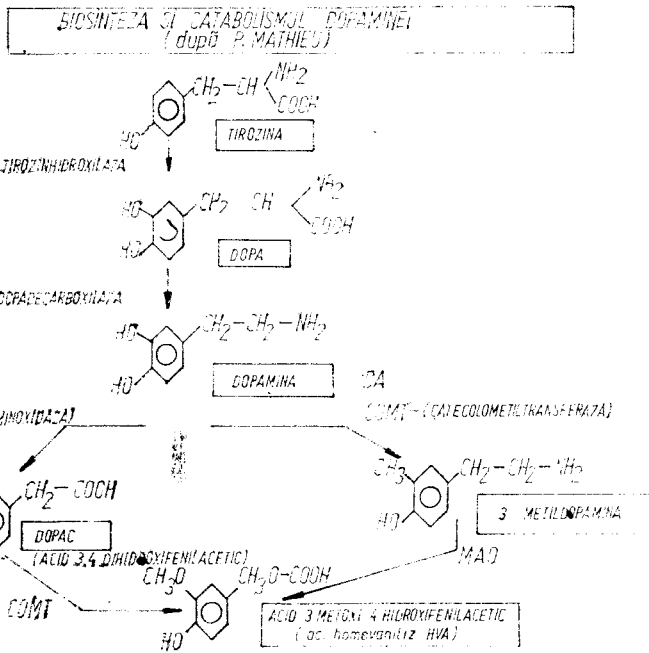
Premisele de la care s-a pornit în studiul mecanismelor de acțiune a neurolepticilor au fost în primul rând cunoașterea sistemelor monoaminergice centrale. Primele studii (BRODIE și colab., 1955) asupra mecanismului de acțiune a reserpinei, au dus la concluzia că aceasta ar consta în mobilizarea serotoninien (SHT) cerebrale, observație extinsă și la celelalte monoamine : noradrenalina (NA) și dopamina (DA), eliberate de reserpină din veziculele de stocaj și apoi inactivate.

Datorită tehnicilor de imunofluorescență s-au putut delimita și localiza topografic principalele sisteme monoaminergice cerebrale (FALCK, HILLARP și colab.), iar perfecționarea tehnicilor analitice și studiul modelelor animale au permis analiza dinamică a metabolismului neurotransmițătorilor, modul de interferență al psihotropelor cu aceste metaboliți, inițial în mod global, ulterior pe structuri din ce în ce mai localizate.

Cunoștințele actuale despre mecanismele de acțiune ale NL pot fi clasate în două mari categorii :

- Modalitatea de acțiune de tip reserpinic — eliberarea neuromediatorilor din veziculele de stocaj, urmată de inactivitatea lor. Redăm metabolismul dopaminei, precum și reprezentarea schematică a unei sinapse dopaminergice, din care reținem principalele enzime care concurează la catabolismul dopaminei — monoaminoxidaza (MAO) și carboximetiltransferaza (COMT), rezultând metaboliți dezaminați și metilați.
- Mecanismul de acțiune al reserpinei este incert, presupunându-se intervenția acesteia asupra unor sisteme enzimatice cu rol în transportul sau stocajul aminelor. Luându-se în discuție posibilitatea corelării efectelor farmacologice de tip NL sedativ al reserpinei cu acțiunea specifică a acesteia asupra monoaminelor cerebrale, au fost formulate mai multe argumente în favoarea acestei ipoteze :

- corelația directă între modificările comportamentale ale animalului de experien-



REPREZENTARE SCHEMATICĂ SINAPSA DOPAMINERGICĂ (după P. MATHIEU)

-neuromediatorul, dopamina (DA) este stocată în vezicule și eliberat în sinapsă prin spargerea acestora (mecanism de exocitoză); la nivelul membranei Amino liberă în sinapsă stimulează: 1-receptorii postsinaptici; 2-receptorii presinaptici; 3-receptorii interneuronilor (care controlează activitatea enzimelor de sinteză a mediatorului).

Principala cale de inactivare a mediatorului liber este -recapătura „uptake” urmată întorcerea în vezicule și secundar pe calea enzimelor MAO prezenta în mitocondrii și COMT.

tă căruia i s-a administrat reserpina și scăderea nivelului aminelor cerebrale ;

- din familia alcaloizilor de Rauwolfia, singurii produși care au activitate psihotropă sînt și cei care scad concentrația aminelor cerebrale ;
- asocierea IMAO—reserpină este toxică, IMAO inversînd efectele sedative ale reserpinei, iar prin inactivarea MAO, nivelul sinaptic al monoaminelor crește exagerat ;
- precursorii aminelor L-dopa suprimă sedarea provocată de reserpină, reconstituind rezervele de amine.

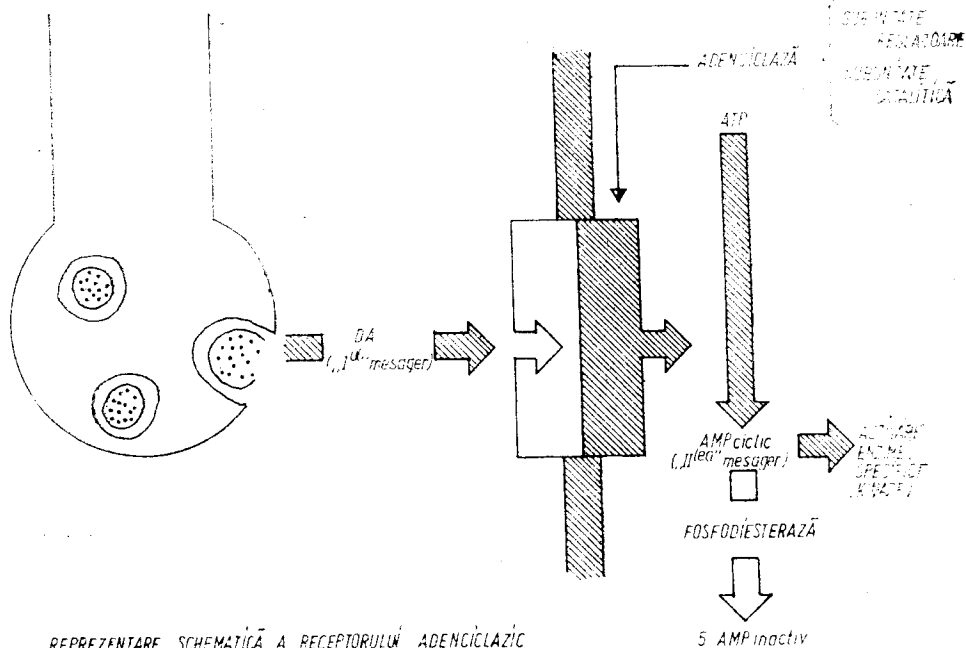
Această modalitate de acțiune a fost menționată, întrucît oxipertina este un NL cu mecanism de acțiune de tip reserpinic.

- Mecanismul de acțiune al NL la nivelul receptorilor neuronal — indiferent de clasa din care fac parte fenotiazinele, butirofenonele, tioxantenele, difenilbutilpiperidinele, benzamidele etc., aceste substanțe au

în comun (din punct de vedere al mecanismelor de acțiune) efectul inhibitor sau de blocaj al neuronilor dopaminergici. Pentru discutarea acestui mecanism sînt necesare precizări asupra noțiunii de receptor. Din cele arătate anterior în reprezentarea schematică a unei sinapse dopaminergice, rezultă că receptorii dopaminosensibili pot fi presinaptici, postsinaptici sau să aparțină unor interneuroni cu rol reglator. Receptorii postsinaptici sînt de două tipuri :

- D_1 asociat unei molecule de adenilicclază ;
- D_2 receptor simplu fără moleculă de adenilicclază.

Receptorii presinaptici și ai interneuronilor reglatori nu sînt de natură adenilicclazică. Studiind acțiunea fenotiazinelor și a altor substanțe antipsihotice, CARLSSON și LINDQUIST (1963) au observat concentrații crescute de metaboliți metoxilați ai dopaminei — acid homovanilic (HVA) — com-



REPREZENTARE SCHEMATICĂ A RECEPTORULUI ADEŢILICLAZIC

(după P. MATHIEU)

Molecula de adenilicclază este constituită din două subunități : una către exteriorul celulei (subunitatea reglatoare) — recunoaște specific neurotransmițătorul („1 messenger”) ; cealaltă (subunitatea catalitică), întoarsă către interiorul celulei receptoare — posedă activitate enzimatică, fiind activată de neuromediator, asigură formarea de AMP ciclic („2 messenger”) prin transformarea ATP.

AMP ciclic activează enzimele specifice (kinaze), care intervin în sinteza proteinelor și în metabolișmele energetice.

AMP ciclic este rapid inactivat de fosfodiesteraza care îl transformă în 5'AMP inactiv.

parativ cu alte fenotiazine fără efect anti-psihotic — prometazina. Ei sînt primii care au sugerat ipoteza (confirmată ulterior) că efectul antipsihotic s-ar datora blocării de către aceste substanțe a receptorilor dopaminergici, avînd ca rezultat o accelerare a turnoverului DA, creșterea concentrației de DA în fanta sinaptică, și secundar, creșterea concentrației metaboliților (HVA), prin activitatea celor două enzime MAO și COMT.

Studii ulterioare (KEBABIAN și colab., GREENGARD și colab.) au demonstrat că fenotiazinele și butirofenonele sînt inhibitori de adenilciclază și dopaminosensibile, după acești autori activitatea NL fiind direct corelată cu acest fenomen. De asemenea, prin acțiunea diferențiată asupra receptorilor pre- și post sinaptici se explică modul în care anumite NL, la doze mici, pot fi dezinhibitoare, iar la doze mari sînt sedative prin blocarea ambelor tipuri de receptori. Avînd în vedere că receptorii adenilciclazici nu reprezintă decît o parte din receptorii dopaminergici și că activitatea antiadenilciclazică nu poate fi superpozabilă în totalitate proprietăților NL studiate, activitatea pentru diverse tipuri de receptori a putut fi demonstrată cu ajutorul tehnicilor de „binding”, a liganților radioactivi (CREESE, BURT, SNYDER). Astfel, s-a confirmat că NL sînt capabile să blocheze și alți receptori decît cei dopaminergici (PETROUCHKA, 1980; LEYSEN, 1980), iar efectele lor sedative s-ar datora antagonismului față de :

- receptorii alfa-adrenergici (CREESE, 1976; SNYDER, 1981);
- receptorii histaminici (COUPET, 1981).

Efectul antihalucinator ar fi de asemenea în relație cu blocajul alfa-adrenergic (TIS-SOT, 1982).

Tehnicile moderne au permis delimitarea topografică netă a sistemelor dopaminergice cerebrale :

După cum rezultă din tabelul de mai sus, nu toate sistemele dopaminergice sînt egal sensibile la acțiunea NL, iar efectul antipsihotic nu este în directă legătură cu sindromul extrapiramidal. Astfel, NL „atipice” de tip clozapină, sulpirid, metilamină au activitate antipsihotică, fără efecte secundare extrapiramidale, observîndu-se că ele cresc turnoverul DA predominant în structurile mezolimbice, spre deosebire de NL clasice care influențează și structurile nigrostriate.

NL clasice— CPZ, haloperidol — au de asemenea proprietatea de a elibera acetilcolina (Ach) la nivelul structurilor nigrostriate, stabilindu-se o relație de balanță între activitatea colinergică striatală și antidopaminergică, sindromul extrapiramidal NL putînd fi combătut cu ajutorul anticolinergicilor (naturale sau de sinteză).

Alte NL fenotiazine piperidinice (tioridazin), sulpiridul, clozapina prezintă o activitate anticolinergică proprie. Alte acțiuni ale NL recent observate ar fi :

- modificarea homeostaziei calciului ionic intracelular de către tioridazin, trifluoperazin, pimozid ;
- sub haloperidol, concentrația de acid gamaaminobutiric (GABA) crește în nucleul striat și densitatea receptorilor GABA-ergici scade în substanța neagră (HOFFMAN 1983) ;
- haloperidolul modifică conținutul în Len-enkefalină, metenkefalină și substanța P în diferitele regiuni ale sistemului nervos central.

Aceste observații deschid noi căi în studiul efectelor NL, mai ales în ceea ce privește relația neurotransmițătorii-NL-sisteme peptidergice, pu-tîndu-se astfel obține pe viitor date asupra predispoziției biologice la psihoze, cit și asupra me-

Tabel nr. LXXXIII

Sisteme dopaminergice cerebrale (după P. Schulz)

Sistem	Funcție	Influența NL
nigrostriatal	coordonare motorie	sindrom extrapiramidal
mezocortical mezolimbic	comportament	efect antipsihotic
tuberoinfundibular infundibulohipotaiamic periventricular	neuroendocrină termoreglare vomă	creșterea prolactinei tulburări în termoreglare efect antiemetic

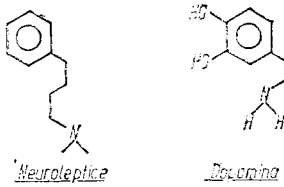
canismelor intime neurobiologice ale psihismului normal și patologic.

Un alt aspect al mecanismului de acțiune a NL îl constituie relația structură-activitate, modalitatea în care NL — substanțe cu molecule complexe — concură cu dopamina (feniletilamină simplă) la nivelul receptorilor acesteia, relevanță fiind asemănarea structurală a acestora, care ar explica afinitatea NL, la nivel molecular, pentru receptorii dopaminergici.

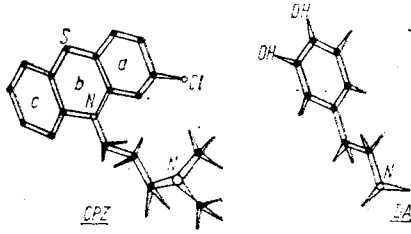
În prezent nu s-a putut evidenția o corelație strictă între valorile concentrației plasmatice și efectele clinice, acestea variind foarte mult în funcție de reactivitatea individuală.

Din punct de vedere farmacodinamic, CPZ a fost luată ca sistem de referință pentru determinarea capacității antipsihotice a NL în raport biochimic cu blocajul receptorilor D_2 dopaminergici, in vitro și in vivo (Tabel nr. LXXXIV).

a) STRUCTURA COMUNSĂ A NEUROLEPTICELOR (după ANSSEN) asemănătoare celei a DA*



b) CONFORMAȚII SPAȚIALE SUPERPOZABILE A DA ȘI CPZ DETERMINATE PRIN ANALIZA CRISTALOGRAFICĂ LA PAZE, X* (SNYDER)



Farmacocinetică, farmacodinamic. Majoritatea NL se metabolizează în ficat, prin procese biochimice complexe, dintre care, pentru fenotiazină, cele mai importante ar fi: demetilarea, hidroxilarea, sulfoxidarea, dezalkilarea lanțului lateral și oxidarea. Metaboliții rezultați pot fi găsiți în marea lor majoritate în urină. S-a crezut o perioadă că atât metaboliții fenotiazinelor (cap de serie clorpromazina), cât și al butirofenonelor (cap de serie haloperidolul), ar fi inactivi — părere controversată în ultima perioadă (SCHULZ, 1986).

Majoritatea NL sînt liposolubile, observindu-se concentrații crescute la nivelul membranelor celulare, au o biodisponibilitate „slabă”, iar anumite molecule — CPZ, tioridazin 30—40%, haloperidol 65% — ating concentrația sistemică în formă neschimbată. Timpul de înjumătățire plasmatic al majorității NL se situează între 15—30 ore.

Fixarea pe proteinele plasmatice este mai bună decît a antidepresivelor, fracțiunile libere găsindu-se numai în proporție de 1—8%. Concentrația optimă, mai ales pentru formele retard, este necesar a fi stabilită după mai multe dozări, deși pînă

După cum reiese din tabelul prezentat, molecula de referință fiind CPZ, puterea de 50 față de CPZ înseamnă că o anume doză trebuie multiplicată cu 50 pentru a obține echivalent un CPZ (exemplu: 5 mg haloperidol = 250 mg CPZ); numai în baza acestei noțiuni se poate modifica schema terapeutică a unui pacient, schimbînd neurolepticul, cu păstrarea unui potențial antipsihotic de aceeași intensitate.

Factorii de conversiune a puterii au fost studiați in vitro (LEYSEN, 1980) în corelație și cu activitatea NL pentru alți receptori serotoninergici, histaminergici, adrenergici α_1 și α_2 , muscarinici — această afinitate variînd în paralel cu efectele clinice cunoscute — sedative, cardiotoxicitate, efecte anticolinergice.

Studiul clinic al NL. Încă de la începutul utilizării clinice a NL în psihiatrie, cercetătorii au fost interesați de modalitatea de impact a acestora în bolile psihice, de efectele exercitate asupra diverselor tablouri psihopatologice, în ce măsură pot acestea influența un simptom izolat sau un grup de simptome, corelația între doza administrată și efectele clinice, verificarea eficacității clinice a

Tabel nr. LXXXIV

Determinarea capacității antipsihotice a NL

Neuroleptic	Denumire comercială	Capacitatea antipsihotică
I. Fenotiazine :		
Clorpromazină	LARGACTIL ^(R) ; CLORDELAZIN	1
Levomepromazină	NOZINAN ^(R) ; LEVOMEPRMAZIN	0,5-1
Promazină	PRAZINE ^(R)	0,5-1
Triflupromazină		2-4
Acetofenazină		5-10
Butaperazină		10-15
Carfenazină		2-4
Flufenazină	DAPOTUM ^(R) ; PROLIXIN ^(R)	50-80
Perfenazină	TRIFALON ^(R)	5-15
Proclorperazină	STEMETIL ^(R)	4-7
Tioproperezină	MAJEPTIL ^(R)	20-30
Tiopropazat	DARTAL ^(R)	10-20
Trifluperazină	TERFLUZIN ^(R)	15-30
II. Butirofenone :		
Fluanisonă	SEDALANDE ^(R)	5-10
Haloperidol	HALDOL ^(R)	40-50
Moperonă	LUVATRÈNE ^(R)	10-25
Pipamperonă	DIPIPERON ^(R)	2-6
III. Dihidroindolone :		
Molindon		5-15
IV. Tioxantene :		
Cis-Clopentixol	CLOPIXOL ^(R)	4-6
Clorprotixen	TARACTAN ^(R)	1-2
Flupentixol	FLUANXOL ^(R)	50
Tiotixen		20-50
V. Difetilbutilpiperidine :		
Pimozid	ORAP ^(R)	50-100
VI. Dibenzotiazepine :		
Clozapină	LEPONEX ^(R)	1-3
Ciotiapină	ENTUMIN(E) ^(R)	3-5
Loxapină		5-15
VII. Benzamide :		
Suipirid	DOGMATIL ^(R)	0,3-0,5
Tiaprid	TIAPRIDAL ^(R)	0,5-1,5

unor noi clase de substanțe, toate acestea fiind probleme care au constituit tematica unor numeroase studii efectuate pe parcursul a trei decenii și jumătate de terapie neuroleptică. Cităm astfel studiul publicat în 1964 în SUA (de N.I.M.H.) — studiu multicentric folosind metoda dublu orb asupra a cca 500 de psihotici — schizofrenie acută la care s-au administrat trei neuroleptice (clor-delazin, flufenazină, tiordazin) și un placebo, dovedindu-se superioritatea tratamentului NL, ba mai mult decât atât, eficacitatea acestuia atât asupra simptomatologiei psihotice productive (halucinații, delir, agitație), cât și asupra fenomenelor deficitare (autism, apatoabulie, apragmatism, izolare socială). Doze inferioare celor de 300—400 mg CPZ (și echivalenți) au fost considerate ineficace, iar analiza rezultatelor studiului a stabilit că NL sînt superioare placebo-ului în absolut toate cazurile. Apariția de noi simptome în timpul spitalizării a fost mult mai frecventă sub placebo, iar anumite simptome au fost ameliorate mai mult decât altele, aceste rezultate fiind confirmate de

numeroase studii asupra majorității NL folosite în clinică; pentru ilustrare redăm eficacitatea comparativă a NL, după DAVIS și CASPER, 1978.

A urmat apoi etapa studiilor comparative asupra eficacității diverselor substanțe NL asupra „simptomelor țintă” (FREYHAN), majoritatea autorilor fiind pînă în prezent de părere că, la doze terapeutice echivalente, deși nu se exclude diferențele individuale, răspunsurile terapeutice ar fi identice, deși practic, se aplică totuși asocieri terapeutice de două sau mai multe NL, în funcție de tabloul clinic al celor tratați. CROW (1980) emite ipoteza existenței a două tipuri de schizofrenii:

- schizofrenia de tip I (datorată unei hiperactivități dopaminergice) cu tablou clinic productiv și răspuns bun la NL;
- schizofrenia de tip II (datorată unui deficit organic al sistemelor dopaminergice) cu tablou clinic de tip deficitar, cu răspuns mai slab la medicația NL și la care, după părerea autorului, ar putea fi aplicate cu succes

Tabel nr. LXXXV

Eficacitatea comparativă a NL — după Davis și Casper, 1978

Neuroleptice	Procent — studii în care substanța a fost:				
	mai eficace ca placebo	egal cu placebo	mai eficace ca CPZ	egal cu CPZ	mai puțin eficace ca CPZ
Clorpromazină (CPZ)	82	17(66)	0	—	0
Acetofenazină	—	—	0	100(1)	0
Butaperazină	100	0(4)	0	100(2)	0
Carfenazină	100	0(2)	0	100(2)	0
Flufenazină	100	0(15)	0	100(9)	0
Mepazină	40	60(5)	0	0(4)	100
Mezoridazină	100	0(3)	0	100(7)	0
Perfenazină	100	0(5)	0	100(6)	0
Piperacetazină	—	—	0	100(3)	0
Predclorperazină	77,8	22,2(9)	0	100(10)	0
Promazină	43	57(7)	0	33,6(6)	66,7
Tiopropazat	—	—	0	100(1)	0
Tiordazin	100	0(7)	0	100(12)	0
Trifluoperazină	88,9	11,7	0	100(11)	0
Trifluopromazină	90	10(10)	0	100(10)	0
Clorprotixen	100	0(4)	0	100(6)	0
Tiotixen	100	0(2)	0	100(4)	0
Haloperidol	100	0(9)	0	100(3)	0
Molindon	0	100(1)	0	0	0
Loxapină	83	17(6)	20	60(5)	20
Fenobarbital	0	100(3)	0	100(6)	0
Reserpină	69	31(29)	—	—	0

amfetaminele și L-dopa (substanțe clasice recunoscute ca având efect de agravare a simptomelor psihotice)

Practica a demonstrat că nu se pot face delimitări stricte, simptomatologia de ambele tipuri putând fi întâlnită în proporții variabile la aceiași bolnavi.

Un alt criteriu de apreciere a eficacității clinice a NL l-a constituit posibilitatea de prevenire a recăderilor după debutul bolii și remisiunea cu defect variabil a primului puseu, majoritatea autorilor apreciind că riscurile de recădere sub NL ar fi de 2—3 ori mai scăzute (DONALDSON, 1983). În mare, putem afirma fără exagerare că NL sînt aplicabile întregii patologii psihice, de la cea organică de tip endogen (schizofrenii și psihoze afective), trecînd prin tulburări de comportament și personalitate, pînă la patologia nevrotică și reactivă. În cazul urgențelor psihiatrice, putem încadra :

- stările de agitație ale psihozelor afective : PMD bi- sau monopolare, accese maniacale sau melancolice ;
- accesele halucinator-delirante din schizofrenii sau psihoze schizofreniforme ;
- stările de agitație din psihozele organice cu sau fără delir, cu sau fără fenomene confuzionale de origine infecțioasă, toxică etc. ;
- stările reactive de intensitate psihică, agresivității, comportament suicidar, stări paroxistice de anxietate.

În aceste cazuri, indicația de elecție o constituie NL sedative și polivalente (în accepțiunea lui DENIKER) administrate izolat sau în asociație, în doze a căror criterii de eficacitate îl constituie ameliorarea rapidă a simptomatologiei respective. Terapia în aceste cazuri este o terapie complexă în care NL sînt asociate cu măsuri de reechilibrare hidroelectrolitică, asistarea respiratorie cardio-vasculară și renală, asigurarea aportului alimentar și hidric adecvat, supraveghere, impunîndu-se pentru aceasta mediul spitalicesc. Spitalizarea este obligatorie și pentru administrarea parenterală de urgență a anumitor NL cu efect sedativ și acțiune foarte rapidă, ca doleptan sau barnetil.

În tratamentul de lungă durată, NL se aplică în toate formele de psihoze endogene (schizofrenii, psihoze afective, psihoze schizoafective), stărilor de graniță border-line (tratament de fond și al decompensărilor psihotice), psihoze paranoice, psihoze de involuție (paranoide, parafreniforme), psihoze schizofreniforme sau afective consecutive episoadelor psihotice postpartum, psihozelor schizofreniforme toxice, stărilor de sevraj (toxic, alcoolic), tulburărilor de comportament și personalitate (mai mult episodice), stărilor psihopatoide (fond organic — epileptic, encefala-

lopat, oligofrenii etc.), anumitor forme de nevroze (obsesivo-fobică, paroxisme anxioase), NL fiind administrat simplu sau în asociație, sub formă standard sau depôt (majoritatea autorilor opiniază pentru monoterapie în doze adecvate, criteriul fiind obținerea răspunsului terapeutic durabil), în funcție de tabloul clinic putîndu-se asocia anti-depresive (AD), săruri de litiu, tranchilizante etc.

NL incisive își găsesc indicația și în unele boli neurologice : coreea Huntington, sindromul Gilles de la Tourette, torticolis spasmodic, sindromul Ménière, iar sulpiridul, în special în afecțiuni psihosomatice. O problemă dificilă pusă în fața clinicienilor este cea a duratei tratamentului, datele din literatură nepermițînd încă aprecieri tranșante asupra acestei probleme, majoritatea autorilor fiind în consens că remisiunile de calitate se mențin numai sub tratament, recăderile apărînd la intervale variabile de la întreruperea tratamentului (DENIKER). Predictibilitatea recăderilor se poate baza pe criterii clinice, din acest motiv unii autori preconizînd ca test administrarea unei doze de amfetamine și supraveghere ulterioară pentru observarea eventualelor simptome (SCHULZ, 1986).

Pe lîngă efectul benefic al terapiei neuroleptice, încă de la primele utilizări clinice au fost observate o serie de efecte secundare și reacții adverse de grade și intensități diferite, fenomene deloc neglijabile în planul terapeutic pe termen lung al bolnavilor psihici, necesitînd a fi bine cunoscute de practicieni pentru o rapidă depistare și măsuri adecvate precoce. Vor fi luate în discuție cele mai semnificative dintre efectele adverse ale NL, precum și măsurile de corectare, în caz de apariție a acestora (Tabel nr. LXXXVI).

Un interes practic deosebit îl reprezintă interacțiunea NL—fond somatic al pacientului, scop în care redăm, după SCHULZ, interacțiunile neurolepticelor cu diferite afecțiuni și atitudinea terapeutică indicată (Tabel nr. LXXXVII).

Un alt aspect îl constituie interacțiunea NL cu alte medicamente, fenomen de care trebuie ținut cont în timpul tratamentului de lungă durată al bolnavilor psihici. Redăm, după același autor (SCHULZ, 1986), tabelul nr. LXXXVIII.

Punctul de vedere actual asupra posologiei în tratamentul de atac și de întreținere cu NL este centrat pe conceptul de capacitate antipsihotică și putere echivalentă a NL, dar majoritatea autorilor nu au găsit încă o relație directă doză—răspuns la un nivel de 200—600 mg CPZizi (și echivalent), opiniind pentru determinarea judicioasă a dozelor, pentru evitarea în primul rînd a complicațiilor neurologice (sindrom extrapiramidal) dozele mai mici de 200 mg CPZizi (și echivalent) fiind considerate ineficace. Se afirmă de asemenea că neuroleptizarea rapidă parenterală nu ar fi mai eficace decît administrarea per os, dar că este de preferat în unele cazuri în care

Tabel nr. LXXXVI**Neuroleptice**

Efecte secundare	Observații
<p>● Efecte asupra psihicului</p> <ul style="list-style-type: none"> ● asupra vigilității : somnolență diurnă, perturbarea ritmului somn-veghe ● sindromul de indiferență psihomotorie (criteriu clinic de activitate, DELAY) ● sindromul depresiv (controversat, putând face parte din sindromul extrapiramidal Van Putten, 1978) ● reactivări anxioase sau confuzionale la subiecții vîrstnici sau tarați somatic (la NL incisive dezinhibitoare — GENEVIER) <p>● Efecte vegetative și cardiovasculare</p> <ul style="list-style-type: none"> ● hipotensiune ortostatică (mai ales NL sedative) ● tulburări de conducere, fenomene ischemice miocardice (mai rare și practic absente în cazul butirofenonelor și benzamidelor) <p>● Efecte neurologice :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● sindrom extrapiramidal parkinsonian ; sindrom akinetohiperton ; sindrom hiperkinetohiperton ; manifestări prosexice : trismus, torticolis spasmodic, crize oculogire, protruzia limbii, contracturi ale trunchiului lateral anterior sau postum (în terapia cu NL incisive) ● diskineziile tardive (mai rare, mai ales la femei, la vîrstă înaintată) : tulburări motorii oro-faciale ("rabbit syndrome") și ale trunchiului (mişcări pseudocoreice sau pseudo-atetozice) ● în prezent este discreditată ideea că apariția fenomenelor extrapiramidale reprezintă un criteriu al eficacității clinice a NL 	<ul style="list-style-type: none"> ● efectul este însă benefic în cazul bolnavilor acuți agitați ; ● corectare : ajustarea dozelor, administrare unică vesperală ; ● dificil de apreciat la psihoticii cronici (poate face parte din simptomele „negative”) ; ● trebuie diferențiat de componenta activă din schizofrenie, reacția pacientului la propria boală ; ● corectare : reducerea dozelor și asocierea cu antiparkinsoniene anticolinergice ; <ul style="list-style-type: none"> ● necesită : control repetat al TA și al pulsului (mai ales la vîrstnici, cardio-vasculari, bolnavi somatici) ; ● corectare : diminuarea posologiei, schimbarea produsului, administrarea de dihidroergotamină, neosinefrină, heptamil R ; ● necesită : examen cardiologic clinic și electrocardiografic ; <ul style="list-style-type: none"> ● dureri manifeste încă de la începutul terapiei ; ● variază în funcție de doza utilizată (uneori efecte paradoxale) ; ● corectare : antiparkinsoniene anticolinergice, NL sedative, benzodiazepine, propranolol ; <ul style="list-style-type: none"> ● corectare : benzodiazepine, litiu, Baclofene R, Alfa-metil-Dopa, Lecitină etc. ● uneori cedează la mărirea (durată scurtă) dozei de NL ; ● absolut contraindicate antiparkinsonienele anticolinergice (agravare prin hiperactivitate dopaminergică în corpul striat) ;

continuare tabel nr. LXXVI

Efecte secundare	Observații
<ul style="list-style-type: none"> ● Tulburări endocrin-metabolice (prin activitatea subcorticală a NL): <ul style="list-style-type: none"> ● creșterea ponderală ; ● amenoree ; ● galactoree ; ● hipertrofie tiroidiană cu insuficiență glandulară ; ● tulburări de dinamică sexuală (în cure prelungite). ● Complicații letale (foarte rare): <ul style="list-style-type: none"> ● catatonii secundare grave (GREEMONA-BARBARO, 1983) ● sindromul malign (SMEGO, 1982): <ul style="list-style-type: none"> — sindrom extrapiramidal grav ; — stare febrilă/hipotermie ; — tulburări ale TA și respirației ; — leucocitoză, creșterea creatinfosfokinazei (CPK) și lactodehidrogenazei (LDH), mioglobinurie ; — insuficiență renală acută (rar) ● Alte efecte secundare : <ul style="list-style-type: none"> ● digestive : încetinirea tranzitului, constipație, icter (excepțional, la Clorpromazină) ; ● sanguine : agranulocitoză (excepțional), leucocitoză/leucopenie, VSH ușor crescut ; ● cutanate : eritem, fotosensibilitate, opacități cristaliniene și corneene (la administrări îndelungate). 	<ul style="list-style-type: none"> ● tratament : agonști dopaminergici : bromcriptina R, Dantroiene R (MÜLLER, 1983) .

Tabel nr. LXXXVII

Interacțiunile NL cu diferite afecțiuni și atitudinea terapeutică — după P. Schulz

Boala	Interacțiune	Atitudine terapeutică
Epilepsie	● declanșare crize	<ul style="list-style-type: none"> ● de verificat : electroencefalograma, nivelul plasmatic al antiepilepticului ; ● de evitat : fenotiazinele alifaticе și piperidinice ; ● de ales : butirofenone, fenotiazine piperazinice
Insuficiență cardiacă	● agravare posibilă	● contraindicație: fenotiazine alifaticе, de ales butirofenone

continuare tabel nr. LXXXVII

Boala	Interacțiune	Atitudine terapeutică
Aritmii, angor	<ul style="list-style-type: none"> ● agravare (rar ameliorare) 	<ul style="list-style-type: none"> ● contraindicații relative : fenotiazine alifactice și piperidinice ; ● de ales butirofenone
Hipotensiune ortostatică	<ul style="list-style-type: none"> ● agravarea hipotensiunii 	<ul style="list-style-type: none"> ● contraindicate : fenotiazine alifactice, piperidinice ; ● de preferat : butirofenone
Hipertensiune arterială	<ul style="list-style-type: none"> ● anumite NL au efect hipotensor 	<ul style="list-style-type: none"> ● a nu se neglija posibilitatea interacțiunii medicamentoase în timp ce pacientul primește un tratament antihipertensiv
Insuficiență renală	<ul style="list-style-type: none"> ● eliminare nemodificată a majorității NL, diminuată pentru metabolizii lor. Risc posibil de sensibilitate accentuată la efectele farmacologice ale NL 	<ul style="list-style-type: none"> ● diminuarea dozelor, de preferat butirofenonele
Hemodializa sau dializa peritoneală	<ul style="list-style-type: none"> ● nu influențează eliminarea medicamentului 	<ul style="list-style-type: none"> ● de ales : NL care nu accentuează fenomenele somatice secundare insuficienței renale (astenie, hipotensiune etc.)
Insuficiență hepatică sau hepatită	<ul style="list-style-type: none"> ● Metabolizare probabil diminuată, sensibilitate crescută la efecte farmacologice 	<ul style="list-style-type: none"> ● de preferat : butirofenonele
Vârsta înaintată	<ul style="list-style-type: none"> ● sensibilitate crescută la efecte farmacologice 	<ul style="list-style-type: none"> ● de preferat butirofenonele
Glaucom cu unghi închis	<ul style="list-style-type: none"> ● agravare 	<ul style="list-style-type: none"> ● evitarea NL cu efecte anticolinergice
Afecțiuni prostatice	<ul style="list-style-type: none"> ● retenție urinară 	<ul style="list-style-type: none"> ● evitarea NL cu efecte anticolinergice
Astm sau insuficiență respiratorie	<ul style="list-style-type: none"> ● depresiune respiratorie 	<ul style="list-style-type: none"> ● supravegherea funcțiilor respiratorii, evitarea efectelor sedative prea puternice
Sarcină	<ul style="list-style-type: none"> ● contraindicație relativă, nici un risc teratogenetic confirmat pentru haloperidol și clorpromazină 	<ul style="list-style-type: none"> ● utilizarea mai ales a NL „clasice” și evitarea prescrierii NL în primele trei luni de sarcină
Lactație	<ul style="list-style-type: none"> ● concentrație foarte slabă în lapte, probabil fără riscuri pe termen scurt 	<ul style="list-style-type: none"> ● necesită supravegherea clinică a sugarului, nu sînt cunoscute efectele asupra comportamentului pe termen lung
Diabet	<ul style="list-style-type: none"> ● hiperglicemie 	<ul style="list-style-type: none"> ● adaptarea dozelor de insulină necesară.

continuare tabel nr. LXXXVII

<i>Boala</i>	<i>Interacțiune</i>	<i>Atitudine terapeutică</i>
Obezitate	● creșterea ponderală	● mai ales pentru fenotiazine, clozapină, sulpirid ; ● de ales : NL incisive, derivați indolici (Molindon)
Sevrăj (benzodiazepină, barbiturice, alcool)	● declanșare crize epileptice	● contraindicație relativă pentru NL
Boala Parkinson	● agravarea sindromului extrapiramidal	● de exclus posibilitatea psihozelor iatrogene (L-dopa etc.) ● de evitat incisivele
Porfirii	● declanșare crize	● clorpromazina prezintă riscuri minime
Neoplasme	● nedeterminate	● rolul posibil al hiperprolactinemiei și scăderea capacității de răspuns imunologic (NL acționând ca imunodepresoare)

Tabel nr. LXXXVIII

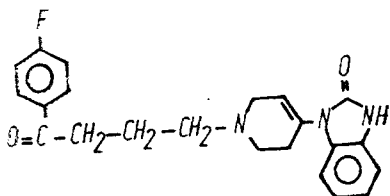
Interacțiunile NL cu alte medicamente — după P. Schulz — 1986

<i>Medicamente</i>	<i>Interacțiuni</i>	<i>Mecanisme — comentarii</i>
Tioridazin/Desipramină	● inhibiție 10—60% a metabolismului hepatic al Desipraminei	● deficit de hidroxilare la nivel hepatic, indus și de alte NL
Tioridazin/Chinidină	● periculos	● Chinidina de asemeni inhibitor enzimatic ● de evitat asocierea și supravegherea electrocardiografică
NL/Bromocriptină	● antagonism	● Bromocriptina și alți agonști dopaminergici pot agrava psihoza
NL/tutun	● scăderea eficacității NL	● rezistența probabilă a fumătorilor la NL aprioric, farmacocinetică și farmacodinamică
Haloperidol/Litiu	● toxicitate neurologică gravă	● rar — nu contraindică asocierea celor două medicamente în doze judicioase
Tioridazin/Anticolinergice	● potențează efectul anticolinergicilor	● anticolinergicele corectează sindromul extrapiramidal, dar agravează efectele secundare anticolinergice datorate anumitor NL
Tioridazin/Simpatomimetice	● efecte paradoxale asupra tensiunii arteriale ● agravarea psihozelor	● a nu se prescrie simpatomimetice decât în caz de hipotensiune gravă și cu eficacitate verificată
NL/Metoclopramid	● distonii acute	● de evitat asocierea cu NL, cu antiemeticele
NL/cafea	● diminuarea efectului antipsihotic	● cafeaua și ceaiul formează complexe insolubile cu anumite NL (contestat) ; ● importantă clinică — toxicomania cafeinică

bolnavul se opune tratamentului. Un alt punct de vedere actual îl constituie faptul că alegerea unui NL ar depinde mai mult de impactul pe care l-ar avea acesta asupra tipului de teren, eventualele tare organice, interacțiunile de care trebuie ținut cont în cadrul unui tratament de durată, necesitatea unui efect net antipsihotic; în acest sens, de preferat ar fi incisivele (blocaj direct dopaminergic), chiar atunci când se urmărește și anxioliza, aceasta putându-se realiza prin asocierea incisiv-benzodiazepină sau incisiv-sedativ. În cazul absenței răspunsului terapeutic, se opinează pentru verificarea eficacității posologiei înainte de schimbarea NL, tratamentul de întreținere de lungă durată avînd ca scop prevenirea recăderilor.

Deși rezultatele cercetărilor nu indică diferența de eficacitate între NL standard și depôt, în practica curentă acestea sînt de preferat, din punct de vedere al ușurinței în administrare, cu toate că prezintă dificultăți sub aspectul ajustării dozelor.

177. **NEUROLIDOL^(M)** Israel — DCI *Droperidol*
● Neuroleptic sedativ, derivat butirofenonic de tip 1-11-13-(p-fluorobenzoil)propil-1, 2, 3, 6-tetrahidro-4-piridil-2-benzimidazolinonă, cu ac-



țiune sedativ-anxiolitică marcată și acțiune anti emetică superioară clorpromazinei. Efectelor se cundare de tip incisiv li se adaugă hipotensiunea → BUTIROFENONE.

178. **NEUROLINGVISTICĂ** (cf. *neuro-*; fr. *linguistique*: vezi lat. *lingua* „limbă”) ● În sens larg, este o teorie a limbajului și creierului, a interacțiunii dintre cîmpul psihologic, neurologic și lingvistic, în explicarea fenomenelor legate de comunicarea umană. Poate fi descrisă ca studiu al posibilităților de receptare a mesajelor, de transmitere a lor prin neuroni și căile neuronale ale sistemului nervos central și de exprimare prin limbaj și comportament.

LAMENDELLA (1979) insistă asupra celor trei perspective de studiu din neurolingvistică:

- comportamentul verbal ;
- neuroanatomia și fiziologia creierului ;
- organizarea funcțională a discursului și sistemelor lingvistice.

În acest context, este necesară încorporarea în neurolingvistică a teoriei comunicării nonverbale,

a variațiilor produse de impactul cultural, ca și a datelor privind teoria cunoașterii. Cele trei modalități principale senzoriale care sînt implicate în transformarea informației în limbaj: (vizuală, auditivă și kinestezică), pot aduce, simultan sau succesiv, convergent sau paralel, semnalele.

Prelucrarea informației primite este legată de două tipuri de simboluri (MULLALLY); teoretice (relative la limbaj) și calitative. Prelucrarea celor două tipuri de simboluri se face diferit de către cele două emisfere. Emisfera stîngă va prelucra elementele lingvistice vizuale și auditive (cuvinte scrise și vorbite), elemente cantitative vizuale și auditive (numere scrise și pronunțate). Această emisferă are un rol deosebit în dezvoltarea vorbirii și a limbajului, dimensiunile anatomice ale lobului temporal stîng fiind cu circa 66% mai mari decît ale celui contralateral (WITELSON, PALLIE, GESCHWIND, LEWITSKI).

Simbolurile calitative de natură senzorială (sunet, imagine, gust, culoare), asociate cu coduri culturale sau cu sensuri primite prin expresii nonverbale, sînt prelucrate în special în emisfera dreaptă a cortexului. Cele două emisfere, prin simetria lor anatomo-funcțională, prelucreează bilateral toate informațiile primite prin canalele audio-vizuale, folosind pentru transferul de informație corpul calos, care permite integrarea informației provenite pe căi diferite. Cercetările făcute de GAZDA, CHILDERS, WALTERS, WADA au arătat că răspunsurile la stimuli auditivi sînt semnificativ mai mari în emisfera stîngă, iar cele la stimuli vizuali în emisfera dreaptă, indiferent de vîrsta la care s-a făcut experimentul, ceea ce dovedește că neurocircuitul auditiv este biologic asimetric, destinat achiziției și dezvoltării limbajului. Urechea dreaptă, care are „acces direct” la emisferul stîng, depășește în performanțe, în ceea ce privește identificarea și auzul, urechea stîngă (KIMURA). KRACHEN (1977) demonstrează superioritatea urechii stîngi în ceea ce privește recepția muzicii și a sunetelor naturale din mediul înconjurător (non-verbale).

Un studiu de mare finețe al lui BAKAN (1971) analizează mișcările de lateralitate ale ochilor, pornind de la constatarea că pe emisfera cerebrală dreaptă este reprezentat cîmpul vizual stîng și invers. Dacă diverse zone ale emisferelor cerebrale stîngi sînt stimulate, ochii se mișcă spre dreapta și, invers, în cazul stimulării emisferei drepte, ochii se mișcă spre stînga. DAY încearcă asocierea acestor mișcări de lateralitate cu diferite procese reflexive. Se presupune că mișcările din dreapta activează emisfera cerebrală stîngă, ale cărei funcții specializate sînt: verbală, digitală, analitică și subiectivă. GUR (1975) constată că, atunci cînd li se pune o întrebare, marea majoritate a indivizilor își îndreaptă privirile în sus sau lateral, ca o modalitate de stimulare externă a proceselor cerebrale. SINGER (1976) a arătat că, atunci cînd

individul este concentrat asupra unor reprezentări vizuale interne, va surprinde într-o măsură mai redusă semnale vizuale externe, iar dacă este orientat spre fantezii auditive interioare, va recepta cu mai puțină precizie mesaje auditive externe și, în mod invers, semnalele auditive, în primul caz, și vizuale, în al doilea caz, sînt receptate cu acuratețe normală. Acest experiment demonstrează folosirea aceleiași structuri operaționale atât în cazul imaginilor și fanteziilor interne, cît și în cazul stimulilor externi.

O importanță achiziție a neurolingvisticii este constatarea că, deși toți oamenii normali sînt dotați cu același echipament senzorial, ca și cu modalități de prelucrare similare, din punct de vedere anatomo-funcțional, nu există nici măcar doi indivizi care să perceapă în mod similar realitatea. Fiecare individ învață să depindă, într-o anumită ierarhie personală, de un canal senzorial sau de altul, ca mijloc principal de percepere și înțelegere a lumii.

HAYNIE (1982) susține că fiecare individ are o preferință senzorială evidențiable de învățare și exprimare.

Programarea neurolingvistică este numele sub care este cunoscut modelul tehnicilor și strategiilor pentru comunicare interpersonală, bazat pe anumite elemente de gramatică transformațională și pe identificarea reprezentărilor senzoriale preferate.

BANDLER și GRINKER (1979) identifică predicătele folosite de individ (verbele și, ulterior, adjectivele și adverbele) ca fiind specifice pentru modalitatea senzorială preferată. Astfel, un individ „vizual” va folosi formule ca : „privește, clar, vezi, limpede, nuanțat, perspectivă, strălucire”, un tip „auditiv” — formule ca : „ascultă, armonie, melodic, se spune, ritmic, sună”, iar un individ „kinestezic” — formule ca : „apucă, ține, ușor, a mîinii, a echilibră etc.”. Au fost evidențiate, de asemenea, replici nonverbale, folosite inconștient, cu frecvență : mișcări ale ochilor, „stimuli” respiratori, posturi corporale, atitudini etc., care dau indicii asupra modalităților senzoriale preferate de diverși indivizi. Au putut fi folosite astfel, în psihoterapia de tip bio-feedback, modificări extrem de subtile ca schimbarea tonusului muscular, a culorii pielii etc.

Afiată abia la început, neurolingvistica se anunță ca un domeniu de mare perspectivă nu numai pentru înțelegerea comunicării, cunoașterea individuală și analiza culturii, ci și pentru psihopatologie și psihoterapie.

179. **NEUROLIPODOZĂ** (cf. *neuro-*; gr. *lipos* „grăsime”) ● Grup de afecțiuni cu determinism ereditar, transmise de regulă recesiv-autosomal. Sînt datorate unor deficiențe enzimatice, care afectează catabolismul lipidelor, determinînd acumu-

larea acestora în sistemul nervos central, sistemul nervos periferic și în alte structuri. În alte cazuri se manifestă numai tulburarea metabolică (de regulă, privind lipoproteinele), fără să apară acumulare de lipide în sistemul nervos central. Cele mai cunoscute neurolipidoze sînt :

- boala Landau, determinată de acumularea de ganglioizide în diverse structuri din organism. Există o formă generalizată timpurie, caracterizată prin deficit mintal sever, iar majoritatea copiilor afectați mor înainte de a împlini doi ani ;
- boala Tay-Sachs, cunoscută sub numele de idiotie amaurotică familială ; ca și toate celelalte forme clinice, este caracterizată printre altele, printr-o reducere marcată a capacității intelectuale, ce poate merge pînă la idiotie. Se datorește acumulării de ganglioizide în celulele nervoase ;
- boala Niemann-Pick, determinată de o depunere de sfingomielină, datorată deficitului de sfingomielinază. Se caracterizează prin tulburări neurologice și viscerale și prin întîrzieri masive în dezvoltarea psihosomatică ;
- boala Gaucher, determinată de depunerea de glicozilceramidă prin deficit de glucocerebrozidază ; se manifestă neurologic și visceral ;
- leucodistrofia metacromatică sau boala Scholz-Greenfield, determinată de depunerea de sulfatide prin deficit de arilsulfatază A ; survine în cursul celui, de-al doilea an de viață, cu atingeri la nivelul SNC și al sistemului nervos periferic ; în tabloul clinic domină simptomatologia neurologică ;
- leucodistrofia Krabbe apare prin depunere de galactocerebrozide, datorită deficitului de galactocerebrozid-beta-galactozidază.

Unele sfinolipidoze, ca boala Fabry — depozitare excesivă de trihexozilceramidă — ; nu afectează nici parenchimul cerebral și nici activitatea neuropsihică (prin encefalopatii).

Pînă în prezent nu se cunoaște un tratament eficient al acestor afecțiuni, numai unele dintre ele putînd beneficia, în prezent, într-o oarecare măsură, de grefele de măduvă osoasă. Ele sînt însă accesibile diagnosticului antenatal, prin dozarea activității enzimatice, plecînd de la culturi de celule amniotice.

Alte neurolipidoze cunoscute sînt :

- boala Refsum — debutează, de regulă, în adolescență și se caracterizează prin prezența hemeralopiei, a unor tulburări de tip cerebelos, a unei neuropatii periferice, surditate și ihtioză cutanată, fără deteriorare psihică. Este determinată de acumularea de acid fitanic prin deficit al activității fitamat-hidroxilazei ;

- xantomatoza cerebrotendinoasă — asociază deteriorare psihică, ataxie, hipertonie și xantome care apar la nivelul tendoanelor; este determinată de acumularea de colesterol, evidențiable în ser și țesuturi;
- ceroidoze sau ceroid-lipofuscinozele se asociază frecvent neurolipidozelor și sînt determinate de lipopigmenți a căror natură chimică și origine rămîn imprecise, dar care determină afecțiuni lizozomale. În cadrul acestor afecțiuni sînt incluse diferite tipuri de idiotie amaurotică: forma infantilă Santavouri (tip I), forma infantilă tardivă Jansky-Bielschowski (tip II), forma juvenilă Batten-Spielmeyer (tip III), forma adultă Kufo (tip IV).

O altă grupă de afecțiuni cuprinde tulburările care apar în metabolismul lipoproteinelor, fără acumulări excesive în organe și țesuturi:

- abetalipoproteinemia (boala Bassen-Kornzweig), care antrenează o neuropatie periferică, sindrom cerebelos, atingere retiniană;
- boala Taugier, caracterizată printr-o absență aproape totală de lipoproteine cu densitate mare, manifestîndu-se printr-o hepatosplenomegalie marcată și o hipertrofie considerabilă a amigdalelor, la care, în timp, se adaugă o neuropatie periferică frecvent asimetrică, cu evoluție în pusee.

Studii biochimice recente au permis corelarea adrenoleucodistrofiei (boală recesivă legată de sex) cu acumularea de acizi grași saturați cu lanț lung (C₂₄—C₃₂) în componentele lipidice ale SNC și ale suprarenalei.

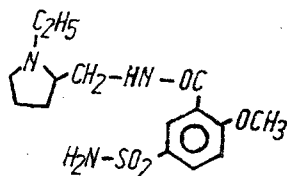
180. NEUROLITIUM^(M) Belgia, Elveția, Franța — DCI *Litium gluconat* ● Timoizoleptic, sare de litiu, cu performanțe comparabile cu ale carbonatului de litiu → LITIU — săruri.

181. NEUROLYTRIL^(M) RFG — 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).

182. NEUROMIELITĂ OPTICĂ (cf. *neuro-*; gr. *myelos* „măduvă”; sufix *-itis* „inflamare”)
—> DEVIC^(B) boală.

183. NEUROMIT^(M) Japonia — 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: miastenă.

184. NEUROMYFAR^(M) Spania — DCI *Sulpirid* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-1-(1-etil-2-pirolidinil)metil-5-sulfomoi-0-anisamidă, cu certe valențe antidepressive, fără compo-



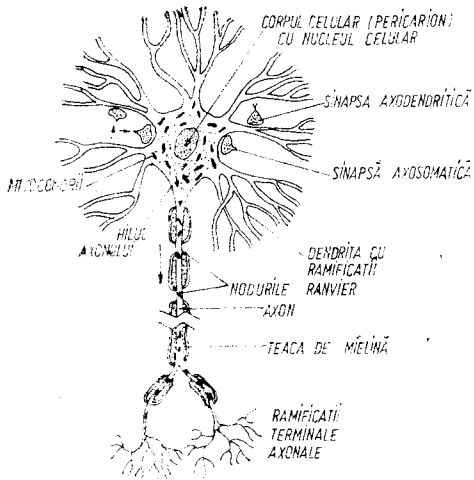
nentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile NL incisive (endogenii) și, în același timp, este util în combaterea impulsivității obsesiv-compulsive și în medicina psihosomatică. Efectele secundare sînt comune cu cele ale NL incisive, pentru dozele mari. Se poate administra fără a necesita o pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

185. NEURON (cf. gr. *neuron* „nerv”) ● Element anatomic unic ce permite receptarea și conducerea influxului nervos.

Structural, prezintă un corp celular — soma — și două tipuri de prelungiri: dendritele, care primesc influxul nervos și îl conduc spre corpul celular, și axonul care transmite influxul către extremitatea fibrei nervoase. Dendritele sînt prelungiri neuronale specializate pentru generarea (în cazul unor analizatori), dar mai ales pentru receptarea impulsurilor nervoase, pe care le transmit apoi corpului neuronal (conducere celulepă). La nivelul dendritelor, se află „spini” sinaptici. Dintre organele celulare, la acest nivel, se disting: corpi Nissl, mitocondrii, microtubuli în număr redus. Membrana celulară, denumită neurilemă, la nivelul corpului, și axolemă la nivel de axon, are un rol fundamental în propagarea influxului nervos. Cea mai mare parte dintre axoni prezintă o teacă de mielină cu rol în protecția și izolarea fibrelor nervoase.

Neuronii prezintă particularități care conferă țesutului nervos elemente de originalitate. Astfel, ei au o particularitate esențială: imposibilitatea reînnoirii țesutului nervos, a refacerii neuronilor degradați. În momentul nașterii, individul este dotat cu aproximativ 10¹¹ neuroni; în viața postnatală, există, inițial, o perioadă de migrație și maturație a neuronilor, perioadă în care celula nervoasă prezintă o fatigabilitate accentuată și este în mod particular sensibilă la agresiunile toxice și infecțioase, fragilitate mai redusă totuși comparativ cu viața embrionară și fetală. Anoxia are efecte nefavorabile asupra biologiei neuronului,

Sub influența mediului înconjurător, numărul dendritelor și al contactelor sinaptice se poate dezvolta foarte mult. Proteinele neuronale trebuie aduse din exterior, neuronul neavînd posi-



Organizarea structurală a unui neuron

bilitatea de a le sintetiza. Există proteine de „structură” și proteine „funcționale” (enzime, polipeptide, unele avînd funcții hormonale). Aminoacizii sint, în parte, sintetizați local și, în parte, transportați prin bariera hematoencefalică (acid glutamic, serină, leucină, fenilalanină).

Pe plan metabolic, neuronul este, în mod exclusiv, un mare consumator de glucoză, singurul material energetic utilizat de neuron in vivo, țesutul cerebral avînd un coeficient respirator egal cu unitatea. Glucoza străbate bariera hematoencefalică prin mecanism activ, iar utilizarea ei este asigurată de aproape aceleași enzime ca și în celelalte celule. Lipidele neuronale prezintă importante caracteristici, distincte față de lipidele din restul organismului, neuronul beneficiind de un conținut ridicat de lipide complexe (fosfolipide, colesterol etc.), în întregime sintetizate în neuron, deoarece nici un material „prefabricat” nu străbate bariera hematoencefalică. Lipidele au roluri structurale și funcționale, nefiind utilizate pentru furnizarea de energie.

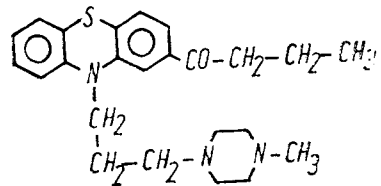
186. NEURON MOTOR CENTRAL^(s) sindrom ● Este determinat de leziunile situate la nivelul arilor motorii și al căii piramidale. Caracteristica clinică este paralizia: hemiplegie, paraplegie, tetraplegie, monoplegie — inițial flască, ulterior (după 3—8 săptămîni) spastică, „în lamă de briceag”. Troficitatea musculară este afectată, reflexele osteotendinoase sînt exagrate, reflexele cutanate

sînt diminuate sau abolite, apar semnul Babinski și reflexe patologice caracteristice: Rossolino, Hoffman, palmo-mentonier. Sindromul se întîlnește în leziuni de natură traumatică, vasculară, tumorală, inflamatorie ale căilor piramidale.

187. NEURON MOTOR PERIFERIC^(s) sindrom

● Este generat de leziunea uneia dintre componentele neuronului motor periferic (pericariion, axon, dendrite) și se caracterizează clinic prin : paralizie flască, interesînd activitatea voluntară, automată sincinetică, atrofie musculară, reflexe osteotendinoase și cutanate diminuate sau abolite. Sindromul se întîlnește în leziuni ale cornelor anterioare ale măduvei sau nucleilor nervilor cranieni, ale nervilor motori sau ale rădăcinii anterioare ale acestora, din nevrite, polinevrite, poliradiculonevrite.

188. NEURONAL RETARD^(M) RFG — DCI Butaperazină ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinilalkilfenotiazinic de tip 1-10-13-(4-metil-1-piperazinil)propilfenotiazin-2-ili-1-butanonă, cu



acțiune asemănătoare trifluoperazinei, avînd însă și valențe colinolitice, antihistaminice și antiemetice. Instalarea efectelor terapeutice se produce rapid, dar și efectele secundare de tip incisiv apar precoce.

189. NEURO-PADIL^(M) Italia — DCI Trifluopromazină ● 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.

190. NEUROPATIE (cf. *neuro-* ; gr. *pathos* „încercare, suferință”) ● Termen generic pentru afecțiunile sistemului nervos (neurologice). Denumirea este vagă, mascînd lipsa de cunoștințe suficiente în domeniu.

191. NEUROPEPTIDE — PEPTIDE CEREBRALE (cf. *neuro-* ; gr. *pepsis* „digestie” ; lat. *cerebrum* „creier”) ● Substanțe implicate în neurofiziologie, neurologie și psihiatrie, influențînd mecanismele de reglare, integrare și control ale funcțiilor psihice. Studiul acestor substanțe a început în 1924, odată cu descoperirea ocitocinei și a vasopresinei secrete de neuronii hipotalamusului anterior,

în 1931, fiind descoperită substanța P. În ultimii zece ani, cercetările au luat amploare prin dezvoltarea tehnicilor de radioimunologie, imunofluorescență, imunocitochimie; microscopie optică și, mai ales, electronică. Aceste substanțe se află în cantități importante la nivelul sistemului nervos central, iar activitatea lor biologică se realizează la doze infime (1 × 10⁻¹⁰M), ceea ce fundamentează ideea că peptidele biologice active reprezintă un sistem de control prezent masiv nu numai în SNC, ci și în alte țesuturi. Acest sistem de control este capabil să acționeze asupra funcțiilor diverselor celule, în cel puțin trei moduri:

- ca hormoni clasici, având efecte mediate pe cale sanguină;
- ca hormoni locali, cu efecte paracrine exercitate asupra celulelor din vecinătate;
- ca mediatori sau modulatori nervoși, acționând ca neurotransmițători la nivelul unor sinapse sau ca modificatori ai efectelor mediatorilor clasici.

POLAK și BLOOM denumesc aceste substanțe — având în vedere efectele lor multiple — peptide reglatoare (1982). La nivelul SNC, peptidele cerebrale prezintă următoarele caractere comune:

- pot modifica activitatea electrică neuronală spontană, la diferite nivele cerebrale;
- sînt secretate de elemente neuronale larg distribuite în SNC;
- sînt eliberate, probabil, în apropierea celulelor a căror activitate o influențează;
- durata lor scurtă de viață explică funcția lor reglatoare la nivel local, motiv pentru care GUILLEMIN le-a dat denumirea de cibernine (cf. gr. *kybernetes* „pilot, conducător”).

Avînd în vedere distribuția acestor substanțe, se poate spune că la îndeplinirea unei funcții concurează o multitudine de factori biologici activi, fapt ilustrat în mod pregnant de neurotransmițătorii și neuromodulatorii chimici. Astfel, acidul gama-aminobutiric, noradrenalina, 5-hidroxitriptamina și enkefalina acționează ca inhibitori ai eliberării substanței P din neuronii senzitivii ai ganglionilor spinali. În terminațiile nervoase aferente din locus ceruleus, au fost puse în evidență următoarele substanțe bioactive cu rol de neurotransmițători: GABA, noradrenalina, substanța P, enkefalina, angiotensina II, hormonul de eliberare a tireotropinei (TRH), peptidul intestinal vasoactiv (VIP), 5-hidroxitriptamina și neurotensina.

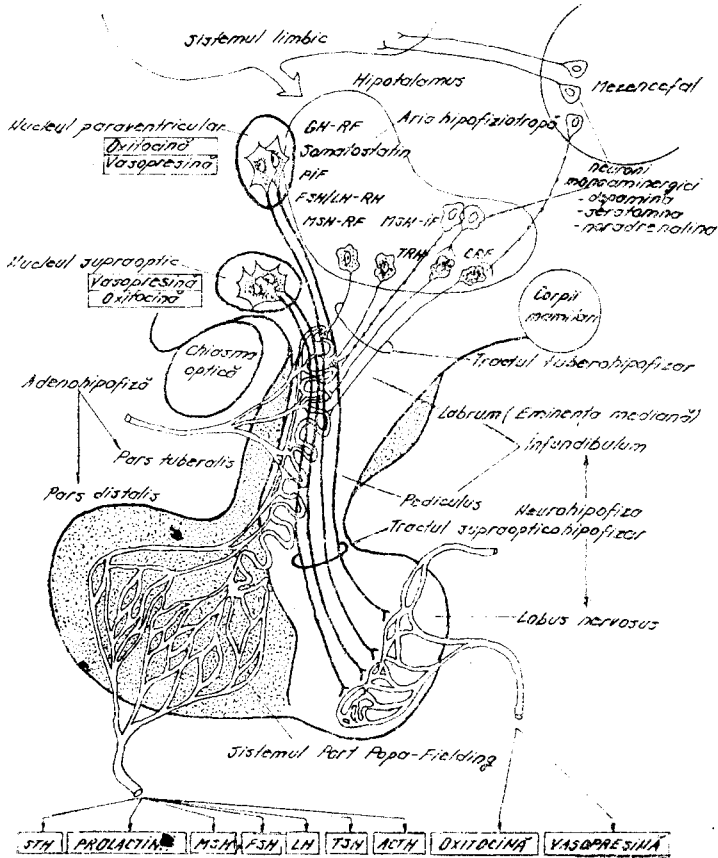
Această multitudine de mecanisme de control asigură o rezistență mai mare la acțiunea factorilor perturbatori și o revenire mai rapidă la starea

de echilibru. Enumerăm acele neuropeptide care nu fac obiectul unor descrieri separate:

- Bradikina și kalidina sînt polipeptide biologice active, denumite cu termenul generic de kinine, cu acțiune hipotensivă și de stimulare a musculaturii netede a celor mai multe viscere. Kininele au câteva acțiuni biologice majore: vasodilatație, creșterea permeabilității capilare, stimularea musculaturii netede viscerale, stimularea fibrelor nervoase senzitive și a unor formațiuni din SNC. Provoacă senzație dureroasă, însoțită de descărcări de impulsuri în fibrele nervoase senzitive implicate în recepția excitațiilor dureroase. Stimulează eliberarea de vasopresină din hipotalamus sau hipofiza posterioară. Ca și în cazul histaminei, efectele asupra SNC sînt variabile, asupra unor structuri acționînd excitatori în timp ce asupra altora are efect inhibitor.
- Angiotensina, izolată în 1898 și sintetizată în 1957, ia naștere prin acțiunea reninei asupra substratului ei α_2 -globulinic din plasmă — angiotensinogen. Angiotensina se află în organism sub două forme: angiotensina I, decapeptid, din care derivă octapeptidul numit angiotensină II, cel mai puternic agent vasoconstrictor cunoscut pînă în prezent. Efectul ei se realizează, ca și în cazul noradrenalinei, prin contracția musculaturii netede arteriolare. Stimulează secreția medulosuprarenalei, atît prin acțiune directă asupra celulelor cromafine, cît și în mod indirect, prin stimularea centrilor nervoși vegetativi din SNC. Renina din creier este de proveniență locală, presupunîndu-se existența unui sistem renină-angiotensină cerebrală, care acționează independent de cel periferic. La nivelul SNC, angiotensina II determină intensificarea senzației de sete, a apetitului pentru sodiu, creșterea presiunii sanguine, stimulează eliberarea de hormon antidiuretic și de hormon adenocorticotrop (ACTH). Aceste acțiuni, împreună cu producerea ei in situ, în SNC, de către un sistem enzimatic independent de renina circulantă, constituie argumente pentru includerea angiotensinei în grupul peptidei cu rol de neurotransmițători sau neuromodulatori ai activității unor sisteme neuronale răspunzătoare de reglarea echilibrului hidroelectrolitic și, posibil, a altor funcții integrative superioare.
- Somatostatina (GHRH), denumită astfel deoarece inhibă eliberarea hormonului somatotrop (de creștere) din hipofiza anterioară, este considerată, în prezent, o familie de peptide ce cuprinde somatostatina 14 (14 aminoacizi) și somatostatina 28 (28 aminoacizi). În sistemul nervos, neuronii

ce conțin somatostatina (SST) se află în formațiunile hipotalamice ce controlează activitatea hipofizei anterioare, în lobul posterior al hipofizei, în formațiunile trunchiului cerebral, ale sistemului limbic și măduvei. În afara sistemului nervos, SST

multe ori, determinate de creșterea excitabilității corticale; la injecție în ventriculii cerebrali, produce un efect cerebral de activare (arousal). Prin inhibarea secreției de hormoni somatotropi, SST poate fi inclus în factorii reglatori ai funcției axului hipo-



Sistemul neuroendocrin hipotalamo-hipofizar (J. Chermă, M. Colăcescu, F. Grigorescu)

este distribuită în celulele secretoare din intestin, insulele pancreatice, glandele salivare și sistemul excretor. În preparate cerebrale, SST are o acțiune excitatoare asupra activității electrice spontane și produce efecte variabile — inhibiție sau stimulare — asupra eliberării mediatorilor chimici din diverși neuroni. Injecția intracerebroventriculară de SST produce modificări comportamentale variabile, de cele mai

talamo-hipofizar. În formațiunile din SNC, inclusiv în cortex, prezența neuronilor somatostatinerfici pledează pentru includerea peptidului printre neuromediatorii care au un rol important în funcțiile integrative neuroendocrine.

- Peptidul intestinal vasoactiv (VIP) este un peptid cu acțiune vasodilatatoare, extras pentru prima dată din intestin și constituit din 28 de aminoacizi. Este larg distribuit

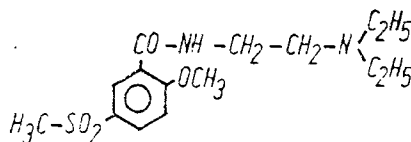
în tubul digestiv, pancreas și țesutul nervos. Fiind repede inactivat în sângele periferic, VIP acționează mai curînd ca un hormon local. La nivel de SNC, pare a acționa ca neuromodulator sau ca neurotransmițător, fapt confirmat de distribuția sa selectivă în creier, de localizarea lui la nivel sinaptic în vezicule și de eliberarea de la acest nivel, prin stimuli depolarizanți, în prezența ionilor de calciu. S-a constatat existența unor receptori specifici pentru VIP în membranele celulare din anumite arii cerebrale, unde peptidul are capacitatea de a stimula adenilciclaza. Conținutul mare de VIP în neocortex și formațiunile din sistemul limbic sugerează o relație posibilă cu funcțiile integrative superioare; iar prezența lui în unii nuclei hipotalamici și în sângele vaselor sistemului port, pledează pentru un rol în modularea funcției hipotalamo-hipofizare.

- Gastrina (G) și colecistokinina (CCK) sînt hormoni gastroduodenali, implicați în reglarea unor funcții digestive. În creier, G se află în cantități mici, în schimb CCK a fost depistată în concentrații importante în neocortex, hipocamp, amigdală, talamus, hipotalamus și măduvă. Cu excepția rolului probabil al CCK în controlul sațietății prin mecanism central, nici o altă funcție a SNC nu poate fi atribuită, pe baza datelor existente, medierii de către peptidele din această categorie.
- Neurotensina, tridecapeptid izolat din hipotalamus și alte structuri diencefalice, în hipofiză și intestin, potențează acțiunea hipotermizantă și sedativă a pentobarbitalului și efectul analgezic al opiaceelor, precum și stimularea eliberării de hormoni somatotropi și prolactină. Unii autori o consideră un subprodus de izolare a substanței P. Datorită distribuției, efectelor biologice și prezenței unor receptori specifici, poate fi considerată neuromodulator cerebral.
- Carnozina (beta-alanilhistidina) a fost localizată mai ales la nivelul bulbului olfactiv, fiind considerată ca mediator probabil al olfacției.
- Substanța P își exercită acțiunea mai ales asupra aparatului cardiovascular, a mușchilor neted viscerali și a sistemului nervos central. S-au constatat, la nivel central, efecte depresoare. Substanța P este considerată mediatorul chimic al sensibilității.

Varopresina, ocitocina, LHRH și hormonul tireotrop fac parte dintre hormonii hipotalamici, iar ACTH-ul, insulina, glucagonul constituie obiectul unor articole separate → HIPOTALAMUS, INSULINĂ.

192. **NEUROPLEGIL^(M)** Italia — DCI *Promazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă (inferioară clorpromazinei) și antiemetică. Este util în tratamentele de întreținere ale psihozelor cronice și în stările psihopatoide.

193. **NEUROPRI^(M)** Italia — DCI *Tiapridă* ● Psihotrop, derivat benzamidic de tip N-12-(dietilamino)etil/15-(metilsulfonil)-0-anisamidă, indicat în



diskinezii, inclusiv iatrogene (dopaminice, neuroleptice), coree și stări coreice. Efectele secundare sînt rare: somnolență, hipotensiune, amenoree.

194. **NEUROPROCIN^(M)** Olanda — DCI *Etilureea* ● Tranchilizant, derivat ureic de tip cis-(2-etilcrotonil)uree, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Este indicat în psihogenii și medicina psihosomatică. Are o bună toleranță, efectele secundare fiind practic absente.

195. **NEUROPSIHIATRIE** (cf. *neuro-*; gr. *psyche* „suflet”; *iatreia* „îngrijire”) ● În trecut, reprezenta o specialitate medicală care se adresa în ansamblu (în mod incorect) afecțiunilor neurologice și psihiatrice. Constituirea unor specialități distincte de sine stătătoare datează de la finele secolului al XIX-lea și, pentru unele țări, de la începutul secolului al XX-lea. În prezent, nu se mai utilizează decât cu referire la medicina infantilă, în cadrul căreia mai există specialitatea de **NEUROPSIHIATRIE INFANTILĂ** →.

196. **NEUROPSIHOLOGIE** (cf. *neuro-*; gr. *psyche*; *logos* „cuvînt, discurs”) ● Știință abordînd funcțiile mintale superioare în dubla și inseparabila lor legătură cu structurile cerebrale care stau la baza acestor funcții (HECAEN) și cu organizarea funcțională a sistemului nervos (LHERMITTE), precum și efectul leziunilor sau stimulărilor în focar asupra acestor funcții. Termenul ca atare este atribuit lui LASHLEY (1943). Este un domeniu interdisciplinar, avînd relații cu neuroanatomia, neurofiziologia, neurologia clinică, psihologia teoretică și experimentală, psihopatologia, neurochimia.

Istoria neuropsihologiei este legată de cercetările lui BROCA (1861), în secolul al XIX-lea, continuată de HEAD, GOLDSTEIN, MUNK, LASHLEY, LHERMITTE, MARINESCU, LURIA, HEBB, PAVLOV, JACKSON etc.

Neuropsihologia contemporană românească este reprezentată de lucrările lui M. BOTEZ, S. ALEXANDRU, I. DOBROTĂ, M. GOLU, C. ARSENI și L. DĂNĂILĂ, autori ai unor substanțiale monografii. Neuropsihologia nu desemnează numai o anumită perspectivă teoretică, ci și un demers nosologic și terapeutic important.

197. NEURORADIOLOGIE (cf. *neuro-*; lat. *radius* „rază”; gr. *logos* „cuvânt, discurs”) ● Ramură a radiologiei, fondată de neurologul Arthur SCHULLER (1905); utilizează și aplică radiațiile ionizante și în investigarea și terapia afecțiunilor sistemului nervos. Explorarea SNC cu ajutorul tehnicii radiologice se poate realiza prin :

- metode clasice (fără mijloace de contrast — radiografii craniene simple în incidențe diferite ; cu mijloace de contrast — negativ sau pozitiv) ;
- metode moderne (scintigrafia și tomografia).



● Explorarea radiologică fără mijloace de contrast a fost utilizată de A. SCHULLER și OPPENHEIM în traumatismele craniene, iar în zilele noastre, în sindromul de hipertensiune intracraniană (HIC). Indiferent de cauza care a determinat HIC, semnele ei radiologice sînt : dehiscenta suturilor (semn caracteristic doar copiilor), accentuarea impresiunilor digitale în HIC cu evoluție lentă, modificări ale aspectului șei turcești, accentuarea vascularizației diploice și a impresiunilor Pacchioni. Aceste aspecte sînt variabile cu vîrsta subiectului și nu apar concomitent ; Corneliu ALDESCU apreciază că ele pot fi concludente numai dacă sînt corelate cu aspectul fundului de ochi, al angiografiei și cu semnele clinice.

Utilizarea mijloacelor de contrast se bazează pe contrastul artificial, negativ sau pozitiv. Această tehnică are la bază principiul diferenței de absorbție a razelor X pentru lichidul cefalorahidian (și a substanței introduse artificial, realizîndu-se în următoarele variante : substituția cu aer a LCR-ului în sistemul ventricular, spații subarahnoid-

iene și cisterne cerebrale (pneumoencefalografia gazoasă — PEG) ; opacifierea sistemului vascular cerebral (angiografia) sau a sistemului ventricular (iodoventriculografia). Tehnica utilizării contrastului negativ prin mărirea transparenței la nivel cerebral (encefalografia gazoasă) evidențiază leziuni anatomopatologice corticale ale sistemului ventricular și celui al LCR : atrofie corticală, hidrocefalie internă sau externă, porencefalie, deplasări ale sistemului ventricular produse de procese expansive intracraniene sau prin tracțiuni cicatriciale. În psihiatrie, această metodă confirmă diagnosticul pozitiv și facilitează diagnosticul diferențial în : alcoolism, encefalopatia posttraumatică, infecția luetică, paraliza generală progresivă, schizofrenia, demențele presenile Pick și Alzheimer, demența senilă și arterioscleroza cerebrală. Metoda contrastului pozitiv prin opacifiere poate fi utilizată sub formă de arteriografie cerebrală sau iodoventriculografie. Arteriografia permite evidențierea unor anevrisme sau tumori cerebrale vascularizate (meningiom, unele forme de gliome, metastaze intracraniene), deplasarea vaselor cerebrale spre procesele înlocuitoare de spațiu care delimitează arii vasculare (hematoame subdurale, tumori chistice). Iodoventriculografia permite evidențierea unor procese expansive ale ventriculului III și a gradului de permeabilitate al apeductului Sylvius.

● Metodele moderne prezintă un risc practic nul pentru subiect, iar precizia rezultatelor este mult mai mare decît în cazul metodelor clasice. Scintigrafia cerebrală utilizează izotopi radioactivi pentru a determina topografic leziuni la nivelul SNC. Tomografia axială transversă computerizată (tomodensimetria) permite vizualizarea în planuri succesive, prin secțiuni axiale transversale ale creierului, pe baza analizei „punct cu punct”. Se folosește pentru depistarea tumorilor, accidentelor vasculare, hematoamelor, atrofiei corticale, demielinizării leuconevraxitice.

198. NEUROSIS ANGOROSA (cf. gr. *neuron* „nerv” ; lat. *angor* „neliniște”) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ANXIOASĂ — nevroză.

199. NEUROSIS DYSPHENICA (cf. gr. *neuron* ; *dysphonos* „fără voce”) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LOGONEVROZĂ.

200. NEUROSIS DYSTHENICA (cf. gr. *neuron* ; *dysthenein* „a fi fără putere”) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NEURASTE-NIE.

201. NEUROTOL^(M) Finlanda — DCI *Carbamazepină* ● Psihotrop, derivat iminostilbenic de tip 5H-dibenz[*b*,*f*]azepină-5-carboxamidă, cu acțiune anticonvulsivantă, antidepressivă, antialergică. În cazul tratamentelor îndelungate, necesită

control hematologic (agranulocitoză). Nu se asociază cu IMAO și nu se administrează în sarcină.

202. **NEUROTON^(M)** RDG — DCI *Guaifenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxant-sedativă și moderat anxiolitică. Are o bună toleranță.

203. **NEUROTRANSMIȚĂTORI** (cf. *neuro-*; lat. *transmittere* „a transporta”) ● Orice substanță chimică ce poate asigura transmiterea unei informații la nivelul fantei sinaptice.

Prima formulare a ipotezei neurotransmiterii pare a fi fost elaborată de Dubois RAYMOND, în 1874, care a încercat să explice, prin intermediul ei, stimularea unui mușchi de către un nerv periferic. Ipoteza este reluată de ELIOTT, în 1904, pentru a explica efectele stimulării nervilor periferici asupra organelor țintă. Ulterior, aceste ipoteze au fost confirmate și îmbogățite, din punctul de vedere al conținutului, prin lucrările mai multor autori: DALE, LOEWI, CANNON, Von EULER ș.a.

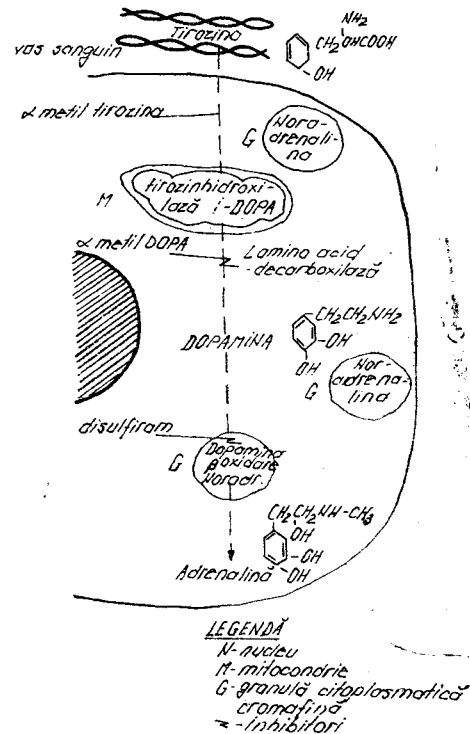
Criteriile necesare (formulate recent) pentru a înțrini calitatea de neurotransmițător sînt :

- prezența obligatorie în sistemul nervos central ;
- precursorii și enzimele responsabile de sinteza substanței respective trebuie să fie prezenți la nivelul neuronului presinaptic, iar sinteza este obligatorie în neuronii conținând organele celulare în care se realizează această sinteză. Neurotransmițătorii nu ajung din SNC în circulația generală, sistemică (unde pot exista), pentru că nu pot trece bariera hematoencefalică. Această capacitate o au numai precursorii, aspect deosebit de important pentru înțelegerea mecanismului de acțiune a diferitelor droguri în unele afecțiuni neuropsihice ; astfel, în tratamentul bolii Parkinson se utilizează levodopa, precursor al dopaminei, cu rol de agent terapeutic ;
- stimularea aferențelor trebuie să determine eliberarea substanței în fanta sinaptică, în cantități fiziologic semnificative ;
- aplicarea directă a substanței în spațiul sinaptic trebuie să reproducă, în mod egal, activitatea electrofiziologică și efectul farmacologic al stimulării electrice ;
- substanța trebuie să se fixeze pe un receptor sensibil și specific ;
- inactivarea substanței trebuie să fie asigurată printr-un mecanism specific și rapid ; este, de asemenea, necesară existența în vecinătate a sistemelor enzimice de inactivare.

Dintre numeroasele substanțe identificate la nivel neuronal, numai un număr mic satisface toate aceste criterii, astfel încît să poată fi considerate neurotransmițători. Acestea sînt : acetilcolina, noradrenalina, dopamina, GABA, serotonina, gli-

cina și acidul glutamic. Alături de ele sînt considerate neurotransmițătorii potențiali substanțe ca: acidul aspartic, taurina, adenzina — compus din structura adenzinmonofosfatului (AMP), adenzindifosfatului (ADP), adenzintrifosfatului (ATP) — care nu satisfac toate criteriile mai sus enumerate.

Efectele unui neurotransmițător pot fi modificate de concentrația celorlalți, iar neurotransmițătorii pot modifica, la rîndul lor, funcția tropilor adenohipofizari, fapt care se poate explica și prin interferarea metabolismului și acțiunii neurotransmițătorilor, prin blocarea preluării precursorilor, reducerea decarboxilării, stimularea inactivării intrasinaptice sau blocarea receptorilor postsinaptici.



Biosinteza catecholaminelor (după Wurtman, R. J. 1966, modif)

Neuromediatorii trebuie diferențiați de substanțele neuromodulatoare, al căror rol se exercită în modularea transmiterii sinaptice pe cale intrasinaptică sau în alt mod, deci în modularea efectelor neurotransmițătorilor. Aceste substanțe extrase din SNC, cu o greutate moleculară între

1000 și 3000, acționează direct sau prin intermediul neurotransmițătorilor și sînt implicate în funcțiile vegetative de bază controlate de sistemul nervos — circulație, respirație —, precum și în controlul termic al organismului. Criteriile pe care o substanță trebuie să le îndeplinească pentru a fi neuromodulator sînt :

- nu trebuie să aibă acțiune transsinaptică, adică să nu acționeze ca un neurotransmițător ;
- trebuie să fie prezentă în mediile fiziologice și să aibă acces la regiunea sinaptică, pentru a modula potențialul membranar ;
- modularea farmacologică a concentrației endogene a substanței trebuie să modifice activitatea neuronală în anod net previzibil ;
- acțiunea directă a neuromodulatorului trebuie să mimeze efectele creșterii concentrației endogene a substanței ;
- trebuie să existe situsuri specifice de acțiune, prin care neuromodulatorul să poată interfera în activitatea neuronală ;
- efectele obținute prin variațiile concentrației endogene trebuie să fie identice cu cele induse prin variații de concentrație de origine exogenă ;
- mecanismele de inactivare trebuie evidențiate cu precizie, ele fiind responsabile de limitarea duratei de acțiune a substanței.

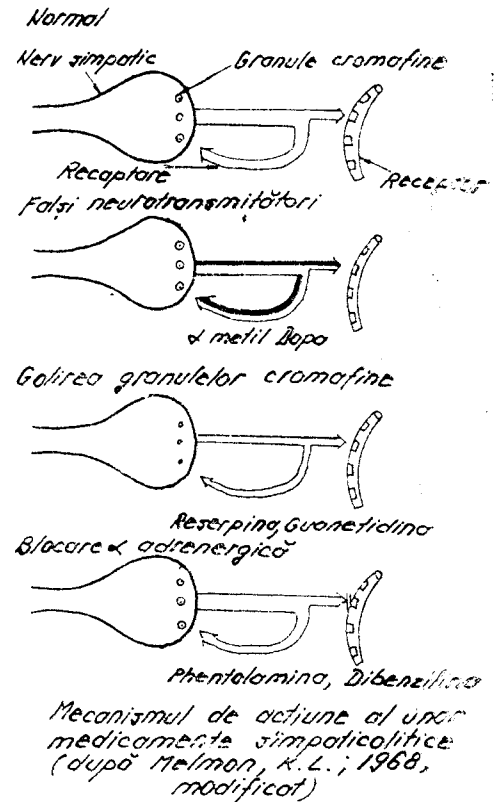
În realitate, o substanță ca dopamina poate acționa atât ca neurotransmițător, cît și ca neuromodulator. Posibilitatea existenței ambelor aspecte funcționale este dependentă mai mult de „situația” sinaptică decît de substanța în sine, ceea ce nu exclude însă posibilitatea ca unele substanțe să prezinte numai unul dintre cele două aspecte funcționale. Este cazul particular al neuropeptidelor (endomorfine, substanța P, somatostatina, gastrina, LHRH, hormonul tireotrop — TRH).

Cercetări recente asupra neurotransmiterii au precizat că, la nivelul aceluiași neuron, se pot secreta, stoca, elibera și recapta mai mulți neurotransmițători și că nu există sinapse pur electrice, fără intermediari chimici. Neurotransmițătorii pot fi influențați farmacologic la diferite niveluri la care ei acționează (Tabel nr. LXXXIX).

Concluziile care pot fi trase din studiile experimentale trebuie interpretate cu prudență pentru că, pe de o parte, creierul uman nu poate fi accesibil unei explorări directe, iar pe de altă parte, indicatorii periferici ai neurotransmițătorilor produși la nivel central, au o valoare relativă. Căutarea unui model periferic al „neuronului central” și-a găsit aplicația practică numai în studiul metabolismului serotoninei plachetare. Rezultatele certe obținute pînă în prezent s-au datorat întâmplării și au fost oferite mai mult de

terapia medicamentoasă. Numeroase afecțiuni neuropsihice presupun implicarea neurotransmițătorilor (Tabel nr. LXL).

Ele nu oferă însă date concrete asupra etiopatogeniei afecțiunilor psihice, ci se limitează la evidențierea „markerilor” sau, eventual, a „concomitențelor” biologice ale tulburărilor clinice.



Astfel, evidențierea anomaliilor unui neurotransmițător nu este concludentă pentru o afecțiune, ci este doar un mod de evaluare a unui ansamblu de etape biologice perturbate, care ar putea permite, la un moment dat, depistarea componentei biochimice ce stă la baza unei tulburări psihice.

204. NEUROVEGETALIN^(MC) RFG ● Produs terapeutic care conține mai multe medicamente cu acțiune complementară. Este compus din: ERGOTAMINĂ, ERGOTOXINĂ, HIOSGAMINĂ, SCOPOLAMINĂ, FENOBARBITAL. Are acțiune sedativ-anxiolitică și vagolitică. Se pretează administrării diurne.

Tabel nr. LXXXIX**Modificători farmacologici ale neurotransmițărilor**

Substanța	Acțiune
I. Stimulatori ai precursorilor L-Dopa Triptofan } 5-OH-triptamina }	<ul style="list-style-type: none"> ● crește nivelul dopaminei și al noradrenalinei ● crește nivelul serotoninei
II. Agoniști receptoriali Apomorfina } Bromcriptina } Clonidina } Izoproterenol } Quipazina } LSD }	<ul style="list-style-type: none"> ● crește nivelul dopaminei ● stimulează receptorii alfaadrenergici ● stimulează receptorii betaadrenergici ● stimulează receptorul serotoninic
III. Inhibitori ai sintezei și blocați enzimatici Alfametilparatirozina Alfametildopa p-Clorfenilalanina	<ul style="list-style-type: none"> ● inhibă tirozinhidroxilaza; blochează dopamina și noradrenalina ● fals neurotransmițător (NT metilat) ● inhibă triptaminhidroxilaza; blochează serotonina
IV. Depletori aminici Rezerpina	<ul style="list-style-type: none"> ● scade acțiunea serotoninei
V. Inhibitori ai receptării Antidepresive triciclice	
VI. Eliberatori de amine și blocați ai receptării Amfetamine	<ul style="list-style-type: none"> ● eliberează dopamină și noradrenalină, scade captarea acestora
VII. Blocați receptoriali Fenoxibenzamina } Fentolamina } Propranolol } Clorpromazina } Haloperidol } Metisergid } Ciproheptadina }	<ul style="list-style-type: none"> ● blochează receptorii alfa-adrenergici ● blochează receptorii beta-adrenergici ● blochează receptorii dopaminergici ● blochează receptorii serotoninergici
VIII. Distructori axonali 6-OH-dopamina 5-OH-triptamina	<ul style="list-style-type: none"> ● distruge receptorii care captează dopamina, noradrenalina ● modifică receptorii care captează serotonina.

Tabel nr. LXXE**Patologia legată de neuromesageri (NM)**

Neuromesager	Acțiune/Loc de acțiune	Patologie neuropsihică
I. Aminoacizi ● GABA ● Glicocol ● Glutamina ● Asparagina ● Prolina ● Serina	<ul style="list-style-type: none"> ● inhibă CRH ● inhibă sistemul nervos ● excitator ● excitator 	↑ în coreea Huntington

continuare tabel nr. LXL

Neuromesager	Acțiune/Loc de acțiune	Patologie neuropsihică
II. <i>Acetilcolina</i>	● asupra comportamentului	↑ în boala Alzheimer
III. <i>Amine</i>		
● Dopamina	● la nivelul locus-ului coeruleus	↓ în boala Parkinson și în schizofrenie ↓ în coreea Huntington
● Noradrenalina	● la nivelul punții și al măduvei	
● Serotonina		↑ în coreea Huntington și în schizofrenie
● Histamina	● asupra tuturor țesuturilor din organism	
IV. <i>Peptide</i>		
● Luteinizant-RH		● asociată bolilor hipotalamice
● Tireotrop-RH		● test la TRH modificat în depresii ↓ în sindroame maniacale ↓ în boala Alzheimer și în schizofrenie
● Corticotrop-RH	● crește activitatea neuronală	
● Somatostatina		
● Growth-hormone -RH		
● Hormon antidiuretic		
● Ocitocina		
● Vasotocina	● implicată în somn	● implicată în narcolepsie ↑ în boala Alzheimer ↓ în schizofrenie
● Hormon lipotrop		
● Endorfine	● mediație endogenă opiacee	
● Hormon melanotrop		
● Hormon corticotrop		
● Hormon tireotrop		● testul la TRH modificat în depresii
● Prolactina		
● Hormonul de creștere		
● Enkefaline	● la nivelul corpului striat	
● Substanța P	● excitator, hipotensiv	↑ în schizofrenie ↓ în coreea Huntington
● Neurotensina	● hipotensiv, stimulează musculatura intestinală	
● Angiotensina II		
● Bradichinina		
● Peptid intestinal vasoactiv	● la nivelul cortexului occipital	
● Gastrina		
● Colecistochinina	● rol în memorie	↑ în boala Alzheimer ↓ în schizofrenie și în coreea Huntington
● Glucagonul		
● Bombesina		

↑ = crescut ; ↓ = scăzut

205. **NEUROZINA^(M)** Italia — DCI *Hidroxyzin*
● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-12-
/4-(p-clor- α -fenilbenzil)-1-piperazinil-etoxilolanol,
cu acțiune sedativă centrală, antihistaminică
și anxiolitică. Industria noastră farmaceutică îl
produce sub numele de **HIDROXIZIN^(M)**.

206. **NEUTRALITATE** (cf. fr. *neutralité*; vezi
lat. *neuter* „nici unul din doi”) ● În practica psi-
hanalitică, desemnează caracteristica generală a
comportamentului terapeutului în relația cu pa-
cientul. Terapeutul nu-și afirmă și nu-și susține
propriile idealuri, nu răspunde nevoilor trans-
ferențiale ale pacientului, nu dă sfaturi, nu orien-
tează pacientul în asociațiile lui. „Noi am refuzat
categoric să considerăm pacientul un bun personal.
Nu căutăm nici să-i formăm un destin, nici să-i
inoculăm idealurile noastre, nici să-l modelăm
după imaginea noastră cu orgoliul unui creator”
(FREUD, „Tehnica psihanalizei”). Rolul terapeu-
tului psihanalist constă în a facilita, prin interpre-
tare, accesul la inconștient, ceea ce are ca rezultat
dispariția simptomelor, o mai bună autocunoaștere
și, implicit, o mai mare libertate de opțiune con-
știentă — **ABSTINENȚĂ** — regulă; **ATENȚIE FLO-
TANTĂ**.

207. **NEUTRU** (cf. lat. *neuter*) ● În psihologie,
răspuns, comportament, atitudine situate la
mijlocul distanței dintre două extreme. Presupune
echilibrul dinamic al unor tendințe contrarii. În
afara cazurilor în care comportamentul este deli-
berat (evitarea unor situații conflictuale, a anga-
jării în rezolvarea unei probleme, amânarea luării
unei decizii), comportamentul aparent neutru
poate presupune deficiența de comunicare, de
inteligentă sau lipsa rezonanței afective.

Neutră afectiv trebuie să fie și atitudinea medi-
cului psihiatru în problemele de expertiză a capa-
cității de muncă, în domeniul medicinei legale sau
în relația psihoterapeutică, în care este necesară
evitarea manifestării unui contratransfer negativ,
dăunător eficienței psihoterapeutice. În scalele
de psihodiagnostic, răspunsul neutru echivoc „da
și nu” este notat cu zero.

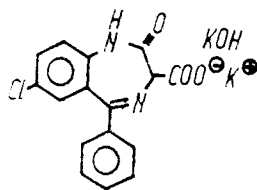
208. **NEVIN^(s) sindrom** ● Sindrom psihoorganic
cronic, de etiologie ocultă, care se dezvoltă după
decada a 5-a a vieții și ale cărui particularități
sunt: evoluția progresivă până la demență, coexis-
tența tulburărilor de vedere, care pot merge până
la cecitate completă, tulburări de vorbire de tip
afazic. Din punct de vedere histopatologic, se
notează atrofia celulară cu modificarea celulelor
gliale. Sindromul a fost descris de NEVIN, în 1965.

209. **NEVINOVĂȚIE^(D) delir** ● Idei delirante
secundare, de autojustificare față de un act de
care bolnavul este acuzat în mod real sau delirant.
În prima variantă, dacă acuzarea este reală și pa-

cientul este încarcerat, el supraadaugă idei de
grațiere, scotomizându-și faptele. În cea de a doua
circumstanță (acuzarea este delirantă), de obicei
în cazul psihozelor schizofrenice, ideile de nevinovă-
ție sînt secundare unor fenomene delirante
primare. CAVENAR și BRODIE (1985) consideră
că aceste idei delirante sînt asociate cu fenomenul
de dedublare (opinie susținută de psihiatria sovie-
tică), în care bolnavul afirmă că un altul identic
cu el a comis faptele de care ideile de autoacuzare
și persecuție îl fac răspunzător.

210. **NEVOIE DE PEDEAPSĂ** ● Exigență internă,
inconștientă, avîndu-și originea într-un sentiment
de culpabilitate, de asemenea inconștient. Nevoia
de pedeapsă a fost constatată de FREUD într-o
serie de fenomene printre care: vise de pedepsire,
tabloul clinic al melancoliei, reacția terapeutică
negativă, caracterul masochist, comportamentul
psihopatic și/sau antisocial, masochismul moral
etc. Atunci cînd se manifestă la personalități maso-
chiste, trăirea subiectivă este de continuă insatis-
facție, de exagerare a dificultăților și imposibili-
tatea de a se bucura. Apar concomitent două
atitudini: nevoia de pedeapsă și suferință, moti-
vată prin asumarea laturii negative a evenimen-
telor sau acordarea unor semnificații preponde-
rent sau de preferință negative acestor eveni-
mente; pedeapsa (suferința) este căutată, provo-
cată. Există teorii moderne privind comporta-
mentul antisocial, care pun la baza acestuia nevoia
de pedeapsă. Deși aparent pedeapsa este în legă-
tură cu o faptă reală comisă, suferința în sine
capătă în mod inconștient semnificația ispășirii,
determinată de sentimentul de culpabilitate, în
egală măsură inconștient → **COMPULSIUNE DE
REPETIȚIE**; **MASOCHISM**.

211. **NEVRACTEN^(M)** Mexic — DCI *Dipotassium
clorazepat* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepi-
nic 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, precum și efectele modeste sedativ-
hipnotice, îi conferă o largă utilizare.

212. **NEVRALGIE** (cf. gr. *neuron* „nerv”; *algos*
„dureră”) — sin. **NEURODINIE** ● Durere localizată
pe traiectul unui nerv senzitiv sau al ramurilor
sale, simțită spontan sau prin provocare, a cărei

etiologie poate fi variabilă (leziuni nervoase, afecțiuni inflamatorii, tumori, compresiuni, anevrisme etc.) și nu rareori determinată de factori psihici. Poate apărea pe orice traseu senzitiv: de exemplu, pe lângă bine-cunoscuta neuralgie de trigemen, pot fi amintite neuralgia intercostală, sciatică, pelvină, neuralgia ganglionului ciliar, sfenopalatin etc.

213. NEURALGIE ABDOMINO-GENITALĂ ● Tip de algie întâlnit în clinica psihiatrică, caracterizat prin algiile mono- sau bilaterale ale cordonului inghinal, cu iradiere pubiană și în regiunea tegumentară adiacentă. Nu trebuie etichetată drept ceneștopatie decât după ce s-a exclus elementul de organicitate la nivelul plexului lombar (L₁-L₂) prin factori intrarahidieni, vertebrali sau paravertebrali (cel mai frecvent).

214. NEURALGIE CERVICALĂ DIFUZĂ^(S) **sindrom** ● Tip de durere cu caracter neplăcut, care cuprinde regiunea cefei, însoțită de parestezii ale regiunii nucale, cu senzația de constricție sau arsură. Trebuie analizată în primă instanță prin prisma organicității, numai după eliminarea factorului patologic pendinte de coloană și a celui profesional (datorat contracturii nucale prelunge și zilnice — șoferi, dactilografe, telefoniste etc.), pot fi luate în considerație și alte posibilități (psihogene).

215. NEURALGIE GLOsofarINGIANĂ ● Formă rară, prezentă de obicei la vîrstnici; se caracterizează prin paroxisme dureroase în unghiul mandibulei, în faringe, la baza limbii, cu iradiere în conductul auditiv extern. Se descriu două forme: cea idiopatică și cea secundară unui proces endocranian.

216. NEURALGIE OCCIPITALĂ — sin. NEURALGIE ARNOLD ● Formă de algie cu localizare cervicală, avînd maximum de intensitate în regiunea tegumentară corespunzătoare emergenței nervului Arnold, cu manifestare diurnă și exacerbată în stările emotive.

217. NEURALGIE OFTALMICĂ — sin. MIGRENĂ PUTNAM ● Dureri vii oculare, cărora li se asociază senzația de corp străin, lăcrimare, stare de epuizare marcată și posibilă curbatură; de obicei, intensitatea durerii elimină dubiile de diagnostic.

218. NEURALGIE PAROXISTICĂ VAIL $\xrightarrow{\text{sin.}}$ VAIL^(S) **sindrom**.

219. NEURALGIE SPERMATICĂ ● Paroxisme algice asemănătoare cu cele din neuralgia abdomino-genitală, avînd rareori același mecanism și fiind, de obicei, o manifestare nevrotică (posibilă asociere a tulburărilor de dinamic sexuală).

220. NEURALGIE TRIGEMINALĂ — sin. FOTHERGILL^(B) boală; TIC DUREROS AL FEȚEI ● Paroxism algic violent, unilateral, cu intervale libere, fără tulburări de sensibilitate, însoțit de secuse musculare tonice și de lăcrimare Violentă algiei și rezistența la terapiile obișnuite conduc către investigațiile necesare care clarifică diagnosticul.

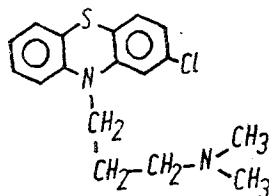
221. NEVRAX (cf. gr. *neuron* „nerv”; *axon* „axă”) ● Axul nervos format din măduvă și encefal; axul cerebrospinal; sistem nervos central.

222. NEVRITĂ ASCENDENTĂ FICARD — sin. ALGIE DIFUZĂ POSTTRAUMATICĂ; BARRÉ^(S); sindrom; EXTENSOPROGRESIV^(S) sindrom. NEVRITĂ IRADIANTĂ GUILLAIN $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LERICHE^(S) sindrom.

223. NEVRITA MULTIPLĂ — sin. POLINEUROPATIE ACUTĂ; POLINEVRITĂ IDIOPATICĂ ACUTĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LANDRY-GUILLAIN-BARRÉ-STROHL^(S) sindrom.

224. NEVROFONIE (cf. gr. *neuron*; *phone* „voce”) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LĂTRĂTOR^(D) delir.

225. NEVROPROMAZINE^(M) Grecia — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil)fe-



notiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vagoși simpaticolitică. Potențează acțiunea anesteziilor celor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN^(M).

226. NEVROSTOP^(M) Grecia — DCI *Clormezazonă* ● Miorelaxant cu valențe anxiolitice, 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.

227. NEVROTIZARE (cf. fr. *névrotique*; vezi gr. *neuron* „nerv”) ● Tip de „colmatare” a schizofreniei, în viziunea autorilor psihanalizți (RA-

CAMIER, BOUVET, PIOUS, BYCHOWSKI etc.), prin care psihismul bolnavului caută să se restructureze. Ar fi una din modalitățile favorabile de restructurare a Eului, frizând cel mai adesea obsesionalul.

228. **NEVROZĂ** (cf. fr. *névrose* : vezi gr. *neuron*)

● Grup de tulburări cu etiologie psihogenă, cu mecanisme psihice profunde în formarea simptomelor, care operează cu materialul unui conflict intrapsihic inserat în istoria individului. Clinic, nevroza are un debut insidios și se manifestă prin simptome de intensitate redusă. Aceste simptome nu afectează inserția bolnavului în real, dar sînt resimțite și apreciate ca neplăcute, perturbînd adaptarea la real (sistemul raporturilor cu realitatea se păstrează, dar se produce un deficit de funcționare a acestuia). S-a considerat că nevrozile aparțin psihiatriei „minore”, prin opoziție cu psihozele; totuși, nevrozile provoacă, în special în măsura în care tulburările se fixează în trăsături de caracter, un anumit grad de invaliditate psihică, prin întărirea și persistența conduitelor maladaptative. Nevroza ar putea fi considerată ca un răspuns inefficient la un real perceput ca real, dar resimțit în mod fictiv (caracteristicile realității sînt receptate și modificate în funcție de dorința subiectului, care nu se articulează la posibilitățile sale). Existența nevrozei se bazează pe dezaconcord dintre dorință și posibilitățile de realizare. Nevroticul nu se confruntă cu realul ci se apără de real, în acest sens răspunsul său fiind un compromis între apărare și dorință. H. EY reține trei aspecte definitorii pentru nevroză; calitatea ei de maladie psihică „minoră” în raport cu psihozele; predominarea acuzelor și tulburărilor subiective; faptul că în constituirea nevrozei se declanșează mecanisme patogenice inconștiente care construiesc diverse apărări împotriva angoasei.

HIPOCRATE (460—375 î.e.n.) a făcut primele observații referitoare la acele manifestări care îi caracterizează pe „învinși”, înțelegînd prin învinși indivizii nevrotici; în antichitate s-a realizat o primă clasificare a nevrozelor și s-au elaborat diferite remedii terapeutice pentru combaterea lor. În secolul al XVII-lea, observațiile asupra fenomenelor nevrotice se înmulțesc; apar diverse teorii privind mecanismele răspunzătoare de producerea simptomelor nevrotice, fiind abandonată teoria uterină (generată probabil de frecvența crescută a nevrozei la femei, comparativ cu bărbații), precum și teoria cerebrală a lui Thomas WILLIS (1662—1675). Apar primele „studii epidemiologice”: Thomas SYDENHAM (1624—1689) apreciază frecvența nevrozei la 18—20%, considerînd că unul din șase pacienți suferă de isterie. Robert WHITT echivalează nevroza cu „isteria femeii” și cu „ipohondria bărbatului”. În secolul al XVIII-lea, CULLEN face pentru prima dată o

delimitare a acestei boli, în lucrarea sa „Nevroza sau bolile nervoase”; sub termenul de „nevroză” autorul descrie o serie de tulburări care nu puteau fi atribuite unei boli precise a sistemului nervos central sau a sistemului nervos periferic, deși aceste tulburări apăreau în tabloul altor afecțiuni ca epilepsia, sindroamele extrapiramidale, psihozele endogene. Mai tîrziu, în secolul al XIX-lea, CHARCOT definește nevroza ca „stare morbidă al cărei sediu este sistemul nervos și care nu lasă asupra cadavrului nici o urmă materială detectabilă”. Deși definiția lui CHARCOT trimite la un factor organic în producerea nevrozei, școala de la Salpêtrière este aceea de la care pornește orientarea ulterior acceptată în privința nevrozei; această orientare admite existența factorilor psihogeni, considerînd că la originea tulburării nevrotice nu stă o cauză în principal organică. În aceeași perioadă, FREUD elaborează concepția psihanalitică, dezvoltînd și teoria asupra nevrozelor, conform căreia la originea acestor tulburări stă un conflict psihic profund, cu rădăcini în primii ani de viață, care generează ulterior o serie de compromisuri între dorință și apărare. În ansamblul lor, în secolul al XIX-lea, afecțiunile reunite sub termenul de nevroză erau caracterizate ca maladii ale sistemului nervos, de natură funcțională, deci fără leziuni de organ, dar cu diverse localizări organice (stomac, cord, uter etc.). La sfîrșitul secolului al XIX-lea, P. JANET distinge două tipuri esențiale de nevroză: isteria și psihostenia (cea din urmă denumită de FREUD „nevroză obsesională”). JANET considera nevrozile ca maladii ale personalității, cu origine în conflicte intrapsihice și avînd drept efect perturbarea adaptării, în special a conduitelor sociale. S-a conturat astfel concepția conform căreia nevroza ar fi o maladie funcțională „șine materia” (OPPENHEIM, ERB, BABINSKI, citați de H. EY); la aceasta s-a adăugat convingerea că nevroza este o boală psihogenă, prin opoziție cu tulburările somatogene (organice, lezionale). EY caracterizează nevroza și prin următoarele aspecte:

- simptomele ca apărări împotriva angoasei constituind un compromis din care subiectul obține anumite beneficii;
- Eul nevrotic, datorită căruia persoana este incapabilă de a stabili relații echilibrate cu sine și cu lumea.

Teorii privind etiologia și psihopatologia nevrozelor:

- teoria comportamentală — „condiționarea unui comportament patologic la nevrotic, în absența unei bune adaptări”. În acest sens, PAVLOV a reușit să reproducă nevroza în mod experimental la animale, prin punerea acestora în situații „conflictuale”; în mod analog, au fost aplicate metodele de „spălare a creierului” în lagărele naziste;

- teoriile biologice — existența unei predispoziții nevrotice condiționate organo-genetic ;
- teoria dinamică (P. JANET) — utilizarea neadecvată la un nivel inferior, primitiv și automat a funcțiilor psihice, cu scăderea energiei acestora. În viziunea acestui autor, „disociația mentală” și afectarea funcțiilor de sinteză împiedică descărcarea tensiunilor psihice într-o activitate utilă subiectului, fiind generatoare de nevroză ;
- teoriile culturaliste și sociogenetice — explicarea pe baza conținutului cultural a diverselor modalități de organizare și exprimare a nevrozelor. Karen HORNEY susține rolul presiunilor sociale, familiale, conjugale, economice etc. ;
- teoria psihanalitică (FREUD) — nevroza își are originea într-un conflict intrapsihic care perturbă dezvoltarea personalității și se poate reactualiza în diverse momente ale existenței ; simptomele nevrotice sînt expresia simbolică a defenselor împotriva angoasei, iar tulburările de adaptare în plan relațional sînt expresia slăbirii Eului ; Eul nevrotic operează aproape în exclusivitate prin mecanisme de apărare. Nevroza are la origine traumatisme psihologice însoțite de tulburări emoționale care perturbă echilibrul persoanei. În „Cinci lecții de psihanaliză”, FREUD consideră că nevroza apare în momentul în care diferite obstacole din exterior împiedică satisfacerea unor trebuințe erotice ; persoana fuge de realitate și se refugiază în boală, iar boala îi satisface, în mod deghizat, ceea ce realitatea îi refuză (sau ceea ce individul simte că i se refuză în mod real). Boala ar comporta un proces de regresie, care favorizează reîntoarcerea individului la etape anterioare ale rezistenței (faze anterioare ale libidoului) ; pe de altă parte, regresia permite modalități primitive de satisfacție, specifice perioadelor respective. Practic, nevroticul ar opera o reîntoarcere în copilărie, la relațiile și satisfacțiile vieții sexuale infantile. Refularea facilitează realizarea fantasmatică a dorințelor, compensatorie pentru incapacitatea raportării și confruntării lor cu realul. Astfel, la originea nevrozei ar sta dorința profundă, nesatisfăcută, care suportă modificări și deghizări cu semnificație de apărare. Nevroticul își consumă energia și eșuează luptînd împotriva complexelor sale ; în acest travaliu el își creează sisteme de apărare mai mult sau mai puțin elaborate, reușind să-și construiască o falsă protecție în raport cu realul. Tulburările nevrotice pot avea la origine diverse eșecuri în rezolvarea



complexului oedipian, fixații la un stadiu anume de evoluție libidinală (pregenital sau genital), eșecuri în rezolvarea complexului de castrare, un conflict între Eu și Supraeu etc. Aceste fenomene conflictuale ar determina o creștere a tensiunii interioare, resimțită ca disconfort și culpabilitate, și evacuată din câmpul conștiinței (→ MECANISME DE APĂRARE ALE EULUI). FREUD clasifică nevrozele în nevroze actuale, care au la origine o disfuncție somatică a sexualității și psihonevroze, care provin dintr-un conflict psihic. În acest al doilea grup intră isteria de conversie, nevroza obsesională, isteria de angoasă ; aceste nevroze sînt denumite de FREUD și nevroze de transfer, caracterizate prin faptul că libidoul este deplasat asupra obiectelor reale sau imaginare, spre deosebire de nevrozele narcisice în care libidoul se investeste în Eu. În perspectivă psihanalitică terapeutică, nevrozele sînt boli care se rezolvă prin cură analitică. De la clasificarea lui FREUD nu au fost aduse multe elemente de noutate, dar nici nu s-a ajuns la un punct de vedere comun. Deși nu există un consens în psihiatria internațională în ceea ce privește clasificarea nevrozelor, se poate opina, fără a emite pretenții nosologice, pentru următoarea clasificare :

- nevroze nediferențiate : neurastenie, nevroza depresivă, nevroza anxioasă ;
- nevroze diferențiate : nevroza fobică, nevroza obsesiv-compulsivă, nevroza isterică, stări nevrotice cu exprimare motorie.

Între aceste forme sînt posibile mixturi, cu realizarea unor tablouri nevrotice complexe. În vederea stabilirii diagnosticului de nevroză, ar trebui parcurse patru etape :

- etapa descriptivă : evidențierea elementelor definitorii ale nevrozei (tulburări somatice în absența unui suport organic, anxietate bazală sau angoasă, tulburări de somn, astenie fizică și psihică, tulburări sexuale, dispoziție depresivă, iritabilitate etc.); caracterul „minor” al simptomatologiei, care permite pacientului menținerea rolului și statutului său profesional și socio-familial; reducerea eficienței activității generale a pacientului; fundalul anxios (de diferite grade); păstrarea unui contact normal cu realitatea; prezența criticii față de starea morbidă; relativa comprehensibilitate a tulburărilor;
- etapa etiologică : „mai mult ca o etapă negativă decît una pozitivă”, excluzînd în primul rînd organicitatea și, în al doilea rînd, o tulburare psihică reactivă;
- etapa de evidențiere a structurii personalității, în completarea celei etiologice, evidențînd o personalitate premorbidă cu trăsături deja modificate (nevrotică), în sensul imaturității afective, cu reacții puerele la vîrsta adultă;
- etapa de circumscriere a simptomatologiei într-unul din simptomele nevrotice : sindrom astenic (astenie, fatigabilitate, cefalee, dispoziție tristă); sindromul fobic (fobii, conduite de asigurare, de evitare, anxietate concentrică); sindromul obsesiv (obsesii, compulsi/ritualuri, anxietate); sindromul hipochondriac (cenestopatii, idei hipochondriace, anxietate concentrică); sindromul isteric (sugestibilitate/autosugestibilitate, demonstrativitate, caracter polimorf atipic al acuzelor în raport cu sindroamele organice pe care le mimează).

La toate acestea trebuie adăugate cîteva observații care vin în sprijinul diagnosticului de la primul contact cu un bolnav nevrotic : pacientul se adresează voluntar medicului, solicitînd ajutor pentru suferințele pe care și le consideră anormale sau este adus la consultație de familie, prieteni, colegi de muncă, aceștia „forțîndu-l” să se îngrijească și să nu-și neglijeze sănătatea; pacienți care, după ce au fost „victimă” unui, adevărat meci de ping-pong la cabinetele diferitelor specialități, sînt trimiși în final la psihiatru.

Diferențierea între diferitele forme de nevroză, precum și diferențierea categoriilor nosologice de nevroză de alte afecțiuni impun următoarele excluzeri :

- excluderea normalității, lucru foarte dificil în special în cazul subiecților normali, cu

unele trăsături nevrotice ; diagnosticul diferențial se face pe baza fluctuației și amplitudinii tabloului clinic ;

- excluderea altor tipuri de psihogenii, cum sînt : reacțiile (existența legăturii nemijlocite cu evenimentul \pm tulburări ale cîmpului conștiinței, evoluție tranzitorie); dezvoltările (caracter trenant, posibilitatea atingerii unui nivel de intensitate psihotică și de alterare a cîmpului conștiinței, instalarea tulburărilor de comportament);
- excluderea tulburărilor de structurare a personalității (respectarea criteriilor de definire a lor, supraîncărcarea tabloului clinic);
- excluderea psihozelor (debutul pseudonevrotic) : absența unei percepții normale a realului și a propriei boli (nevroticul, dimpotrivă, își exagerează simptomele), tulburări în sfera gândirii, a afectivității, concomitente cu modificarea semnificativă a simțului realului; diminuarea pînă la lipsă a comprehensibilității;
- excluderea manifestărilor psihice din bolile organice cerebrale (afectarea sferei cognitive se manifestă ca un proces deteriorativ de tip organic, cu evoluție specifică).

După cum afirmă M. LĂZĂRESCU, „evoluția este condiționată polimorf de o serie de factori, dintre care pot fi menționați : forma clinică, personalitatea premorbidă, atitudinea microgrupului socio-familial, precocitatea și complexitatea tratamentului urmat. Deși în majoritatea cazurilor evoluțiile nevrozelor sînt către remisiuni sau vindecări, în cazuri grave, starea prelungită de nevroză poate interfera cu structura caracterului, accentuînd deficiențele inerente ale acestuia și ducînd la o existență organizată nevrotic, foarte greu de tratat”.

Terapia biologică și psihoterapia sînt două direcții fundamentale, asociate și unanim acceptate. Prima influențează reactivitatea și terenul nevrotic, favorizînd, alături de psihoterapie, creșterea numărului de remisiuni și scurtarea duratei de evoluție.

229. **NEVROZĂ (de) ABANDON** ● Nevroză cu un tablou clinic în care predomină angoasa de abandon și trebuința de securizare. Etiologia acestei nevroze este, în viziunea psihanalitică, preoedipiană ; nu presupune cu necesitate un abandon suferit în copilărie. Noțiunea a fost introdusă de psihanalistii elvețieni (Ch. ODIER, G. GUÉX). Simptomatologia subiectului care prezintă o nevroză de abandon constă în masochism, angoasă, agresivitate, sentiment de nonvaloare ; originea acestor simptome s-ar afla într-o insecuritate afectivă fundamentală. În concepția lui G. GUÉX („Nevroza de abandon”, 1950), trebuința nemă-

surată de iubire întâlnită la acești pacienți semnifică o căutare a securității pierdute (prototipul securității ar fi fuziunea primitivă mamă-copil). Nu este vorba aici de un abandon real, ci de o atitudine afectivă a mamei (de exemplu : „falsa prezență”), atitudine resimțită de copil ca refuz al iubirii. Ar exista și un factor constituțional (de exemplu, un dezechilibru neurovegetativ, intoleranța la frustrare). Complexul Oedip, după G. GUEX, reprezintă pentru abandonic o amenințare a securității; nevroza de abandon ar trimite la o „perturbare a Eului”, care se relevă în cura psihanalitică.

230. NEVROZĂ ACTUALĂ ● În accepțiunea lui FREUD, tip de nevroză avându-și etiologia în disfuncția somatică a sexualității. Diferită de psihonevroze, a căror determinare constă într-un conflict psihic, originea nevrozelor actuale se plasează, după FREUD, în prezent; aceste nevroze au o structură mai simplă, pot apărea în orice moment al existenței, iar simptomatologia lor nu se caracterizează printr-o psihogeneză îndelungată. În categoria acestor nevroze, FREUD include neurastenia, nevroza de angoasă și hipocondria.

Opoziția nevroze actuale — psihonevroze este etiologică și patogenică; ambele au în comun o cauză sexuală, dar în nevrozile actuale disfuncția s-ar lega de prezent (perturbări ale funcțiilor fiziologice în sfera genitală), în timp ce în psihonevroze cauza se află în anumite evenimente importante din trecut (anomalii anterioare vieții sexuale genitale). Sursa nevrozelor actuale constă într-o tulburare somatică; sursa psihonevrozelor este de natură exclusiv psihică. Mecanismul de formare a simptomelor în nevroza actuală este unul somatic, în sensul transformării directe a excitației în angoasă; în psihonevroză, mecanismul formării simptomului este simbolic, aici intrând în acțiune condensarea, deplasarea etc. În perspectivă terapeutică, nevrozile actuale nu se rezolvă psihanalitic, întrucât nu este vorba de elucidarea unei semnificații profunde. FREUD consideră că mecanismul de formare a simptomelor, în nevrozile actuale, este unul chimic și constă în primul rând în intoxicarea organismului cu diverse produse ale metabolismului.

Există și o corespondență între nevrozile actuale și psihonevroze, în sensul că un simptom al unei nevroze actuale poate fi element premergător al unui simptom psihonevrotic. LAPLANCHE și PONTALIS, prezentând accepțiunile termenului de nevroză actuală comparativ cu termenul de psihonevroză, consideră demn de reținut următoarele: psihanaliza face distincție între un conflict actual și un conflict îndepărtat, cu originea în viața infantilă; în cura psihanalitică, un conflict actual acut este, frecvent, un obstacol în terapie; psihonevrozele conțin și simptome nespecifice, întâlnite mai ales în nevrozile actuale (oboseală,

dureri vagi etc.), dorința înconștientă neputându-se realiza din cauza conflictului defensiv ce se descarcă și într-un număr de simptome nespecifice; nevrozile actuale, fiind esențial de natură somatică, corespund concepțiilor moderne despre tulburările psihosomatice.

231. NEVROZĂ ANAGAPICĂ (vezi nevroză; gr. *an-*, prefix privativ; *agape* „afecțiune”) ● Tulburări de tip nevrotic fără specificitate deosebită, descrise de LEVY-BIANCHINI (1953) la indivizi care trăiesc izolați, retrași, ca urmare a unor traume suferite în copilărie sau adolescență, sau ca urmare a separării de părinți (sau de substituții acestora), față de care subiectul era foarte atașat. Pot îmbrăca o gamă largă de manifestări; POROT afirmă că în aceste cazuri se pot semnală tendințe la acte antisociale.

232. NEVROZĂ (de) ANGOASĂ (vezi nevroză; fr. *angoisse*; lat. *angustiae* „îngustime, strîmtoare”) ● Tip de nevroză diferit de neurastenie din punct de vedere simptomatologic, prin predominarea angoasei, și diferit de isterie din punct de vedere etiologic, prin faptul că acumularea excitației sexuale se transformă direct în simptom, fără mediație psihică. Nevroza de angoasă face parte din nevrozile actuale, avînd un tablou clinic foarte variat; printre simptomele fundamentale se numără: excitabilitate generală și senzorială crescută, slăbiciune iritabilă (iritabilitate), insomnie, așteptare anxioasă (cu elemente hipocondriace sau cu scrupule anxioase de tipul îndoielii sau al sentimentului de rușine și culpabilitate), anxietate difuză, flotanță, fără cauză și obiect definit, crize anxioase cu localizări somatice (cardiace, respiratorii, senzații de rău gastric, bulimie anxioasă, spasm esofagian analog cu cel din isterie). Nevroza de angoasă a fost izolată, din tabloul stărilor nevrotice, de FREUD, în 1895. El pune originea angoasei în relație cu excitația sexuală și cu libidoul. Starea mintală a anxiosului este dominată de o neliniște constantă, care se exacerbează periodic. Pe acest teren anxios, pot apărea diverse fobii (fobie de șerpi, de întuneric, de furtună, agorafobie) sau sentimente de straniețate a percepției (LÖWENFELDT, STEKEL). În aceste simptome fobice, angoasa este legată de o reprezentare, care are însă o valoare de substituit simbolic pentru o reprezentare refuțată. Etiologia nevrotice de angoasă ar rezida în acumularea tensiunii sexuale, în absența sau insuficiența „elaborării psihice” a excitației sexuale somatice, care se poate transforma în „libido psihic”. E. RÉGIS și A. HESNARD conchid că patologia nevrotice de angoasă constă într-o „repartiție anormală a tensiunii sexuale”; această tensiune nu ajunge să se împlinească psihic și iriază somatic, producînd o serie de simptome analogice cu manifestările emoționale din actul sexual. Singura modalitate care ar

putea împiedica această iradiere anormală a tensiunii sexuale este actul sexual cu satisfacție completă; actele incomplete sau parțiale (masturbarea, poluția) ar produce o descărcare de tensiune pe moment, în detrimentul echilibrului nervos, întrucât se stabilește o localizare precisă a excitației pe o zonă erogenă anume, iar descărcarea tensiunii nu este nici specifică, nici adevărată, ea rămânând deci neterminată (practic intervine o disjunctură între elementul psihic și actul sexual propriu-zis, care se reduce la funcțiuni fizice și ulterior iradiază spre centrii superiori ai sistemului nervos). Această insuficientă elaborare psihică a excitației sexuale și-ar avea originea într-o dezvoltare incompletă a sexualității psihice, într-o reprimare a acesteia, în degradarea ei sau în distanțarea dintre sexualitatea fizică și cea psihică (FREUD).

Literatura de specialitate oferă o cazuistică variată care ilustrează etiopatogenia nevrozei de angoasă; astfel, FREUD distinge: angoasa adolescenților în momentele primelor contacte cu sexualitatea (este angoasa care poate produce sau cupla și alte traume afective); angoasa tinerilor căsătoriți, în special a femeilor; angoasa femeilor ai căror soți sînt impotenți sau cu ejaculare precoce; angoasa bărbaților care practică actul sexual întrerupt; angoasa văduvelor și a abstenenților, însoțită adesea de obsesii. Deci, în viziunea autorului, angoasa apare la toate persoanele care, în diferite momente de excitație genitală, reprimă această excitație din diverse motive (sociale sau personale).

Nevroza de angoasă se asociază frecvent cu alte simptome nevrotice (obsesii, fobii), fiind cea care furnizează cantitatea de excitație nervoasă patogenă, necesară marilor nevroze; prin jocul asociațiilor psihice, această cantitate se repartizează în domeniul inconstientului, formînd „nucleul de angoasă”, în jurul căruia, se organizează simptome isterice (în isteria de angoasă — conversia excitațiilor originare psihice în simptome somatice, la fel ca în isteria autentică); angoasa poate da naștere unor fobii anxioase grefate pe un teren isteric; sursa acestor combinații se află într-un fapt sau într-o serie de incidente din copilărie). Angoasa isterică, după FREUD stă la baza unor fobii precoce (agorafobia și eretofobia); la unii subiecți, această angoasă implică sentimente de culpabilitate (autoreproș), legate de masturbare sau de curiozitatea sexuală trezită prin interdicții.

Angoasa antrenează teama de un pericol iminent (așteptarea anxioasă, catastrofică), datorită faptului că psihismul percepe această perturbare a sexualității ca pe un agent exterior față de care trebuie să adopte o atitudine preventivă.

Nevroza de angoasă se situează între nevrozele actuale, numai în raport cu isteria și cu nevroza obsesională; practic, anxioșii sînt predispuși să

reacționeze prin angoasă la o perturbare sexuală (nedescărcarea/nesatisfacerea totală a excitației sexuale), pentru că în viața lor instinctiv există conflicte latente îndepărtate, conflicte comune și celorlalte nevroze (de exemplu, fixație infantilă față de un partener parental, incapacitate de sevraj etc.).

233. NEVROZĂ (de) APĂRARE → PSIHONEVROZĂ DE APĂRARE.

234. NEVROZĂ (de) ASCENSIUNE SOCIALĂ (germ. *Aufstiegsneurose*) ● Termen introdus de Von WEIZSÄCKER pentru a desemna tulburările nevrotice care apar consecutiv activității într-un post important, în care subiectul trebuie să facă față unor răspunderi și dificultăți crescute. Adaptarea dificilă a acestor persoane la solicitările complexe creează o simptomatologie în care anxietatea, depresia, insomnia aparentă sau reală, scăderea randamentului, astenia completează un tablou nevrotic polimorf. Autorii francezi numesc aceasta entitate nevroză de „neoresponsabilitate”.

235. NEVROZĂ (de) CARACTER ● Tip de nevroză (în accepțiune psihanalitică) în care conflictul defensiv nu generează simptome izolabile, ci se traduce în trăsături de caracter, în moduri de comportament, într-o organizare patologică globală a personalității. Conceptul nu este bine delimitat, dat fiind faptul că ei ridică probleme psihologice (originea, formarea, funcționarea caracterului) și terapeutice (analiza apărărilor — defenselor — așa-numite „de caracter”). Din punct de vedere nosografic, termenul implică mai multe sensuri, generatoare de confuzii:

- în sens general, termenul se referă la un tablou nevrotic care nu conține simptome, ci comportamente caracterizate prin dificultăți în relația cu mediul;
- în perspectiva caracterologiei psihanalitice (corespondența tipului de caracter fie cu afecțiunile psihonevrotice — caracter obsesional, fobic, paranoiac —, fie cu stadiile evoluției libidinale — caracter oral, anal etc.), termenul desemnează nevroza asimptomatică în care tipul de caracter este semnificativ pentru organizarea patologică;
- în dezvoltarea caracterului, mecanismele care intervin frecvent sînt sublimarea și formațiunea reacțională; dacă aceste formațiuni predomină, atunci caracterul însuși apare ca o formațiune reacțională esențial defensivă (împotriva pulsioniilor și împotriva simptomelor); formațiunea reacțională, ca atitudine psihologică opusă unei dorințe refulate, ca o suprainvenție înconștientă, se poate întări și stabili într-o trăsătură caracterială. Diferența dintre apărarea caracterială

și simptom constă în faptul că prima este relativ integrată în Eu, astfel încât aspectul patologic nu poate fi recunoscut ; apărarea îndreptată la origine împotriva unei amenințări specifice se raționalizează și se generalizează în trăsătura caracterială (de exemplu, trăsăturile caracterului obsesional) ; în acest sens, nevroza de caracter ar implica o formă particulară de nevroză obsesională, în care predomină formațiunea reacțională, în timp ce simptomele propriuzise sînt sporadice ;

- nevroza de caracter nu este echivalentă cu „caracterul nevrotic”, ea reprezintă o structură psihopatologică bine determinată, în care „infiltrația Eului” este foarte importantă.

236. NEVROZĂ CARDIACĂ (vezi *nevroză*; gr. *kardia* „inimă”) — sin. ACȚIUNE CARDIACĂ TULBURATĂ (DAH) ; ASTENIE NEUROCIRCULATORIE ; CORD IRITABIL ; HIPERVENTILAȚIE^(S) sindrom ; INIMA SOLDATULUI ; PSEUDO-ANGINĂ PECTORALĂ ; STILLE-HARTSHORNE^(S) sindrom ; TULBURARE A REGLĂRII HIPOTALAMO-ORGANICE^{sin.} → DA COSTA^(S) sindrom.

237. NEVROZĂ (de) COMPORTAMENT ● Soluționarea pe plan comportamental a conflictelor nevrotice, descrisă de psihosomaticienii francezi, care o situează în baza structurii psihosomatice ; ar fi asemănătoare, ca mod de funcționare, cu nevroza actuală descrisă de FREUD.

238. NEVROZĂ (de) DEPERSONALIZARE ● Entitate aparținînd descrierilor psihanalitice (în special celor făcute de M. BOUVET), caracterizată prin crize de depersonalizare, apărute ca urmare a pierderii unui obiect cu încărcătură afectivă importantă. Relațiile cu acest obiect constituie pentru subiect o legătură fundamentală, care provoacă un „cutremur al structurii Eului”.

După M. BOUVET, relația obiectuală este în aceste cazuri de tip pregenital, diferită de cea nevrotică, determinată de slăbiciunea apărărilor contradepersonalizante prin importanța anxietății, a dependenței afective și a impulsivității narcisiste.

Tulburările de tip psihosomatic (manifestări vasomotorii, tulburări gastrointestinale) apropie simptomatologia de cea a copilului pus într-un mediu defavorabil. După „reinvestirea obiectului” în cursul terapiei (sau independent de aceasta), deci în afara situațiilor de criză, pot apare fenomene sechelare ca : tendința la autoconservare, agravarea anxietății, tulburări de contact afectiv (S. FOLLIN, J. AZOULAY). După

unii autori, acest tip de nevroză are o mare stabilitate, evoluția sa neînregistrînd decît modificări minime.

239. NEVROZĂ DEPRESIVĂ → DEPRESIVĂ — nevroză.

240. NEVROZĂ (de) DESTIN ● Tip de existență caracterizat prin revenirea periodică a unor evenimente identice, în general evenimente nefericite ; subiectul pare a fi supus unei asemenea înlăntuirii determinate de o fatalitate exterioară.

Din punct de vedere psihanalitic, se consideră că resorturile acestei fatalități s-ar afla în inconștient, în special în compulsiunea de repetiție. FREUD vorbește despre compulsiunea de repetiție în „Dincolo de principiul plăcerii” (1920), în care afirmă că există persoane al căror destin este marcat de un „element demonic” ce se manifestă la anumite intervale de timp. Referitor la aceste persoane, FREUD vorbește despre compulsiunea de destin.

Termenul de nevroză de destin nu reprezintă o entitate nosografică, avînd numai o valoare descriptivă și intrînd în categoria nevrozelor asimptomatice. Compulsiunea de destin, așa cum este descrisă de FREUD, trimite la repetarea unor experiențe specifice, cu următoarele caracteristici: sînt neplăcute ; se desfășoară ca un scenariu impus, alcătuit din secvențe de întîmplări, fapte, ce pot avea o desfășurare îndelungată în timp ; apar ca o fatalitate exterioară căreia subiectul îi cade victimă. Nevroza de destin presupune, deci, repetarea unor evenimente sau grupuri de evenimente care apar ca exterioare ; spre deosebire de aceasta, nevroza de caracter presupune repetarea compulzivă a unor mecanisme de apărare, a unor scheme comportamentale care se mențin într-o formă rigidă în trăsăturile de caracter.

241. NEVROZĂ (de) EȘEC ● Termen cu accepțiune largă, desemnînd structura psihologică a acelor persoane care, fie că se comportă ca și cum și-ar construi propria nefericire, fie că nu pot suporta să obțină ceea ce par că-și doresc cu intensitate. Noțiunea a fost introdusă de R. LAFORGUE ; se mai folosește sinonimul „sîndrom de eșec”. În psihanaliză, eșecul nu este înțeles ca o condiție causală pentru simptomatologia nevrotică, ci ca o consecință a dezechilibrului nevrotic. LAFORGUE a căutat resortul comun și specific tuturor sindroamelor de eșec în funcționarea Supraeului (o serie de lucrări au fost consacrate de acest autor psihopatologiei eșecului, mecanismelor autopunitive, funcțiunii Supraeului).

În psihanaliză, nevroza de eșec are un sens mai mult descriptiv decît nosografic. În general, orice nevroză antrenează eșecul, deoarece afecțiunea blochează parțial posibilitățile și energia persoanei. Cînd eșecul constituie el însuși un simptom

și necesită o explicație specifică, atunci este vorba de nevroza de eșec. FREUD atrage atenția asupra unor pacienți care „eșuează în fața succesului” iar R. LAFORGUE leagă eșecul de autopuniție: persoanele în cauză nu suportă o anume satisfac-



ție, într-o anume direcție, fapt legat de o dorință inconștientă; aceste persoane acționează paradoxal: neexistând o frustrație exterioară patogenă, realitatea oferă posibilitatea satisfacerii dorinței, dar dorința este intolerabilă și declanșează „o frustrație internă”, de aici refuzul subiectului de a obține satisfacție. Acest mecanism este considerat de FREUD nu ca o nevroză, ci ca un mod de declanșare a bolii — deci ca prim simptom al acesteia. În „Dincolo de principiul plăcerii” FREUD leagă unele tipuri de eșec de compulsiunea de repetiție → COMPULSIUNE DE REPETIȚIE.

242. NEVROZĂ FAMILIALĂ ● Termen care, în psihanaliză, se referă la faptul că într-o familie anume nevrozele membrilor acesteia se condiționează și se completează reciproc. Acest lucru evidențiază posibila influență patogenă a familiei asupra copilului, în special influența cuplului parental. Termenul a fost folosit de R. LAFORGUE și de psihanalistii francezi, dar nu reprezintă o entitate nosografică. Sistemul de referință al nevrozei familiale conține: rolul pe care îl are în dezvoltarea persoanei, identificarea cu părinții; complexul Oedip ca nucleu al nevrozei, rolul cuplului parental (relațiile din cadrul acestui cuplu) în formarea complexului Oedip. Un cuplu parental complementar nevrotic (de exemplu, sado-masochist) degajă o mare influență patogenă. În psihoterapia copiilor, termenul de nevroză familială capătă importanță din punct de vedere

practic: cererea formulată de părinți de a trata copilul poate fi raportată la nevroza familială (copilul ca „simptom al părinților”). La origine, această nevroză se leagă de Supraeu, conform concepției freudiene, care consideră că Supraeul copilului se formează nu în raport cu imaginea părinților, ci în raport cu imaginea Supraeului părinților; Supraeul copilului devine reprezentantul tuturor judecăților de valoare tradiționale, specifice familiei respective. Cu toate aceste considerații, termenul de nevroză familială nu mai este folosit astăzi în psihanaliză.

243. NEVROZĂ FOBICĂ (vezi nevroză; gr. *phobos* „frică”) → FOBICĂ — nevroză.

244. NEVROZĂ (de) FRICĂ ● Variantă traumatică a nevrozei de angoasă, care apare rapid după un eveniment înspăimântător (R. MIROUZE), caracterizată, în opinia autorilor care acceptă această entitate, prin confuzie mentală (episoade fugace însoțite de agitație sau stupoare), onirism, anxietate (însoțită adesea de echivalențe somatice), astenie, tulburări metabolice, amnezie de fixare, scădere ponderală. Evoluția este relativ limitată (săptămâni, luni), fiind cel mai adesea favorabilă. De fapt, nu se poate vorbi de o nevroză propriu-zisă, ci de reacții psihotice sau subpsihotice.

245. NEVROZĂ IMPULSIVĂ ● Termen folosit de autorii francezi pentru a denumi tulburările care, deși sînt asemănătoare cu cele din „caracteriopatii”, nu au nici constanța, nici uniformitatea acestora, fiind însoțite, în plus, de o puternică anxietate.

Descărcările impulsive se produc în momente critice. La femei, aceste descărcări se pot referi numai la perioada catamenială. Contrar celor ce se întîmplă în nevroza obsesivă, aici trecerea la act este posibilă. Existența unei nevroze impulsive rămîne evident discutabilă, tulburările impulsive aparținînd altui registru psihopatologic decît celui nevrotic.

246. NEVROZĂ INFANTILĂ ● Unul din subiectele cele mai controversate ale psihatriei, disputele concentrîndu-se nu atît asupra definiției și clasificării, cît mai ales asupra etiopatogeneiei. De la concepția lui Mac CULLEN (1776), care considera nevrozele drept boli funcționale ale creierului, s-au făcut progrese modeste. Astfel, s-a stabilit, de comun acord, că ele reprezintă tulburări tranzitorii, au origine psihogenă și nu duc la dezintegrarea personalității și la pierderea adaptării sociale. În ceea ce privește esența modificărilor survenite, au fost stipulate „perturbarea activității nervoase superioare” (PAVLOV), „tulburări ale afectivității și sistemului vegetativ”. (M. ȘTEFAN), „obiceiuri persistente ale unor conduite inadaptrate cîștigat prin învățare de un organism fiziologic sănătos” (EYSENCK, WOLPE)

sau „boli funcționale” caracterizate prin tulburări ale prelucrării cerebrale a excitațiilor determinate de trăiri patologice (HOCH, WENDT).

Spre deosebire de adult, delimitarea nevrozelor infantile este dificilă, datorită atât polimorfismului simptomatic, a prezenței uneori numai a unor simptome izolate, cât și întricării simptomelor nevrotice cu aspecte comportamentale. Din punct de vedere al complexității simptomelor, MALE, LEIBOVICI și BRAUNSCHWEIG deosebesc: structuri nevrotice bine dezvoltate, „fragmente” („emergențe”) nevrotice și dezvoltări nevrotice. SUHAREVA distinge, alături de nevrozele comune ale adultului (neurastenia, nevroza fricii, nevroza stărilor obsesive și nevroza isterică), nevrozele monosimpptomice proprii copilăriei, în care rolul factorului vîrstă devine dominant, ceea ce duce la constituirea unor tablouri clinice axate predominant pe funcțiile aflate în dezvoltare (anorexie, vărsături, bulimie, enurezis, encoprezis, pavor nocturn, ticuri, crampa scriitorului, logonevroze, masturbatie etc.).

În etiologia nevrozelor se suprapun două categorii de factori: traumatismul psihic și individul ca structură complexă, ca tip biologic, cu caracteristicile sale de sistem nervos, personalitate, vîrstă, vulnerabilitate specifică, stare funcțională a sistemului nervos și nivel mental. Traumatismele psihice, deși considerate într-un unghi diferit de către diversele școli psihiatrice, declanșează în ansamblu trăiri cu rezonanță negativă, de o intensitate deosebită pentru copil. Este de remarcat faptul că un traumatism unic, dar extrem de violent, poate declanșa la copil stări reactive acute de șoc sau subșoc care, în mod obișnuit, tind să dispară cu timpul, odată cu îndepărtarea cauzei. Ceea ce poate să persiste în aceste cazuri, este o „predispoziție” la anxietate, care devine manifestă la reîntîlnirea cu stimulii provocatori ai traumatismului respectiv. Totuși, nevrozelor infantile le este caracteristică traumatizarea psihică repetată, adesea îndelungată. Ea se datorează conflictelor, situațiilor frustrante, în care este „împiedicată” din exterior îndeplinirea nevoilor, a trebuințelor individuale. În explicarea nevrozelor infantile, o serie de cercetători, pornind de la concepțiile pavloviene (GANTT, LIDELL, CULL, MILLER, MEYER), au încercat realizarea unor modele experimentale la animal. Deși ingenios concepute, aceste experiențe nu au putut oferi decât informații parțiale asupra răsănetului psihic al agresiunii respective. De aceea, transpunerea simplistă la condițiile umane a fost refuzată de numeroși cercetători, fără a fi minimalizate unele analogii, cum ar fi „situațiile de ambivalență”, „de refuz (frustrație)”, „de suprasolicitare” etc. Datele furnizate de FREUD au atras atenția asupra importanței problematicii sexuale și a răsănetului traumatismului sexual la vîrsta copilăriei, cum ar fi seducția de către adulții din ambianță,

amenințările cu castrarea (îndeosebi în cazul masturbăției infantile), violul etc. Această viziune simplistă a concepțiilor psihanalitice a fost părăsită atunci cînd s-a observat că, pe de o parte, există o dorință nedismulată a copilului către jocuri sexuale, iar pe de altă parte, este vorba mai curînd de fantezme cu conținut social. O explicație nouă, aceea a genezei nevrozelor în raporturile dintre trebuință — statut biologic — cerințe sociale (normele sociale impuse de familie, școală și societate), tinde să cîștige din ce în ce mai mult teren. Mai mult, nevroza apare la acele persoane care se străduiesc să respecte cerințele și normele sociale, la cei care sînt aparent bine adaptați. Aceasta ar sugera că individul încearcă să-și stăpînească pulsiunile inerente, structurale, să și le canalizeze, ceea ce pune problema raporturilor dintre diferitele tendințe care nu pot fi armonizate sau echilibrate. FREUD încerca să explice originea acestor „dizarmonii” la nevrotici prin teoria libidoului, fixarea patologică a instinctului sexual într-unul din stadiile evoluției libidinale (oral, sadic-anal, falic, genital). Ulterior, neopsihanalistii, ca de altfel majoritatea psihiatrilor, au accentuat rolul unor trebuințe a căror satisfacere este necesară pentru echilibrul individual (nevoia de afecțiune, dragoste, apreciere, siguranță, autoapreciere — „self-esteem”). Deși limitate, studiile lui FREUD au avut meritul de a fi evidențiat, cel puțin ipotetic dar plauzibil, importanța experiențelor formatoare precoce, din primii ani de viață, asupra personalității ulterioare a individului. În acest domeniu converg, de altfel, și concluziile școlii pavloviene privind dezvoltarea de reflexe condiționate prin achiziție, ca și teoria lui EYSENCK asupra învățării. Problema fundamentală a nevrozelor infantile rămîne totuși aceea a mediului familial, a condițiilor de existență, a climatului afectiv, a metodelor educaționale, a dinamicii relațiilor familiale în raport cu procesul de dezvoltare a copilului și cu modificările inerente ce survin în diferite etape. În această atmosferă, copilul „experimentează” relațiile interumane, formîndu-se ca personalitate adecvată sau distorsionată. Problema „structurării” simptomelor nevrotice este abordată în mod diferit: școala behavioristă reduce nevroza la simptomele nevrotice, considerîndu-le „obiceiuri nevrotice dezadaptate”, în timp ce teoria psihanalitică pune accent pe „formațiunile reacționale”, ca mecanism de apărare în fața unui dezechilibru. Școala clasică psihiatrică preferă încă descrierea „nucleului simptomatologic actual”, în strînsă legătură cu traumatismele și procesele conflictuale reflectate la nivelul conștientului.

În ceea ce privește „terenul”, acesta are o importanță deosebită asupra formei nevrozei și a

tipurilor de simptomatologie care apar ca răspuns la traumatizarea psihică (PAVLOV descria cele patru tipuri de temperament); EYSENCK evidențiază două dimensiuni, care ar favoriza apariția nevrozelor: nevroticismul sau instabilitatea emoțională și raportul extrovertit — introvertit. Alegerea unui organ sau a altuia în nevrozele mono-simptomatice este explicată de existența așa-numitei „inferiorități de organ” (ADLER) sau „locus minoris resistentiae” (MICHAUX). În aceste cazuri se presupune fie prezența unor leziuni preexistente, fie o vulnerabilitate constituțională locală înnăscută sau câștigată. Mult mai greu este de înțeles motivul pentru care unii copii reacționează la traumatismul psihic prin tulburări de comportament („acting out”), iar alții prin tulburări nevrotice. În această zonă apar dificultăți mult mai mari de interpretare, întrucât cele două aspecte pot să se împletească sau să alterneze în timp, ceea ce sugerează că nu există un mod specific de reacție pentru fiecare copil.

Tratamentul nevrozelor infantile necesită un complex de măsuri care solicită colaborarea medicului, psihologului și anturajului. Un rol hotărâtor îl are îndepărtarea factorilor psihotraumatizanți. Psihoterapiei, ce urmărește reducerea stărilor de tensiune și însufierea încrederii în reușită, îi este necesară asocierea medicației anxiolitice, de sedare neurovegetativă și de tonifiere generală. Pentru prevenirea recidivelor se impun măsuri psihoprofilactice vizând un regim de viață echilibrat.

247. NEVROZĂ INSTITUȚIONALĂ ● Formă de patologie culturală descrisă de W. CAUDILL, care se suprapune peste boala mintală primară în timpul internării de lungă durată în instituții de îngrijire psihiatrică. Mediul terapeutic adecvat, capacitatea personalului de îngrijire de a stabili relații de intercomunicare cu pacientul și păstrarea unei atitudini raționale față de boala psihică sînt condițiile prin care se poate evita apariția acestei patologii care, așa cum arătau STANTON și SCHWARTZ, dă impresia unei exacerbari a bolii psihice, după internarea bolnavului în spital.

248. NEVROZĂ ISTERICĂ → ISTERICĂ — nevroză.

249. NEVROZĂ MARITALĂ ● Apariția de fenomene nevrotice la unul sau la ambii parteneri ai cuplului marital în perioada de constituire a acestuia și în afara unei patologii nevrotice anterioare. Trebuie deosebită de simptomatologia cuplurilor asortative de nevrotici, al căror mariaj este însoțit de o exacerbare bilaterală a patologiei. În cazul nevrozei maritale este vorba numai de o

reacție de adaptare cu prognostic și evoluție întotdeauna benigne, în absența unor intervenții traumatizante din exterior. Psihoterapia poate duce la grăbirea stingerii acestei patologii.

250. NEVROZĂ MOTORIE ● Tip de nevroză la care predomină în tabloul clinic tulburări din sferele somato-motorie și vegetativă, caracterizată prin manifestări psihice particulare de tip asteno-obsesivo-fobic și aparînd cu predilecție la vîrsta copilăriei sau la personalitățile imature.

Nu există un punct de vedere comun în ceea ce privește circumscrierea nosologică și clasificarea acestor nevroze, pe care autorii germani le numesc și „ocupationale”, iar SCHULTZ le numește „marginale și fiziogene”. De o varietate multiplă, cele mai cunoscute sînt reprezentate de: nevroza ticurilor, logonevroză, crampele profesionale, enurezisul nevrotic și pavorul nocturn nevrotic. Majoritatea autorilor includ fiecare dintre aceste forme în grupul mare al nevrozelor, neacordîndu-le o descriere distinctă. Mai bine delimitate sînt crampele profesionale, nevroza ticurilor și logonevrozele, în etiopatogenia cărora sînt incriminate tulburări psihice specifice și nespecifice, ca și posibile afectări la nivelul sistemului extrapiramidal.

Deși mecanismul etiopatogenic este în mare parte comun (cel nevrotic), fiecare formă de nevroză motorie se distinge prin factori particulari favorizanți sau determinanți, cum sînt: predispoziția familială, stările conflictuale din familie, excesele educative, particularitățile caracteriale și de temperament de tipul hiperemotivității, hipersensibilității, labilității afective — în nevroza ticurilor; afecțiuni somatice, boli infecto-contagioase, stări toxice, surmenaj, particularități constituționale de relație cu mediul social și familial — în logonevroză; stres psihic sau situații frustrante/conflictuale la locul de muncă, teren psihologic particular de tipul labilității excesive — în crampele profesionale; numeroși factori care împiedică un control sfinterian eficient: distonie neurovegetativă, traumă psihică, spină bifidă, dereglări endocrine, educație sfinteriană defec-tuoasă, boli infecțioase, predispoziție constituțională — în enurezisul nevrotic; factori psihofectivii stresanți care acționează frecvent pe un teren de imaturitate psihică — în encoprezisul nevrotic; climat nefavorabil în familie, traume psihice, epilepsie temporală, spasmofilie, predispoziție familială, afecțiuni gastro-intestinale, alimentație nerațională în cursul serii — în pavorul nocturn.

Rezultatele examenelor paraclinice (oricît ar fi acestea de numeroase și de complexe) au mai curînd darul de a elimina eventualele circumstanțe etiologice organice, decît de a afirma diagnosticul

de nevroză. Comună acestor tipuri de nevroză este personalitatea, caracterizată prin imaturitate, emotivitate exagerată, cu trăsături isterice sau obsesive.

251. NEVROZĂ NARCISICĂ (vezi *nevroză*; Narcis — personaj mitologic) ● Termen folosit de FREUD pentru a desemna simptomatologia caracterizată prin (și avînd la origine) retragerea libidoului asupra Eului. Se opune nevrozelor de transfer în cadrul grupului psihonevrozelor. În perspectivă nosografică, după FREUD, nevrozele narcisice acoperă grupul psihozelor funcționale. Opoziția nevroză narcisică — nevroză de transfer trimite, pe de o parte, la imposibilitatea transferului libidinal, iar pe de altă parte, la procesul de retragere a libidoului din obiecte (reale sau imaginare) și plasarea lui în întregime asupra Eului. FREUD considera ca echivalente nevrozele narcisice și psihoză. În „Nevroză și psihoză” (1924), el restrînge accepțiunea termenului de nevroză narcisică la afecțiunile de tip melancolic.

252. NEVROZĂ (de) NEORESPONSABILITATE
sin.
→NEVROZĂ DE ASCENSIUNE SOCIALĂ.

253. NEVROZĂ NOOGENĂ (vezi *nevroză*; cf. gr. *noos* „inteligentă, spirit”; *gennan* „a naște”) — sin. NOONEVROZĂ ● Tip de nevroză, descris de V. FRANKL, ale cărei cauze sînt determinate de probleme spirituale, de frămîntări și conflicte morale sau de crize existențiale. Autorul descrie o așa-numită frustrație existențială generată de imposibilitatea împlinirii sensului existenței individului, resimțită dureros. Criza existențială poate avea un caracter patogen și poate juca, mai adesea, rolul de factor declanșator al unei nevroze obișnuite, atunci cînd ea interferă cu o altă afecțiune somatică sau psihică.

Prin luarea de poziție a subiectului față de destin (refuzul acestuia), noonevroza implică acțiune și voință, excluzîndu-se din cadrul patologiei reactive. Nu situația în sine generează nevroza, ci opoziția individului față de o dimensiune existențială care i se refuză, un refuz pe care nu-l acceptă. După părerea autorului, nevroticul noogen își asumă conștient suferința (ca răspuns la frustrarea existențială), spre deosebire de nevroticul psihogen, care fuge de suferință. Refugiindu-se în boală, nevroticul noogen capătă o dimensiune corporală, încercînd prin aceasta o salvare a spiritualității aflate în cumpănă.

Dintre „formele” nevrozei noogene, putem aminti: nevroza existențială (Von GEBSATTEL) și nevroza conștiinței morale (Gewissensneurose). WEITBRECHT remarcă, în legătură cu aceste nevroze, că ele evoluează ca și restul nevrozelor.

254. NEVROZĂ OBSESIV-COMPULSIVĂ → OBSESIV-COMPULSIVĂ — nevroză.

255. NEVROZĂ (de) ORGAN ● Termen prin care a fost denumit inițial un larg grup de sindroame caracterizate prin alterări anatomo-funcționale ale unor aparate, care nu puteau fi încadrate nici în grupul tulburărilor converșive, nici în cel al bolilor organice propriu-zise. Ulterior, aceste tulburări au constituit domeniul psihosomaticii → MEDICINĂ PSIHOSOMATICĂ.

256. NEVROZĂ POSTOPERATORIE ● Apariția unei patologii nevrotiforme după intervențiile chirurgicale, explicabilă prin stresul pe care intervenția în sine îl reprezintă, prin unele din consecințele acesteia, ca și prin riscul real pe care orice intervenție îl incumbă. Din acest cadru trebuie excluse plîngerile hipocondriace care preexistau operației, ca și neliniștea firească determinată de orice act medical care tulbură integritatea corporală (punții, cateterizare, extracții dentare și lucrări stomatologice etc.). Manifestările nevrotice cele mai frecvent întîlnite sînt depresia, algiiile diverse, irascibilitatea, creșterea tendințe către obsesionalitate, astenia, manifestările fobice. O serie de intervenții chirurgicale predispun la apariția unor tulburări de acest tip, fără a exista însă o relație directă între dificultatea intervenției și gravitatea bolii pentru care se practică respectivul act chirurgical și intensitatea tulburărilor pe care le antrenează (KOUERNIK, TOMKIEWICZ, BASQUIN). Intervențiile care ocazionează mai frecvent nevrozele postoperatorii sînt: histerec-tomia, castrarea, amputația de membre, laringectomia, intervențiile pe globul ocular și pe cord. Frecvența acestor tulburări poate fi mult redusă printr-o corectă pregătire preoperatorie și prin susținere psihologică precoce în perioada postoperatorie.

257. NEVROZĂ SISTEMICĂ ● Termen propus în 1959 de psihiatrul sovietic V. N. MISSISCEV, pentru a descrie tulburări la nivelul unor aparate sau sisteme (circulator, respirator, digestiv, sexual), în evoluția cărora un rol important îl joacă factorul psihogen, conștînd în dificultăți adaptative și relaționale. Suprasolicitația duce, prin efortul deosebit pe care subiectul îl face, la dezorganizarea funcționalității unui sistem conceput ca avînd la periferie organul intern, iar în centru, scoarța cerebrală.

Înlocuind termenul mai vechi și ambiguu de nevroză de organ, nevroza sistemică este, după I. APTER (1966), o noțiune mai dinamică, oferind posibilitatea de trecere către conceptul general de nevroză. Această opinie este însă destul de îngustă, mai edificatoare fiind opinia lui B. KARVASARSKI (1980), conform căreia nevroza sistemică este doar un fragment din boala nevrotică și nu poate fi înțeleasă decît într-un context general al individului, așa cum face, de exemplu, psihosomatica.

258. NEVROZĂ (de) SPAIMĂ → NEVROZA TRAUMATICĂ.

259. **NEVROZĂ A TICURILOR** ● Nevroză în al cărei tablou clinic predomină ticurile (mişcări fără scop, bruște, rapide și repetate, care reproduc schematic, în întregime sau în parte, o mișcare voluntară sau un gest). Nevroza ticurilor a fost descrisă în secolul al XIX-lea de către TROUSSEAU (1873) și definitivată ca tablou clinic de Gilles de la TOURETTE, CHARCOT, CRUCHET, MEIGE, FEINDEL ; i se apreciază o frecvență mai mare de trei ori la băieți, în special la vârstele critice ale copilăriei (între 4—7 ani și 13—15 ani), constituind 20% din consultațiile copiilor care vin la cabinetele psihiatrice. Mecanismele de apariție ar fi reprezentate de imitație, fixarea unei reacții de apărare, psihotraumă acută sau cronică.

Diagnosticul pozitiv se sprijină pe prezenta elementelor definitorii ale nevrozei, a ticurilor (care afectează orice grupă musculară, dispar total în somn și parțial în activitatea motorie, la efort volițional și la distragera atenției, accentuându-se la emoții) și pe evidențierea psiho-traumei.

Diagnosticul diferențial se realizează în special cu : coreea acută (mişcările nu se aseamănă cu cele normale și nu pot fi suprimate voluntar) ; boala ticurilor (mişcări polimorfe involuntare și impulsivități verbale cu caracter obscen) ; spasmul și mioclonile (stereotype, localizate, care afectează grupa musculară cu aceeași inervație) ; ticuri cu substrat organic (stabile, stereotype, elementare, care nu dispar în somn sau prin efort voluntar) ; deprinderi patologice (nu sînt însoțite de un sindrom nevrotic). Evoluția este acută la copii și cronică la adulți, la care structura de personalitate este frecvent isterică sau obsesivă.

260. **NEVROZĂ (la) TINERI** ● Subiect cu statut aparte, tînărul fiind tributari atît perioadei adolescenței, cît și celei adulte, astfel încît această vîrstă, înglobînd etapa anterioară, „se proiectează” în cea următoare (J. PIAGET). Procesul de maturizare a personalității și labilitatea neuro-endocrinno-vegetativă de tip juvenil, tensiunea emoțională care-i domină activitatea, generată de intensă solicitare intelectuală și a capacității sale de adaptare, de riscul de eșec, pe lîngă faptul că oferă un teren propice izbucnirii unor manifestări nevrotice sau infranevrotice la intervenția celor mai neașteptate situații sau evenimente, „colorează” tabloul clinic al acestei simptomatologii cu tot ce are tînărul particular ca persoană și statut. Tulburările nevrotice ale tinerilor poartă astfel amprenta problematicii determinate de constituirea „identității” sale personale, a rolului său social și profesional (J. SOUDAN).

Datele statistice din literatură evidențiază că 80—90% dintre tineri acuză simptome nevrotice

sau de altă factură psihopatologică (H. ZIOLKO). În SUA și Anglia se apreciază că 10—15% dintre tineri prezintă tulburări „emoționale”. PAVELSCU constată că 31% dintre absolvenții învățămîntului superior suferiseră de stări nevrotice, sindroame de suprasolicitare sau stări astenice. KREINDLER și ARDELEANU indică o frecvență de 47,5% pentru acuze nevrotice izolate și de 27,3% pentru simptome suficiente stabilirii diagnosticului. Toate aceste date dovedesc existența unor factori de risc specifici mediului școlar (universitar), „expresie a proceselor de adaptare socio-profesională” (BRÂNZEI, ȘELARU). În acest sens, există o unanimitate de vederi asupra rolului patoplastic jucat de mediu și exigența școlară. Totodată, trebuie subliniată marea sensibilitate a tînărului la acțiunea factorilor stresanți, indiferent de natura lor.

După DÖRNER, corecta încadrare nosologică a tulburărilor nevrotice la tineri este dificilă din cauza existenței unei „presexualități” în curs de maturizare, supusă totodată „stresului specific profesional”, în cadrul căruia riscul de eșec se intrică cu activitatea intelectuală intensă. Este necesară îndeosebi identificarea stărilor zise „infranevrotice” (a „zonelor diluate ale patologicului”), extrem de heterogene și polimorfe.

Clasificarea nevrozelor la tineri include, alături de nevrozele „clasice”, așa-numitele „dezadaptări acute” (reacțiile nevrotice și sindroamele de suprasolicitare), a căror evoluție nu este totdeauna previzibilă, ceea ce impune depistarea lor la timp.

Implicațiile intervenției unui impas nevrotic la tineri impun, din partea specialistului psihiatru, considerarea afecțiunii în raport cu contextul problemelor, nevoilor, progreselor și cu rezultatele muncii lor, adoptarea unei atitudini terapeutice prevalent-preventive și psihoprofilactice, precum și a principiului complexității și individualizării terapeutice, în scopul acordării unui ajutor medical complex.

261. **NEVROZĂ (de) TRANSFER** ● Există două accepțiuni ale acestui termen :

● Din punct de vedere nosografic, desemnează categoria de nevroze pe care FREUD le distinge de nevrozele narcisice (în nevrozele de transfer libidoul este deplasat asupra obiectelor reale sau imaginare, în timp ce în nevrozele narcisice se retrage din aceste obiecte și se plasează în Eu). Datorită acestei mișcări a libidoului, nevrozele de transfer sînt mai accesibile tratamentului psihanalitic. Ele aparțin psihonevrozelor, în a căror categorie intră isteria de angoasă, isteria de conversie, nevroza obsesională.

În cadrul teoriei privind cura psihanalitică, nevroza de transfer este o nevroză artificială, al cărei conținut îl formează manifestările transferențiale. Ea se constituie în relația analist-analizat, fiind o reeditare a nevrozei clinice. Analizarea și eluc-

darea ei duce la descoperirea nevrozei cu originea în copilărie și are efect terapeutic.

În sens nosografic, noțiunea de nevroză de transfer a fost introdusă de JUNG, în opoziție cu „psihoza”. În psihoză, libidoul este „introvertit” (JUNG) sau deplasat asupra Eului (FREUD, ABRAHAM), ceea ce face ca subiecții să nu fie abordabili psihanalitic, întrucât ei nu au capacitatea de a stabili o relație transferențială. În clasificarea nevrozelor, FREUD distinge între nevrozele actuale și psihonevroze („Lecții de introducere în psihanaliză”, 1916—1917), prima categorie avînd un mecanism somatic, a doua categorie avînd originea într-un conflict psihic. În cadrul psihonevrozelor, FREUD operează o altă distincție, aceea între nevrozele de transfer și nevrozele narcisice, primele caracterizîndu-se prin faptul că au la bază un fenomen transferențial, subiecții păstrînd capacitatea de a realiza un nou transfer în cazul curei.

● A doua accepțiune se referă la transferul din cura psihanalitică, în ideea că subiectul repetă, în relația cu analistul, conflictele sale infantile; nevroza propriu-zisă, care se cere vindecată, este înlocuită cu o nevroză de transfer, iar aceasta se rezolvă în travaliul terapeutic. Deci, manifestările de transfer se organizează, în cadrul relației cu terapeutul, într-o nevroză de transfer (reacțiile de transfer fiind inițial difuze). FREUD consideră nevroza de transfer ca element pozitiv în cadrul curei, prin faptul că situația analitică împrumută toate elementele bolii, care rămîne o boală artificială, accesibilă travaliului analitic. Mai tîrziu, vorbind despre compulsiunea de repetiție, FREUD lărgeste sfera nevrozei de transfer, arătînd pericolul care se pot ivi dacă o astfel de nevroză continuă să se dezvolte și să se întărească; analistul nu poate evita (și nici nu trebuie să o facă) reeditarea unor evenimente îndepărtate din existența subiectului în situația analitică, dar, în același timp, trebuie să supravegheze la pacienți păstrarea capacității de a recunoaște manifestările transferențiale, nu ca o realitate nouă în sine, ci ca o realitate care reeditează o problemă veche.

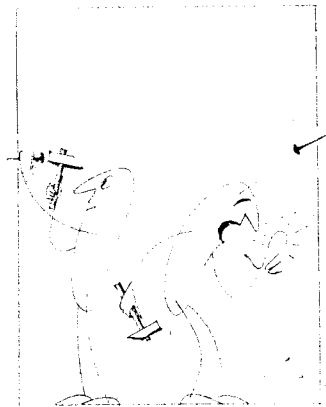
262. NEVROZĂ TRAUMATICĂ (vezi nevroză; gr. *trauma* „rană”) ● Tip de nevroză în care simptomele sînt generate de un șoc emoțional puternic, într-o situație resimțită de individ ca amenințătoare pentru viața sa. Manifestările din momentul șocului constau într-o criză anxioasă paroxistică însoțită de stări de agitație, de stupeoare, de confuzie mentală. Evoluția acestei nevroze, după un interval liber, poate urma două modalități:

● șocul traumatic acționează ca agent declanșator al unei structuri nevrotice preexistente;

● se produce o „fixație la traumă”, traumatismul devine conținut al simptomului (coșmar repetitiv, tulburări de somn).

Această repetare echivalează cu o tentativă de abreactie a traumei (de descărcare a evenimentului, a șocului traumatizant).

Noțiunea de traumatism a fost inițial utilizată pentru aspectele somatice (leziuni ale țesuturilor și organelor produse de agenți mecanici).



În neuropsihiatrie, există două accepțiuni ale termenului:

- cu referire la sistemul nervos central (leziuni evidente sau leziuni microscopice ale substanței nervoase);
- cu referire la psihic, înțelegînd prin traumatism orice eveniment care afectează organizarea psihică a individului.

În psihanaliză, termenul de nevroză traumatică poate avea două accepțiuni diferite:

- O accepțiune legată de factorii care intervin: traumatismul și predispoziția individuală (există cazuri în care un eveniment minor declanșează o reacție puternică, datorită toleranței subiective scăzute la orice excitație, și cazuri în care un eveniment obiectiv puternic perturbă brusc echilibrul subiectului). Deci, noțiunea de traumatism se relativizează; relația traumatism-predispoziție trimite la relația factori actuali—conflict preexistent din nevrozele actuale. Traumatismul precipită sau acutizează practic un conflict nevrotic deja existent. Se poate întîmpla ca evenimentul exterior să împlinescă o dorință refulată a persoanei sau să activeze o fantasmă inconștientă (vor apărea ca simptome: vise repetitive, coșmaruri etc.). Elementul traumatizant se poate lega de o predispoziție nevrotică-particulară (subiecți care, în mod inconștient, par a

căuta situația traumatizantă; după FENICHEL, aceasta ar semnifica faptul că Eul dorește repetarea unui traumatism infantil în scopul unei abreacții, pentru a se elibera de o tensiune, dar repetiția prin ea însăși este tensionantă, astfel încât persoana se supune mereu unei experiențe traumatice). FENICHEL numește acești subiecți „traumatofili”. ABRAHAM raporta termenul de „traumatofilie” (introdus de el) la traumatismele sexuale din copilărie, iar pe acestea, la rândul lor, la o predispoziție traumatofilă anterioară.

- O a doua accepțiune a nevrozei traumatice (legată de investigația psihanalitică) este descriptivă (relativizarea traumatismului în funcție de toleranța subiectului și inserarea experienței traumatice în istoria individului). FREUD considera nevroza traumatică apropiată de isterie, prin bogăția simptomelor motorii, dar depășind isteria prin suferința subiectivă și prin perturbarea generală a funcțiilor psihice. Caracterul nevrozei traumatice este, după FREUD, în același timp somatic și psihic. Elementul important aici îl reprezintă spaima trăită de subiect în momentul în care el se află brusc într-o situație amenințătoare pentru care nu a fost pregătit; el nu dispune de un comportament de răspuns elaborat și nici nu poate, datorită intensității și fluxului excitațiilor, să reacționeze printr-o descărcare adecvată. Astfel, subiectul va repeta în mod compulsiv (mai ales în vise) situația traumatică, fapt care nu face decât să întărească experiența traumatică inițială, provocând o nouă spaimă.

Pot exista puncte de trecere între nevrozele traumatice și nevrozele de transfer.

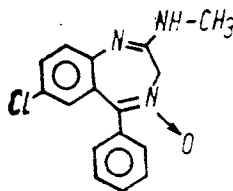
263. **NEVROZISM** (cf. fr. *névrose*; vezi gr. *neuron* „nerv”) ● Termen introdus în 1780 de BROWN („Elemente medicale”), pentru a denumi un ansamblu simptomatic în care insomnia și neliniștea joacă un rol important. ROELENs consideră acest fenomen ca o stare care precede neurastenia și căreia, ulterior, i se încorporează. Elementele care îl constituie sînt iritabilitatea, impresionabilitatea, hiperexcitabilitatea psihosenzorială (1969). Termenul, în această accepțiune, nu are o circulație largă, urmînd linia de restrîngere tot mai accentuată pe care conceptul de neurastenie a suferit-o în timp.

Pentru H. EYSENCK, termenul desemnează o trăsătură de personalitate, identificată în urma unor studii de analiză factorială, care, alături de extroversiune, deține un loc important în teoria sa privind structura personalității. În general, nevrozismul, considerat ca o dimensiune a personalității, definește labilitatea emoțională. Fiind

de natură factorială, nevrozismul are un caracter bipolar. La polul pozitiv, nevrozismul indică o hipersensibilitate emoțională și o stare de hiperreactivitate, cu dificultăți în restabilirea echilibrului psihic după șocul emoțional. De cele mai multe ori, persoanele care se situează la acest pol se plîng de dureri de cap, insomnii, diferite disfuncții somatice, stări de anxietate, ruminări cu caracter obsesiv; sînt preocupate de funcționalitatea propriului corp, resimt tot felul de sentimente neplăcute. După EYSENCK, această predispoziție nu trebuie confundată cu adevărata boală psihică. La polul negativ, nevrozismul indică o persoană bine adaptată emoțional, cu o puternică forță a Eului, capabilă să-și rezolve singură unele conflicte interne, fără manifestarea, chiar episodică, a unei simptomatologii de tip nevrotic.

Nevrozismul este evaluat prin chestionarul de personalitate Eysenck, chestionar care a fost etalonat și în țara noastră (GULIAN, ANDRIESCU, 1975).

264. **NEVRUM**^(M) Italia — 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 NAPOTON^(M).

265. **NEWCASTLE**^(T) — scale ● Cele mai cunoscute scale de evaluare a depresiei, prin înregistrarea comportamentului observabil al bolnavului. La elaborarea lor a fost folosit un set larg de scale, precum și un număr de patru studii transculturale. Scopul acestor scale este de a permite un diagnostic standardizat, în ceea ce privește nivelul psihopatologic al depresiei (nevrotic/psihotic), ca și diferențierea depresiei de alte simptome (depresie/anxietate).

Scala Newcastle I (N.I), publicată în 1965 de CARNEY, ROTH și GERSIDE, permite diferențierea depresiei psihotice de cea nevrotică și predicția rezultatelor terapiei electroconvulsivante (E.C.T.). Cuprinde zece itemi pentru diagnostic și zece itemi pentru seismoterapie

Tabel nr. LXXI

SCALA NEWCASTLE I (1865)

Caracteristici	Gravitate	
	indici diagnostici	indici ECT
Personalitate adecvată (fără trăsături nevrotice sau psihotice)	+1	
Psihogenază neadecvată (lipsa stresului)	+2	
Distinctă calitate a dispoziției (lipsa bucuriei)	+1	
Scădere în greutate	+2	
Tipul picnic		+3
Prezența episoadelor depresive anterioare	+1	
Trezire matinală		+2
Activitate psihomotorie depresivă	+2	
Anxietate	-1	-2
Delir nihilistic	+2	
Delir somatic		+2
Delir paranoic		+1
Mai rău după amiază		-3
Blamează pe alții	-1	
Autocompasiune		-1
Hipocondrie		-3
Isterie		-3
Vină	+1	

Tabel nr. LXXII

SCALA NEWCASTLE II (1971)

Item	Grad	Scor
Debut brusc	Da	-6
	Nu	0
Durata	Sub 3 luni	-6
	3 luni — sub 1 an	-4
	1 an — sub 2 ani	-2
	2 ani și peste	0
Stresul psihologic	Sever	+12
	Ușor/moderat	+6
	Absent	0
Fobia situațională	Marcată/incapacitantă	+8
	Medie/moderată	+4
	Absentă	0
Depresie persistentă	Da	-2
	Nu	0
Depresie mai mare înainte de prânz	Da	-16
	Nu	0
Trezire matinală	Da	-10
	Nu	0
Lentoare	Da	-9
	Nu	0
Delir	Da	-7
	Nu	0

Scala Newcastle II (N.II) a fost introdusă în practică în 1971, de GURNEY. Cuprinde nouă itemi, a căror evaluare se face gradual (între 2—4 grade). Scorurile mai mici sau egale cu 19 indică o patologie reactivă, cele mai mari de 20—o patologie depresivă de tip endogen. Pentru realizarea evaluării, se face suma algebrică a itemilor cercetați.

În 1977, REISBY introduce un scor sintetic de apreciere a endogenității folosind ambele scale Newcastle. Scorul 5 al scalei N.I este cotelat cu 0, iar cel egal cu 6, sau mai mare este cotelat cu 2. Scorul la scala N.II cuprins între -11 și +34 este cotelat cu 0, cel între -19 și -12 este cotelat cu 1, iar cel între -56 și -20, cotelat cu 2. Formula Reisy se obține adunând scorul N.I cu N.II. Rezultatele între 0 și 2 arată originea reactivă a depresiei, iar cele între 3 și 4, pe cea endogenă.

266. NIAMID^(M) Belgia, Elveția, Spania

NIAMIDE^(M) Anglia, Franța

DCI Nialamidă ● Antidepresiv timoanaleptic, derivat hidrazinic de tip 2-acid isonicotinic-1-(2-benzil-carbamil)etil/hidrazidă, indicat în depresiile inhibate; este lipsit de efecte sedative (necesită asocierea). Nu se administrează concomitent cu beta-blocante, psihostimulente și antidepresive timoleptice, necesitând o pauză de 14 zile. Contraindicațiile sînt, în general, cele ale timolepticelor → IMAO.

267. NIAQUITIL^(M) Italia — DCI Nialamidă ● Antidepresiv timoanaleptic, derivat hidrazinic
^{sin.} → NIAMID^(M) Elveția.

268. NIBROMIN-A^(M) Japonia — DCI Proclorperazină ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat de tip 2-clor-10-13-(4-metil-1-piperazinil)propi fenotiazină, cu acțiune antipsihotică, sedativă, antiemetică, cu valențe antivertiginoase și antispasmodice. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de EMETIRAL^(M).

269. NICERGOLINE^(DCI) ● Blocant alfa-adrenergic care determină vasodilatația cerebrală și stimularea metabolismului neuronal. Este indicat în tulburările de irigație cerebrală, retiniană, ale urechii interne și în tulburările de comportament din senescență.

Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de SERMION^(M).

270. NICETAMIDE^(DCI) ● Analeptic cu acțiune stimulatorie la toate nivelele axului cerebro-spinal, prin mecanism de creștere a excitației. Utilizat mai frecvent în trecut, ca stimulator al centrilor respiratori în intoxicații acute cu sedative hipnotice și în afecțiuni respiratorii obstructive, a putut fi înlocuit (înlăturându-se astfel riscurile

existente la administrarea sa) datorită dezvoltării tehnicilor de terapie intensivă.

271. NICHIRAKISHIN S^(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 în secundar; are și valențe analgezice.

272. NICHOLIN^(M) Italia — DCI Citicolină ● Psihostimulent cu o structură chimică particulară, de tip colină-citidină 5'-ester pirofosfat, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă; practic fără efecte simpaticomimetice.

273. NIC-IMA^(M) Argentina — DCI Lorazepam ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-5-(0-clorfenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

274. NICKKRÄMPFE — sin. BLITZKRAMPF; BLITZNICK; BLITZNICK UND SALAAM-KRAMPF; BOALA SPASMELOR ÎN FLEXIE; CRIZE ECLAIRE; CRIZE PROPULSIVE; CRIZE SURSAUT; ENCEFALOPATIE HIPSARITMICĂ; ENCEFALOPATIE MIOCLONICĂ INFANTILĂ CU HIPSARITMIE; GIBBS^(B) boală; HIPSARITMIE; MASSIVE MYOCLONIC JERKS; PETIT MAL PROPULSIV; SPASM INFANTIL; SPASME INFANTILE RAPIDE DE AFIRMARE; TICURI DE REVERENȚĂ (MARCHAND); TICURI DE TIP SALAAM ^{sin.} → WEST^(S) sindrom.

275. NICOLAEV — metodă ● Terapie dietetică imaginată de psihiatrul sovietic NICOLAEV în 1948, constînd în folosirea unor rețete alimentare hipoproteice, hipoglicidice și hipocalorice. Fără a putea stabili o legătură patogenică între tipul dietelor și afecțiunile pentru care le recomandă, autorul revine într-un articol relativ recent (1979), precizînd că regimul său ar fi adecvat în nevrozele cu evoluție prelungită, stările post-procesuale de tip neurasteniform și sindroamele nevrotice secundare unor afecțiuni organice.

276. NICTALGIE PARESTEZICĂ A MĂMBRELOR SUPERIOARE^(S) sindrom (cf. gr. *nyx* „noapte”; *algos* „durere”; *para* „alături”; *aisthesis* „senzație”) ● Sindrom caracterizat prin parestezii distale și algiile brahiale apărute nocturn (în timpul somnului), în special la femei între 40—50 de ani, avînd drept cauză compresiunea pachetului vasculo-nervos în trajectele sale șubclaviculare și interscalenice. Se înregistrează o creștere a frecvenței sindromului în stări anxioase și depresive.

277. **NICTALOPIE** (cf. gr. *nyx*; *alaos* „orb, obscur”; ops „vedere”) — sin. **CECITATE NOCTURNĂ** ● căderea acuității vizuale în timpul nopții sau la întuneric, ca urmare a unei avitaminoze (vitamina A) sau a unor cauze toxice, între care este incriminat și alcoolismul cronic.

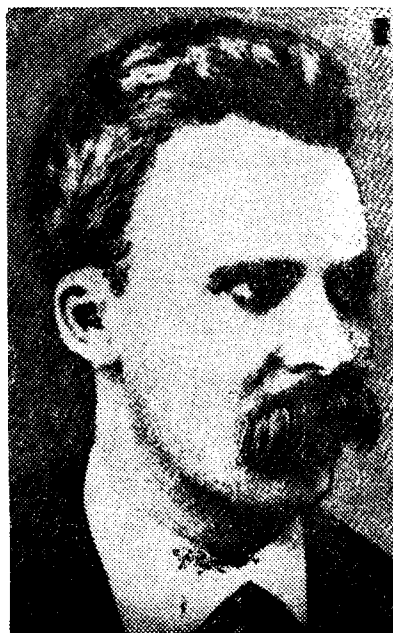
278. **NICTOFOBIE^(F)** (cf. gr. *nyx*; *phobos* „fri-că”) ● Teamă patologică de întuneric, în general, și de întunericul nopții, în special.

279. **NIEMANN-PICK^(B)** boală — sin. **HISTIO-CITAZĂ LIPOIDĂ**; **SFINGOMIELINOZĂ**; **TEZAU-RISMOZĂ CU SFINGOMIELINĂ** ● Boală ereditară rară, transmisă autosomal-recesiv, datorată unui deficit enzimatic (sfingomielinoză) care determină acumularea excesivă a sfingomielinei (prezentă în sistemul nervos central) în țesuturile bolnavului (cantități de 20—30 de ori mai mari decât în mod normal). A fost descrisă de NIEMANN (1914) și PICK (1933).

Boala debutează la câteva luni după naștere, cu tulburări digestive, hepatosplenomegalie importantă, hipotonie musculară generalizată, deteriorare psihică progresivă, cecitate și surditate. Din punct de vedere genetic, CROCKER și FARBER au descris patru variante de boală Niemann-Pick: infantilă clasică (tipul A); juvenilă (tipul B), cu interesare viscerală importantă și fără semne neurologice sau oculare; a adultului (tipul C), cu semne viscerale moderate și tulburări neurologice deseori absente; tipul D, cu absența semnelor neurologice.

Examele paraclinice evidențiază pata maculară roșie-cireșie centrală, fără atrofia nervului optic, lipidemie moderată, celule Niemann-Pick în măduva osoasă sternală. Evoluția este letală în câțiva ani, cu excepția tipului C. Nu există tratament specific.

280. **NIETZSCHE Friedrich** (1844—1900) ● Filozof, filolog și poet german, reprezentant al elitismului organicist-biologic. Operele principale, elaborate într-o manieră aforistic-poetică, sînt: „Nașterea tragediei” (1872), „Considerații inactuale” (1873—1876), „Așa grăita Zarathustra” (1883—1885), „Dincolo de bine și de rău” (1886), „Voința de putere” (postum, 1906). Gîndirea lui NIETZSCHE descinde direct din concepția schopenhaueriană, prin care activismul filozofiei clasice germane se transformase în viziune panteistă asupra lumii („voința” afirmată ca principiu al lumii, în „Lumea ca voință și reprezentare”). NIETZSCHE consacră „voința de putere” în manieră organicist-biologică, prefigurînd astfel dominantă culturii germane de la sfîrșitul secolului al XIX-lea și pînă la zădărnirea nazismului. Ca filozof al culturii, mai ales în „Nașterea tragediei”, fundamentează filozofia stilului. În analiza culturii antice grecești, introduce, folosește și consacră termenii:



Friedrich Nietzsche

apolinic și *dionisiac*, termeni care vor face epocă în secolul al XX-lea, în calitate de ipostaze fundamentale ale culturii europene. *Apolinicul* (de la Apollo) reprezintă seninătatea și echilibrul prin rațiune și constituie dominantă culturii antice grecești; *dionisiacul* (de la Dionisos) reprezintă pasiunea născută din pulsuni și voință, și constituie dominantă culturii europene moderne. Tragedia greacă se naște ca împletire plină de tragism a muzicii (apolinică) cu misterele dionisiace. NIETZSCHE se îndoia, în general, de seninătatea absolută a culturii antice grecești; secolul al XX-lea a consacrat apolonicul pentru cultura antică greacă și dionisiacul pentru cultura europeană modernă. NIETZSCHE face critica violentă a culturii europene raționaliste clasice, introduce și consacră tema „crizei ireversibile a culturii burgheze”. Pentru NIETZSCHE, „inegalitatea naturală a oamenilor” este valoarea fundamentală greco-ariană care a produs societățile ariene antice. Victoria creștinismului (moștenitor al Romei) este echivalentă cu victoria valorii „egalității întru Christos a tuturor oamenilor” asupra lumii antice ariene care moare. Egalitatea critică devine egalitate politică în capitalism. Pe acest drum, se face critica violentă a religiei creștine („iudeo-creștine”), considerată și definită ca o „religie de sclavi” a statului parlamentar democrat burghez, întruchipare raționalistă a egalității cristice.

NIETZSCHE susține antiteza „inegalitate-egalitate” printr-un elitism organicist-biologic fundamentat de „voința de putere” și care produce „supraomul”. „Veșnica reîntoarcere” (interpretare ciclică a istoriei) semnifică victoria ariano-germană asupra iudeo-creștinismului. „Supraomul” este astfel, prin definiție, „dincolo de bine și de rău”. Imoralismul absolut este concluzia ontologică, logică și axiologică pe care nazismul a reținut-o de la NIETZSCHE. Nazismul a găsit în „supraomul” lui NIETZSCHE și „charisma” lui Max WEBER mitul „Führerului” gata făcut. Sînt motive suficiente pentru ca iraționalismul de ieri și de astăzi să fie respins ca atentat direct la umanitate.

281. NIETZSCHEISM (derivat de la numele filozofului F. NIETZSCHE) ● Termen folosit de autorii francezi pentru a desemna o atitudine orgolioasă, de supraevaluare individuală și dispreț pentru cei considerați slabi, necompetitivi, reflexivi, nonactivi. Nu se poate stabili o legătură directă între această atitudine, cu puternice trăsături psihopatologice, și filozofia nietzscheiană (mai degrabă este de considerat o relație cu denaturările și vulgarizările acestei filozofii). J. PELICIER subliniază că „nietzscheismul” cunoaște o recrudescență în civilizația occidentală contemporană.

282. NIFALIN^(M) Grecia — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-cloro-5-(0-clorofenil)-1, 3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

283. NIFALIUM^(MC) Grecia ● Produs terapeutic din grupul preparatelor combinate, care conține două medicamente tipizate cu aceeași acțiune, care se completează :

- MEPROBAMAT^(M) — tranchilizant, derivat propandiolic ;
- DIAZEPAM^(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Are acțiune anxiolitic-sedativă.

284. NIFOBLEPS E (cf. gr. *nipha* „zăpadă” ; a—, „prefix privativ” ; *blepo* „a vedea”) ● Senzația de orbire produsă de strălucirea zăpezii.

285. NIHILISM (cf. lat. *nihil* „nimic”) ● Termen preluat din filozofie, desemnînd negarea valorilor, acțiunilor și structurilor sociale aparținînd civilizației și culturii în general, fără a le opune, în schimb, propuneri constructive. Concepție care neagă radical credințele, rînduielele, instituțiile și tradițiile culturale, fără a propune alternative realiste ; atitudine distructiv-critică, de negare absolută.

Nihilismul a apărut în Rusia, în secolul al XIX-lea, mai întîi ca atitudine de derută și disperare a cercurilor cu vederi progresiste, dar lipsite de un program coerent de reformă socială. Sub influența pozitivismului clasic al lui A. COMTE, DOBROLIUBOV și PISAREV enunță doctrina luptei pentru stîrpirea tarelor sociale din Rusia, avînd ca obiectiv imediat distrugerea din temelii a tuturor ideilor și prejudecăților moștenite din trecut, urmînd apoi să fie instaurată, pe baze științifice, o nouă societate, capabilă să asigure fericirea maselor. Asimilînd ideile lui CERNISEVSKI, nihilismul evoluează în direcția unei critici profunde a capitalismului și a nedreptăților sociale din Rusia. În urma represiunilor țariste, unii dintre nihiști adoptă metodele teroriste ale mișcării anarhiste, inițiate de BAKUNIN ; treptat, cele două orientări se apropie din ce în ce mai mult, avînd ca element comun negativismul radical și neconstructiv, distrugerea ca scop în sine și țel permanent al luptelor sociale și politice. În antiteză cu nihilismul, spiritul revoluționar autentic aspiră să înlocuiască o societate perimată cu o societate superioară, preluînd selectiv elementele viabile din trecut.

M. GOLU include în termenul de nihilism, pe lîngă accepțiunea filozofică, și particularitățile profilului psihomoral al indivizilor caracterizați în mod esențial prin inadaptare suplă și armonioasă la condițiile concrete ale societății în care trăiesc (PREDESCU). În psihiatrie, termenul a fost utilizat de MOREL ca sinonim pentru NEGATIVISM. H. EY și K. JASPERS vorbesc de delir nihișt (de negație).

286. NIHILIST^(D) delir (cf. lat. *nihil*) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NEGAȚIE^(D) delir.

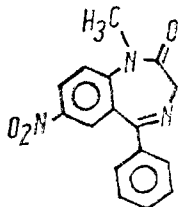
287. NIKEFOBIE^(F) (cf. gr. *Nike* — zeita victoriei ; *phobos* „frică”) ● Tuburare psihică de limită, cu apariție posibilă în condițiile în care, în prealabil, subiectul obținuse un succes de proporții, care ulterior trebuia confirmat. A fost descrisă în special în sport, dar este potențial prezentă și în alte domenii. Nu se referă la frica propriu-zisă de victorie, ci mai mult la dorința de a păstra poziția dobîndită. Nu are valoare patologică.

288. NILERGEX^(M) Anglia — DCI *Isotipendil* ● Neuroleptic, 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 ; are efecte secundare minime, ceea ce conferă produsului o gamă largă de utilizare.

289. NILIPOID^(M) Brazilia — DCI *Fenproporex* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-3-1(α-metilfenetil)amino]propionitril, cu marcate valori anorexigene, utilizat în combaterea obezi-

tății consecutive tratamentului îndelungat cu NL. Are efecte simpaticomimetice. Există riscul dependenței → PSIHOSTIMULENTE.

290. **NIMETAZEPAM**^(DC1) ● Derivat benzodiazepinic de tip 1, 3-dihidro-1-metil-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, tranchilizant cu acțiune sedativ-hipnotică și ușor anxiolitică. In-



dicat în insomniile psihogene și în afecțiuni psihosomatice. Constituie principiul activ a doi produși farmaceutici:

ERIMIN^(M) Japonia; HYPNON^(M) Japonia.

291. **NIMFOMANIE** (cf. gr. *nymphē* „femeie tânără, nimfă”; *mania* „nebulie”) — sin. ANDROMANIE; CYTEROMANIE; ESTROMANIE; FURIE



Tizian

UTERINĂ; METROMANIE; UTEROMANIE ● Exagerare a apetitului sexual al femeii, peste normele obișnuite.

292. **NIPODAL**^(M) RFG — DCI *Prochlorperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat, de tip 2-clor-10-β-(4-metil-1-piperazinil)propilfenotiazină, cu acțiune antipsihotică, sedativă, antiemetică, cu valențe antivertiginoase și antispasmodice. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de EMETIRAL^(M).

293. **NIRVAN**^(MC) Finlanda ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate cu acțiune complementară. Este compus din MEPROBAMAT^(M) și FENOBARBITAL^(M). Are acțiune sedativ-hipnotică.

294. **NIRVANA** (cf. sanscrită *nirvāna* „stingere”) ● În budism, jainism și în filozofia indiană samkhya, idealul către care aspiră înțeleptul: mîntuirea definitivă de suferință prin ieșirea din lanțul reîncarnărilor succesive ale sufletului în diferite viețuitoare. Nirvana înseamnă „stingerea” Eului trecător și accidental prin contopirea Sineului (atman, sufletul individual nemuritor) cu Spiritul absolut, inconștient și impersonal (brahman; sufletul cosmic). Accesul în Nirvana, condiționat de asceză severă, exerciții psihosomatice yoga și cufundarea în meditație, înseamnă evadarea din lumea aparentelor fenomenale, schimbătoare și instabile, renunțarea la agitația sterilă și diminuarea dorințelor generatoare de suferință, amăgiri și deziuzii, pentru a dobîndi eternitatea, pacea veșnică, beatitudinea. Deoarece, în gândirea indiană, existența implică în mod fatal durerea și suferința, mîntuirea sufletului este căutată în indiferența neantului, eliberat de accidentalitatea Eului personal, de patimi și speranțe deșarte. Transcendentă și supra rațională, Nirvana se refuză oricăror tentative de descriere conceptuală, dezvăluindu-se numai contemplației de care sînt capabili inițiații, ajunși pe treapta sfințeniei. În scrierile canonice budiste, Nirvana este caracterizată prin negații, supra raționalitatea ei fiind ilustrată de natura antinomică a atributelor sale negative, care îi dau statutul de coincidență oppositorum.

295. **NIRVANIL**^(M) Franța, Italia, Olanda, SUA — DCI *Valnoctamidă* ● Tranchilizant, derivat alifatic de tip 2-etil-3-metilvaleramidă, cu acțiune anxiolitică. Nu are efecte secundare evidente.

296. **NISIDANA**^(M) Spania — DCI *Opipramol* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 4-β-(5H-dibenz[*b,f*]azepin-5-il)propil-1-piperazinolanol, cu acțiune antidepresivă medie, dar bun anxiolitic și sedativ-hipnotic, ceea ce face să poată fi considerat un tranchilizant cu acțiune antidepresivă. Nu se va asocia totuși cu IMAO.

297. **NISTAGMUS** (cf. gr. *nystagmos* „ațipire”) ● Oscilațiile globilor oculari în direcție orizontal-rotatorie și cu caracter pendular, cu ritm și amplitudine egală și durată de câteva secunde. Nu are întotdeauna semnificație patologică; astfel, nistagmusul de fixație apare după fixarea prelungită a unui obiect; în aceeași categorie intră și nistagmusul ocupațional, întâlnit de obicei la mineri,

Restul formelor de nistagmus (ereditar, periodic, alternant, retractorius, vertical) au semnificație patologică.

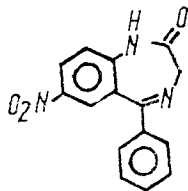
298. **NITAN**^(M) Israel — DCI *Pemolină* • Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazoln-4-onă, practic fără efecte simpatomimetice, cu indicațiile generale ale psihostimulentelor. Nu se administrează în afecțiuni cu componentă depresivă → **PSIHOSTIMULENTE**.

299. **NITICOLIN**^(M) Japonia — DCI *Citicolină* • Psihostimulent, derivat colinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **NICHOLIN**^(M) Italia.

300. **NITOMAN**^(M) Anglia, Austria, Danemarca, Elveția — DCI *Tetrabenazină* • Neuroleptic sedativ, derivat benzochinolizinic de tip 1, 3, 4, 6, 7, 11b-hexahidro-3-isobutil-9,10-dimetoxi-2H-benzolalchinolizină, cu acțiune sedativ-anxiolitică.

301. **NITRADORM**^(M) Olanda; **NITRADOS**^(M) Anglia $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **NITRAZEPAM**^(DCI).

302. **NITRAZEAM**^(M) România • Tranchilizant, **NITRAZEPAM**^(DCI) derivat benzodiazepinic de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, introdus în clinică în



anul 1964, cu acțiune sedativ-hipnotică, realizând un somn aproape fiziologic. Există numeroase produse similare utilizate în practică.

• Cele mai cunoscute sînt :

MOGADON^(M) Anglia, Austria, Belgia, Canada, Danemarca, Elveția, Coreea, Franța, Finlanda, Italia, Iugoslavia, Olanda, Spania, Suedia, Turcia
NITRAZEPAM^(M) Cehoslovacia, Danemarca, Finlanda, Japonia, Polonia

• Alte produse :

APODORM^(M)
BENZALIN^(M)
CALSMIN^(M)
CERSON^(M)
DORMICUM^(M)
DUMOLID^(M)
EATAN N^(M)
EPINELBON^(M)
EUNOCTIN^(M)
GERSON^(M)
HIPNAX^(M)
HIPSAL^(M)

Danemarca
Japonia
Japonia
Iugoslavia
Austria
Elveția
RFG
Japonia
Ungaria
Grecia
Portugalia
Spania

HIRUSUKAMIN^(M)
HYPNOTIN^(M)
IBROVEK^(M)
IMESON^(M)
INSOMA^(M)
INSOMIN^(M)
IPERSED^(M)
IPNOZEM^(M)
LAGAZEPAM^(M)
MITIDIN^(M)
MOGADAN^(M)
NELBON^(M)
NEUMAX^(M)
NITRADORM^(M)
NITRADOS^(M)
NITRAZEPAN^(M)
NITRAZEPOL^(M)
NITRENPAK^(M)
NOCTEM^(M)
NUMBON^(M)
ORMODON^(M)
PACIDRIM^(M)
PACISYN^(M)
PELSON^(M)
PERSOPIR^(M)
PROSONNO^(M)
QUILL^(M)
RADEDORM^(M)
RELECT^(M)
REMNOS^(M)
SEREN X^(M)
SINDEPRES^(M)
SOMITRAN^(M)
SOMNASED^(M)
SOMNIBEL N^(M)
SOMNIL^(M)
SOMNITE^(M)
SON PAN^(M)
SONNOLIN^(M)
SUREM^(M)
TRAZENIN^(M)
TRI^(M)
UNISOMNIA^(M)

Japonia
Africa de Sud
Grecia
RFG
Noua Zeelandă
Elveția
Italia
Turcia
Elveția
Italia
RFG
Japonia
Japonia
Olanda
Anglia
Spania
Brazilia
Brazilia
Italia
Israel
Africa de Sud
Mexic
Finlanda
Spania
Italia
Italia
Italia
RDG
Argentina
Anglia
Brazilia
Argentina
Finlanda
Anglia
RFG
Ecuador
Anglia
Brazilia
Italia
Anglia
Japonia
Italia
Anglia

303. **NITRAZEPOL**^(M), **NITRENPAK**^(M) Brazilia $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **NITRAZEPAM**^(M) România.

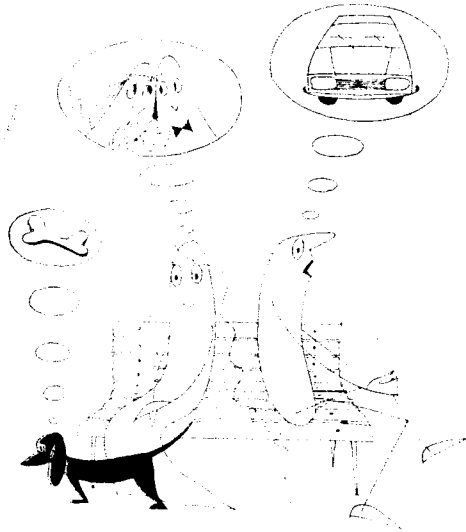
304. **NIVALEN**^(M) Suedia • Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **DIAZEPAM**^(M) România.

305. **NIVEL** (cf. fr. *niveau* : vezi lat. *libella*) • Termen introdus în psihofiziologie de J. JACKSON, indicînd poziția sau etajul funcțional la care se realizează procesele neuropsihice. Este utilizat curent în practica psihologică pentru a desemna un stadiu de dezvoltare, un grad de eficiență, o structură funcțională etc. → **NIVEL DE ASPIRAȚIE**, **NIVEL MINTAL**.

306. **NIVEL (de) ASPIRAȚIE** ● Termen utilizat de K. LEWIN și școala psihologiei dinamice pentru a desemna performanța vizată de subiect în îndeplinirea unei acțiuni. Făcînd o ierarhie a performanțelor vizate, analizate numai în relație cu posibilitățile verificate sau presupuse ale subiectului, nivelul de aspirație poate fi scăzut, mediu sau înalt. Se pot ivi situații problematice pentru individ, pentru grupul din care face parte, acestea influențînd activitatea vizată. În acest sens pot fi deceleate :

- nivel de aspirație ridicat — posibilități proporționale ;
- nivel de aspirație ridicat — posibilități scăzute ;
- nivel de aspirație scăzut — posibilități scăzute ;
- nivel de aspirație scăzut — posibilități superioare.

Motivația pentru reușita acțiunii este factorul principal, determinînd într-o anumită măsură performanțe care aparent depășesc posibilitățile, sau dimpotrivă, performanțe sub posibilități.



Factorii distinși de K. LEWIN în structura nivelului de aspirație sînt : scopul acțiunii, scopul ideal, diferențe între scopul ideal și scopul actual al acțiunii, nivelul de încredere al subiectului în reușita acțiunii. Performanța vizată este influențată de normele impuse de grup, ca și de performanțele anterioare în care posibilitățile reale ale subiectului sau ale grupului s-au obiectivat.

Perfecționismul personalităților psihastenice (indicînd un înalt nivel de aspirație) sabotează reușita acțiunii, în care un echilibru dinamic între

posibilități verificate și performanțe vizate este absolut necesar.

307. **NIVEL MINTAL** ● Limita pe care a atins-o dezvoltarea intelectuală a unui individ, măsurată cu ajutorul testelor. Nivelul mintal nu trebuie confundat cu inteligența, deși ambele sînt determinate de înzestrarea nativă a individului și, mai ales, de condițiile social-culturale. O serie de studii și cercetări au arătat, în ceea ce privește nivelul mintal, diferențe între copiii care fac parte din aceeași familie, dar au fost crescuți în medii social-culturale diferite. Invers, copiii provenind din familii diferite, dar crescuți în același mediu social-cultural, au un nivel mintal apropiat. Nivelul mintal se măsoară prin teste de inteligență de tip Binet sau Wechsler, care folosesc ca unitate de măsură coeficientul de inteligență, sau prin teste care măsoară numai o anumită caracteristică intelectuală, considerată a fi semnificativă pentru nivelul mintal, care au ca unitate de măsură nota standard. Atunci cînd se măsoară nivelul mintal al unui subiect, coeficientul de inteligență rezultat este raportat la o scală a coeficienților intelectuali, stabilită în urma unui proces statistico-matematic, după etalonare. După TERMAN, scala coeficienților intelectuali arată astfel :

Tabel nr. LXLIII

Coeficient intelectual	Semnificația
140	geniu
120—140	exceptional
110—120	superior
90—110	normal
80—90	lent
70—80	intelect la limită
60—70	debil mintal
30—50	imbecil
30	idiot

308. **NIVELE ȘI FORME ALE AFECTIVITĂȚII** ●

Expresia se referă la clasificarea proceselor emoționale, întrucît afectivitatea este un proces care se manifestă în diverse moduri și la diverse niveluri, în funcție de factorii psihofiziologici și de cei culturali. Psihologia introspectivă clasică distinge : emoții, sentimente, pasiuni. Emoțiile sînt stări afective mai mult sau mai puțin intense, care apar brusc și au o durată scurtă (de exemplu, teama, mînia). Există emoții puternice (șocuri emoționale) și emoții mai slabe ; indiferent de intensitatea lor, emoțiile sînt spontane, imediate, nu persistă ca atare în timp ; ceea ce persistă este efectul declanșat, reacția comportamentală, prelungirea emoției în comportament sau modificarea com-

portamentului sub influența emoției. Sentimentele sînt stări afective complexe, stabile, durabile și cu intensitate mai slabă decît emoțiile (de exemplu, iubirea, gelozia, ura, culpabilitatea); ele se plasează la nivelul raporturilor interindividuale pe diferite categorii (relații de cuplu, relații în microgrup, relații cu un grup mare de apartenență) și interferează cu sistemele de valori (religioase, estetice, morale). Pasiunile sînt stări afective puternice ca intensitate (prin aceasta se apropie de emoții) și cu o durată relativ lungă (durata le apropie de sentimente).



Foto : Mircea Bunescu

Psihologia comportamentală și psihofiziologia abordează procesele emoționale sub aspect comportamental, considerînd emoția ca fiind o forță motivantă, la care contribuie cauze directe și indirecte, interne și externe. Astfel, fazele procesului afectiv, înțeles ca un comportament emoțional ar fi: răspunsul imediat (reacție de scurtă durată, intensă, nonmediată); răspunsul secundar (de durată variabilă dar relativ scurtă, perceput interior ca o emoție, însă nu totdeauna de intensitate puternică) și efectele persistente ale emoțiilor, corespunzătoare sentimentelor (după J. DELAY, P. PICHOT), consecințe ale răspunsului secundar, structurate în habitudini emoționale persistente.

Se remarcă, în clasificarea proceselor emoționale, cîțiva factori care interferează și care au semnificație de criterii: primaritate-secundaritate, intensitate, durată, stabilitate-instabilitate. Luînd în considerare acești factori, P. POPESCU NEVEANU propune următoarea clasificare a proceselor afective:

- Nivelul primar sau inferior :
 - dispozițiile organice ca reacții afective vagi, implicite: componenta organică, somatică a nevrozelor și componenta afectogenă a bolilor psihosomatice (de exemplu, bolile cardiace dau anxietate, teamă; ulcerul este însoțit de indispoziții, senzație de disconfort general; în tuberculoza pulmonară se accentuează pornirile sexuale). Aceste dispoziții

afective organice, cu ancorare somatică, aparțin schemei corporale lăuntrice, sensibilității interoceptive; ele se constituie într-o trăire difuză, inexplicabilă în plan conștient, afectînd funcționalitatea corporală internă;

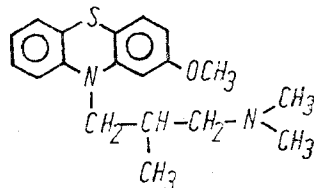
- substratul afectiv al proceselor cognitive: senzațiile, percepțiile, reprezentările, fixările, reactualizările, ideile, operațiile mentale au o componentă afectivă intrinsecă, individul reacționînd prin plăcere sau neplăcere la orice sarcină (activitate care nu se adresează direct afectivității, care vizează alte capacități sau procese psihice);
- reacții (manifestări comportamentale) emoționale primitive care implică elementul instinctual; apar brusc și se desfășoară rapid, intens, angajează componente motorii și vegetative, au efecte concrete și presupun o îngustare a cîmpului conștiinței (îmbolduirile la sinucidere, izbucnirile de plîns, frica paroxistică); aici conștiința este subordonată afectului, individul este opac la ceea ce i se spune, responsabilitatea nu mai funcționează, se trece în patologie (reacția explozivă colerică, cînd individul nu apreciază efectul gestului, în special la personalitățile dizarmonice agresive; reacția de teamă și angoasă din stările de panică);
- Nivelul emoțiilor complexe, caracterizat prin: motivație (parțial social-culturală) cu o componentă comportamentală intensă, dar nu violentă, grad relativ de interiorizare, durată relativ scurtă;
- emoțiile secundare (veselie, tristețe, entuziasm, plictiseală); se desfășoară pe parcursul cîtorva ore, sînt circumstanțiale și polarizate;
- dispozițiile afective care depind de împrejurări, sînt generalizate și difuze, pot persista zile și săptămîni ca tonalitate afectivă, ca fond; marchează activitatea și raporturile sociale, uneori se transmit prin contagiune; își pot avea originea în temperament, dar frecvența apariției lor se poate constitui în amprente asupra personalității;
- Nivelul atitudinilor afective caracterizate prin stabilitate, durată, obiectualitate: au autonomie față de manifestările emoționale facultative care apar pe parcursul lor; constanța lor poate fi de la cîteva luni, la o viață; își păstrează obiectul chiar dacă intervin desfășurări emoționale contrare; se consolidează prin deprinderi sociale, culturale, pînă acolo încît deprinderea ajunge uneori să înlocuiască substanța sentimentului; acestui al treilea nivel îi aparțin sentimentele și pasiunile; ele au obiect precis într-un domeniu al vieții (personal, profe-

sional, moral, estetic), sînt mediate prin modele conceptuale. Componenta socială și culturală este puternică; în special în sentimentele morale se ancorează (din perspectiva psihanalitică — FREUD — și a neopsihanalizei) în construcția personalității, la nivelul Supraeului, în măsura în care conțin o notă de necesitate lăuntrică, un imperativ de tipul „așa trebuie” sau „așa este bine”, în măsura în care ele devin „gardieni” ai necesității interiorizate și generează constrîngerea morală într-o formă afectivă particulară — culpabilitatea. În acest sens, societățile patriarhale dispuneau de un sistem de sentimente morale care, într-o analiză profundă, își aveau originea în interiorizarea tatălui idealizat (a cuplului parental idealizat) sau a valorilor personificate în persoane autoritare.

În ceea ce privește nivelele și formele de manifestare a proceselor afective în patologia mintală (→ SEMIOLOGIE PSIHIATRICA), nevroza este considerată de psihanalști ca fiind o boală generată de traumatisme psihice provocate de tulburări ale afectivității; simptomatic, tulburările nevrotice includ în special nivelul emoțiilor complexe, adică emoțiile secundare și dispozițiile afective; aceste simptome pot conține și elemente din nivelul primar (de sensibilitate interoceptivă), dar perturbă și al treilea nivel, acela al atitudinilor afective (contrariază sentimentele, le amplifică sau le estompează în relația subiect-obiect, aduc dificultăți în desfășurarea lor, le zdruncină sau le fisurează). La structurile dizarmonice, al doilea nivel de manifestare al afectivității este foarte viu, iar din primul nivel cea mai mare pondere o au afectele — fără a fi vorba de o lipsă totală a instanței de decizie și control; intervine o îngustare a conștiinței, care se prelungește într-o modificare (fie în sens de labil, fie în sens de rigid) a proceselor de comandă volitivă a personalității. În cazul psihozelor (afecțiuni mentale în care este esențial atins simțul realului și capacitatea de decizie conștientă), sentimentele și pasiunile se degradează, devin inconsistente din punctul de vedere al conținutului relației subiect-obiect. Se produce o regresie a Eului, care antrenează o regresie în toate modalitățile de investigație — raportare la obiectul exterior și la propria persoană. Psihoticul se agață de real în diverse puncte, păstrînd secvențe ale unor căi de comunicare cu lumea (mesaje fragmentate), sau construiește un real în care se investește cu o intensitate proporțională cu dimensiunile/parametri acestui real. Adevărul afectiv al bolnavului psihotic este impresionant de subiectiv, el revine la credința că lumea există așa cum o percepe, o trăiește, de fapt, o inventează el.

309. NIVELTON^(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, avînd o singură contraindicație: miastenii.

310. NIVOMAN^(M) RFG, SUA — DCI *Trifluorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)-2-(trifluoro-



metil)fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică și anxiolitică. Diminuează efectele L-dopa. Influențează reacțiile conducătorilor auto.

311. NOAN^(M) Brazilia, Italia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

312. NOAN-GAP^(M) Grecia — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-5-(8-clorfenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

313. NOBELYSE^(M) Japonia — DCI *Meproamat* ● 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 realiza un „mic sindrom de abstenență”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT^(M).

314. NOBESINE^(M) Canada — DCI *Amfepramondă* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip 2-(dietilamino)propiofenonă; este o amină simpaticomimetică anorexigenă cu performanțe psihostimulatoare inferioare amfetaminelor, iar cele 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.

315. **NOBITROL**^(MC) Spania ● Produs terapeutic conținând două medicamente tipizate, cu acțiune diferită care se completează :

- AMITRIPTILINA^(M) — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic ;
- MEDAZEPAM^(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Are acțiune antidepresiv-sedativă.

316. **N-OBLIVON**^(M) Franța — DCI *Metilpentinol carbamat* ● Tranchilizant, derivat carbamic de tip 3-metil-1-pentil-3-ol carbamat, cu acțiune sedativ-hipnotică și miorezolutivă.

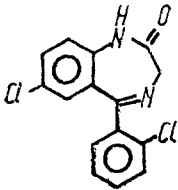
317. **NOBRAKSIN**^(M); **NOBRAL**^(M) Turcia; **NOBRIUM**^(M) Anglia, Franța, Italia ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic → **RUDOTEL**^(M) RDG.

318. **NOCIRECEPTORI** (cf. lat. *nocere* „a vătăma”; *recipere* „a primi”) ● Receptori capabili să capteze stimuli interni și externi cu influențe dăunătoare asupra organismului, putând pune în pericol integritatea morfo-funcțională și echilibrul acestuia.

319. **NOCTAMBULISM** (cf. lat. *nox* „noapte”; *ambulare* „a merge”) → **SOMNAMBULISM**.

320. **NOCTAMID**^(M) Anglia, Elveția, RFG — DCI *Lormetazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-5-(0-clorfenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică. Nu se administrează în miastenie, glaucom, sarcină, alăptare, a copii și vîrstnici.

321. **NOCTAZEPAM**^(M) RFG — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzo-



diazepină, cu acțiune identică cu a diazepamului, fiind un metabolit al său, ceea ce permite realizarea unei concentrații plasmatiche mai rapide (4 ore); acțiunea sa este sedativ-anxiolitică, hip-

notică, moderat miorelaxantă și simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **OXAZEPAM**^(M).

322. **NOCTEM**^(M) Italia ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic → **NITRAZEPAM**^(M) România,

323. **NOCTESED**^(M) Anglia — DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, realizînd un somn aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **NITRAZEPAM**^(M).

324. **NOCTOSOM**^(M) Israel — DCI *Flurazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-*N*-(diethylamino) etil-5-(0-fluorofenil)-1,3-dihidro-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, indicat în insomniile mixte; contraindicat în sarcină, alăptare, glaucom și miastenie.

325. **NOCTRAN**^(MC) Mexic, Franța ● Produs terapeutic, conținînd trei medicamente tipizate cu acțiuni complementare :

- **ACEPROMAZINA**^(M) — NL, derivat fenotiazinic ;
- **ACEPROMETAFAENAZINA**^(M) — NL, derivat fenotiazinic ;
- **DIPOTASSIUM CLORAZEPAT**^(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Are acțiune sedativ-anxiolitică.

326. **NOCTYNOL**^(M) Anglia — DCI *Meperfenină* ● Tranchilizant, derivat de glicerol, de tip 2-(0-metoxifenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxantă și sedativ-anxiolitică.

327. **NODAF**^(MC) Italia ● Produs terapeutic, conținînd două medicamente tipizate cu acțiune diferită, care se completează :

- **NORTRIPTILINA**^(M) — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic ;
- **FLUFENAZINA**^(M) — neuroleptic, derivat fenotiazinic.

Are acțiune antidepresiv-anxiolitic-sedativă.

328. **NOEMA** (cf. gr. *noema* „gîndire”) ● Termen utilizat în fenomenologia husserliană pentru a desemna conținutul unei propoziții, obiectul la care se raportează intențional gîndirea; este complementar cu *noesa* (care se referă la aspectul formal al cunoașterii). „Conținutul noematic” descrie corelatul obiectual al gîndirii, ceea ce este vizat în actul de cunoaștere.

329. **NOESA** (cf. gr. *noesis* „înțelegerea unui lucru, inteligență”) ● Termen utilizat în fenomenologia husserliană pentru a desemna forma

judecării, structura formală a enunțului (ipotetic, necesar sau asertoric), în raport de complementaritate cu *noema* — conținutul sau obiectul gândirii. Analiza noetică vizează forma cunoștinței, felul cum se cunoaște din punct de vedere logic.

330. **NOFRAN**^(MC) Grecia ● Produs terapeutic, conținând două medicamente tipizate cu aceeași acțiune, care se completează :

- MEPROBAMAT^(M) — tranchilizant, derivat propandiolic ;
- DIAZEPAM^(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Ave acțiune sedativ-anxiolitică și miorelaxantă.

331. **NOGÉDAL**^(M) Franța — DCI *Noxiptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptadienic de tip 10,11-dihidro-5H-dibenzola, dicioheptan-5-onă 0-12-(dimetilamino)etiloximă, cu acțiune antidepresivă medie, fără efecte sedative, de o bună toleranță; nu se asociază cu IMAO. Nu se administrează în deliruri acute, intoxicații acute.

332. **NOGUCHI Hideyo** (1876—1928) ● Renumit medic japonez. A studiat medicina la Tokio, susținându-și diploma în 1897; a lucrat la Institutul de cercetări pentru boli infecțioase sub conducerea lui KITASATO, fost elev al lui KOCH, apoi cu FLEXNER în SUA, la Universitatea din Pennsylvania (1899). În 1903 se află la Copenhaga, împreună cu MITCHELL (Institutul de serologie danez), după care vine în SUA (1904), pentru a lucra la Institutul Rockefeller din New York. Numele său rămâne legat de punerea în evidență a treponemei pallida la bolnavii cu paralizie generală progresivă (1913), stabilind astfel etiologia luetică a acestei afecțiuni și încheind o veche dispută pe această temă, devenită acută din 1878, prin lucrarea lui Alfred FOURNIER. A murit la datorie, răpus de febră galbenă la Accra, în Guineea, unde se afla pentru a studia această afecțiune.

333. **NOGUCHI-MOORE**^(M) — metodă de laborator ● Probă calitativă pentru punerea în evidență a albuminelor în lichidul cefalorahidian cu ajutorul acidului butiric, în prezența hidroxidului de sodiu. În LCR normal, reacția este negativă.

334. **NOIAFREN**^(M) Spania — DCI *Clobazam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-dior-1-metil-5-fenil-1H 1,5-benzodiazepin-2,4 (3H, 5H)-dionă, cu acțiune anxiolitică și sedativă ușor inferioară seriei, indicat în afecțiuni psihosomatice, distonii neurovegetative, nevroze cene-stopate; este util în tratamentul ambulator, neinfluențând reflexele conducătorilor auto.

335. **NOILESS**^(M) Japonia — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiolic 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 realiza un „mic sindrom de abinență”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT^(M).

336. **NOLOTEN**^(M) Argentina — DCI *Propranolol* ● Psihotrop betablocant, derivat propanolic de tip 1-(isopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acțiune anxiolitică, valență psihostimulente și adrenolitice. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

337. **NOLOTEN COMPLEX**^(MC) Argentina ● Produs terapeutic, conținând două medicamente tipizate, care se completează :

- PROPRANOLOL^(M) — betablocant
- DIAZEPAM^(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

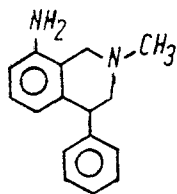
Ave acțiune sedativ-anxiolitică.

338. **NOMADISM** (cf. gr. *nomas* „care duce vitele la păscut”) ● Mod de existență constând în permanenta schimbare a spațiului habitual. Reprezentând un comportament normal pentru multe societăți primitive sau arhaice, precum și în cadrul preocupărilor pastorale, nomadismul devine patologic în cazul periplurilor fără țel, al vagabondajului pe care îl practică unii subiecți dizar-



monic-structurați ca personalitate, în special de tip instabil, impulsiv etc., expresie a incapacității lor de adaptare la solicitările mediului social. Folosim comparația cu privire la caracterul ră-tăcitor, nestatornic al maginației mitomanilor, DUPRÉ a descris un tip de mitomanie numit „nomadomanie”.

339. **NOMIFENSIN^(M)** Japonia — DCI *Nomifensină* ● Antidepressiv timoleptic de tip 8-amino-1,2,3,4-tetrahidro-2-metil-4-fenil-isochinolină, in-



dicat atât în depresiile psihotice cât și în cele psihogene și somatogene de intensitate medie, fiind potrivit pentru tratamentul ambulator; contraindicații: deliruri acute, etilism cronic, intoxicații cu somnifere, sarcină.

340. **NOMINALISM și REALISM** (cf. lat. *nomen* „nume”; res „lucru”) ● Curente filozofice antagoniste care, în evul mediu, îi opuneau pe adepții scolastici lui PLATON celor ai lui ARISTOTEL. Nominaliștii susțineau că numai obiectele particulare au existență reală, conceptele fiind reducibile la simple denumiri introduse de om, noțiunile generale fiind simple cuvinte, „nume” ale lucrurilor („universală sunt nomina”). Realiiștii susțineau că noțiunile generale, abstracte, constituie realități de sine stătătoare cu caracter spiritual, anterioare lucrurilor sau obiectelor particulare, independente de acestea, ca și de activitatea intelectului uman („universală sunt realia”). Opoziția dintre nominalism și realism prezintă o analogie cu lupta dintre materialiști și idealiști. Nominalismul a exprimat o tendință materialistă, a subminat formalismul excesiv al scolasticii, autoritatea bisericii, și a pregătit climatul teoretic pentru apariția științelor experimentale. Limitele nominalismului sînt legate de negarea conținutului obiectiv al generalului. Confruntarea dintre cele două curente se prelungește pînă în zilele noastre, prin opoziția metafizică dintre general și particular. Soluția întregitoare este dată de dialectica marxistă, prin considerarea unității dialectice dintre singular, particular și general, soluție care are și pentru psihiatrie o mare însemnătate metodologică, în special în studiul cunoașterii și al diferențierii psihopatologice.

341. **NOMIVAL^(M)** Finlanda — DCI *Orfenadrină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetanic de tip

N,N-dimetil-2-(0-metil- α -fenilbenziloxi) etilamină, cu acțiune miorelaxantă marcată și unele valențe antidepressive (de mică intensitate). Este utilizat în special în combaterea unor efecte secundare ale NL. Buna sa toleranță îi conferă o utilizare fără restricții.

342. **NONAZEPAM^(M)** Coreea — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-5-(0-clorfenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

343. **NONCONFORMISTĂ — personalitate** (cf. fr. *non-conformiste*; vezi și engl. *nonconforming personality*) ● Model atitudinal, adoptat în raport cu contextul cultural predominant și cu valorile sociale ale comunității din care face parte individul. Gradul de adaptare a subiectului, disconfortul relațional rezultat din atitudinea nonconformistă, precum și mijloacele la care recurge pentru a face față acestui stres, sînt parametri utili în evaluarea gradului în care personalitatea este nonconformistă și frizează depășirea barierelor normalului.

Ca și în cazul altor parametri psihologici (anxietate, hipertimie etc.), un anumit grad de nonconformism este acceptabil pentru anumite profesii sau în anumite împrejurări (etape) ale dezvoltării personalității.

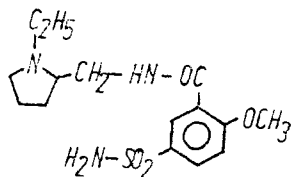
Există însă și comportamente în contradicție cu normele sociale acceptate, fără a fi în mod absolut inacceptabile. Dacă personalitatea poate fi definită ca un complex de modalități relativ stabile de răspuns la solicitările mediului în acord cu acceptările, în cazul personalităților nonconformiste aceste răspunsuri sînt în dezacord cu așteptările, fără ca individul să simtă vinovăție sau teamă.

Autorii americani consideră că, în geneza acestui tip de reacțiune, un rol important îl joacă perioada timpurie de dezvoltare a personalității, cînd sistemul interdictiv al autorității parentale și sociale nu a fost internalizat. Caracteristicile acestui tip de personalitate ar fi o „fațadă” de normalitate, nefiind prezente gîndirea irațională și simptomele nevrotice, dar care ascunde tulburări profunde în menținerea unor raporturi coerente, firești, în ceea ce privește activitățile sociale: profesiunea, familia, școala. Aceste „conexiuni sociale” sînt schimbate frecvent de subiect. Prin lipsa unei relaționări umane firești, bilanțul existenței acestor indivizi devine extrem de sărac.

Abordarea terapeutică a unor astfel de cazuri este dificilă, răspunsul la psihoterapiile obișnuite fiind minim sau nul. Ea ar avea ca scop reducerea comportamentelor de respingere pe care personalitatea nonconformistă le generează prin atitu-

dinea sa în mediul social. Un succes mai mare se pare că îl au terapiile derivate din teoria învățării sociale.

344. **NONESTON^(M)** Grecia — DC! *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N - 1(1-etil-2 - pirolidinil)metil-5 - sulfamoil-0-anisamidă, cu certe valențe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile NL



incisive (endogenii), fiind în același timp util în combaterea impulsurilor obsesiv-compulsive și în medicina psihosomatică. Efectele secundare sînt comune cu cele ale NL incisive pentru dozele mari. Se poate utiliza fără a necesita o pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

345. **NONMORBIDE^(H)** halucinații (cf. lat. *non*- prefix negativ; *morbidus* „nesănătos”) ● Fenomene de tip halucinator, descrise de SARBIN, JUHASZ, LA BARRE, KROLL, BACHRAH, constînd în percepții vizuale și/sau auditive care apar în afara oricăror circumstanțe patologice. În această categorie intră trăirile halucinatorii induse în timpul unor ritualuri religioase (transă, posesiune isterică, viziuni), care, după ASAAD și SHAPIRO (1986), corespund unor stări disociative. EGDELL și KOLVEN (1972) postulează apartenența „companionului imaginat” la acest tip de halucinații, iar BALK (1983) și FRANZ (1984) le descriu în reacțiile de doliu. Alte circumstanțe în care pot surveni sînt deprivarea senzorială din izolarea îndelungată, deprivarea de somn, oboseala și situațiile limită. În această categorie intră și așa-numitele halucinații hipnagogice, hipnapompice și halucinațiile hipnotice. Acest termen acoperă în mare măsură cadrul conceptual al termenului mai vechi de halucinații fiziologice.

346. **NONNE-APPELT^(T)** reacție ● Reacție care permite evidențierea globulinelor în lichidul cefalorahidian avînd la bază principiul precipitării în mod electiv a globulinelor de către unele săruri neutre. Se utilizează ca sare neutră sulfatul de amoniu în soluție; la limita de separație între cele două lichide, se observă apariția unei opalescențe care poate evolua pînă la tulbu-

rarea lichidului. Pozitivarea indică prezența unui proces inflamator la nivelul meningelui.

347. **NONNE Marc** (1861—1939) ● Neurolog german; și-a desfășurat activitatea ca profesor la Universitatea din Hamburg. A fost preocupat de patologia organică a sistemului nervos central, în special de neuroules și mieloza funiculară. Numele îi rămîne legat, alături de cel al lui APPELT, de reacția de precipitare pentru evidențierea globulinelor în LCR (1907). În 1924 a publicat monografia „Sifilisul și sistemul nervos”.

348. **NONSOMNIE** (cf. lat. *non*-; *somnus* „sommn”) ● Cazuri „rarissime” (L. POPOVICIU) în care se înregistrează în mod cvasifiziologic o nevoie foarte redusă de somn (EDISON, NAPOLEON sînt cazuri celebre în acest sens). Fără să implice o carență propriu-zisă de somn, acest termen nu poate fi asimilat cu cel de insomnie.

349. **NOOANALEPTICE** (cf. gr. *noos* „inteligentă”; *analeptikos* „care reface forțele”) ● Grupă de substanțe cu acțiune stimulentă asupra sistemului nervos central, clasificate de DELAY și DENIKER în grupa psihoanalepticelor. Efectul lor constă în stimularea stării de vigilență, diminuarea senzației de oboseală, ameliorarea capacității de învățare, creșterea a performanțelor intelectuale. Pot fi utilizate, numai cu indicații medicale stricte, pentru combaterea inhibiției centrilor neurovegetativi, determinată de cauze infecțioase, circulatorii, toxice, de medicație depresoare. Utilizarea lor excesivă, în afara recomandărilor medicale, poate conduce la veritabile toxicomanii — ANALEPTICE.

350. **NOONAN^(e)** sindrom — sin. FENOTIP TURNERIAN LA BĂRBAȚI (HELLER, FERRIER); NOONAN-SUMMITT^(s) sindrom; PSEUDO-TURNER^(e) sindrom; PTERIGIUM COLLI LA BĂRBAȚI^(e) sindrom (GUSTAVSON); TESTICULAR GERMINAL DISGENESIS (FRACCARO); TURNER — MASCULIN^(e) sindrom (TURNER-MALE) ● Sindrom cu determinism probabil poligenic (WILROY și SUMMITT, 1971), descris în anul 1962 de NOONAN și EHMKE.

Din punct de vedere clinic, se caracterizează prin nanism, dismorfie caracteristică (pterigium colli, gît scurt, frunte îngustă, strabism, blefaroptoză, hipertelorism, epicanthus, fante palpebrale antimongoloide, urechi malformate, boltă palatină ogivală, gură triunghiulară, retrognatism, torace lat cu mameloane depărtate, cubitus valgus); deficit psihic accentuat (QI sub 50); disgenezie gonadică (la pubertate, penis și testicule mici, criptorhidie, libidou redus, sterilitate); dermatoglife caracteristice (plica simiană, triradius); malformații cardiace și ale fanerelor.

Evoluția și prognosticul sînt marcate de dezvoltarea încetinită și senilitatea precoce. Tratamen-

tul hormonal nu a dat pînă în prezent rezultate concludente.

351. **NOONEVROZĂ** (cf. gr. *noos* ; *neuron* „nerv”) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **NEVROZĂ NOOGENĂ**.

352. **NOOSFERĂ** (cf. gr. *noos* ; lat. *sphaera*) ● Termen utilizat de Teilhard de CHARDIN pentru a desemna sfera gîndirii umane, distinctă față de biosferă, peste care se suprapune în urma saltului ontic de la natură la cultură. În sens larg, reprezintă totalitatea produselor inteligenței umane, domeniul valorilor spirituale.

353. **NOOTROPIL**^(M), **NOOTRO>**^(M), RFG, DCI *Piracetam* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **PYRAMEM**^(M) Bulgaria.

354. **NORADRENALINĂ (NA)** ● Neuromediator detectat de Von EULER (1948) în sistemul nervos vegetativ și de VOGT (1954) în sistemul nervos central. Se sintetizează la nivel neuronal, pornind de la tirozină, împreună cu adrenalina și dopamina, etapele sintezei catecolaminice puțin fiind interferate farmacologic la diferite nivele. Inactivarea are loc enzimatic în organele țintă, sub acțiunea catecol-O-metil-transferazei (COMT), și de asemenea în organe țintă și terminații nervoase, sub acțiunea monoaminoxidazei (MAO).

Producții de catabolism posibil a fi dozați în scopul analizei activității noradrenergice sînt : acidul vanilil-mandelic (VMA), pentru noradrenalină periferică, și metametoxi-parahidroxifenil-glicolul (MHPG), pentru noradrenalină centrală. Dozarea MHPG urinar exprimă, prin valorile obținute, nivelul activității noradrenergice centrale, dar aceste valori trebuie interpretate cu prudență, deoarece ele prezintă mari variații individuale în funcție de subiect, vîrstă etc. Membrana axonală poate recapta (re-uptake) noradrenalină, iar unele substanțe, cum sînt cocaina și antidepresivele triciclice (desipramina), inhibă acest mecanism de recaptare, sensibilizînd considerabil țesuturile-țintă la noradrenalină.

Neurotransmisia adrenergică se realizează atît la nivelul SNC cît și la nivelul sistemului nervos vegetativ. Astfel, NA se eliberează la capătul fibrelor postganglionare simpatice și din medulo-suprarenală, în aceasta din urmă în cantități mici. La nivelul SNC tehnicile de histofluorescență au evidențiat sisteme noradrenergice cu traseu ascendent și descendent. Studii farmacologice au permis elaborarea ipotezei situsurilor receptoare alfa și beta la nivel pre- și postsinaptic (\rightarrow ALFA- și BETA RECEPTORI).

Un număr de substanțe farmacologice își exercită acțiunea cu specificitate asupra sistemului noradrenergic, prin intermediul receptorilor sau prin alte mecanisme. Ele pot fi utilizate ca reactivi farmacologici sau ca agenți terapeutici. Au fost

precizate categoriile de substanțe care acționează ca agonisti și antagonisti de alfareceptori, precum și agonistii și antagonistii de betareceptori. Printre agenții terapeutici curent folosiți, antidepresivele triciclice au acțiune puternic noradrenergică. Mecanismul de acțiune al noradrenalinei presupune — cel puțin la nivelul receptorilor beta — intervenția sistemului adenilciclază — AMP ciclic, iar în ceea ce privește receptorii alfa, se presupune intervenția mediatorului asupra permeabilității membranare pentru unii ioni.

Efectele periferice esențiale ale stimulării sistemului nervos simpatic, al cărui mediator este NA, sînt : midriază (dilatare pupilară) și acomodare pentru distanță ; secreție salivară viscoasă, cu o cantitate mare de mucină ; tahicardie și coronarodilatație ; inhibarea peristaltismului intestinal ; vasodilatație renală ; ejacularea, orgasm, secreție de catecolamine din medulo-suprarenală.

Implicarea NA în practica psihiatrică este justificată (POROT) de următoarele argumente :

● Intervenția NA în reglarea timiei. În acest sens, sînt de remarcat datele care pledează pentru ipoteza unei hipocativități noradrenergice ce în explicarea stărilor depresive. Astfel, reserpina, substanță care reduce concentrația NA cerebrale prin producerea unei depleții de NA, poate determina apariția unor stări depresive. Reserpina produce și depleție de 5-hidroxitriptamină, histamină și dopamină, ceea ce ar putea, de asemenea, explica efectul ei și al altor substanțe antihipertensive (cum este clonidina) asupra apariției depresiei. Pe de altă parte, aminele simpatomimetice indirecte, cum este amfetamina, produc eliberare de NA centrală, avînd prin aceasta efect excitant. Cercetările au demonstrat că administrarea venoasă de NA produce desincronizarea EEG, ceea ce ar putea sugera că NA poate fi un activator al substanței reticulate, cu un rol considerabil în reacția de trezire. De fapt, modificările EEG produse de NA sînt secundare hipertensiunii arteriale pe care o induce după injectarea intravenoasă. Doze mari de NA, introduse experimental în ventriculul lateral, produc sedare și analgezie, efecte similare clonidinei, și un traseu EEG cu unde lente și voltaj ridicat, datorită posibilității de a traversa bariera hematoencefalică. MAO și antidepresivele triciclice cresc activitatea noradrenergică, precum și a altor monoamine cerebrale, ceea ce constituie un alt argument în favoarea ipotezei de mai sus. O parte din pacienții depresivi prezintă, de asemenea, un nivel mult redus de MHPG urinar, substanță ce poate fi considerată ca indicator de eficacitate a antidepresivelor.

● Intervenția NA în apariția anxietății. Hiperactivitatea noradrenergică se manifestă somatic prin angosă, iar existența manifestărilor somatice influențează puternic psihismul, fiind una din

cauzele principale ale apariției anxietății. Din acest motiv, betablocantele au fost propuse ca unui din tratamentele utile ale manifestărilor somatice ale anxietății.

● NA și schizofrenia. Nu există încă argumente directe care să sugereze o dereglare a activității noradrenergice în schizofrenie. De asemenea, nu au fost obținute rezultate clinice concludente în tratamentul schizofreniei cu doze mari de betablocante, cu atât mai mult cu cât la aceste doze, betablocantele își pierd specificitatea. Depistarea în urina unor schizofrenici paranoizi a unor cantități mari de feniletilamină, substanță cu efecte comportamentale apropiate de cele produse de amfetamine, ar putea totuși să reprezinte un punct de plecare pentru cercetări viitoare.

● NA și somnul. S-a constatat că distrugerea neuronilor noradrenergici din locus cerivus suprimă somnul paradoxal, ceea ce a dus la presupunerea că NA ar declanșa acest tip de somn. Distrugerea substanței reticulate mezencefalice și, implicit, a neuronilor noradrenergici pe care ea îi conține, antrenează accentuarea somnului lent; o hipersomnie considerabilă a fost produsă prin lezarea fascicului noradrenergic central.

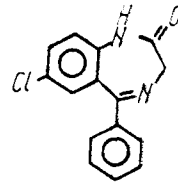
● Dată fiind distribuția anatomică a fasciculelor adrenergice și corelațiile lor anatomice, se pot elabora ipoteze asupra rolului sistemului adrenergic la nivel central. Astfel, corelațiile hipotalamice pot întări ipoteza intervenției NA în comportamentul emoțional, iar legăturile cu cortexul cerebral explică intervenția ei în reacția de „alarmă”. Influențele emoționale pot avea răsunet și asupra tonusului muscular, în stări de anxietate, tensiune, prin corelațiile cu motoneuronii coarnerilor anterioare medulare.

355. **NORCAMPHANE^(M)** SUA — DCI *Fencamfamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 3-fenil-N-etil-2-norbomanamină, indicat în scăderea randamentului util și a „elanului vital” la vârstnici și în convalescență, epuizare fizică și psihică. Fiind o amină simpaticomimetică, impune atenție la apariția fenomenelor de dependență și sevraj → PSIHOSTIMULENTE.

356. **NORCOZINE^(M)** Japonia — DCI *Ciorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitice. Potentează acțiunea anesteziei, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îi produce sub numele de CLOFDELAZIN^(M).

357. **NORDAZEPAM^(DCI)** ● Derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-anxioli-

tică, indicat în distonii neurovegetative, afecțiuni psihosomatice, cu o bună toleranță și o singură



contraindicație — miastenia. {Constituie principiul activ al următoarelor produse farmaceutice :

DEMADAR ^(M)	Portugalia
DEMADAR FORTE ^(M)	Argentina
DEMADAR NOITE ^(M)	Portugalia
LOMAX ^(M)	Grecia
MADAR ^(M)	Italia
SOPAX ^(M)	Portugalia
STILNY ^(M)	Belgia
VEGESAN ^(M)	Elveția

358. **NORESTRAN^(M)** Grecia — DCI *Sulpiridă* ^{sin.}

● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic → NONESTON^(M) Grecia.

359. **NORFEN^(MC)** Turcia ● Produs terapeutic conținând două medicamente tipizate, cu acțiune diferită, care se completează :

- NORTRIPTILINA^(M) — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic;
- PERFENAZINA^(M) — neuroleptic, derivat fenotiazinic.

Are acțiune sedativ-antidepresivă.

360. **NORFENAZIN^(MC)** Spania ^{sin.} → NORFEN^(MC) Turcia.

361. **NORFLEX^(M)** Anglia, Belgia, Elveția, RFG, SUA — DCI *Orfenadrină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetanic de tip N, N-dimetil-2-(0-metil- α -fenilbenziloxi)etilamină, cu evidentă acțiune miorelaxantă și unele valențe antidepresive (intensitate mică), utilizat în special în combaterea unor efecte secundare ale NL. Buna sa toleranță îi conferă o utilizare fără restricții.

362. **NORITREN^(M)** Italia, Suedia — DCI *Nortriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptadienic de tip 10,11-dihidro-N-metil-5H-dibenzo[*a*,*d*]cicloheptan- Δ^5 - γ -propiamină, cu acțiune mai rapidă decât a amitriptilinei, dar cu efecte sedative mai modeste. Nu se administrează concomitent cu IMAC.

363. **NORKOTRAL^(MC)** RFG ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, a căror acțiune se completează. Este compus din :

- PENTOBARBITAL^(M) — derivat barbituric;

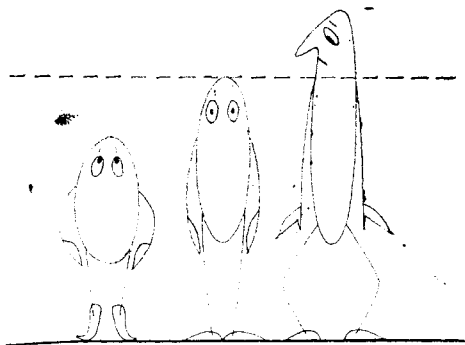
- PROMAZINA^(M) — neuroleptic, derivat fenotiazinic.

Are acțiune sedativ-hipnotică marcată.

364. **NORMĂ** (cf. lat. *norma* „regulă”) ● Principiu, regulă cu caracter obligatoriu, impusă prin lege, uz sau consens. M. GOLU definește norma ca standard statistic de comparație, dat de media sau valoarea modală a variabilei ai cărei itemi au fost comparați. Norma socială reprezintă media opiniilor, atitudinilor, percepțiilor asupra actelor sau fenomenelor la care se raportează variațiile psihoindividuale, reprezentând o regulă de conduită recunoscută și acceptată de fiecare individ și de grupul de indivizi umani. Prin normele sociale sînt stabilite modele de percepere, gîndire, sentimente, acțiune, care orientează/reglează conduitele, dîndu-le regularitate și stabilitate. Prin norme sociale se specifică ce anume este și nu este permis membrilor unui grup să facă într-o situație dată; norma se referă deci mai mult la acțiune, emoțiile nefiind supuse în mod strict normelor; norma presupune și faptul că abaterea de la standardul comportamental va fi sancționată. Norma este un sistem formal avînd drept conținut un sistem de valori prin care grupul controlează manifestările individuale, imprimîndu-le unitate și convergență. Anne ANGELIN-SCHULZENBERGER (specialistă în dinamica și formarea grupurilor, în psihodramă) înțelege prin normă un model sau o regulă care funcționează reglator într-un grup; indiferent de faptul că este vorba de un „T-group”, de un grup de psihoterapie sau de psihodramă, el are norme explicite și implicite, conștiente sau inconștiente. Persoanele normative au tendința să judece pe ceilalți în funcție de categoriile morale de bine și rău, să clasifice. Unul din scopurile „T-group”-ului și ale grupului de analiză este să îi învețe pe indivizi să renunțe la atitudinea strict normativă, să evalueze situația și implicațiile ei, influențele situației asupra persoanelor diferit angajate în situații. Normele psihodramatice sînt reguli obișnuite ale unui grup de psihoterapie, ale unui grup de analize, de psihodramă sau de formare profesională („T-group”).

Din punct de vedere etic, normativitatea elaborată trebuie să regleze acțiunile umane concordant cu idealurile unei societăți date; norma este coercitivă, dar reprezintă forma pe care o îmbracă valoarea cînd se instituționalizează. Raportul dintre normă și valoare este raportul dintre formal și informal. Norma devine represivă. Norma trebuie să exprime concordanța între sensul autentic al fenomenului moral și modalitățile sale de obiectivare. La nivel individual, norma se formează odată cu apariția instanței Eului, instanță subordonată principiului realității, care adaptează personalitatea la mediu, o armonizează cu exigențele exterioare și cu obligațiile colective. De-

gajată de Eu în mod inconștient, strîns legată de autoritățile parentale, reprezentînd o modificare a Eului prin interiorizarea forțelor represive, norma este instanța denumită de FREUD Supraeu; ea se constituie în copilărie și constă în imperative morale (în conflict cu Eu), care sancționează negativ, prin culpabilitate. Supraeu nu este o instanță morală conștientă, ci reprezintă mai mult o modulare a Eului sub presiunea parentală și socială (R. BASTIDE, citat de J. P. CHAERRIER,



compară tezele lui FREUD cu cele ale lui DURKHEIM, apropiînd cenzura socială — FREUD exercitată prin intermediul Supraeului, de constrîngerea socială — DURKHEIM: manifestarea conștiinței este de fapt manifestarea societății în noi). O educație cu normative constant-represive (și nu doar reglatorii) duce la formarea unui Supraeu puternic, asemenea unui tribunal inflexibil, care constrînge și condamnă persoana în numele unor exigențe indefinite, reprezentînd, de fapt, prelungirea influențelor parentale, acestea fiind, în mare măsură, expresia influențelor sociale. În măsura în care educația este coercitivă și nu comprehensivă, se creează o distanță între motivațiile individuale autentice și exigențele sociale (forțele de constrîngere), astfel încît persoana trăiește o falsă existență (mistificată), conformîndu-se dresajului social, sau o existență conflictuală, aflîndu-se într-o permanentă suferință. ADLER consideră factorii caracteriali și sociali ca determinanți în geneza nevrozelor; el admite că societatea modernă, prin normele ei, susține și impune cultul competiției, inductor de inferioritate (individul se vede împins să acționeze dincolo de capacitățile sale, ceea ce îl determină să se refugieze într-o reverie compensatorie — iluzii, conduite imaginative); în cazul în care forța compensatorie depășește sentimentul inferiorității, individul manifestă voință de putere, de dominare, de depășire a nivelului mediu, ceea ce ar reveni la mecanismul și efectele sublimării (la spiritele superioare: scriitori, pictori) sau ar determina

comportamente brutale, despotice, răzbunătoare (la spiritele inferioare).

Indiferent de accepțiunile date termenului, reiese că norma, reprezentând o valoare instituționalizată (socială, economică, morală, juridică etc.), are funcție reglatorie în domeniul unde se exercită și că eficiența acestei funcții depinde de măsura în care instituția corespunde valorilor care o fundamentează.

365. NORMABRAÏN^(M) RFG — DCI *Piracetam* ● Nootrop cu acțiune asupra telencefalului, derivat de GABA. Produsul ameliorează procesele biochimice cerebrale care stau la baza activității cognitive și mărește rezistența neuronilor cerebrali față de diferite agresiuni (toxice, traumatice). Nivelul acționării se pare că ar fi telencefalul, unde produsul crește viteza de formare a acidului dezoxiribonucleic și stimulează procesele metabolice cerebrale. Pe plan funcțional, facilitează transferul intra- și interemisferic și întărește controlul cortexului asupra structurilor subcorticale. Indicațiile medicamentului sînt reprezentate de afecțiunile psihice secundare unui proces organic: sindrom de involuție, tulburări circulatorii cerebrale, etilism cronic și diferite toxicomanii, sindrom post-traumatic, tulburări de comportament la copii, întârziere psihică. Medicamentul nu are acțiune stimulantă sau sedativă centrală, nu influențează sistemul nervos vegetativ, este lipsit de toxicitate și nu are contraindicații. Sînt posibile efecte secundare de tip: excitație sexuală, agresivitate (în special în demențe).

366. NORMADRINE^(M) SUA — 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.

367. NORMAL, NORMALITATE (cf. lat. *norma* „regulă”) ● Concept greu de definit în psihiatrie, mai mult decît în alte domenii de studiu ale medicinei, prin extrem de dificilă posibilitate de cuantificare a psihismului uman și prin definirea psihiatriei ca o specialitate diacritică (H. EY) prin excelență, operînd continuu cu antipozii axei normalpatologic. Acceptăm că normalitatea poate fi în general exprimată de o stare sau desfășurare firească (naturală) a obiectelor, fenomenelor, proceselor etc. sau concordantă cu intențiile raționale ale făuritorului (în cazul obiectelor, proceselor, fenomenelor etc., create sau provocate de om). Sensul denotativ implică delimitarea de anormalitate, de devianță, de boală, de rău, de nefiresc, dar diferitele științe (sociologia, medicina, în general și psihiatria, psihologia, în special), ca și uzul curent îi conferă multiple implicații concrete, dizolvîndu-i limitele de noțiune abstracte. Dacă pentru A. COMTE, anormalitatea repre-

zenta variații superioare și inferioare ale normalității, aceasta din urmă se leagă de problematica libertății umane pentru H. EY și definește în sens filosofic „ceva care este cum trebuie să fie”, constituind un „sinonim atenuat” al lui „bun” și „just” (HAYNAL).

Dacă pentru medicină, în general, noțiunea de normal-normalitate cuprinde mai multe sensuri conotative (dintre care cele mai largi sînt normalitatea somatică și psihică în sensul conferit de nivelele de structurare sistemică ale organismului) pentru psihiatrie, conceptul reprezintă un teren nisipos, în permanență mișcare, pe care construirea unui „castel” ridică serioase semne de întrebare în privința rezistenței sale în timp, confrun-tîndu-se în permanență cu variabilitatea (concept biologic fundamental al naturii umane) practic infinită a formelor individuale ale psihismului, a tipologiilor și variantelor normalului și a formelor de tranziție spre marginal. Inversînd la modul pesimist perspectiva medicală care a încercat, încă din vremurile hipocratice să readucă bolnavul înspre sănătate, deci spre normalitate, unii autori au dorit să acrediteze ideea centrării psihiatriei pe anormalitate. Neputîndu-ne ralia acestei concepții, trebuie să observăm că normalitatea pare o limită numai dacă o privim dinspre extremitatea bolii, definirea ei comportînd lărgirea granițelor și deci mărirea teritoriului, dacă o abordăm dintr-un punct de vedere nedeformat, nerăsturnat. Este ca și cum un om, care nu și-a văzut niciodată imaginea într-o oglindă normală, ci numai într-un labirint al oglinzilor strîmbe, este pus să judece imaginea celorlalți semenii ai săi și să le aprecieze gradul de deformare. În acest fel, ideea de-a porni de la simptomele bolii psihice către normalitate devine caducă, neputîndu-se situa pe poziția unei hermeneutici a psihopatologicului pentru descoperirea normalului. Un caz extrem este al celor care, necăutînd nici măcar normalul în patologie, nu-l caută de loc, lăsîndu-l în sarcina altora sau eludîndu-l pur și simplu, sugerînd că patologicul generează „ex nihilo”. Această atitudine conduce implicit la situația în care diferențierea dintre starea de boală (ca stare de rău, dezechilibru și disconfort pe plan fizic și psihic) și cea de sănătate (de bine), să se facă sub semnul liberului arbitru al celui care examinează, fiind amenințată de o periculoasă subiectivitate.

Dinamica raportului sănătate-boală nu poate fi înțeleasă fără a lua în considerare noțiunea de proces patologic. Acesta implică tulburarea unității forțelor din organism (integritatea) și a organismului cu mediul (integrarea), proiectînd starea de boală în condiție de formă de existență a materiei vii. Desigur, între normal și patologic există o formă de trecere în care pot apărea fenomene de tip deviant față de primul, fără să exprime esența celui de al doilea, aceste fenomene putînd

evolua în ambele sensuri. Astfel, abordarea patologiei marginale numai spre polul patologicului și nu dinspre cel al normalului ar putea crea falsa senzație că fenomenul patologic este un continuum de gravitate și că ameliorarea se face dintr-un patologic într-un mai puțin patologic și nicidecum într-un mai puțin normal. Ca sistem hiperintegrat (în viziunea biociberneticii), ființa umană își păstrează un anumit nivel de reglare a parametrilor prin mecanisme de feedback și feed-before, care determină ca starea fiecărui element să depindă de starea tuturor celorlalte elemente. În aceste condiții, în relația dintre normalitate și boală psihică, pe lângă numeroasele norme obiective fără de care nu ar fi posibilă existența sistemului biologic, mai intervine și o serie întregă de norme convenționale; astfel, mecanismele de reglare trebuie să controleze activitatea sistemului nu numai în funcție de particularitățile sale biologice, ci și în funcție de normele sociale și culturale ale colectivității în care trăiește individul. Devine evident că analiza normalității psihice, a psihismului văzut ca un „multiplex”, implică nu numai corelații biologice, ci și sociale, culturale, epistemologice și dinamice.

Tentativa de stabilire a unor criterii sau calități ale individului normal este compromisă încă din start, prin faptul că un normal ideal ar fi extrem de atrăgător, dar ar putea lua numai forma unei statui, fixe și imuabile, a unui idol, contrazicând conceptual dinamismul acceptat al normalității. Desigur, de-a lungul unei epoci sau al alteia, uneori al unor intervale mai scurte de timp criteriul axiologic nu a putut fi operant, normalul ideal devenind astfel extrem de variabil. „Etichetele nu sînt bune pentru că nu caracterizează decât parțial individul; pe de altă parte nu tot ce poartă același nume este, psihologic vorbind, același lucru”, spunea K. SCHNEIDER. Pe de altă parte, asocierea scriitorilor de anonime cu uci-gașii de copii în aceeași categorie a anormalilor de către KRAEPELIN, este astăzi numai parțial valabilă, numai ultimii păstrînd eticheta de anormali.

Pentru psihiatrie, anormalitatea nu reprezintă astfel doar o variație, o „îndepărtare” pur cantitativă de normalitate ca medie statistică; un individ nu poate fi categorisit ca bolnav psihic numai pentru că își apără cu vehemență ideile proprii este exaltat în convingerile sale, genia în creativitatea sa, răufăcător prin comportamentul său delictual sau prin perversiunile sale (H. EY). Aceste comportamente pot aparține, în egală măsură și unui om bolnav și unei variații comportamentale mai mult sau mai puțin întîmplătoare în existența individului. În acest sens, antropologia și psihiatria transculturală au evidențiat, pe bună dreptate, gradul destul de complezent, dacă nu și paradoxal, uneori (de exemplu, culcarea tradi-

țională de doliu — albul la orientali și negrul, la occidentali) de delimitare a valorilor considerate normale, în raport de semnificația unor fapte, a unor credințe. Acest standard al normalității se edifică prin interferențele complexe ale etosului determinat istoric cu exigențele sociale ale momentului, după dialectica unei finalități care nu se desăvîrșește decît în limitele aleatorului. Faptul că normalul ideal ridică mari dificultăți în aprecierea valorii sale, este însă la fel de prezent în cadrul analizei normalului statistic, în care apărarea față de infiltrarea judecăților de valoare devine imposibilă. Normalul valoric implică o măsurare procustiană în care se implică și valorile personale ale fiecăruia. Acceptarea normalității ca fenomen natural (ceea ce pare la fel de simplu de admis ca și în cazul opus al bolii), aduce în judecarea conceptului noi și importante premise privind atît funcționalitatea, cît și metodologia. Atîta vreme cît întreaga medicină operează, în mod logic și lucrativ, cu noțiunea normalului mediu, nu vedem nici un impediment în acceptarea ei ca valabilă și în cazul bolii — respectiv, a normalității psihice, subliniind calitatea sa, cel puțin, de diminuare a factorilor subiectivi în apreciere, a „judecăților de valoare”. Orice fenomen natural se dispune conform curbei lui GAUSS: $f(x) = c \times e^{-h^2(n-a)^2}$, în care posibilitatea unei valori anumite pentru o variabilă aleatorie este practic egală cu zero. Distribuția gaussiană ni se pare acceptabilă în aprecierea normalității psihice, cel puțin din următoarele motive: variabilele sînt aleatorii (nimeni nu-și poate alege „nașterea”); numărul variabilelor este practic infinit (cinci miliarde); probabilitatea unei singure valori e nulă (modelul individual este pulverizat); din noțiunile anterioare probabilitatea ca două variabile să ia valori identice este nulă.

Norma responsivă (GROTE) sau funcțională (HOLLINGWORTH) reflectă modul în care o anumită structură biologică, respectiv omul, corespunde sau nu necesităților funcționale homeostazice (și nu dacă este sau nu normală din punct de vedere statistic) în economia sistemului supraiacent din care face parte. Ținînd seama de determinismul mult mai complex al persoanei, acest raționament poate fi extrapolat pentru ca norma responsivă să înglobeze norma statistică, referindu-se la capacitatea adaptativă a individului în contextul socio-cultural respectiv. Se poate ajunge astfel, la o definire sistemică a normei funcționale, deziderat al „multiplexelor întrebări nerezolvate” legate de normalitate, de care depinde modelul conceptual al funcționării organismului și de teleonomia atribuită lui (HAYNAL). Din păcate, această normă responsivă este fixistă și deterministă, trimițînd la un model regresiv al bolii psihice, reprezentînd fie o disoluție a unor funcții ierarhizate (SHERINGTON, JACKSON, EY).

fie regresivă în sens freudian sau „defectul de comunicare” (PAMFIL, OGODESCU). Norma funcțională oricât ar părea de convenabilă, nu poate însă din păcate răspunde la întrebarea : care este rolul funcțional pentru care o persoană există ? Ba mai mult, în sistemele supraiacente din care individul face parte, în câte trebuie să fie eficient, pentru a fi considerat normal ?

Presupunând „coexistența echilibrată a identității vii și a metamorfozei persoanei”, norma funcțională se sustrage de la definirea validă din punct de vedere practic, permițând doar elaborarea unor cadre nosologice precise utile în domeniul acțiunii practice a psihiatrilor.

Neputând ignora, după cum observă și K. KOLLE, că la majoritatea oamenilor există o dorință mai mult sau mai puțin conștientă de a se conforma unui standard al normalului, mai mult sau mai puțin vizibil sau exprimabil, dependent până la un punct de „modă”, trebuie să admitem că aceasta ține probabil de aspirația intimă a fiecăruia spre un prototip al perfecțiunii, ca și de anumite proiecții inconștiente ale „evaluării” personalității altuia, în care o autoimplicare narcisică nu poate fi totdeauna exclusă. Raportarea la tipul normo-ideal către care se tinde, depinde de „Weltanschauung-ul fiecăruia” (HILDEBRANDT), parametru subiectiv al normalității prin care se produce delimitarea de sine.

Noțiunea generică de normă se substituie celei de normativitate, în concepția lui H. EY, constituind suma condițiilor care asigură libertatea unui individ de a exista în normalitate, dar neputând fi cuantificată, prin absența unei limite superioare și prezența numai a celei inferioare. Statistic, normalitatea s-ar putea exprima prin I.Q. (intelligence quotient), căci condiția individuală cea mai generală a libertății de-a fi normal, este prezumția unei inteligențe acceptabile. Normativitatea ar reprezenta, în viziunea autorului, analiza clinică pe care o efectuează psihiatrul.

KRAFFT concepe normalitatea ca pe o adaptare flexibilă a individului la situațiile conflictuale cărora trebuie să le facă față, cu toate frustrările pe care i le provoacă întreaga anxietate pe care o antrenează.

KLINEDERG consideră că numai dezvoltarea optimă fizică, intelectuală și emoțională pot să concure la dobândirea atributului de normal unei personalități care dorește să se asemene cu ceilalți indivizi.

PAMFIL și OGODESCU văd normalitatea ca un echilibru între organism și mediu, înscriindu-se în sfera fenomenelor naturale, într-un raport dialectic continuu cu anormalitatea, alcătuind un joc al probabilității distribuit gaussian, în care normalul se grupează după criteriul statistic al frecvenței maxime, spre baza curbei lui GAUSS. Majoritatea autorilor moderni conferă concep-

tului de normalitate dimensiuni comunitare, măsurabile prin intermediul nivelului de adaptare social-comunitară, în funcție de nivelul economico-social și cultural. MEAD, LINTON și HALLOWELL au evidențiat prin studiile lor, gradul de dependență al conceptului normal-normalitate de caracteristicile transculturale. Pentru psihiatrie, normalitatea ridică importante aspecte epistemologice (legate de delimitările nosografice a căror punere în discuție de către antipsihiatrie a reactualizat problema normalității, îndeosebi, în domeniul patologiei marginale), precum și una pragmatică, derivată din prima (evitarea psihiatrizării și anihilarea tendințelor antipsihiatrice în sfera acțiunii clinice a psihiatrilor — ANGHELUȚĂ, NICA-UDANGIU ; estimarea corectă a terapilor biologice și psihoterapiilor, aprecierea capacității de muncă și a gradelor de invaliditate prin boala psihică — G. IONESCU).

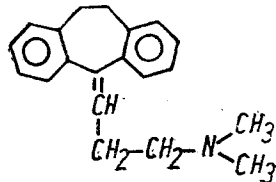
D. LAGACHE asimilează conceptul de normalitate cu cel de sănătate mintală și, sintetizând datele lui HARTMAN și MURRAY, izolează următoarele caracteristici principale ale acesteia : capacitatea de a produce, de a tolera tensiuni suficient de mari și de a le reduce într-o formă satisfăcătoare pentru individ ; capacitatea de a organiza un plan de viață care să permită satisfacerea periodică și armonioasă a majorității nevoilor și progresul către scopurile cele mai îndepărtate ; capacitatea de adaptare a propriilor aspirații la grup ; capacitatea de a-și adapta conduita la diferite moduri de relații cu ceilalți indivizi ; capacitatea de identificare atât cu forțele conservatoare, cât și cu cele creatoare ale societății. E. FROMM leagă conceptul realizării individului de moduri în care restul indivizilor sînt în stare de aceasta, conform permanentelor schimbări care se produc în sînul comunității, în direcția progresului. Am sublinia că această permanentă căutare a individului trebuie corelată continuu cu însăși dezvoltarea comunității căreia îi aparține și în funcție de particularitățile etapei pe care o parcurge. Nu trebuie omisă corelația cu etapele de vîrstă ale subiectului : copilărie, adolescență, adult, vîrstnic — fiecare etapă a dezvoltării subiectului putînd conferi o poziție diferită a acestuia față de unul și același eveniment. Vastă sinteză, rezultantă complexă a unei mulțimi de parametri ai vieții biologice și sociale, normalitatea este condiționată de istoria echilibrată a organismului, determinată de integrarea intrinsecă ierarhizată a acestuia (JACKSON) precum și de una extrinsecă (adaptativă). Astfel, existența diacronică a individului trebuie concepută ca o succesiune de stări integrate (adaptate) cu altele mai puțin integrate, în cadrul unei anumite plasticități adaptative în care mediul și persoana interacționează, funcția integrativă perfect realizată la un moment dat și într-un anumit context, constituind doar un moment posibil al

normalității. Ne apare astfel că normalitatea poate fi mai bine definită în dinamică, în sensul adaptării armonice a individului în fiecare moment al existenței sale, în funcție de mediul său și istoria sa și a colectivității sale, ca o rezultat a calității raportului personalitate-mediul și nu ca o absență a bolii sau a posibilității de „plutare” într-un câmp de forțe contradictorii. Dimensiunile normalității sînt conferite de totalitatea proceselor de adaptare la mediu conform modelului general al speciei, conceptele reproductive și competiționale fiind resimțite ca optime de majoritatea oamenilor pentru că ele reprezintă succesul evolutiv al speciei și sînt determinate genetic (BARASH, LIPTON, 1985). Un individ va încerca astfel cea mai bună adaptare la situația sa particulară în condițiile în care el posedă un genotip unic și o experiență unică de viață pe care le va valorifica în concordanță cu normativele lumii în care trăiește. În această viziune, normalitatea ne poate apare și ca o sumă de ritmuri (biochimice, fiziologice, afective, relaționale, motivaționale) adaptate armonios solicitărilor din mediu și conform modelului speciei. Nedorind să oferim construirea unui model al conceptului de normalitate, ni se pare totuși operant de la postula existența sa ca pe un dat al realității umane sau, mai corect spus, ca o dominantă a acestuia; deși din păcate, sîntem încă departe de a ști ceva despre „normalitatea” unei fațete importante a psihismului — inconștientul (în acest sens ne întrebăm : cum trebuie să fie visul normal?), afirmăm că normalitatea adică sănătatea mintală, în ceea ce ne interesează, nu poate fi abordată decît din punctul de vedere al unei judecări și viziuni realist-logice asupra lumii, dublate de disciplina muncii bazate pe autocontrolul volițional, concordant cu normele sociale, pe fundalul bucuriei de a trăi.

Psihiatria este chemată, alături de psihologie, psiholingvistică, antropologie, sociologie, să evalueze normalitatea, în ciuda dificultăților concepute enumerate și a multitudinii sensurilor sale. În limitele unei subiectivități (greu de evitat) evaluarea clinică a normalității ar trebui să aprecieze după KAVENAR și WALKER (1983), dacă un individ are un comportament socialmente funcțional adecvat sau, dacă acest comportament necesită intervenția terapeutică.

Extrema complexitate a zonelor de demarcație între normal și patologic, țesătura labirintică impresionantă prin numărul culoarelor și finețea împletirii de la nivelul interferențelor celor două domenii, reprezintă o neliniștită dilemă de decizie pentru psihiatru. Înarmat cu ghemul Ariadnei, ale cărui desfășurări prin nebulosul labirint al psihismului nu trebuie să urmeze calea nici unei standardizări, el va încerca să găsească o rază de lumină care să reprezinte un posibil capăt de drum.

368. **NORMALIN^(M)** Japonia — DCI **Amitriplină** ● Antidepressiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10, 11-dihidro-N, N-dimetil-5H-dibenzo[*a*,*d*]cicloheptenă- $\Delta^{5,7}$ -propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică.



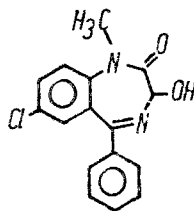
Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **AMITRIPTILINĂ^(M)**.

369. **NORMALIN P^(M)** Japonia — DCI **Trifluoperazină** ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat de tip 10-13-(4-metil-1-piperazinil)propil-2-(trifluorometil)fenotiazină, cu acțiune antipsihotică marcată și sedativă relativ redusă, cu valențe anxiolitice și antiemetice; efectele antihistaminice, antispastice și adrenomitice sînt mai mult decît reduse. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **TRIFLUOPERAZIN^(M)**.

370. **NORMERGIE** (cf. lat. *norma* „regulă”; gr. *ergon* „lucru”) ● Capacitatea reacțională normală a organismului la acțiunea diversilor excitanți.

371. **NORMIDE^(M)** Spania — 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)**.

372. **NORMISON^(M)** Anglia, Olanda — DCI **Temazepam** ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1, 3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-



-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică. Nu se administrează în sarcină, alăptare, la copii și vîrstnici.

373. **NORMITEN^(M)** Israel — DCI **Atenolol** ● Betablocant de tip 2-*l*-2-hidroxi-3-(isopropilamino)propoxilfenilacetamidă, indicat în anxietatea cu și fără componentă somatică, în tulburări funcționale ale sistemului cardiocirculator, adjuvant în tratamentul sevrajului și în combaterea tremorului senil. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → **BETABLOCANTE**.

374. **NORMOC^(M)** RFG — 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 antidepresive. Necesită prudență în administrarea la vîrstnici și conducători auto.

375. **NORMOPSIHICE^(M)** halucinații (cf. lat. *norma* „regulă”; gr. *psyche* „suflet”) ● Termen contradictoriu, introdus de LHERMITTE pentru a descrie calitatea unor halucinații psihosenzoriale (în special vizuale) de a avea caracteristici apropiate/identice cu cele ale obiectelor realității. Are o uzanță restrînsă, fiind folosit cu precădere în neurologie și oftalmologie.

376. **NORMOTIN P^(MC)** RFG ● Produs terapeutic care conține mai multe medicamente tipizate, a căror acțiune se completează. Este compus din: **ETAMIVAN^(M)**, **NORFENEFRIN^(M)**, **HEPTAMINOL^(M)**. Are acțiune antihipotensoare. Este indicat în combaterea efectelor secundare ale neurolepticelor sedative și ale antidepresivelor. Nu se va administra în epilepsie, feocromocitom, tireotoxicoză, hipertensiune arterială.

377. **NORMOTIP** (cf. lat. *norma*; gr. *typos* „tip”) ● Tip structural normal, sănătos, echilibrat atît structural cît și funcțional.

378. **NORMUD^(M)** RFG, Elveția — DCI **Zimeldină** ● Antidepressiv timoleptic de tip (Z)-3-*l*-(*p*-bromfenil)-3-(dimetilamino)propenilpiridină, cu acțiune antidepressivă medie și valențe sedativ-anxiolitice. Pentru mulți autori este situat la limita dintre tranchilizanți și antidepresive.

379. **NORMUM^(M)** Italia — DCI **Sulpiridă** ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip *N*-1-(1-*etil*-2-pirolidinil)metil-5-sulfamoil-*o*-anisamidă, cu certe valențe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile NL incisive (endogenii), fiind util și în combaterea impulsurilor obsesiv-compulsive și în medicina psihosomatică. 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.

380. **NORODIN^(M)** SUA — 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.

381. **NOROFREN^(M)** Turcia — DCI **Pimozid** ● Neuroleptic incisiv, derivat difenilbutilpiperidinic de tip 1-*l*-1-*l*, 4-bis (*p*-florfenil)butil-4-piperidil-2-benzimidazolinonă, cu acțiune antipsihotică și anxiolitică, indicat în tratamentul de întreținere al psihozelor cronice, unde se va asocia cu un NL sedative, neavînd efecte sedative. Efectele secundare sînt modeste, iar apariția sindroamelor extrapiramidale este rară. Nu se administrează la gravide.

382. **NORPOLAKE^(M)** SUA; **NORPRAMIN^(M)** Turcia — DCI **Desipramină** ● Antidepressiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 10,11-dihidro-5-*l*-(metilamino)propil-5H-dibenz**b**, flazepină metabolit 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.

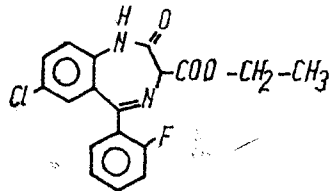
383. **NORRIE-WARBURG⁽⁹⁾** sindrom ● Afecțiune ereditară, cu transmitere recesivă, afectînd sexul masculin (femeile sînt doar purtătoare). Constă în asocierea pseudogliomului bilateral cu surditatea și oligofrenia.

384. **NORTAB^(M)** Australia — 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 administrează concomitent cu IMAO.

385. **NORTIMIL^(M)** Italia — DCI **Desipramină** ● Antidepressiv timoleptic, derivat dibenzazepinic $\xrightarrow{\text{sin}}$ **NORPOLAKE^(M)** SUA.

386. **NORTILEN^(M)** Austria, Belgia, Elveția, RFG ● Antidepressiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptadienic $\xrightarrow{\text{sin}}$ **NORTRIPTILINA^(M)** România.

387. **NORTRIPTILINA^(M)** România ● Antidepressiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptadienic de tip **NORTRIPTILINA^(DCI)**



10,11-dihidro-N-metil-5H-dibenzo(a,d)cicloheptan- $\Delta^{5,6}$ -propilamină, tricyclic dimetilat, cu efecte terapeutice mai prompte și cu acțiune mai rapidă decât a amitriptilinei, dar cu efecte sedative mai modeste. Produși farmaceutici similari:

ACETEXA ^(M)	RFG
ALLEGRON ^(M)	Anglia
ALTILEV ^(M)	Franța
ATEBEN ^(M)	Argentina
AVANTYL ^(M)	Mexic
AVENTYL ^(M)	Anglia
MARTIMIL ^(M)	Spania
NORITREN ^(M)	Italia
NORTAB ^(M)	Noua Zeelandă
NORTRILEN ^(M)	RFG
NORTRIPTYLIN ^(M)	Cehoslovacia
NORTRIX ^(M)	Portugalia
NORTYLIN ^(M)	Israel
NORZEPINE ^(M)	Portugalia
PAMELOR ^(M)	SUA
PAXTIBI ^(M)	Spania
PSYCHOSTYL ^(M)	Franța
SENSAVAL ^(M)	Suedia
SENSIVAL ^(M)	Elveția
VIVIDYL ^(M)	Italia

388. **NORVAL^(M)** Anglia — DCI *Mianserin* ● Antidepressiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 1,2,3,4,10,14b-hexahidro-2-metildibenzo(c,fl)-pirazin/1, 2-a/azepină, indicat în depresii de orice formă și intensitate, cu mențiunea că în cele nevrotice poate apărea, în primele zile, somnolență. Necesită prudență la vîrstnici și în epilepsie. Nu are antidot cunoscut, fapt important pentru intoxicații de diferite etiologii.

389. **NORZEPINE^(M)** Portugalia ● Antidepressiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptadienic → NORTRIPTILINA^(M) România

390. **NOSO-, NOZO-** (cf. gr. *nosos* „boală”) ● Element de compunere care introduce referirea la boală.

391. **NOSOFOBIE^(F)** (cf. *noso-*; gr. *phobos* „frică”) ● Teamă de boli, de îmbolnăvire; de cele mai multe ori această teamă este corelată cu un substrat organic, al cărui răsunet afectiv este exagerat, disproporționat, și se suprapune peste preocuparea normală dată de boală. §

392. **NOSOGRAFIE** (cf. *noso-*; gr. *graphein* „a scrie”) ● Știința descrierii bolilor. Dicționarul Robert (1985) limitează sensul descrierii la simptomatologie, dar adaugă și „clasificarea metodică” drept conținut al nosografiei. Clasificarea constituie însă un demers metodologic distinct de nosografie, avînd în vedere cantitatea de cunoștințe acumulate astăzi și trebuind să considere, alături

de criteriul simptomatologic (clinic), și alte criterii: etiopatogenic (nosogenia), epidemiologic, paraclinic, evolutiv, genetic, prognostic, terapeutic. Formal, nosografia constituie partea descriptivă a nosologiei cu care este însă, de cele mai multe ori, identificată. Totuși, distincția dintre nosografie și nosologie capătă în psihiatrie o mai mare importanță, datorită existenței unor numeroase tulburări care nu întrunesc condițiile, cel puțin deocamdată, de a fi încadrate ca boli.

Primele nosografii psihiatrice rudimentare ar data, după MENNINGER (1963), cu 3000 de ani î.e.n., constînd în descrierea deteriorării senile a prințului Ptah-Hotep, a melancoliei și isteriei în manuscrise sumeriene și egiptene (2600 î.e.n.) și a demenței senile și alcoolismului în papyrusurile egiptene (1500 î.e.n.). Caelius AURELIANUS (secolul V e.n.) descrie homosexualitatea ca boală mintală în societatea romană, după ce HIPOCRATE elaborase o nosografie mai complexă, de fapt o nosologie → CLASIFICAREA BOLILOR PSIHICE, NOSOLOGIE.

393. **NOSOLOGIE PSIHIATRICĂ** (cf. *noso-*; gr. *logos* „cuvînt, discurs”) ● Disciplină medicală care studiază caracterele distinctive ale bolilor în vederea clasificării lor metodice (ROBERT, 1985); clasificare sau știință a bolilor, orientată spre scopuri medicale, teoretice și practice; prin care WING (1984) înțelege compunerea unei clase sau ansamblu de clase în care obiectele sau fenomenele pot fi ordonate după criterii predefinite de identificare și diferențiere, de a căror rigurozitate depinde validitatea clasificării. O clasificare ideală ar trebui să situeze fiecare obiect doar într-o clasă a sistemului ei teoretic dar eanua fost și, probabil, nici nu va fi vreodată elaborată. Nosologia psihiatrică ideală este substituită de nosologia „parțiale” (WING), care încearcă să ordoneze fragmente ale patologiei și să fundamenteze teoretic sisteme de gîndire psihiatrică sau conduite practice, diagnostice și terapeutice (nosologia psihiatrică kraepeliană, DSM III etc.). Orice nosologie psihiatrică nu poate atinge perfecțiunea decît în interiorul sistemului teoretic (taxonomic, conceptual, al finalității practice propuse) pe care se bazează, în acest fel putîndu-se eventual vorbi de o nosologie mai utilă decît alta și nu de „cea mai perfectă dintre toate”. O astfel de comparație ar trebui să țină seama și de momentul din evoluția cunoașterii psihiatrice în care este elaborată fiecare nosologie psihiatrică; de exemplu, carențele cunoașterii fiind sensibil mai reduse în epoca elaborării nosologiei DSM III, față de cea kraepeliană, între aceste două importante sisteme nosologice existînd însă o continuitate conceptuală generală. Nosologia psihiatrică se construiește dintr-o nosografie care reprezintă suma descrierilor bolilor psihice în mo-

mentul elaborării sale (minuțioasă, completă, documentată asupra tuturor simptomelor, sindroamelor cunoscute, definite clinic și paraclinic, evolutiv, etiologic etc.).

Orientarea metodologică actuală se concentrează pe elaborările teoretice și experimentale care să permită o standardizare diagnostică de la care se așteaptă o importantă creștere a coeficientului de validitate și, implicit, o nosologie mai clară, mai diferențiată și în același timp mai cuprinzătoare. KRAEPELIN (1906) este autorul primei nosologii psihiatrice edificată științific, elaborată pe bazele empirice ale unei observații clinice pătrunzătoare, de mare acuratețe și complete, dar cu o „oarecare neîncredere față de construcțiile teoretice” (LANTERI-LAURA, 1984), ceea ce îi conferă calitatea de doctrină teoretică, fiind-o însă de defectul de a deveni dogmă. Această nosologie psihiatrică reprezintă actul de naștere al psihiatriei moderne, din ale cărei idei practice și fertile (MAYER-GROSS, SLATER, ROTH, 1969) se revendică actualele elaborări taxonomice (sau chiar nosologice), dintre care cea mai importantă este DSM III. Ideea directoare a acestei nosologii psihiatrice fundamentale este existența a trei clase principale de boli psihice : psihoze organice, endogene (fără substrat patologic cunoscut, în cadrul cărora KRAEPELIN introduce, pentru prima oară, psihoza maniaco-depresivă și demența precoce) și „deviații” ale personalității, alături de stări reactive. Introducerea acestei idei cu valoare de clară diferențiere taxonomică, precum și a modelului medical al bolii psihice au făcut din nosologia kraepeliană o operă clasică, imposibil de ignorat chiar de „fanaticile” școli psihodinamice (MAYER-GROSS ș.a.). Achiziții ulterioare ale psihiatriei clinice au confirmat rigurozitatea acestei nosologii, ideea ei centrală rămânând valabilă și în clasificarea DSM III, chiar dacă, în mod firesc, se ajunge la o diversificare a subcategoriilor și la treptată lărgire a sferei tulburărilor organice în detrimentul celor funcționale, endogene (SPITZER, 1980).

Deficiența majoră a nosologiei kraepeliene este absența unei clare delimitări a psihozelor de stările nevrotice și de psihopatii, datorită omisiunii conceptului de reacție psihogenă (MAYER-GROSS), pe care, în mod surprinzător, marele psihiatru german nu o sesizează prin observație clinică. Adolf MAYER (1915) excelează însă în nosologia sa (tributară doctrinei sale psihobiologice) în această direcție, incluzând descriptiv și conceptual reacția în sfera nevrozelor și dezvoltării personalității, cu puternică accentuare a rolului biografiei subiectului și a importanței mediului — contribuție originală valoroasă, dar dogmatică, fiind introduse în această categorie unică de boli psihice (reacția), psihozele endogene și organice. Concepția sa a dominat psihiatria americană pînă

la începutul deceniului al VI-lea (DSM I, 1952, fiind integral tributar nosologiei mayeriene). Nosologia kraepeliană nu a făcut decît să revendice apartenența firească a psihiatriei la știința medicală și să introducă astfel intenția căutării cauzelor bolilor psihice, tendință realistă ce nu încetează să se exercite și în prezent, avîndu-și rădăcinile în experimentul lui KOCH (1892) prin care s-a demonstrat originea bacteriană a tuberculozei (TANCRO, 1985). Concepția lui A. MAYER constituie, din punct de vedere istoric, momentul intermediar spre alunecarea în cealaltă extremă — exclusivistă, distructivă, nerealistă — a negării modelului medical al bolii psihice și a existenței unei cauze organice ale acestora și, pînă la urmă, a negării nosologiei psihiatrice, orientare promovată ulterior de antipsihiatrie.

Nosologia psihanalitică menține formal categoriile taxonomice ale nosologiei clasice kraepeliene, dar oferă explicații proprii în cadrul unui model psihanalitic, variantă „alegorică” a modelului medical al bolii psihice. Alte școli teoretice (comportamentale, sociogenetice etc.) oferă premise nosografice posibile, reținute în măsura verificărilor experimentale, pentru descrierile moderne ale anumitor afecțiuni : nevroze, dizamonii. OMS, prin ICD 9, precum și DSM III se află angajați într-un proces elaborat strict științific de standardizare a nosologiei psihiatrice, prin valorificarea moștenirii clasice kraepeliene cu mijloace moderne ale cercetării psihiatrice.

394. NOSONOMIE (cf. *noso-* ; gr. *nome* „împărțire, repartitie”) ● Segment al taxonomiei (știința clasificărilor), cu referire la clasificarea bolilor. Termenul a fost propus în 1976 de SĂHLEANU → CLASIFICARE, TAXONOMIE.

395. NOSPAN^(M) Suedia — DCI Tibromat ● Tranchilizant, derivat propanolol de tip 2-(hidroximetil)-2-metilpentil butilcarbamato-carbamate, cu acțiune sedativă, miorelaxantă și cu valențe anxiolitice, practic, fără efecte secundare.

396. NOSTALGIE (cf. gr. *nostos* „întoarcere” ; *algos* „durere”) ● Stare afectivă preponderent depresivă, provocată de depărtarea de mediul de origine. Prin extensie, termenul semnifică și starea provocată de frustrări actuale care antrenează rememorarea unor perioade de timp trecute, a unor locuri și oameni lîngă care subiectul s-a simțit fericit.

Reveria și, implicit, starea nostalgică exprimă dezadaptarea actuală sau poate sta la baza ei. Poate avea, de asemenea, un rol afectiv compensator față de frustrările actuale. Ceea ce face ca trăirea nostalgică să aibă efecte dezadaptative și/sau compensatoare, este tendința subiectului de a accentua evocarea contrastului dintre trecut și prezent, dintre acolo și aici, dintre aceea și aceștia.

Acest contrast se realizează prin accentuarea frustrărilor actuale și atenuarea pînă la dispariție a celor implicate în situația evocată.

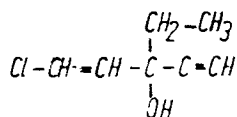


Izvorînd din preferențele socio-economice ale timpului, romantismul secolului trecut a cultivat sentimentul de nostalgie, lăsînd opere de mare expresivitate în literatură, muzică, pictură. Atîta vreme cît rămîne în sfera normalului, nostalgia reprezintă un atribut al trăirilor legate de schimbarea mediului (de exemplu, de la rural la urban), de procesul adaptării în general, dar mai ales de fenomenul dezrădăcinării. Cadrul psihosocial negativ pe care-l reprezintă despărțirea de țara de origine, de propria familie, a constituit pretextul primelor descrieri de nostalgie morbidă (1588 — la tinerii soldați aflați în serviciul militar peste granițele țării lor, apoi la prizonierii de război și militarii angajați în conflicte armate pe teritoriile fostelor colonii franceze — CAILLARD și LÖÖ). R. KARPE și I. SANNAP descriu „nostopatia” ca nevroză de război, provocată de nevoia întoarcerii acasă.

Astăzi, starea depresivă nostalgică întîlnită frecvent la emigranții stabiliți în țările industrializate, este interpretată ca o reacție patologică de dezadaptare a individului izolat psiho-afectiv față de noul mediu socio-etno-cultural. Se manifestă sub forma unui amestec variabil între anxie-

tate și depresie, cu reverie evocatoare a imaginilor din patrie, a rudelor, vecinilor, ceea ce antrenează diminuarea somnului, a instinctului alimentar, a nivelului general de activitate și de adaptare psihologică — simptomatologie total reversibilă prin reimplicarea pacientului în mediul său de origine.

397. **NOSTEL^(M)** Japonia — DCI *Etclorvinol* ● Tranchilizant, derivat alkenic de tip 1-clor-3-etil-1-penten-4-in-3-ol, cu acțiune sedativ-hipnotică,



miorelaxantă și anticonvulsivantă. Este indicat în nevroze anxioase și cenestopate, afecțiuni psihosomatice.

398. **NOSTOMANIE** (cf. gr. *nostos*; *mania* „nebulie”) ● Termen puțin folosit în psihiatria actuală, desemnînd o stare depresivă de intensitate nevrotică și foarte rar psihotică, provocată de dorul de patrie care apare la persoane dezrădăcinate (emigranți, exilați), aflate într-un context socio-cultural deosebit față de cel în care s-au născut și format ca personalități. Între apariția acestui tip de tulburare și amploarea diferențelor culturale, etnice, lingvistice etc., pe care subiectul trebuie să le suporte, există o legătură demonstrabilă. Poate fi însoțită și de alte tulburări psihice de tipul dezvoltărilor.

399. **NOTARAL^(M)** Brazilia — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, 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)**.

400. **NOTENSIL^(M)** Anglia — DCI *Acepromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10/3-(dimetilamino)propilfenotiazin-3-il metilketonă, cu acțiune sedativă și valențe anxiolitice.

401. **NOTHNAGEL^(S) sindrom** ● Sindrom caracterizat prin paralizia perechii a treia de nervi cranieni, de partea leziunii, asociată cu hemiataxie de partea opusă. Pentru psihiatru ridică probleme de diagnostic diferențial.

402. **NOȚIUNE** (cf. lat. *notio* „cunoaștere, idee”) ● Formă logică fundamentală a gândirii, care reflectă însușirile esențiale, necesare și generale ale unei clase de obiecte. Fiind rezultat al unui

proces logic, noțiunea implică două elemente de bază, conținutul și sfera, și se exprimă prin cuvinte. Conținutul este reprezentat de însușirile reflectate, iar sfera de totalitatea obiectelor reflectate care dețin aceste însușiri. Noțiunile diferă între ele în funcție de gradul de generalitate al conținutului (noțiuni concrete și abstracte) și de cuprinderea sferei (noțiuni individuale și noțiuni generale). Noțiunea poate fi colectivă, când însușirile clasei reflectate nu sînt în același timp și însușiri ale elementelor care compun clasa respectivă, sau necolectivă, când însușirile clasei sînt și ale elementelor.

Din punct de vedere al sferei, între noțiuni există raporturi de concordanță și de opoziție. Două noțiuni pot fi: identice, când sfera lor coincide total; ordonate, când sfera uneia este cuprinsă total în sfera celeilalte; încrucișate, când sferile lor au numai o parte comună; contrare, când un element nu poate face parte din sfera ambelor noțiuni, dar poate lipsi atât din sfera primeia, cît și a celei de-a doua; contradictorii, când un anumit element nu poate fi nici inclus, nici exclus în același timp din sfera ambelor noțiuni. Noțiunea concentrează și rezumă cuceririle științei. Orice știință se caracterizează printr-un anumit sistem de noțiuni. Precizarea conținutului și sferelor noțiunii, delimitarea noțiunilor între ele, trecerile de la o noțiune la alta se realizează prin intermediul unor operații logice (determinarea, generalizarea, definiția, diviziunea, clasificarea).

403. NOUĂ EXPERTIZĂ MEDICO-LEGALĂ PSIHICĂ

— sin. CONTRAEXPERTIZĂ PSIHICĂ ● Al doilea eșalon, la nivelul căruia, conform prevederilor Codului de Procedură Penală sau Civilă, poate fi examinat un individ învinuit, constituit ca parte civilă într-un proces judiciar. Se efectuează la Institutul de Medicină Legală din București, de către o comisie constituită dintr-un medic legist și doi medici psihiatri (cînd expertizatul este sub 16 ani, în comisie este inclus și un medic pedopsihiatru), în condiții de internare a expertizatului; este solicitată de către organul judiciar de urmărire penală sau de una din părți, atunci cînd prima expertiză nu a răspuns la obiectivele stabilite, prezintă contradicții între diagnostic și formularea capacității de discernămint, este insuficient argumentată sau nu a fost efectuată în condiții strict legale etc. și, totdeauna, în cazurile de omor grav (art. 117 CPP). În acest din urmă caz, ca și în alte situații apreciate de instanța judecătorească, noua expertiză este avizată la nivelul unui al treilea eșalon — Comisia superioară de avizare medico-legală psihiatrică de la Institutul Medico-Legal, care validează concluziile comisiei de nouă expertiză sau îi solicită la nevoie, printr-un supliment de expertiză, precizări suplimentare pentru elucidarea cazului.

404. NOUMEN (cf. gr. *noumenos-noos* „rațiune, inteligență”) ● Entitate sau esență cognoscibilă exclusiv prin rațiune, în opoziție cu fenomenul, la care avem acces prin intermediul simțurilor, deci ceea ce este pur conceptibil, desprins de empiric. În filozofia kantiană, termenul de noumen desemnează lucrul în sine, obiectul în ipoteză sa independență față de subiect. Incognoscibil pentru rațiunea teoretică (ce nu poate cunoaște în mod autentic decît aplicînd structurile a priori ale intelectului la datele perceptive, eșuînd inevitabil în antinomia atunci cînd se desprinde de acestea), noumenul poate fi postulată de rațiunea practică. Entitățile noumenale instituite ca obiecte ale credinței raționale sînt libertatea, nemurirea sufletului și Ființa supremă, divinitatea.

405. NOUS (cf. gr. *noos*) ● În concepția filozofică a lui ANAXAGORAS — temeiul primordial al lucrurilor, substanța înzestrată cu autodînamism întrucît este inteligentă. La PLATON și ARISTOTEL, termenul a devenit echivalent cu gîndirea umană, avînd semnificația de „suflet rațional”, opus „sufletului animal”.

406. NOVAMATO^(M) Spania — DCI *Alprobramat* ● 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 realiza un „mic sindrom de abstenență”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEFRO-BAMAT^(M).

407. NOVAMIN^(M) Japonia — DCI *Proglorperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat, de tip 2-clor-10- β -(4-metil-1-piperazinil)propil-fenotiazină, cu acțiune antipsihotică, sedativă, antiemetică și cu valențe antivergetiginoase și antispasmodice. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de EMETIRAL^(M).

408. NOVANOX^(M) RFG — DCI *Nitrozepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, realizînd un comportament aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NITRAZEPAM^(M).

409. NOVAZAM^(M) Franța — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ NOVODIPAM^(M) Canada.

410. NOVERIL^(M) Anglia, Austria, Belgia, Elveția, Franța, Italia, Olanda, RFG, Turcia — DCI

Dibenzepină ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzodiazepinic de tip 10-12-(dimetilamino)etil/5,10-dihidro-5-metil-11H-dibenzo-1b,e11,4diazepin-11-onă, cu acțiune antidepresivă și tranchilizantă de valoare medie. Nu se asociază cu IMAO.

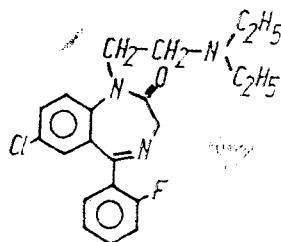
411. **NOVHEPAR^(M)** Grecia — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-5-(o-clorfenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

412. **NOVICET^(M)** RFG — DCI *Vincamină* ● Psihotrop, reglator metabolic de tip 13a-etil-2,3,5,6,12,13,13a, 13b,octahidro-12-hidroxi-1H-indol(3,2-f)(1,5)naftiridină-12-acid carboxilic, cu acțiune asupra metabolismului cerebral; este indicat în gerontopsihiatrie și în stări psihopatoide.

413. **NOVOCETAM^(M)** RFG — DCI *Piracetam* ● Nootrop cu acțiune asupra telencefalului, derivat de GABA. Produsul ameliorează procesele biochimice cerebrale care stau la baza activității cognitive și mărește rezistența neuronilor cerebrali față de diferite agresiuni (toxice, traumatice). Nivelul acțiunii se pare că ar fi telencefalul, unde procesul crește viteza de formare a acidului adenozintrifosforic și stimulează procesele metabolice cerebrale. Pe plan funcțional, facilitează transferul intra- și interemisferic și întărește controlul cortexului asupra structurilor subcorticale. Indicațiile medicamentului sînt reprezentate de afecțiuni psihice secundare unui proces organic: sindrom de involuție, tulburări circulatorii cerebrale, etiism cronic și diferite toxicomanii, sindrom posttraumatic, tulburări de comportament la copii, întârziere psihică. Medicamentul nu are acțiune stimulantă sau sedativă centrală, nu influențează sistemul nervos vegetativ, este lipsit de toxicitate și nu are contraindicații. Sînt posibile efecte secundare de tip: excitație sexuală, agresivitate (în special în demențe).

414. **NOVODIPAM^(M)** Canada — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

415. **NOVOFLUPAM^(M)** Canada — DCI *Flurazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-12-(diethylamino)etil-5-(o-fluorofenil)-1,3-dihidro-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, indicat în insomniile mixte; contraindicat în sarcină, alăptare, glaucom și miastenie.



416. **NOVOFLURAZINE^(M)** Canada — DCI *Trifluoperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat de tip 10-13-(4-metil-1-piperazinil)propil-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 farmaceutică îl produce sub numele de TRIFLUOPERAZIN^(M).

417. **NOVOMEPRO^(M)** Canada ● Tranchilizant, derivat propandiolic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MEPROBAMAT^(M) România.

418. **NOVOPOXIDE^(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 răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON^(M).

419. **NOVOPRAMINE^(M)** Canada — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-13-(dimetilamino)propil-10,11-dihidro-5H-dibenzo1b,flazepină, cu acțiune antidepresivă cu spectru larg, 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 nevroze, minimum 3 luni, în psihoze, 6 luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPIN^(M).

420. **NOVO REDUGRAS^(M)** Argentina — DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip 2-(diethylamino)propiofenonă; este o amină simpaticomimetică anorexigenă, cu performanțe psihostimulatoare inferioare amfetaminelor, iar cele anorexigene — apropiate fenmetrazinei. Nu se asociază cu IMAO; în timp poate produce farmacodependență. Acțiunea unei doze durează 5—6 ore. Se poate utiliza în combaterea unor efecte secundare ale NL.

421. **NOVORIDAZINE^(M)** Canada — DCI *Tioridazin* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic alkilpiperazinat de tip 10-12-(1-metil-2-piperidil)etil-2-(metiltio)-fenotiazină, cu acțiune sedativ-anxiolitică. În funcție de doză poate fi utilizat atât în psihogenii, cât și în endogenii. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de TIORIDAZIN^(M).

422. **NOVOSED^(M)** Italia — DCI *Clordiazepoxid*

● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic^{sin.} → NAPOTON^(M) România.

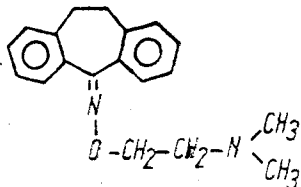
423. **NOVOTRIPTYIN^(M)** Canada — DCI *Ami-triptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N,N-dimetil-5H-dibenzla,dl-cicloheptenă- Δ^5 , γ -propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de AMITRIPTILINA^(M).

424. **NOVOXAPIN^(M)** Spania — DCI *Doxepină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip N,N-dimetildibenzl,eloxepin- Δ^{11} (6H), γ -propilamină, cu acțiune ansiolitică și antidepresivă medie, fapt care îl face pe unii autori să-l aprecieze drept un bun ansiolitic cu valențe antidepresive. Nu se asociază cu produși IMAO. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DOXEPIN^(M).

425. **NOVYDRINE^(M)** Israel — DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)- α -metilfenetilamină, cu acțiune adrenomimetă indirectă (prin intermediul eliberării de catecolamine: noradrenalină și dopamină), realizând un efect preponderent stimulator asupra SNC, 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.

426. **NOXABEN^(M)** Mexic — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-5-(o-clorfenil)-1, 3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune ansiolitică, sedativă și miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

427. **NOXIPTILINĂ^(DCI)** ● Derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-5H-dibenzola,dl



icicloheptan-5-onă o-12-(dimetilamino)etiloximă, cu acțiune antidepresivă medie, fără efecte sedative, cu o bună toleranță. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

AGEDAL^(M) RFG NOGÉDAL^(M) Franța
ELRONON^(M) RDG SIPCAR^(M) Argentina.

428. **NOXOKRATIN^(M)** Austria — DCI *Metil-pentinel* ● Tranchilizant, derivat alkenic de tip 3-metil-1-pentin-3-ol, cu acțiune sedativ-hipnotică și miorezolutivă, prin inhibarea transmisiei ganglionare.

429. **NOXYBEL^(M)** Belgia — DCI *Metoqualonă* ● Tranchilizant, derivat chinazolinic, de tip 2-metil-3-o-tolil-4(3H)-chinazolină. Are acțiune sedativ-hipnotică.

430. **NOXYRON^(M)** Ungaria — DCI *Glutetimid*^{sin.} → GLUTETIMID^(M) România.

431. **NOZINAN^(M)** Austria, Belgia, Canada, Danemarca, Elveția, Franța, Grecia, Italia, Olanda, Suedia — DCI *Levomepromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip (-)-10-(3-dimetilamino-2-metilpropil)-2-metoxifenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, valențe antidepresive și ansiolitice. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de LEVOMEPRMAZIN^(M).

432. **NUCLEOTIDE, NUCLEOZIDE** (cf. lat. *nucleus* „miez, sîmbure”) ● Constituenți ai acizilor nucleici (ARN, ADN); se desfac enzimatic în nucleozide și acid fosforic sau pot elibera, prin hidroliză acidă, baze purinice și pirimidinice și esterul fosforic al pentozei. Unele nucleotide libere îndeplinesc funcții biologice deosebit de importante. Astfel:

- adenzotriofosfatul (ATP) realizează transportul de energie în sistemele biologice;
- adenzinmonofosfatul ciclic (AMPC) este mediatorul acțiunii hormonilor;
- unii derivați de nucleotide, ca uridin difosfo-glucoză, UDP-glucuronat, UDP-diglicerid, sînt intermediari activi în reacții biosintetice.

433. **NUCTALON^(M)** Franța — DCI *Estazolam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 8-clor-6-fenil-4H-s-triazazol4,3-al/1, 4-benzodiazepină, cu acțiune ușor ansiolitică și marcat sedativ-hipnotică.

434. **NUDISM ÎN GRUP** (cf. fr. *nudisme*; vezi lat. *nudus* „gol”) ● Tehnică psihoterapeutică, introdusă în 1967 în SUA de P. BRINPRIM, pornind de la o aserțiune a lui A. MASLOW, care susținea că „nuditatea crește sensibilitatea grupurilor de training” (1965). Studii efectuate de P. WHEAT-

LEY (1974) au arătat însă că nu trebuie să existe neapărat o nuditate genitală, folosirea costumului de baie dînd în anumite proceduri rezultate mai bune. Mecanismele care acționează în cazul nudismului în grup ar fi: participarea la o experiență în care barierele defensive sînt înlăturate, reevaluarea imaginii despre sine și minimalizarea unor presupuse diformități, combaterea fricii de sexul opus. Nudismul de grup a fost integrat în alte metode terapeutice ca maratonul terapeutic și „aqua energetica”.

Folosirea unui cadru terapeutic atît de artificial și regresiv, prin însăși modificarea unor relații sociale bine stabilite, nu are cum să influențeze în mod real rezultatele. De altfel, aplicarea acestei terapii a rămas extrem de limitată, chiar și în SUA.

435. **NU-DISPOZ^(M)** SUA — DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip 2-(dietilamino)propiofenonă; este o amină simpaticomimetică anorexigenă, cu performanțe psihostimulatoare inferioare amfetaminelor, iar cele 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.

436. **NUFAROL^(M)** Grecia — 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), fiind util și în combaterea impulsivităților obsesiv-compulsive și în medicina psihosomatică. 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.

437. **NUITAL^(M)** Franța — DCI *Etimemazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-β-(dimetilamino)-2-metilpropil-2-etilfenotiazină, cu acțiune sedativ-hipnotică, antiemetică și ușor anxiolitică.

438. **NULANS^(M)** Italia — DCI *Oxazepam hemisuccinat* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, 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).

439. **NULLER^(T)** — *scală* ● Metodă elaborată de NULLER (1964) pentru evaluarea (măsurarea) efectelor medicației antidepressivă. Constă într-o scală progresivă de valori notată de la 0 la 3, constituită în raport cu patru sisteme standard pentru depresii. Chestionarul se administrează înainte și după aplicarea medicamentelor antidepressivă, punînd în evidență gradul de ameliorare a simptomatologiei depresive și eficacitatea tratamentului.

440. **NULOBES^(M)** Argentina — DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic → NU-DISPOZ^(M) SUA.

441. **NUMATOL^(M)** Spania — DCI *Citicolină* ● Psihostimulent cu o structură chimică particulară, de tip colină-citidină 5'-ester pirofosfat, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă, practic fără efecte simpaticomimetice.

442. **NUMĂR** (lat. *numerus*) ● Cantitate de elemente de același fel dintr-o mulțime, care arată de cîte ori o mărime este cuprinsă în altă mărime de aceeași natură. J. PIAGET, studiînd geneza noțiunii de număr la copil, a observat că, între 1—6 ani, acesta asimilează cîte un număr nou în fiecare an, dar numerele de la 1 la 6, astfel asimilate, sînt intuitive și legate nemijlocit de experiența senzorială. Numărul este de fapt o corelație între obiecte echivalente, care pot fi înșiruite și concepute în același timp. Aceasta presupune un grad de abstractizare, eliminîndu-se particularitățile fiecărui obiect în parte și obținîndu-se noțiunea unității omogene „1”. Construcția numărului are la bază sinteza a două mecanisme: gruparea obiectelor în clase și seriarea lor, numerele devenind astfel simple „etichete” verbale asociate mulțimilor concrete.

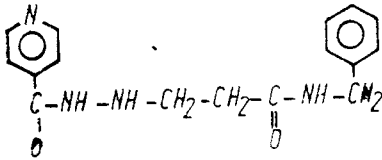
443. **NUMBON^(M)** Israel — DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, realizînd un somn aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NITRAZEPAM^(M).

444. **NUMENCIAL^(M)** Mexic ● Produs terapeutic conținînd două medicamente tipizate cu acțiune diferită, dar care se completează:
● **SULPIRIDE^(M)** — neuroleptic, derivat benzamidic.
● **DIAZEPAM^(M)** — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.
Are acțiune antidepressiv-anxiolitic-sedativă.

445. **NUNAZEPAM^(M)** Coreea — DCI *Temazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hip-

notică. Nu se administrează în sarcină, alăptare, la copii și vîrstnici.

446. **NUNCITAL^(M)** Austria, Belgia, Danemarca, Suedia — DCI *Emilcamat* ● Tranchilizant, derivat carbamic de tip 3-metil-3-pentanol carbamat,



cu acțiune sedativ-hipnotică și valențe anxiolitice și miorelaxante. Este indicat în nevroze anxioase, insomnii, afecțiuni psihosomatice.

447. **NUREDAL^(M)** Ungaria — DCI *Nialamid* Antidepresiv timoanaleptic, derivat hidrazinic de tip 2-acid isonicotinic-1(2-benzilcarbamil)etilhidrazidă, indicat în depresiile inhibitate; 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 timolepticelor → IMAO.

448. **NURSING PSIHIIATRIC** (cf. engl. *nursing*, „îngrijire”) ● Termen preluat din limba engleză, unde desemna, inițial, măsurile de îngrijire și educație acordate copiilor, fiind ulterior extins și în specialitățile medicale cu bolnavi care nu se mai pot autoîngrijii corporal. În prezent, termenul este consacrat, fiind adoptat de OMS.

În psihiatrie, nursingul începe practic de cînd Fh. PINEL a înlocuit în Spitalul Bicêtre lanțurile pacienților săi cu cămașa de forță, exemplul său fiind însușit imediat de psihiatria de peste Canalul Mîneicii, de către W. TUKE. A urmat construirea unor spitale pentru bolnavi situate la țară, în zone climatice favorabile, concepute ca adevărate locuri de refugiu, primele măsuri terapeutice constînd din hrană corespunzătoare, odihnă, exerciții fizice și activități ocupaționale. În acest context, sora (engl. *nurse*) se ocupă îndeaproape de viața pacienților săi, deseori locuind în același imobil. Pregătirea și rolul surorilor medicale în psihiatrie au evoluat mult în ultimele decenii, paralel cu progresele înregistrate în medicină în general, e'e constituind un factor de bază, alături de medicul psihiatru, psiholog, asistentă socială, în cadrul echipei complexe medico-psihiatrice.

Necesitatea acordării unui interes sporit (în prezent încă insuficient) formării unor surori medicale cu o pregătire superioară, care să îngrijească bolnavii psihici, rezultă din particularită-

țile cu totul aparte ale acestora, ale problemelor de îngrijire pe care le ridică. Pe lângă rolul de „absorbant de șoc” pe care-l joacă, surorile medicale reprezintă un element permanent al instituției de asistență medicală, prevenind decompensările și încurajînd bolnavul. Îngrijirile corporale în care agitația este frecventă), al tratamentului cu psihotrope, ale căror efecte secundare necesită supraveghere, și se termină cu îngrijirea bolnavilor nevrotici, care își caută în sora medicală, uneori cu disperare, un remediu contra anxietății sau trăirilor cenestezice penibile. După cum afirmă GAYRAL și GARNIER, unii dintre acești bolnavi sînt confrunțați cu constrîngerile dependenței fizice permanente, cu dezinteresul anturajului; în aceste condiții, sora medicală le oferă securizare și revalorizare morală, printr-o relație binevoitoare și totuși neutră, în care solicitudinea afectivă trebuie să fie dozată astfel încît să diminueze dependența și să nu producă frustrare.

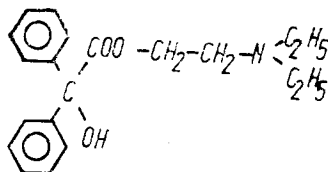
După cum apreciază A. ALTSCHUL, nursing-ul psihiatric înseamnă îngrijirea bolnavilor și nu a bolilor, astfel încît obiectivele propuse și tehnicile abordate trebuie să fie simple și eficiente. Tulburările stării de conștiință sînt de regulă asociate cu incapacitatea bolnavului de a-și mai putea acorda autoîngrijirile elementare, ca în cazul bolilor organice grave, traumatismelor, diferitelor grade de invalidare etc. Aici, pe prim plan se află măsurile de igienă locală la nivelul pielii, pentru evitarea formării de escare, igiena buco-dentară și oculară. Susținerea aparatului respirator, în caz de afectare a stării de conștiință, va sta în atenția personalului de îngrijire prin îndepărtarea obstacolelor în vederea unei respirații libere, facilitarea eliminării secrețiilor traheo-bronșice. Aparatul digestiv poate fi tulburat în funcționarea sa atît în ceea ce privește ingestia alimentelor, cît și a evacuării lor (înhalarea accidentală de alimente în cursul curei cu psihotrope, al tulburărilor conștiinței; tendința unor bolnavi la hiperfagie și polidipsie, constipație, diaree, incontinență). Supravegherea atentă, măsurile corectoare, igiena locală vor contribui la evitarea incidentelor posibile.

Îngrijirile acordate aparatului urinar prezintă importanță atît în cadrul retenției din globul vezical (evacuare pe sondă), cît și în cel al incontinenței (igienă strictă). Mobilizarea progresivă prin mers, exerciții fizice zilnice gradate, completate

de fizioterapie, se alătură măsurilor pentru o cât mai rapidă și completă recuperare.

La acestea se adaugă măsurile de izolare fonică și luminoasă, care se impun în cazurile de agitație și în sindroamele confuzionale, sau măsuri de contenție lejeră în cazul onirismului vesperal sau nocturn (cu potențial de defenestrare sau de fugă). Tehnicile de instituire a perfuziilor, de injectare intramusculară și intravenoasă, de administrare a medicamentelor psihotrope în general, sînt bagajul obligatoriu alături de indispensabila căldură umană, înțelegere și dorință de a ajuta, cu care trebuie să pornească la drum fiecare soră medică ce are sub grijă sa bolnavi psihici.

449. **NUTINAL^(M)** Anglia — DCI *Benactizină* ●
Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-dietilaminoetil benzilat, cu acțiune anxiolitică seda-



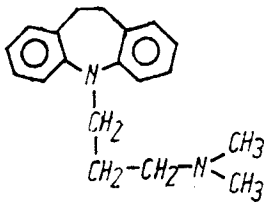
tivă medie, dar cu bune efecte anticolinergice centrale și periferice. Trebuie menționată acțiunea sa proconvulsivantă și interdicția consumului de alcool în timpul tratamentului.

000000000
 00000000000
 0000 0000
 0000 0000
 0000 0000
 0000 0000
 0000 0000
 00000000000
 000000000

1. **OASIL^(M)** Grecia — 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)**.

2. **OASIL^(M)** Elveția — 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, afecțiuni psihosomate. Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, 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)**.

3. **OASIL-M^(M)** Grecia — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N,N-dimetil-5H-di-



benzoia, di-cicloheptenă- $\Delta^{5,\gamma}$ -propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **AMITRIPTILINĂ^(M)**.

4. **OATMAN^(B)** boală — sin. **BATTEN-MAYOU^(B)** boală; **SPIELMEYER-STOCK^(B)** boală; **STOCK-SPIELMEYER-VOGT^(B)** boală $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **BATTEN-SPIELMEYER-VOGT^(B)** boală.

5. **OBACIN^(M)**; **OBALAN^(M)** SUA — DCI *Fenimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen, derivat feniletilaminat de tip (+)-3, 4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în astenie, tulburări ale presenilității, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară curei NL, tulburări de dinamică sexuală; este contraindicat în stările de excitație psihomotorie, anxietate, sarcină, comițialitate.

6. **OBEDIENȚĂ** (cf. lat. *oboedientia* „supunere, ascultare”) ● Comportament caracterizat prin subordonarea (conformarea) cvasitotală a actelor proprii, dorințelor, sugestiilor, ordinelor altei persoane, fie prin respectarea unor ierarhii și modele tradiționale, fie prin dependență față de autoritate, fie dintr-o nevoie de securitate, prin evitarea confruntărilor, riscurilor, responsabilităților.

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

8. **OBEDREX PLUS^(MC)** Argentina ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate cu aceeași acțiune: **FENFLURAMINĂ^(M)** și **AMFEPARAMONĂ^(M)**, ambele noanaleptice (derivate feniletilaminice). Are acțiune psihostimulentă.

9. **OBEDRIN-LA^(M)** SUA — DCI *Mctamfetamină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-N, α -dimetilfenetilamină, cu acțiune și indicații similare cu ale **AMFETAMINEI** și același risc al dependenței.

10. **OBENON^(M)** Columbia — DCI *Mazindol* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat clorfenilisoindolic, de tip 5-(p-clorofenil)-2, 5-dihidro-3H-imidazol, 1-a/-isoindol-5-ol, fără efecte simpaticomimetice. Este indicat în astenii severe.

sevrăj toxicomanic, tulburări de dinamică sexuală, presenilitate, combaterea unor efecte secundare ale NL și ale anticonvulsivantelor în tratamentele de lungă durată.

11. **OBESIDYL^(MC)** Suedia ● Produs terapeutic care conține trei medicamente tipizate, cu acțiuni complementare :

- AMFEPRAMONA^(M) — nooanaleptic, derivat fenilatilaminic ;
- MEPROBAMAT^(M) — tranchilizant, derivat propandiolic ;
- METILSCOPOLAMINA^(M) — antispastic, parasimpaticolitic.

Are acțiune psihostimulentă și parasimpaticolitică.

12. **OBESIN^(M)** RDG — DCI *Propilhexedrină* ● Psihostimulent, derivat difeniletilaminat de tip (\pm) N, α -dimetilciclohexan-etilamină, cu valențe anorexigene și practic fără efecte simpaticomimetice, ceea ce conferă posibilități mai largi de utilizare → PSIHOSTIMULENTE.

13. **OBESONIL^(M)** SUA — 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.

14. **OBETROL^(M)** Turcia — DCI *Fenfluramină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat $\xrightarrow{\text{sim}}$ OBEDREX^(M) Argentina.

15. **OBEX^(M)** Elveția — DCI *Fentermină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip α , α -dimetilfenetilamină, cu efecte simpaticomimetice și anorexigene, utilizat și în combaterea obezității secundare a cărei îndelungată cu neuroleptice → PSIHOSTIMULENTE.

16. **OBEZINE^(M)** SUA — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen, derivat feniletilaminat $\xrightarrow{\text{sim}}$ OBACIN^(M) SUA.

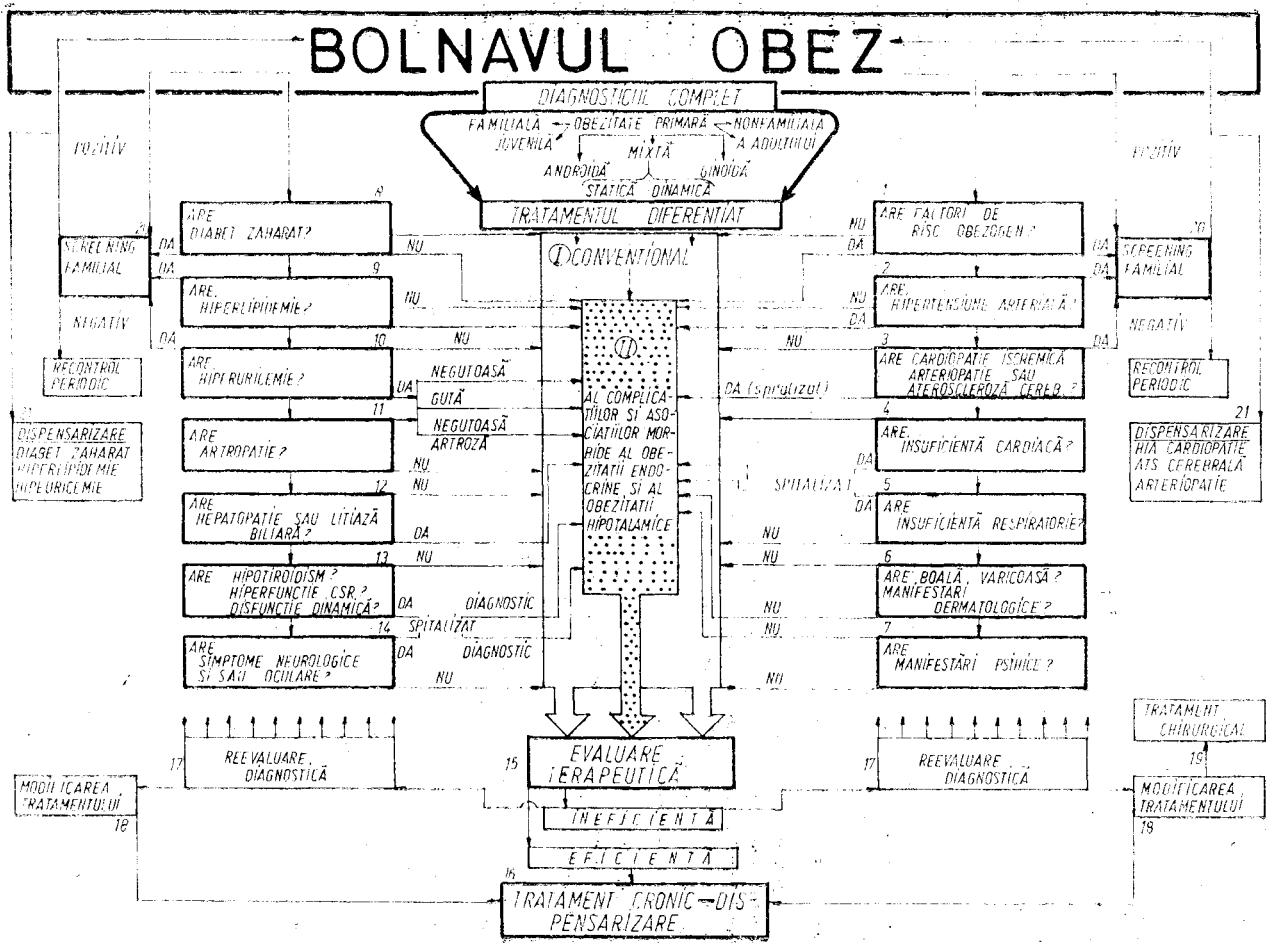
17. **OBEZITATE** (cf. lat. *obesitas*) ● Afecțiune complexă, tradusă prin exces ponderal, în geneza căreia este implicată dereglarea echilibrului neurohormonal. Contextul endocrin și metabolic este reprezentat de prezența sindroamelor hipoinsulinic, hipercortizolic, hipogonadal, hipotiroidian, hiperlipidemic și hiperglicemic. Ele vor genera varietate afectări vasculare și organice (hipertensiune arterială, hipercolesterolemie, diabet zaharat etc.).

Etiopatogenia afecțiunii implică atât elemente legate de ereditate, cât și de factorii dobânziți. O serie întreagă de condiții psihoafective joacă un rol important în geneza obezității. BRUCH și apoi TOURAINE au semnalat obezitatea psihogenă la copiii nedoriți, care cunosc timpuriu sen-

timentul insecurității creat de neînțelegerea conjugale ale părinților. Ambivalența afectivă maternă, ostilitatea față de copil sau simpla indiferență sînt cauze generatoare ale carențelor afective pe care le resimte copilul. Acesta va căuta să le compenseze prin ingestie exagerată de alimente, ulterior adultul adoptînd același mod compensator de reacție la frustrările vieții cotidiene. Este, de fapt, un tip de răspuns nespecific la tensiunile afective, o posibilitate de a obține satisfacție în situații de viață dificil de tolerat. Are valoare de simptom în isterie și depresie. Alteori, părinții adoptă o atitudine hiperprotectoare, ca reacție la sentimentul de culpabilitate față de răul provocat, interzicînd copilului exercițiile fizice „periculoase” și supraalimentîndu-l.

Un alt mecanism patogenic posibil ar fi consecința impactului factorilor de stres asupra centrilor hipotalamici, producînd dereglări funcționale care interesează și centrul foamei, cu creșterea consecutivă a secreției de insulină, ingestie crescută de glucide și proteine, hiperlipogeneză. Odată instalată obezitatea, la întreținerea ei contribuie o multitudinea de factori (M. COCULESCU) : reducerea efortului fizic, modificarea sensibilității gustative, deformarea imaginii psihologice a propriului corp. Ulterior, se instalează hiperfuncția axului hipotalamo-hipofizo-corticosuprarrenal și sindromul hipercortizolic, cu accentuarea procesului de lipogeneză. Tulburările metabolice specifice obezității induc la nivelul sistemului nervos central disfuncții ale nucleilor ventro-mediali, cu accentuarea senzației de foame, constituindu-se astfel un cerc vicios care se închide la nivel hipotalamic. Se încriminează — conform datelor experimentale — modificări ale neuropeptidelor presupuse a fi semnale ale controlului pe termen lung al aportului de hrană (colecistokinină, insulină, endorfine).

Tulburările psihice manifestate de subiecții obezi constau în foame exagerată și hiperfagie, irascibilitate, anxietate și stări depresive (al căror raport direct cu variațiile glicemiei a fost obiectivat), tulburări hipnice (somniază diurnă și insomnii în timpul nopții), tulburări ale activității (astenii, fatigabilitate, tendință la sedentarism) și tulburări ale instinctului sexual (în al căror determinism intervine și hipogonadismul consecutiv inhibiției gonadotrope). O altă categorie de simptome, în care intră de asemenea depresia, irascibilitatea, manifestările ostile față de ceilalți, se instalează reactiv, ca urmare a sentimentelor de inferioritate generate de aspectul fizic și de atitudinea persoanelor din anturaj. Terapia afecțiunii, din punct de vedere psihiatric, utilizează droguri cu acțiune centrală asupra sistemului adrenergic, și serotoninergic care controlează motivația alimentară. Se utilizează anorexigene centrale de tip adrenergic (amfetamină și substanțe înrudite). De curînd au început să se



Impună antagoniștii opioizi, cu acțiune atît asupra senzației de foame, cît și a apetitului.

Psihoterapia reprezintă un element deosebit de important în tratamentul obezității, mai ales la inițierea curei de slăbire și în momentul în care se suspicionează un eșec. Ea se asociază cu terapia comportamentală, care are drept scop raționalizarea comportamentului alimentar.

Obezitatea, într-o formă mai puțin severă, poate apărea și ca efect secundar al tratamentului cu neuroleptice. Astfel, toate fenotiazinele cresc apetitul și determină creșteri ponderale, efect semnalat și la butirofenone. Antidepressivele (tricyclice și IMAO) cresc apetitul (mai ales pentru glucide) și determină creșteri ponderale, explicabile însă și prin retenția de apă.

18. **OBICEI** ● Deprindere caracteristică a unui individ, cîștigată prin repetarea aceleiași acțiuni (→ **OBIȘNUINȚĂ**):

- Mod tradițional de comportament, caracteristic unui popor, unui grup social; rînduală, uz, datină.

- Lege nescrisă, drept sau obligație, statornicitate prin tradiție.

19. **OBIECT** (cf. lat. *obiectum*) ● În teoria cunoașterii, ceea ce este gîndit, conținutul actului cognitiv; generic, acel „ceva” — de natură materială sau ideală — care este cunoscut. Din punct de vedere gnoseologic, obiectul este complementar cu subiectul; fiind instituit prin activitatea de reflectare a realității de către conștiința umană.

- În plan ontologic, ceea ce este exterior și independent față de conștiință, lucrul a căruia existență transcende subiectivitatea.

- Psihologia cunoașterii consideră ca obiect ceea ce percepe subiectul cunoscător; prin calitățile sale permanente și fixe, obiectul este universal și există independent de voința subiectului; adjectivul corespunzător este acela de „obiectiv”.

În psihanaliză, obiectul reprezintă ceea ce pulsivitatea caută pentru a se satisface, pentru a-și atinge scopul. În acest sens, obiectul poate fi real sau fantasmatic, parțial sau total.

În cadrul unei relații obiectuale, și anume în relația de iubire sau de ură, aceasta se stabilește între persoana totală sau instanța Eului și un obiect total, care este reprezentat de o altă persoană, o entitate, un ideal — adjectivul corespunzător ar fi „obiectal” sau „obiectual”.

În psihanaliză, termenul este utilizat în expresii diverse: alegere de obiect (alegere obiectuală), pierdere a obiectului, relație obiectuală. Nu trebuie confundată termenii „obiect” și „lucru” (obiectul poate fi persoană, entitate, ideal, fantasmă etc.; lucrul este acel tip de obiect nelnsuflăit și manipulabil, care nu poate fi animat). FREUD diferențiază între obiectul și scopul pulsivității (obiectul fiind entitatea spre care pulsivitatea se

îndreaptă, care atrage pulsivitatea); „obiectul pulsivității este acel ceva în care sau prin care pulsivitatea își atinge scopul”. Obiectul se definește prin funcția sa esențială de a satisface pulsivitatea. Obiectul nu este original legat de pulsivitate, el variază în istoria relațiilor individului, fiind determinat, în special, în relațiile infantile. FREUD își construiește concepția despre obiectul pulsional plecînd de la analiza pulsivităților sexuale („Trei eseuri asupra teoriei sexualității”, 1905). În ceea ce privește pulsivitățile de autoconservare, obiectul este determinat prin trebuințele vitale (de exemplu, hrana), deci este riguros specificat biologic. Aceasta nu înseamnă că obiectul pulsivităților sexuale este în mod strict opus celui al pulsivităților de autoconservare. Astfel, în stadiul oral, obiectul este ceea ce servește drept hrană; ca obiect al pulsivității orale, el reprezintă tot ceea ce se încorporează, aici incluzîndu-se și dimensiunea fantasmatică a încorporării. În relația obiectuală de tip oral, activitatea de încorporare se referă nu numai la obiecte alimentare, ci și la alte categorii de obiecte (persoane sau lucruri etc.).

În sens psihanalitic, obiectul nu se reduce însă la accepțiunea legată de pulsivitate. El reprezintă în genere o persoană în care subiectul (se) investește sau de care se simte atras. În „Trei eseuri asupra sexualității”, FREUD face distincție între sexualitatea pre- și postpubertară și sexualitatea infantilă, ca două modalități diferite și opuse de funcționare. Pulsivitatea copilului este parțială, modalitatea ei de satisfacere este în special autoerotică; această satisfacere se leagă de părți ale propriului corp (plăcerea de organ); o alegere obiectuală propriu-zisă apare la pubertate, cînd manifestarea sexuală se orientează în exterior, spre un altul. Ulterior (spre 1924), în concepția lui FREUD, opoziția între autoerotismul infantil și alegerea pubertară a obiectului se estompează; în stadiile pregenitale ale libidoului se manifestă, într-un mod propriu acestor stadii, diferite relații obiectuale. Pulsivitățile parțiale nu se mai definesc doar prin autoerotism, ci prin faptul că ele se satisfac prin obiecte parțiale între care se stabilesc echivalențe simbolice. Astfel, se poate distinge existența unui obiect pulsional și existența unui obiect al iubirii; obiectul pulsional se subordonează satisfacerii pulsivității, el poate fi o persoană sau o parte a corpului. În ceea ce privește obiectul iubirii (sau al urii), el nu intră în relația pulsivitate-obiect pulsional, ci presupune angajarea Eului total în raporturi cu obiectele; relația de alegere a obiectului este o relație a persoanei totale cu alte persoane totale.

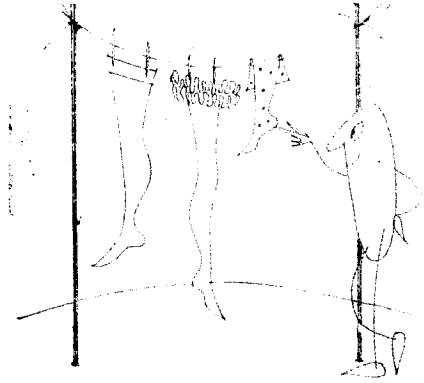
Așadar, obiectul parțial devine esențial pentru obiectul pulsivității și este pregenital, în timp ce obiectul total, ca obiect de iubire, devine obiect genital. În dezvoltarea sa psihosexuală, persoana trece de la obiectul pregenital la obiectul genital

prin integrarea pulsuniilor parțiale într-o organizare genitală. Teoretic, lucrurile par foarte limpezi; practic însă, investigația analitică arată că distincția între obiectul pulsional parțial și obiectul iubirii nu este foarte riguroasă — obiectul total nu se constituie neapărat într-o sinteză a diferitelor obiecte parțiale, dar acestea pot interveni fiecare într-o măsură sau în alta în alcătuirea obiectului total. Pe de altă parte, în narcisism, Eul este înțeles/definit ca obiect al iubirii, iar alegerea narcisică are la bază faptul că Eul devine un prototip pentru obiectul iubirii; FREUD face distincția între pulsuniile Eului și pulsuniile obiectuale, „obiectul” fiind deci înțeles ca obiect exterior subiectului.

20. OBIECT „BUN”|OBIECT „RĂU” ● Termeni introduși de Melanie KLEIN, desemnând primele obiecte din viața fantasmatică a copilului, ale căror însușiri „bune” sau „rele” depind de caracterul lor gratificant sau frustrant, dar și de faptul că subiectul proiectează asupra lor pulsuniile libidinale sau destructive. Aceste obiecte pot fi parțiale sau totale. M. KLEIN consideră că obiectul parțial (sînul) suportă un clivaj în „bun” și „rău”, acest clivaj reprezentînd mecanismul cel mai primitiv de apărare împotriva angoasei. Clivajul se răsfrînge și asupra obiectului total (mamă „bună”, mamă „rea”). Ambele categorii de obiecte („bune” și „rele”) sînt supuse proceselor de introiecție și proiectie. Analizînd fantezmele arhaice, M. KLEIN pune în centrul teoriilor sale termenii de obiecte „bune” și „rele”. Autoarea pune aceste adjective în ghilimele pentru a sublinia caracterul lor fantasmatic, în acest sens obiectul „bun” și obiectul „rău” nefiînd obiecte reale, ci imagini ale lor, deformate fantasmatic. Astfel, sînul devine obiect „bun” în măsura în care nu este frustrant; copilul proiectează iubirea sa asupra sînului gratificant și agresivitatea asupra sînului frustrant.

În dialectica obiect „bun”|obiect „rău” intervine dualitatea pulsuniilor vieții|pulsuniile morții. Aceste pulsuniile sînt prezente de la începutul existenței individului și ele se îndreaptă asupra obiectului real (sînul), de aici rezultînd ambivalența față de obiect. Ambivalența este anxiogenă pentru copil și se rezolvă prin clivajul obiectului, deci și al afectelor legate de obiect. Aceste obiecte sînt fantasmatic, dar au o consistență reală, în sensul în care FREUD vorbește despre realitatea psihică. M. KLEIN consideră că introiecția și proiectia se manifestă nu numai în funcție de calitățile „bun” și „rău”, ci și de obiectele ca atare. Obiectului „bun” i se atribuie fantasmatic însușirile unei persoane; la fel și obiectului „rău”; ele sînt conținute în „interiorul” mamei. Toate obiectele parțiale suportă scindarea; sînul este primul obiect de clivaj. Și obiectele totale pot fi scindate în „bune” și „rele” (→ EU-PLĂCERE, EU-REALITATE).

21. OBIECT FETIȘ (cf. port. *fetiço* „artificial”) ● Obiect material (de lut, lemn, piatră etc.), investit, în climatul religiilor primitive, cu forțe miraculoase și considerat ca fiind sfînt, devenind astfel obiect de cult (idol). Fetișismul (cultul obiectelor fetiș) a fost practicat de toate triburile primitive, ocupînd un loc important și în religiile politeiste ale anchiității; elemente ale lui s-au perpetuat și în religiile monoteiste de mai tîrziu.



Prin extensie, noțiunea se referă la orice obiect material căruia o persoană îi atribuie o putere magică.

În psihopatologie, fetișismul desemnează o deviație a comportamentului sexual (față de obiectul obținerii plăcerii), constînd în faptul că interesul erotic este manifestat predominant (exclusiv) față de un obiect vestimentar (lenjerie de corp, în genere) aparținînd sexului opus. Conștientizarea obiectului fetiș sau luarea sa în posesiune provoacă fie orgasm, fie o plăcere platonice (GUIRAUD). În accepțiunea psihanalitică fetișismului arată fixația pulsuniilor sexuale la un obiect parțial; după FREUD, fetișul se definește ca substitut al penisului mamei. În fetișism (ca și în psihoze), FREUD recunoaște un clivaj a Eului: coexistența în Eu a două atitudini psihice, în raport cu faptul că realitatea exterioară se opune unei exigențe pulsionale (o atitudine ține cont de realitate, cealaltă atitudine neagă realitatea în cauză și o înlocuiește cu o producție a dorinței, cele două atitudini influențîndu-se reciproc). Acest lucru trimite la „realitatea” castrării: fetișistul neagă faptul că organul genital feminin este lipsit de penis, negarea traducîndu-se prin crearea fetișului ca substitut al penisului femeii; pe de altă parte, fetișistul recunoaște realitatea (lipsa penisului în organul genital feminin); astfel, cele două atitudini persistă fără să se influențeze reciproc. SZONDI consideră fetișismul ca o tulburare a mecanismului/procesului introiecției: după introiecția obiectului iubit, persoana este incapabilă să intre în posesiunea unui nou obiect libidinal; de aceea, individul

ține să-și însușească porțiuni materiale (diverse obiecte parțiale) care semnifică obiectul sexual dorit. Luarea în posesiune a unei părți-obiect aparținând partenerului vizat (păr, furou, pantof, mână) provoacă orgasmul.



22. OBIECT PARȚIAL ● Categorie de obiecte vizate de pulsuniile parțiale (în special, părți ale corpului, reie sau fantasmatic) și echivalentele lor simbolice. Chiar și o persoană poate fi luată drept obiect parțial. Termenul a fost introdus de Melanie KLEIN și de adepții școlii sale în cadrul teoriei despre relația obiectuală. Punctul de plecare îl constituie ideea lui FREUD că obiectul pulsional nu este persoana totală (sînul, hrana, de pildă, sînt obiecte parțiale). FREUD stabilește diferite echivalențe și relații între obiectele parțiale, consemnînd însă, de exemplu, faptul că trecerea de la complexul de castrare la complexul Oedip, la femeie, este marcată de înlocuirea dorinței de a posedă un falus cu dorința pentru un bărbat, acest bărbat fiind, de obicei, tatăl; fetișismul, ca manifestare simptomatologică, ar reprezenta, în concepția freudiană, fixația pulsionii sexuale la un obiect parțial, definindu-se ca substitut al falusului mamei. O persoană totală ar putea fi luată drept obiect parțial; K. ABRAHAM consideră că există un raport strîns între evoluția obiectului și a scopurilor libidinale, pe parcursul diverselor stadii psihosexuale.

Din punct de vedere genetic, iubirea parțială pentru obiect este o etapă în constituirea iubirii obiectuale (pentru obiectul total). M. KLEIN pune obiectul parțial în centrul universului fantasmatic al copiilor. După această autoare, dialectica fantasmelor se realizează în jurul unor cupluri cu termeni opuși: obiect „bun”/obiect „rău”, introiecție/proiecție, obiect parțial/obiect total. După K. ABRAHAM, constituirea relației obiectuale nu înseamnă neapărat trecerea de la obiect

parțial la obiectul total; iubirea pentru obiectul parțial presupune un stadiu anterior de încorporare totală a obiectului. La M. KLEIN, obiectul parțial este investit fantasmatic cu trăsăturile unei persoane (persecutor sau binevoitor, securizant etc.).

Relația cu obiectul parțial continuă să aibă loc și după stabilirea relației cu obiectul total. Jaques LACAN piasează obiectul parțial într-o topică a dorinței.

23. OBIECT TOTAL ● Obiectul vizat ca totalitate (persoană, ideal, entitate), pe care subiectul îl alege în cadrul relației obiectuale. Aici intervin mai puțin pulsuniile parțiale, fiind vorba în primul rînd de relațiile Eului față de obiecte. Alegerea obiectuală presupune raportarea persoanei la persoane totale. Obiectul total ar fi (prin opoziție cu obiectul parțial) obiectul iubirii, alegerea sa corespunzînd, în perspectivă genetică, integrării pulsionilor parțiale într-o organizare genitală. Astfel, obiectul total nu poate fi redus la obiectul de satisfacere a pulsionii (→ OBIECT; OBIECT PARȚIAL).

24. OBIECT TRANZIȚIONAL ● Obiect material, cu o anumită valoare pentru copilul mic, în special în momentul adormirii (o baretă pe care o sugă, un colț de cearceaf etc.). Noțiunea aparține lui D. W. WINNICOTT. Autorul consideră alegerea unui astfel de obiect ca fiind un fenomen normal, care permite trecerea de la relația orală cu mama la relația obiectuală propriu-zisă (concepție expusă în „Obiecte tranziționale și fenomene tranziționale”, 1953). Comportamentul care arată relația copilului cu obiectul tranzițional se observă între 4 și 12 luni și constă în faptul că subiectul se atașează de acest obiect (de exemplu, ciucure de lînă, colț de cuvertură), pe care-l strînge lîngă el, eventual îl sugă, în special în momentul adormirii. Obiectul tranzițional reprezintă o parte inseparabilă a copilului; în acest obiect se distinge viitoarea jucărie, deci posesiunea unui lucru care nu mai constituie o parte integrantă a subiectului, fiind un obiect exterior. Așadar, obiectul tranzițional reprezintă o etapă de trecere spre relația obiectuală propriu-zisă. Din punct de vedere libidinal, relația cu obiectul tranzițional implică o activitate de tip oral. WINNICOTT vorbește despre o „creativitate primară” în cadrul primei relații orale (cu sînul matern); copilul tinde (în virtutea trebuinței sau a iubirii sale) să re-creze acest sîn matern. Intervine ulterior „proba realității”, proces prin care subiectul începe să distingă stimulii proveniți din lumea exterioară de stimulii proveniți din interior, astfel încît subiectul nu mai confundă ceea ce percepe cu ceea ce își reprezintă. Relația cu obiectul tranzițional se piasează între timpul primar, strict subiectiv, și timpul al doilea,

în care obiectul vine din exterior și este realizat ca atare. Obiectul tranzițional apare la toți indivizii umani, ca etapă în dezvoltarea „unui câmp neutru de experiență”, fiind, după WINNICOTT, un câmp intermediar, care nu aparține nici realității interne, nici realității exterioare. Obiectul tranzițional poate persista în decursul existenței individului, el prelungindu-se în special în domenii care implică o activitate creativă.

25. OBIECTIVĂ (vezi *obiect*) ● Ontologic : atribut al unui lucru oarecare de a exista în sine, independent de subiect.

● Gnoseologic : proprietate a cunoștințelor adevărate de a fi întemeiate pe anumite structuri și conținuturi de cunoaștere care, deși produse ale conștiinței, au o valabilitate intersubiectivă — fiind constitutive gândirii corecte în genere și având o parțială autonomie față de diversitatea empirică a obiectelor fizice sau a stărilor de conștiință (de exemplu, conceptele și relațiile logico-matematice, legile apodictice ale științelor etc.). În sens kantian, obiective sînt enunțurile universale și necesare, cu valoare de legi sau principii a priori ale rațiunii pure, care fac posibilă în mod transcendentă experiența, nefiind condiționate nici de datul empiric, nici de fluiditatea psihică a subiectului individual.

● Judecată, opinie, apreciere (care depășește îngustimea și particularitatea intereselor individuale, ținînd seama de interesele, considerentele, punctele de vedere generale).

● Din punct de vedere al psihologiei obiective, este considerat obiectiv comportamentul exterior și parametri săi. Metoda obiectivă, în psihologie, folosește observația manifestărilor exterioare, probele de realitate, înregistrarea răspunsurilor și conduitei în situații specifice, precise și la stimuli determinați. Fenomenele și faptele subiective există și ele, în mod obiectiv (aici „obiectiv” nu se referă la natura lor, ci la calitatea lor de a exista).

● În medicină, sînt considerate obiective acele semne care pot fi observate de către medic sau pot fi înregistrate și măsurate prin diverse tehnici. În psihiatrie, semnele obiective continuă să fie încă în inferioritate față de cele subiective ; această situație, ea însăși obiectiv determinată, nu infirmă bazele științifice și eficiența acestei specialități.

26. OBIECTIVĂ — psihologie ● Orientare în domeniul psihologiei care își propune studiul comportamentului exterior și modalitățile indivizilor de a-și modifica reacțiile. După LALANDE (citată de LAFON), psihologia obiectivă este o „știință a comportamentului”, abordînd manifestările exterioare ale individului în aspectele lor psihologice, fără a pătrunde la nivelul motivațiilor profunde ale acestora. Se limitează, așadar, la secvențe reacționale, pe care le descrie și le explică în

funcție de influențele suportate de subiect ; nu acordă importanță laturii motivaționale profunde. Ca metodă, psihologia obiectivă trimite în special la behaviorism.

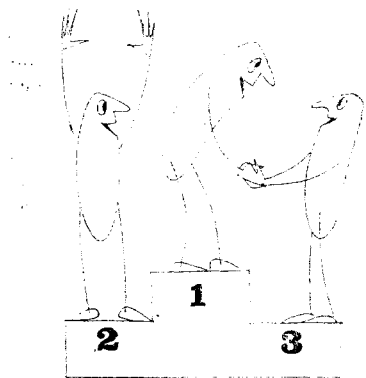
27. OBIECTIVARE ● În filozofia hegeliană, orice transpunere a subiectivității în ceva de natură obiectuală ; întrucît reduce esența umană la conștiința de sine, HEGEL privește orice creație obiectuală ca pe o înstrăinare de sine a spiritului. În concepția lui MARX, noțiunile de obiectivare și de înstrăinare sînt diferite. Obiectivarea este o determinație ontică universală a existenței umane, care se manifestă în procesul muncii ca materializare a facultăților sau capacităților fizice, intelectuale, volitive etc. ale subiectului în produse, în bunuri de consum și de civilizație. Prin obiectivarea esenței sale generice, omul creează o „natură umanizată”, o lume de artefacte și de valori spirituale, făcute să dureze și să evolueze dincolo de fragilitatea și perisabilitatea generațiilor de indivizi, alcătuiind mediul sau „spațiul” de cultură și de civilizație în care se reia, mereu, procesul de umanizare. Înstrăinarea este o modalitate specifică de obiectivare, produsă în anumite condiții istorice determinate (diviziunea socială a muncii, producția de mărfuri, proprietatea privată asupra mijloacelor de producție), cînd creațiile omului tind să se autonomizeze, transformîndu-se în forțe ostile, care își domină creatorul, înrobîndu-l și privîndu-l de sens existențial.

● Din punct de vedere psihologic, manifestările comportamentale și produsele activității sînt fenomene de obiectivare a unor conținuturi psihice-subiective.

28. OBIECTIVISM ● Orientare în epistemologia disciplinelor despre om și societate, care își propune eliminarea din substanța discursului teoretic a oricărui element „subiectiv”, a tot ceea ce exprimă judecăți de valoare, aspirații sau idealuri vizînd o totală dezantropomorfizare și completă dezideologizare a cunoașterii. Este o poziție inconștientă, întrucît postulează legitimitatea unui deziderat irealizabil : înlăturarea oricărui element de angajare axiologică și ideologică duce, în realitate, la un rezultat opus — acceptarea neștirică, adesea, inconștientă, a unor prejudecăți vulgare, acreditate ca „evidențe”, contopind astfel substanța discursului teoretic cu locurile comune și maximele triviale ale „bunului simț” cotropit de cele mai elementare și nereflectate opțiuni ideologice. Pe de altă parte, prin disjuncția radicală între știință și ideologie, între fapt și valoare, poziția obiectivistă scoate de sub autoritatea examenului critic opțiunile axiologice : private total de raționalitate, acestea sînt socotite ca echivalente, întemeindu-se pe satisfacția oarbă a unor facultăți iraționale. În autenticitatea sa, idealul cunoașterii științifice tinde nu spre etanșeitatea

față de sens și valoare postulată de obiectivism, ci spre o cât mai deplină obiectivitate ; în teoria socială, aceasta presupune dezvăluirea și explicarea sensurilor activității umane în contexte determinate istoric, clasificarea intereselor și contradicțiilor sociale și aprecierea lucidă a acestora din punctul de vedere al progresului istoric.

29. **OBIECTIVITATE** ● Proprietate a cunoștințelor de a reflecta în mod adecvat, corect, însușirile, structura și legitățile obiectului cunoscut. Obiectivitatea decurge progresiv din interacțiunea din ce în ce mai variată și complexă între proprietățile obiectului și activitatea cognitivă a subiectului. Obiectivitatea nu poate fi integral dobândită și cert asigurată prin recursul la o instanță primă sau privilegiată a cunoașterii (senzațiile — pentru empirism, evidențele rațiunii — pentru raționalism), în care să fie revelat un obiect „pur”, neafectat niciunm de activitatea subiectului. Dimpotrivă, obiectivitatea se cucerește în mod tendential prin reconstrucție mentală a obiectului, verificată în diferite modalități ; cu cât este mai activă, cu atât mai mult inteligența umană se poate apropia de maxima obiectivitate, eliminând prin reflecție critică efectele deformatoare și antropomorfizante ale reflecției subiective nemijlocite, care este afectată de iluzii senzoriale, erori logice, ambiguități semantice, prezumții neverificate etc. Rezultat al unui proces infinit de adevărate cunoștințelor, obiectivitatea este întotdeauna relativă, sporind odată cu varietatea și complexitatea interacțiunilor controlate metodic dintre obiect și subiectul epistemic.



● Ca atitudine sau proprietate, obiectivitatea există într-o măsură mai mare sau mai mică și depinde esențial de modul în care persoana se cunoaște pe ea însăși. Obiectivitatea se modifică semnificativ în funcție de motivele subiectului

cunoscător, fie că aceste motive sînt conștiente sau nu. Legat de senzație și de percepție, obiectivitatea este influențată de funcționarea analizatorilor. În legătură cu procesele psihice, obiectivitatea este în primul rînd dependentă de motiv și apoi de scop (într-o anumită relație sau situație, individul apreciază ceea ce se întîmplă prin prisma motivelor sale, conform a ceea ce dorește, conștient sau nu, să obțină). Aprecierea obiectivă a realului ține și de adaptarea individului la real, de modul în care reușește să-și satisfacă trebuințele în raport cu realul (de exemplu, o frustrare sau o insatisfacție, o culpabilitate puternic refuzată, pot să provoace deformări atît în aprecierea propriilor conduite, cît și în aprecierea atitudinilor altora).

30. **OBIECTUAL** ● Termen introdus de P. POPESCU-NEVEANU, care desemnează cunoașterea concretă a anumitor lucruri materiale. „Obiectual” se referă la conținutul activității mintale și senzorio-motorii. Procesele psihice (gîndirea, imaginația, percepția) și acțiunile au caracter obiectual în măsura în care ele se referă concret la obiecte concrete.

Spre deosebire de „obiectiv” — concept gno-seologic, referitor la proprietatea cunoștințelor de a reflecta în mod adecvat obiectul dat în conștiință — termenul „obiectual” se referă la existența obiectului ca lucru, independent de reflec-tarea sa într-o conștiință.

31. **OBIECTUALĂ — relație** ● Termen care desemnează, în psihanaliza contemporană, ansamblul relațiilor subiectului cu lumea, relații care se constituie pe parcursul dezvoltării și organizării personalității. La formarea relațiilor obiectuale participă atît modalitățile fantasmatiche de abordare a realului, cît și diferitele mecanisme de apărare. Există tipuri de relații obiectuale referitoare la diversele etape de dezvoltare (de exemplu, relații obiectuale de tip oral, oedipian etc.) sau la psihopatologie (de exemplu, relație obiectuală melancolică). FREUD folosește foarte rar termenul de relație obiectuală, acesta neîntrînd în aparatul conceptual clasic al psihanalizei. Se impune numai după 1930 (prin LAGACHE, BALINT), legat de evoluția ideilor psihanalitice într-o perspectivă în care organismul uman este văzut în interacțiune permanentă cu mediul. „Relația obiectuală” (fr. relation d'objet) se referă la faptul că între subiect și obiectele din jurul său („obiect” în sens psihanalitic) se stabilesc acțiuni reciproce : subiectul (își) percepe, resimte și construiește obiectele, care la rîndul lor acționează asupra persoanei și îi modelează intervențiile. Cadrul de referință pentru raportul dintre teoria freudiană și noțiunea de relație obiectuală l-au reprezentat conceptele de sursă, scop și obiect pulsional. Sursa pulsională este constituită de

zona somatică, în care își are originea excitația sexuală. Obiectul și scopul sînt, în concepția lui FREUD, esențial distincte (deviații ale scopului pulsional: sadismul ; deviații ale obiectului: homosexualitatea). Scopul unei pulsioni depinde de pulsionea parțială în cauză (de exemplu, pulsionea orală declanșează activitatea de încorporare și se leagă de zona bucală) ; chiar dacă pulsionea parțială se poate modifica, modificările (sublimare, deplasare, întoarcere în contrariu) sînt limitate. Obiectul are două modalități principale de funcționare :

- obiect care procură satisfacție și este interșanșabil într-un anumit stadiu (de exemplu, în stadiul oral, orice obiect este considerat incorporabil) ;
- obiect (sau substitut al său) purtător al unor însușiri originale, deci reprezentînd obiectul autentic, considerat ca obiect precis, singurul în stare să provoace o anumită satisfacție.

Cînd FREUD se referă la evoluția vieții pulsionale, distincția sursă-obiect-scop își pierde rigiditatea. Astfel, în stadiul oral, activitatea de încorporare este legată de zona bucală, deci relația obiectuală specifică devine relația de încorporare, dar această relație poate funcționa și ulterior ca prototip (activități impregnate de semnificații orale). În sado-masochism și în voaierism-exhibiționism, modificarea obiectului și modificarea scopului tind să se confunde. În concepția post-freudiană asupra relației obiectuale, în sublimare există, de asemenea, o corelație strînsă între obiect și scop (PONTALIS și LAPLANCHE). Ceea ce devine important este relația și valoarea ei de prototip (de exemplu, relația orală a obiectului este cea în care se păstrează elementele vechi ale încorporării din stadiul oral sau fantasmă ale încorporării). Obiectul se particularizează după tipul de relație (obiect oral, obiect anal). Specificarea relației obiectuale urmează nu numai stadiile dezvoltării libidinale, ci împrumută caracteristici de apărare, după stabilitatea sau slăbiciunea Eului. Relația obiectuală, în accepțiune psihanalitică, nu se referă în mod direct la raporturile reale dintre subiect și mediul său, ci la modul în care fantasmăle modifică, la un subiect anume, percepția realului și la influența modificărilor de percepție asupra acțiunilor subiectului.

M. BOUVET apreciază că în teoria analitică supra-relația obiectuală este considerată deopotrivă ca genetică și dinamică. Genetic, ea leagă starea de maturizare a activității instinctuale și structura Eului. Dinamic, relația obiectuală ar fi o relație energetică, controlată de Eu (energia instinctuală se îndreaptă spre obiecte exterioare).

Regresiunea reprezintă, sub aspect genetic, o întoarcere a subiectului la o fază anterioară de dezvoltare, întoarcere favorizată de fixație ;

o parte din interesele instinctuale rămîne fixată la obiect și la o modalitate veche de satisfacție. Fixația ar fi un fel de oprire în evoluție, care împiedică o relație obiectuală evoluată (de exemplu : în nevroza obsesională, la pubertate, persoana este pusă în fața problemelor activității genitale, întîmpinînd dificultăți care trimit la complexul Oedip ; această etapă a copilăriei s-a șters datorită perioadei de latență ; conflictul acut subzistă, deși dezvoltarea intelectuală își urmează cursul ; astfel, persoana regresează la un stadiu sadic-anal de dezvoltare ; copilul, la vârsta acestui stadiu, și obsesionalul au o structură de personalitate aproape identică).

Astfel, după psihanalisti, debutul nevrozei obsesionale se plasează la pubertate și se explică prin ruptura echilibrului dintre energiile instinctuale și satisfacțiile lor. Conflictul pubertar în nevroza obsesională reactivează complexul Oedip. În fobie, relația obiectuală patologică corespunde unui mod relațional mai evoluat decît în nevroza obsesională pură, implicînd o regresie la stadiul oedipian de evoluție, mai apropiat de starea adultă decît cel sadic-anal ; fobia precede obsesia, persoana se angajează progresiv în regresie. În psihoze, regresia este mult mai profundă.

Modificările patologice ale relației obiectuale sînt cu atît mai ușor de vindecat, cu cît sînt legate de stadii de dezvoltare mai recente genetic (cînd Eu este mai adult). După fazele dezvoltării libidinale, există trei tipuri esențiale de relații obiectuale :

- relație de tip oral (centrul de interes este gura, activitatea predilectă de satisfacere este suptul ; corespunde primelor luni de viață) ;
- relație de tip sadic-anal (al treilea an de viață ; centrul de interes îl constituie manifestările pulsionale în procesul constrîngerilor și formării deprinderilor pentru curățenie) ;
- relație de tip genital (din al treilea an de viață, a doua copilărie prelungindu-se în conflictele prepubertare și pubertare ; interesul copilului se concentrează pe obiectele genitale).

Primele două tipuri sînt relații obiectuale pregenitale și se opun celui de al treilea tip, care constituie relațiile obiectuale genitale. Caracteristicile celor două categorii de relații obiectuale, pregenitale și genitale (după M. BOUVET), sînt :

- Pregenitalii sînt orali sau anali, Eu lor este slab, se manifestă persistența relației obiectuale cu un obiect semnificativ. Pierderea acestei relații este sinonimă cu pierderea obiectului ; de aici se produc dezordini ale Eului, pînă la o simptomatologie de depersonalizare cu tulburări psihotice, subiectul încercînd să păstreze cu orice preț

contactul cu realitatea și folosind, în acest scop, tot felul de apărări (deplasare, simbolizare), numai ca să nu fie privat de relația obiectuală esențială pentru el (de aici termenul de „Eu auxiliar”). Relațiile pregenitalilor cu obiectul sînt foarte strînse, indispensabile, datorită imaturității lor pulsionale. Trebuințele lor instinctuale (fixate și regresate) se manifestă violent, absolutist (la fel emoțiile și dorințele lor). Relațiile lor au caracter arhaic; în cadrul transferului, ei încearcă emoții violente, chiar la cea mai mică manifestare a obiectului; sentimentele lor sînt extremiste, marcate de ambivalență (iubire-ură); investițiile sînt foarte stabile la sadici-anali și par să aibă o mare mobilitate la orali. În relația obiectuală pregenitală subiectul nu ține cont de obiect ca atare (de trebuințele obiectului); obiectul este important numai în măsura în care are funcția de satisfacție în raport cu subiectul; afectivitatea se manifestă posesiv și distructiv, cu dorința de a poseda obiectul în exclusivitate. Această dorință se manifestă ca atare din cauza culpabilității și a anxietății pe care o antrenează. Explicația analitică este următoarea: subiectul încearcă un compromis între satisfacerea trebuinței instinctuale interioare și realitatea exterioară, evitînd un posibil conflict interior între Sine și forțele inhibitoare inconștiente ale Supraeului; acest compromis devine, astfel, sarcina Eului; bolnavul nevrotic își refulează tendințele instinctuale, dizarmonicul impune realității satisfacerea acestor tendințe, bolnavul psihotic le proiectează asupra realității (el nu suportă realitatea, ci o re-crează). Pentru fiecare persoană, lumea exterioară „înseamnă ceea ce individul percepe și simte în funcție de starea sa interioară, ceea ce îl emoționează și îl mișcă în raport cu imaginea, cu viziunea sa”. În această perspectivă, consideră M. BOUVET, nevrozele, perversiunile și psihozele sînt forme patologice ale relației obiectuale (de exemplu, bolnavul nevrotic transformă realitatea într-o lume fantasmatică). Relația obiectuală pregenitală este, după BOUVET, „un dialog străin”; orice realizare adevărată este resimțită ca un pericol grav, intervenind aici și mecanismul proiecției (de exemplu: obsesionalul care dorește inconștient asimilarea și posesiunea exclusivă a obiectului percepe acest obiect ca fiind asemănător cu el, deci amenințînd să-i încalce și să-i distrugă individualitatea). Nevroticul și perversul păstrează o anumită percepție a lumii obiective, dar psihoticul nu reușește acest lucru.

Relația analist-analizat este tot o relație obiectuală, în timpul curei, nevroticul își retrăiește trebuințele, conștientizează instinctele (pe care le supune mecanismelor de apărare) și le acceptă fără angoasă. BOUVET dezvoltă termenul de „distanță” în analiza relațiilor obiectuale. Relația la distanță desemnează abaterile dintre rela-

țiile obiectuale specifice persoanei la un moment dat, așa cum sînt ele trăite în mod conștient, și aceleași relații în condiții de abandonare a de-fensei, deci și a fantasmei care motivează inconștient relația patologică. Această distanță este foarte mare în relația obiectuală pregenitală, în care regresia și fixația pulsioniilor determină o proiecție foarte intensă. Pregenitalii nu sînt conștienți de faptul că întrețin pe lumea raporturi pseudoreale (de exemplu, în Eul obsesional există două sectoare diferite de activitate: unul regresiv, cu activitate arhaică orientată după regula atotputerniciei gîndirii — animismul magic; un altul guvernat de legile gîndirii logice, prin care Eul stabilește relații aparent normale).

În cura analitică (în transfer), la obsesional, apare mecanismul izolării (relațiile obiectuale așa-zise raționale, specifice obsesionalului, nu se leagă de un context afectiv: obsesionalul este fals obiectiv pentru că nu există obiectivitate reală fără o raportare afectivă). Relațiile obiectuale pregenitale sînt marcate de o dependență puternică între Eu și obiectele sale.

● În relațiile obiectuale genitale, Eul are o stabilitate pe care nu o pierde odată cu pierderea obiectului semnificativ; Eul rămîne independent în raporturile sale cu obiectele, pentru că nu se produce o regresie la stadii arhaice de dezvoltare/funcționare.

Sentimentele și emoțiile sînt nuanțate, măsurate în funcție de răspunsul obiectului și de valoarea interioară a subiectului. Investițiile variază ca profunzime; nu există un obiect cu rol de „Eu auxiliar”, deci este posibilă trecerea de la un obiect la altul, afectele neavînd caracter de exclusivitate asupra unui obiect anume.

În cura psihanalitică, există deci diferențe în abordarea pregenitalilor și a genitalilor. Contactul cu pregenitalii este dificil, indirect, rigid. Contactul cu genitalii se stabilește mai ușor, este suplu, stabil, reglat de o anumită măsură (de exemplu, în cazul unei nevroze oedipiene).

32. **OBISNUINȚĂ** ● Ansamblu de răspunsuri sau reacții adaptative la stimuli repetitivi simpli sau complecși. Termenul este utilizat, în psihologie și psihiatrie, cu următoarele sensuri:

- adaptare senzorială;
- dispariția comportamentului de orientare prin mecanismul inhibiției interne, a condiționării negative;
- în același sens cu deprinderea și semnificînd automatizarea activităților;
- dispariția sau atenuarea efectului unui tratament chimioterapic administrat timp îndelungat, prin creșterea pragului de toleranță la drog a organismului (început al stării de toxicomanie).

33. **OBLATIVITATE** (cf. lat. *oblatus* „oferit”, de la *offero* „a oferi”) ● Înclinația de a dăruioferi ceva din sine altcuiva, fără a cere nimic în schimb ; se referă la un dar de natură spirituală sau la o activitatea în favoarea unei persoane (nu este vorba de un dar material), fără a se confunda cu generozitatea.

În sens religios, oblativitatea înseamnă sacrificiu închinat divinității. JUNG vorbește despre oblațiune ca gest la începutul (sau în cadrul) unui ritual, ca act pregătitor al spiritualizării. Prin expresia „oblatio panis”, JUNG se referă la anafură ca pîine sfințită, impregnată deci de valoarea sacrificiului. De asemenea, tămîierea, ca act religios, semnifică ofranda sau oblațiunea parafumurilor, ceea ce simbolizează o transformare a materiei de sacrificiu în sensul unei spiritualizări a corpului fizic ; astfel, fumul ar fi echivalentul corpului sublimat, spiritualizat (JUNG, „Les racines de la conscience”, 1971).

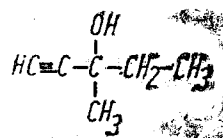
Semnificația psihologică a sacrificiului (ofranda, oblațiunea) constă în a da (a dăru) ceva ce aparține persoanei respective, acest dat fiind strîns legat de persoană și marcat cu amprenta ei (LEVY-BRÜHL, „Participația mistică”), o amprentă irațională, inconștientă ; se stabilește astfel o relație între necunoscutul din om (conținuturile sale inconștiente) și necunoscutul din lucru (orice lucru are o parte ascunsă, neștiută), deci o relație între două elemente necunoscute care se unesc. De aici se naște o identitate om-lucru ; tot ceea ce este lucru și devine lucru personal (îmi aparține, este al meu) suportă mecanismul efectului proiecției conținuturilor inconștiente (... „proiecția operează în tot ceea ce este al meu, fie acesta obiect, lucru, animal sau ființă” — JUNG).

Astfel, lucrurile aparținînd persoanei capătă semnificații multiple, ele nu sînt numai lucruri în sine, ci și simboluri în acest sens ; ceea ce ființa dăruiește din ceea ce este al său reprezintă și un simbol (persoana nefiind însă conștientă de caracterul simbolic al lucrului oferit). Orice ofrandă reprezintă și o revendicare personală, este un „do ut des” ; ca să existe sacrificiul, trebuie abandonată intenția personală din „do ut des”, abandonare care se realizează prin distrugerea totală a obiectului oferit în sacrificiu. O ofrandă nu este în mod real un sacrificiu decît dacă omul devine conștient că, pînă la un punct, se dă el însuși (pe sine) în această ofrandă (se sacrifică acea parte din ființa lui care este identică cu datul/darul oferit). „Atunci cînd eu știu și admit că mă dăruiesc sau mă sacrific eu însumi, fără să doresc/să cer un preț pentru asta, înseamnă că am sacrificat revendicarea personală, adică am sacrificat o parte din mine însumi” (JUNG, „Les racines de la conscience”, 1971).

Astfel, ofranda devine sacrificiu. Fără această conștiință, ofranda are caracter de acțiune magică, în scopul de a cîștiga bunăvoința divină (deci, se supune principiului „do ut des”). Ofranda autentică presupune o pierdere în care să nu existe revendicare egoistă. Puterea de a se sacrifica semnifică psihologic faptul că ființa se posedă pe ea însăși ; a sacrifica propria revendicare presupune a fi conștient de această revendicare. În ultimă analiză, sacrificiul de sine presupune un act prin care elementele inconștiente devin conștiente.

În sens foarte restrîns (după R. LAFON), oblativitatea este definită ca un stadiu al dezvoltării afective, stadiu care urmează pe cel al captivității și care presupune exteriorizarea sentimentelor, a stărilor afective, în sensul oferii acestor stări unei alte persoane.

34. **OBLIVIL^(M)** Italia **OBLIVON^(M)** Elveția — DCI *Metilpentinol* ● Tranchilizante, derivați alkenici de tip β-metil-1-pentin-3-ol, cu acți-



une sedativ-hipnotică și miorezolutivă (prin inhibarea transmisiei ganglionare).

35. **OBLOMOVISM** — sin. sindrom **OBLMOV** ● Sindrom descris de MASCIONI (1957), sub numele personajului principal al romanului lui GONCEAROV, la subiecți cu structură dizarmonică de tip psihastenic, proveniți dintr-un mediu socio-familial cu posibilități materiale deosebite. Ca și eroului lui GONCEAROV, acestor subiecți le sînt caracteristice lenea, apatia, lipsa de voință. Personalități dependente, ele se lasă cu ușurință tutelate de ceilalți, de la care așteaptă permanente îngrijiri. Prezența unor sindroame fobice este destul de frecventă, tematica lor fiind de regulă teama de diferite boli, agora- și tanatofobia. În 1975, W. WERMUTH descria sub numele de sindrom Oblomov dificultatea de a părăsi patul pe care o încearcă matinal bolnavii depresivi.

36. **OBNUBILARE** (cf. lat. *obnubilare* „a se acoperi cu nori, a se întuneca”) ● Tulburare cantitativă de conștiință, mai accentuată decît torpora, caracterizată prin creșterea pragului senzorial, bradipsihie și orientare dificilă sau absentă, în special temporală, însoțite de hipoprosexie și hipomnezie de fixare. Subiectul răspunde vag

la incitații mai puternice, putând fi scos doar pentru o scurtă perioadă din această stare.

Se întâlnește în stările confuzionale acute de origine toxică, febrilă, infecțioasă sau postcomitală.

37. OBNUBILARE DE TREZIRE (fr. *ivresse du sommeil*; germ. *Schlaftrunkenheit*; engl. *sleep drunkenness*) ● Manifestare episodică psihosenzorială nocturnă, care provoacă modificări electroencefalografice, realizând un episod de trezire intensă EEG. Survine frecvent după o trezire brutală, neașteptată, în cursul perioadei de somn lent profund (stadiile III și IV). Subiectul prezintă o stare de obnubilare psihică, cu răspunsuri inadecvate la stimulii externi. Examenul electroencefalografic evidențiază o reacție de trezire intensă de lungă durată (traseu de tip „veghe” cu disociație clinică EEG: somn comportamental fără somn electric). După GASTAUD, KELES, BROUGHTON, obnubilarea de trezire este un fenomen hipnic banal, fără semnificație patologică.

38. OBOSEALĂ ● Stare tranzitorie sau de durată, acută sau cronică, constând în scăderea capacității funcționale a organismului (sau a unui sub-sistem al acestuia), consecutiv depunerii unui efort important (activitate intensă sau de durată), având rol de semnalizare, de protecție și apărare a organismului (împiedică epuizarea excesivă, autointoxicația, fenomenele psihopatologice). Diferită de surmenaj și de astenie, oboseala desemnează acel fenomen fiziologic care semnalează individului scăderea continuă a randamentului în activitate. Modificările locale apărute la nivelul organului solicitat (mușchi, analizatori, sistem nervos) sînt însoțite de o componentă subiectivă, care poate merge de la senzația de slăbiciune generală, de epuizare vag localizată, la sentimente penibile de neputință și dorință intensă de repaos.

Mecanismul de producere constă în epuizarea substanțial-energetică, produsă de o activitate excesivă sau prelungită, corelată cu acumularea de deșeuri cu acțiune toxică, contrabalansate de fenomene de inhibiție ale sistemului nervos central (inhibiție de protecție cu rol de restabilire a homeostaziei).

În psihologia experimentală, ergonomie, medicină etc., cuantificarea diminuării forței vitale sau a pragurilor de fatigabilitate (variabile inter-individual și intraindividual în funcție de biotip, de tipul de activitate desfășurată, de momentul din zi în care este prestată munca, de antrenament etc.) poate fi determinată prin metode directe și indirecte. Astfel, se descriu teste de motricitate, atenție, memorie, rezolvări de probleme, sau se realizează înregistrări ergografice, audiogramme, analize ale oscilațiilor rezultatelor unor activități monotone etc.

FESSARD și LAUGIER au pus în evidență, cu ajutorul dinamografului, un „indice de tenacitate” egal cu timpul limită (circa 45 secunde) în care se poate menține un efort reprezentînd 2/3 din maximumul pe care îl poate atinge subiectul examinat.

Diversi autori disting, în funcție de natura, intensitatea și durata stimulilor incriminați în producerea oboselei, precum și după nivelul la care se manifestă ea, mai multe tipuri de oboseală:

- acută și cronică;
- musculară (periferică) și nervoasă (mentală, intelectuală);
- generalizată sau localizată la nivelul unor grupe musculare sau analizatori (oboseală auditivă, vizuală etc.).

În mod obișnuit, oboseala se concretizează într-o serie de manifestări psihocomportamentale observabile nemijlocit sau mediat:

- diminuarea capacității de concentrare voluntară, hipoprosexie;
- desfășurarea dificilă a actelor automatizate;
- imposibilitatea temporară a formării de noi deprinderi;
- dificultăți de coordonare a diferitelor funcții și procese psihice;
- instalarea treptată a lentorii psihomotorii;
- redundanța de mișcări sau imprecizia lor;
- reducerea acuității senzoriale etc.

În gradele avansate ale oboselei (oboseala cronică), apar simptome psihopatologice ca: astenie, cefalee, alții diverse, tulburări funcționale (amețeli, tahicardie, hiperpnee etc.). Oboseala are un ecou psihologic diferit, existînd persoane care afirmă subiectiv că sînt copleșite de oboseală, fără ca fiziologic să atingă limita obiectivă a oboselei, în timp ce altele se declară apte de noi eforturi, în ciuda înregistrării obiective a oboselei fiziologice. Sentimentul de oboseală (întîrziat uneori prin anestezia musculară datorată unui efort brusc și intens) apare ca o trăire dezagreabilă, penibilă, care tinde să stopeze precoce efortul supraliminar voluntar. La bază stau senzațiile cenestezice difuze și localizate (în mușchi), care pot deveni senzații dureroase, completate subiectiv de o trăire chinuitoare de oboseală. Această trăire îndeplinește un rol important în reglarea activității, în sensul că informează individul asupra unui proces potențial distructiv (de exemplu, leziuni ale urechii interne prin stimulare sonoră intensă și de durată) sau al epuizării resurselor energetice, condiționînd astfel întreruperea stării de activitate sau izolarea de factorii patogeni. În funcție de curba oboselei (descrisă de MOSSO) și de pragurile de fatigabilitate medii și individuale, se stabilesc atît orarele școlare și de muncă (pe tipuri de activități), cît și măsurile de profilaxie

ă bolilor psihice și/sau somatice, cunoscut fiind faptul că oboseala crește vulnerabilitatea individului la boală prin reducerea apărării imunologice a organismului → ASTENIE, FATIGABILITATE, SURMENAJ.

39. **OBREGIA Alexandru** (1860—1937) ● Psihiatru român, ctitorul Spitalului Central de Psihiatrie (în prezent, Spitalul „Dr. Gheorghe Marinescu”) din București. Pregătirea sa ca medic



Alexandru Obregia

și psihiatru se leagă de nume celebre ale medicinei și psihiatriei universale: VIRCHOW, MUNK, WESTPHALL, CHARCOT, MAGNAN, BALL. Întors în țară este numit profesor de histologie (1892) al Facultății de Medicină din București și director al Ospiciului Mărcuța (1893), iar din 1899 director general al Serviciului Sanitar al țării, calitate în care va reuși construcția a două instituții psihiatrice de referință: Spitalul Socola din Iași (1905) și Spitalul Central din București (1923).

Începând cu anul 1910 devine titular al catedrei de psihiatrie, post pe care îl va ocupa timp de 24 de ani (1934), aducându-și o contribuție de seamă și în organizarea predării psihiatriei în țara noastră.

Sintetizând activitatea lui Alexandru OBREGIA, Paul CORTEZ spunea (1975): „Alexandru OBREGIA a fost un remarcabil om de știință și pedagog

în domeniul histologiei și al psihiatriei. Ca organizator sanitar a inițiat înființarea a 32 de spitale rurale și a celor două mari spitale de psihiatrie din țară (menționate mai sus). A fost primul din lume care a preconizat și practicat pe scară largă puncția suboccipitală și a făcut temeinice studii anatomopatologice și clinice în sifilisul nervos (sindromul obsesiei dentare, ticul pastilei care-l poartă numele — din paralizia generală progresivă), pelagră, alcoolism. A sistematizat cadrul nosografic al ciclofreniilor. S-a afirmat și că un precursor al școlii românești de endocrinologie. Era convins că la baza suferinței psihice stau unele modificări biologice sau biochimice survenite la diverse niveluri ale sistemului nervos central, fiind însă în egală măsură pătruns de însemnătatea influenței mediului economico-social. Profund cunoscător al stărilor de lucruri ale epocii, a dat un semnal de alarmă în legătură cu neajunsurile pe plan sanitar și a militat pentru o psihiatrie socială. Timp de 41 de ani (1893—1934) a condus serviciul de psihiatrie și clinica de boli mintale din București”.

Alexandru OBREGIA a reprezentat o puternică personalitate a psihiatriei românești, îmbinând calități deosebite de clinician, dascăl și organizator; numele lui se leagă de dezvoltarea psihiatriei românești în prima jumătate a secolului al XX-lea.

40. **OBSCENE** — apeluri telefonice (cf. lat. *obscenus* „de rău augur, urât, indecent”) ● Perversiune sexuală „modernă” de tip exhibiționist, prin care se vizează obținerea excitației erotice prin transmiterea unui mesaj telefonic cu caracter obscen. În perioada care precede chemarea telefonică obscenă, tensiunea și excitația sexuală a subiectului crește, atingând intensități preaproxistice în timp ce telefonul sună. Interlocutorul „țintă” al acestui tip de pervers este cel mai adesea o persoană necunoscută. Mesajul telefonic poate fi însoțit de masturbare, continuată pînă la obținerea orgasmului, chiar și ulterior întreruperii convorbirii de către cel sunat.

41. **OBSERVANȚĂ** (cf. fr. *observance* „păstrarea regulilor stabilite”) ● Termen propus de SPRIET și SIMON (1978) pentru a descrie aderența (sau lipsa acesteia — nonobservanța) pacientului la tratamentele prescrise.

Observanța se manifestă în raport direct cu gravitatea bolii, mai corect spus cu felul în care aceasta este resimțită de subiect, cu atitudinea încurajatoare și prietenoasă a medicului și cu talentul acestuia de a comunica. În mod negativ, deci accentuând nonobservanța, acționează complexitatea tratamentului, durata acestuia, numărul de medicamente, așteptarea îndelungată a medicului, sexul feminin. Astfel, femeile nu respectă, după Y. MATILLON, indicațiile terapeutice decât

în 5% din cazuri, spre deosebire de bărbați, la care observația ajunge pînă la 35%. Media respectării stricte a prescripțiilor nu atinge, în cele mai fericite cazuri, decît 1/5 din situații. Abaterile cele mai frecvente sînt nerespectarea dozelor, a orelor de administrare, adăugarea de alte prescripții. Un studiu făcut de DREISER arată că, în cazul schimbării medicului curant, respectarea rețetelor scade cu 19% față de situația anterioară.

În psihiatrie, observația are, în cazul terapilor de lungă durată, o importanță majoră (litiu, NL). Apariția medicației cu acțiune prelungită a îmbunătățit simțitor acest indice.

42. OBSERVAȚIE (cf. lat. *observatio* „observare”) ● Procedeu de cunoaștere științifică, menit să ducă la descoperirea proprietăților manifestate ale obiectului studiat. Spre deosebire de urmărirea nesistematică a unor aparente captivante, observația științifică este o contemplare metodică a unui fenomen sau proces, orientată intențional de anumite ipoteze explicative. Întim asociată cu experimentul, observația încearcă să constate evoluția naturală a faptelor, cît mai puțin perturbate de intervenția subiectului, în vreme ce experimentul este observarea unor evenimente provocate și controlate de subiect, în care acesta modifică condițiile desfășurării fenomenului studiat.

● În psihologie, psihopedagogie și psihiatrie — metodă de „studiu complet al valorii funcționale a comportamentului și conduitei unei ființe umane, ținînd seama de elementele constitutive și de personalitatea dinamică în totalitatea sa și în me-

diul său” (P. LAFON) ; „Activitate perceptivă autoreglată și conștientizată” (P. POPESCU-NEVEANU).

Este utilizată în examenele psihotehnice, vizînd comportamentul în cursul execuției testelor, în cursul activităților provocate (care nu servesc decît la punerea în evidență a comportamentelor naturale), în metoda clinică (unde se face apel mai mult la conversație sau interogatorii mai mult sau mai puțin sistematizate, fără intervenția metodei experimentale).

După mijloacele folosite, observația se poate face prin :

- anchetă ;
- observare psihologică directă sau indirectă ;
- analize biologice sau statistice.

În funcție de loc, observația poate fi realizată:

- în mediu deschis ;
- în mediu specific (familiar, profesional, școlar) ;
- în instituții specializate (spitale, centre de reeducare etc.).

cu ajutorul observației se obțin informații privind :

- interrelația organism-mediu ;
- schimbările și schimburile determinate de relația organism-mediu ;
- conduita exterioară, comunicarea ;
- experiența trăită ;
- modificări somatice obiective ;
- produsele activității.

În psihologie, observația pune problema semnificațiilor subiective ale comportamentului exterior iar în pedagogie este o metodă ce constă în punerea elevului în contact direct cu obiectul cunoașterii.

În psihiatrie, observația constituie, alături de examenul psihiatric, un element de bază pentru diagnostic.

Autoobservația și introspecția sînt cazuri particulare ale observației.

43. OBSESIE (cf. lat. *obsessio* „asediere”) ● Idee care se impune gîndirii, o asediază și o invadează puternic și neplăcut, subiectul neputîndu-i-se opune ; pot fi uneori idei multiple, străine și contradictorii în raport cu personalitatea individului. Efortul voluntar al acestuia pentru îndepărtarea ideii obsesive, cu conținut adesea absurd și chiar obscen, este permanent, dar fără rezultat pozitiv, ceea ce conferă stării afective a subiectului o gradă variabilă, de la penibil pînă la anxietate intensă. După cum se exprimă PUJOT și SAVY, subiectul se simte vinovat, rușinat, sau se teme de efectele obsesiei sale, fapt care explică în parte scrupulele, meticulozitatea sa etc. Comportamentele ritualizate se încadrează în lupta împotriva obsesiei și a angoasei generate de aceasta. Evitarea sau diminuarea anxietății se poate realiza prin



intermediul actului compulsiv, care este o asociere elaborată între apărare și pulsione, cea din urmă fiind „rationalizată” și deci „neutralizată” ca pericol.

În viziunea psihanalizatorilor, mecanismul de producere a obsesiei recunoaște existența unui conflict între Eu și reprezentările incompatibile, declanșându-se un mecanism de apărare cu rolul de a domina aceste reprezentări, separându-le de afectul cu care sînt asociate. Reprezentările sînt astfel izolate, dar afectul se deplasează pe alte reprezentări care devin obsesii. După FREUD, reprezentările incompatibile sînt de natură sexuală și se leagă de evenimente sexuale reale sau fantasmatiche. Orice eveniment care trezește amintirea evenimentului sexual inițial provoacă o excitație sexuală generatoare de frică, determinînd refuzarea. După BOUVET, mecanismele obsesive tind să păstreze o relație obiectuală pregenitală, în special cu mama. Gîndirea obsesivă are drept caracteristice : infiltrarea elementelor relaționale și de gîndire magică în gîndirea logică, îndoiala, ruminanța mintală, erotizarea și caracterul compulsiv. Punctul de plecare în elaborarea simptomelor obsesive ar fi, după FREUD, ca și în isterie, apărarea împotriva exigențelor libidinale din complexul Oedip, la care se adaugă apoi „un factor constituțional” ce modifică configurația simptomatică. Organizarea genitală a libidoului fiind puțin rezistentă, are loc o regresie de la faza falică la stadiul sadic-anal. Drept urmare, organizarea pulsională își preia caracterul sadic mascat de ambivalență. Scrupulele, mila, curățenia sînt aspectele unor formațiuni reactive dezvoltate în perioada de latență, sub direcția Supraeului, devenit sever și brutal. Aceste formațiuni reactive constituie modul de apărare, constînd în adoptarea unor atitudini rigide, contrapulsionale.

Dacă obsesiile pot apărea în mod izolat și la individul normal, iar la copil modul de gîndire magic este prezent în primii ani ai dezvoltării sale, în psihopatologie ele sînt, cel mai frecvent, markerii nevrozei obsesivo-fobice, dar și ai altor afecțiuni (debutul schizofreniei, depresia melancolică). Caracterul specific al ideii obsesive se desprinde prin eliminarea altor tulburări ale gîndirii :

- ideea delirantă (pe care subiectul o susține cu convingere și nu-i recunoaște caracterul patologic) ;
- ideea fixă (neacompaniată de anxietate) ;
- ideea prevalentă (în concordanță cu personalitatea subiectului, care nu-i recunoaște însă caracterul patologic) ;
- ideea dominantă (are caracter tranzitoriu) ;
- fenomenul de influență exterioară (obsesia este recunoscută ca „internă”, cu origine în personalitatea subiectului) ;

- fobia (anxietatea este legată de un obiect exterior și conduitele de evitare o fac să dispară).

În semiologia psihiatrică, sînt descrise, după conținutul lor, următoarele forme de idei obsesive :

- îndoieli obsesive (verificări permanente ale unor acțiuni sau construcții ideative) ;
- scrupule obsedante (asedierea gîndirii de posibilele erori pe care subiectul le-ar putea comite sau le-ar putea evita) ;
- idei de contrast (conținutul contravine cu sistemul etic, valoric, comportamental sau cu sentimentele subiectului) ;
- „maniile mintale” (legate de operații aritmetice — aritmomania ; de nume sau cuvinte fără utilitate imediată — onomatomania ; de o falsă și irezolvabilă problematică, cu întrebări obsesive — arguțiile obsesive) ;
- amintiri și reprezentări obsesive (conținut penibil pentru subiect, dar dezactualizate) ;
- impulsuni obsesive (porniri puternice în executarea unor acte ridicole și fără sens, absurde, fără trecerea la act, ceea ce generează o stare de tensiune insuportabilă, teren fertil pentru geneza ritualurilor).

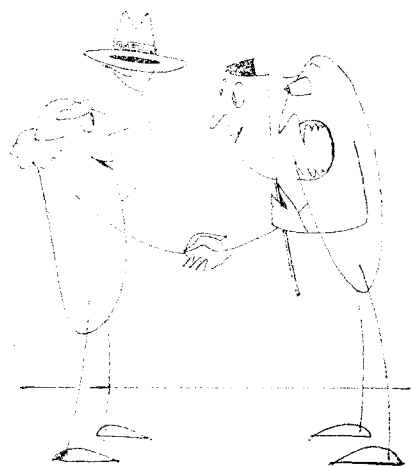
14. OBSESIVO-COMPULSIVĂ — nevroză (cf. lat. *obsidere* „a asedia” ; *compellere* „a constrînge”)

● Psihogenie care apare cu o frecvență deosebită pe fondul unei personalități premorbide particulare, în care obsesiile, compulsivunile și ritualurile însoțite de anxietate alcătuiesc un tablou specific, în absența oricărei alte afecțiuni psihiatrice permanente. Corespunde în mare parte cu ceea ce JANET a numit PSIHASTENIE (→), definirea și descrierea ei fiind rodul aproape plener al psihiatriei franceze. PINEL este primul care clasează cazurile de nevroză obsesivă drept „nebulii raționale”, deși ESQUIROL o descrie pentru prima dată în 1838, iar FALRET introduce termenul în literatura de specialitate (1866). JANET exclude procesul degenerării, care i-a fost multă vreme atribuită și îi conferă un statut nou, înglobînd-o în psihastenie. Școala germană descrie sindromul obsesiv-compulsiv în cadrul personalității „anancaste” și de abia între 1894—1927, FREUD delimitează conceptul de nevroză obsesivă în cadrul patologiei de tip obsesiv.

Prevalența acestei forme de nevroză este mică : 0,5—1% în populația generală, reprezentînd 1% din internări și 1—3% din morbiditatea psihiatrică, fiind egal distribuită pe sexe.

În ceea ce privește etiopatogenia, zona „caldă” a discuțiilor contradictorii se află la interferența determinismului celor doi factori : psihotrauma și terenul (care în mod paradoxal nu este reprezentat întotdeauna de o personalitate anancastă,

ci mai degrabă de trăsături accentuate), fiind implicate și alte circumstanțe favorizante : lăuzie, anemie, traumatisme, surmenaj. Psihogeneza rămâne încă un mister, deși se cunosc astăzi factorii patogeni care conduc la constituirea nevrozei



obsesivo-compulsive (traumele psihice favorizează generarea unor tensiuni intrapsihice, din care rezultă stări de încordare, anxietate și perturbări ale dinamicii proceselor cerebrale).

Dintre teoriile etiopatogenice pot fi amintite :

- Teoria lui PAVLOV (focare corticale izolate, de excitație internă patologică).
- Teoria psihanalitică a lui FREUD, care implică regresia personalității în dezvoltare (1908), prin influența negativă exercitată de conflictele dintre părinți asupra copilului aflat la vârsta învățării controlului sfincterelor. În concepția lui FREUD, în această nevroză s-ar oblini o regresie la stadiul pregenital oral sau la cel sadic-anal, individul neputînd rezolva conflictul născut din opoziția tendințelor pulsionale cu instanțele superioare. Drept urmare, în nevroză obsesivă conflictul se agravează în două direcții, care explică atît sentimentele de culpabilitate, cît și nevoia de pedeapsă : instanța care apără devine tot mai intolerantă, iar forțele mobilizate de către apărare sînt tot mai insuportabile.

Fiind încadrată în nevroză de transfer, nevroză obsesivo-fobică se caracterizează, ca și aceasta, prin existența conflictului intrapsihic, libidoul fiind deplasat pe alte obiecte decît cele implicate în conflictul causal. Organizarea pulsională își reia caracterul sadic, mascat de ambivalență. Scrupulele, curățenia, mila sînt formele unor formații reactive dezvoltate în perioada de laten-

tă, sub direcția Supraeului, sever, dur, aceste formații avînd rol de apărare împotriva puișurilor.

ADLER consideră nevroză obsesivo-compulsivă o fugă de realitate și transpunerea luptei (determinată de necesitatea rezolvării unor probleme fundamentale de viață) pe un plan abrea. BRĂU-TIGAM implică și ei, în apariția nevrozei obsesivo-fobice, tulburările din definierea personalității, subliniind că „munca obsesională” împreună cu cenzura puternică a subiectului sînt rezultatul autorității parentale exercitate în primii trei ani de viață ai copilului (faza anală). Problematicele unei structuri obsesionale a personalității a preocupat psihanaliza îndeosebi pentru studiul bolnavilor cu nevroză obsesivo-fobică, stabilindu-se unele criterii definitorii :

- trăsături manifestînd viața obsesională (se remarcă elementele caracterului anal : meticulozitate, ordine, avaricie, încăpăținare ; ambivalența se reflectă în îndoieli și caracterul obsesiv al compulsiilor) ;
- trăsături legate de mecanismele de apărare (izolare, deplasare, anulare retroactivă, verificări compulsive manifestate prin nevoia de ordine, programare, manii, ritualuri) ;
- trăsături legate de relația obiectuală (procesul obsesiv organizează relația pregenitală).
- *Tabloul clinic* al nevrozei obsesive este dominat de obsesii (→). Actele compulsive reprezintă în sfera acțiunii echivalentul obsesiei din sfera gîndirii, fapt pentru care literatura de limbă engleză folosește frecvent termenul de nevroză obsesiv-compulsivă (pentru care optăm).
- *Diagnosticul pozitiv* se face în prezența elementelor definitorii ale nevrozei în general și elementelor definitorii ale sistemului obsesiv-personalitate premorbidă :
 - Obsesii : obsesii ideative, amintiri și reprezentări obsesive, obsesii impulsive (asediază gîndirea, se opun conștiinței, care este în dezacord cu ele, sînt străine și contradictorii situației și personalității subiectului, care le recunoaște caracterul patologic și luptă cu ele, de obicei fără succes) ; pot determina, fie reprezentări figurative, senzorial-plactice, cu aspect de reproducții eidetice cu caracter obsesiv, fie pot îndemna subiectul la acte particulare, iraționale, neacceptate de conștiință, ridicole.
 - Sisteme de apărare :
 - compulsiile : încărcare emoțională, anxietate cu care subiectul se opune desfășurării și manifestărilor obsesiilor impulsive, cu consecințe neplăcute pentru subiecte ; tematica poate fi religioasă, morală, puritate și protecție corporală, protecție împotriva pericolelor exterioare,

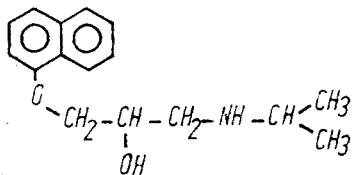
- re, ordine și simetrie, precizie și complexitate, scurgerea timpului ;
- ritualuri : acte mai complexe, realizînd adevărate sisteme de apărare, constînd dintr-o serie de acțiuni îndreptate împotriva conținutului obsesiv, de aspect voluntar, care se succed obligatoriu într-o anumită ordine bine definită, fiind însoțite de o mare anxietate, atenuată însă după îndeplinirea acestora ; de exemplu : ablutomania, ritualuri de verificare, privirea în spate, butonare-rebutonare a hainei de un anumit număr de ori, aritmomania, onomatomania etc. ;
 - Anxietatea : însoțește și dinamizează nucleul acestui tip de nevroză (obsesie + compulsie/ritual).
 - Personalitatea premorbidă : subiectul are o grijă constantă pentru ordine și curățenie, însoțită de o mare meticulozitate, punctualitate riguroasă și perfecționism. Are o atitudine scrupuloasă față de obligații, simțul datoriei, simțul economiei, care poate să meargă pînă la meschinărie și avariție. Plăcerea pentru colecționare îl conduce adesea la stocare (colecții diferite, provizii). Sînt subiecți puțin influențabili, încăpăținați, autoritari, merg pînă la pedanterie în a căuta un cuvînt exact, sînt reci, seci, au tendința de intelectualizare și nu se lasă pradă investițiilor afective, care i-ar face să sufere. Viața lor psihică pare compartimentată într-un amestec de amintiri, sentimente și reprezentări.
 - Electroencefalograma : bufee paroxistice și complexe, vîrf-undă degradate, unde beta rîndice (descrise de unii autori, fără a fi interpretate) ; examenele paraclinice (EKG, examenul radiologic, investigațiile de laborator) sînt negative.
 - Confirmarea, în final, a uneia din formele clinice cunoscute, care pot fi :
 - după intensitatea simptomatologiei : forme ușoare, grave, paucisimptomatice, „criza” obsesivă ;
 - după evoluție : forme cronice, episodice, forma mixtă (nevroza obsesivo-fobică).
 - **Diagnosticul diferențial se face cu :**
 - obsesiile simple — limitate și precise, sînt tranzitorii ; diminuează atît intensitatea cît și mecanismele de apărare cînd situația generatoare este îndepărtată ;
 - obsesiile în cadrul unui comportament normal, — apar în timpul ocupațiilor specifice la savanți, artiști, favorizînd creația ;
 - alte nevroze — prin elementele definitorii specifice fiecărui tip de nevroză în parte : o atenție deosebită necesită nevroza fobică ;
 - decompensările de intensitate nevrotică la personalității dizarmonice de tip psihastenic — diagnostic diferențial mai dificil de efectuat, fiind necesar a se avea în vedere elementele definitorii ale dizarmoniei și legătura mai puțin evidentă cu factorul psihogen ;
 - psihoze — schizofrenia (debut), prin prezența elementelor disociative și caracterul atipic al obsesiilor ; cu psihoza maniaco-depresivă, forma unipolară, depresivă prin antecedente, ciclicitate, monotonia obsesiilor și concordanța lor cu tonusul afectiv ;
 - tulburări psihice din boli cu etiologie organică :
 - paralizia generală progresivă, prin examenul neurologic, serologic, antecedente etc. ;
 - arterioscleroză, prin vîrstă, tensiune arterială, examenul fundului de ochi, electroencefalograma, tulburări mnemice ;
 - epilepsie (intercritic) — mai ales cea temporală, prin electroencefalogramă (traseu caracteristic), amnezia lacunară, impulsivitate ;
 - encefalită, scleroză multiplă — apar episodice/permanente semne neurologice caracteristice.
- Majoritatea formelor de nevroză au o evoluție cronică, cu variații în timp și un grad mare de polimorfism în tabloul clinic. Simptomatologia obsesională este, nu rareori, invalidantă, prin amînări permanente ale trecerii la acțiune și izolarea care caracterizează această personalitate nevrotică, prin tendințele agresive care se manifestă uneori față de ceilalți sau chiar față de sine (BRÄUTIGAM).
- R. PUJOL și A. SAVY s-au ocupat de aspectele evolutive ale nevrozei obsesive, prezentate în 1968 în raportul despre „Devenirea obsedatului”. Cele șapte forme clinice pe care le-au descris sînt :
- forme clasice — cu debut în adolescență, simptomatologia obsesivă se instalează sub o formă permanentă, suferă variații, dar nu dispăre niciodată complet ; adaptarea socio-profesională este posibilă, dar adesea perturbată (1/3 din cazuri) ;
 - forme maligne — se agravează progresiv, duc la invaliditate socială completă, cu potențial schizofrenogen (2—13%) ;
 - forme cu remisuni durabile — cu bună adaptare socială ;
 - forme intermitente — au interval liber bine precizat ;
 - forme cu debut tardiv — rare, debut după 50 de ani ;

- forme cu episoade psihotice în evoluție :
 - sindroame confuzionale trecătoare ;
 - episoade depresive scurte/durabile ;
 - episoade schizofrenice, scurte/durabile (la subiecții la care simptomatologia obsesivă se asociază cu o componentă psihastenică clară) ;
- în alte cazuri, subiectul debutează în psihopatologie cu un episod psihotic, căruia îi urmează un sindrom obsesiv, cvasivindecarea psihozei permițând pentru un timp o oarecare adaptare socială.

● **Tratatul curativ** este deosebit de dificil, urmărindu-se, în măsura posibilului, menținerea inserției socio-profesionale a subiectului.

Ca posibilități terapeutice, psihanaliza se lovește de obstacole ce apar în timpul curei, psihoterapiile se inspiră în majoritatea lor din teoria psihanalitică, iar chimioterapia intervine în unele etape evolutive, în special în decompensările depresive (antidepresivele pot fi eficiente) și este indispensabilă în episoadele psihotice. Unii autori recomandă psihochirurgia pentru formele care, prin evoluția lor, atrag o invaliditate gravă.

45. **OBSIDAN^(M)** RDG — 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**.

46. **OBSTRUCȚIE** (cf. lat. *obstruere* „a închide, a bara”) ● **Oprirea bruscă** (prin violență externă sau **obstacol intern**) a desfășurării unei acțiuni.

În psihiatrie, termenul este sinonim cu simptomul de **blocaj ideativ** — tulburare a fluenței gândirii, obiectivabilă în întreruperea de scurtă durată a fluxului verbal. Este semn patognomic în schizofrenie (**BLEULER**), dar poate apărea și în psihoza depresivă. Se poate datora fenomenelor halucinatorii, fenomenelor xenopatice sau unor cauze necunoscute.

47. **OB-TITE^(M)** SUA — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen, de tip (+)-3, 4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse ; indicat în astenie, tulburări ale presenilității, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară

curei NL, tulburări de dinamică sexuală ; este contraindicat în stările de excitație psihomotorie, anxietate, sarcină, comițialitate.

48. **OBTUZIE** (cf. lat. *obtusio* „tocire, slăbire”) ● Tulburare cantitativă de intensitate minimă a conștiinței, constând în creșterea ușoară a pragurilor senzoriale, cu diminuarea consecutivă a acuității percepțiilor. Claritatea cîmpului conștiinței (EY) este ușor afectată. diferențierea stimulilor perceptivi fiind realizată mai lent, fapt exteriorizat clinic prin întârzierea răspunsurilor subiectului la întrebări și integrare ceva mai lentă în situație. Este caracterizată de un grad mare de variabilitate. Apare în stadiile prodromale ale stărilor confuzionale, indiferent de etiologie, în stări de epuizare. A. POROT (1934) o identifică cu obnubilarea.

49. **OCAZIONALISM-OCAZIE** (cf. lat. *occasio* „cazie”) ● Concepție idealist-teologică, creată în secolul al XVII-lea de discipolii lui DESCARTES, potrivit căreia modificările corpului, respectiv ale sufletului, reprezintă doar „cauza ocazională” a modificărilor celor două substanțe una față de cealaltă, intervenția lui Dumnezeu fiind cauza adevărată a acestor modificări. În felul acesta era rezolvată problema interacțiunii dintre corp și suflet, concepute ca substanțe independente.

Mai târziu, MALEBRANCHE, a redus orice interacțiune causală la o intervenție directă a divinității ; respectiv, orice eveniment are, în viziunea sa, drept cauză reală, nemijlocită, voința divinității, cauzele naturale nefiind decât „cazia” intervenției acesteia.

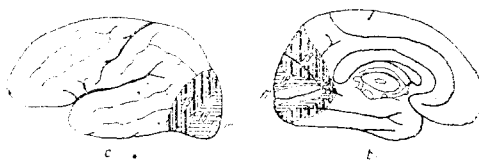
50. **OCCAM William** (1280—1349) ● Filozof și teolog englez, reprezentant al nominalismului, exponent ideologic al păturilor orașenești. Delimitînd domeniul cunoașterii de cel al credinței, a încercat scoaterea științei și filozofiei de sub tutela teologiei.

Principiul „simplicității” („briul lui OCCAM”) a fost îndreptat în special împotriva entităților metafizice și scolastice. Demonstrînd inconsistența abstracțiilor scolastice, a subliniat rolul experienței în cunoaștere.

Opere principale : „*Quod libeta septem*” (postum, 1491); „*Philosophia naturalis*” (postum, 1637); „*Summa totius logicae*” (postum, 1665).

51. **OCCIPITAL — lob** (cf. lat. *occipitium* „ceafă”) ● Localizați la polii posteriori ai emisferelor cerebrale, lobi occipitali sînt în primul rînd, dar nu exclusiv, implicați în percepția vizuală, la acest nivel realizîndu-se proiecția corticală a analizatorului vizual, transformarea radiațiilor luminoase în senzații subiective. Leziunile localizate la acest nivel determină afectarea vederii în cîmpurile

vizuale specifice, în funcție de localizarea leziunii. Lezarea bilaterală a ariei 17 (aria de proiecție corticală primară vizuală) produce cecitatea corticală. Bolnavul nu este conștient de boală, datorită lipsei posibilităților de comparație în percep-



61 — CIMPURILE ARIELOR UNILE ALE LOBULUI OCCIPITAL

peria vizuală. Leziunile unilaterale la acest nivel determină hemianopsia omonimă (contralateral în raport cu localizarea focarului distructiv). Se conservă frecvent vederea maculară. În cazul leziunilor limitate la ariile 18 și 19 (arii de asociație), apare agnozia vizuală (cecitate psihică), în cadrul căreia bolnavul nu poate identifica obiectele, vede, dar nu știe ce vede.

Tumorile cerebrale cu localizare în lobii occipitali au frecvență mică în raport cu alte localizări, semnele precoce fiind legate de sindromul de hipertensiune intracraniană (cefalee supraorbitaie, vărsături, stază papilară). Simptomatologia psihiatrică are o deosebită valoare diagnostică. Este caracteristică amnezia de fixare asociată de confabulație. Percepția este alterată de halucinații vizuale, elementare sau complexe, al căror caracter patologic este uneori recunoscut de bolnav (halucinoze). În sfera motricității, se semnalează tulburări de echilibru, de regulă nesistemizate, determinate de eventuale compresiuni cerebeloase. Uneori, tulburările perceptuale de tip halucinator (PREDESCU) au un caracter repetitiv, stereotip și sînt urmate de o criză convulsivantă generalizată.

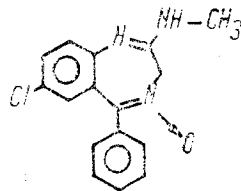
52. OCCIPITAL^(S) sindrom ● Sindrom determinat de leziuni de etiologie diferită (traumatică, inflamatorie, vasculară, tumorală) la nivelul lobului occipital.

Clinic se constată :

- hemianopsie contralaterală omonimă ;
- cecitate corticală, agnozie vizuală spațială pentru obiecte și pentru cuvîntul scris ;
- halucinații vizuale mai frecvent elementare, rar complexe (persoane, obiecte), bolnavul fiind convins de realitatea lor ;
- metamorfopsii ;
- paralizia psihică a privirii (constînd într-o fixare a privirii într-o anumită direcție) ;
- amnezia de fixare ;
- senzația de accelerație sau încetinire a timpului și mișcărilor.

53. OCHLOFOBIE^(F) (cf. gr. *ochlos* „mulțime” *phobos* „frică”) ● Teamă nejustificată de aglomerație, de mulțime, ca formă a antropofobiei. Este înțilnită în tabloul clinic al nevrozei obsesivo-fobice, psihasteniei, schizofreniei, psihozei de evoluție.

54. O.C.M.^(F) 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 răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON^(M).

55. OCOPATIE (cf. gr. *ochos* „vehicul” ; *pathos* „încercare, suferință”) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ KINETOZĂ.

56. OCTOPAMINĂ ● Amină rezultată din transformarea tiraminei, sub acțiunea dopamin-beta-hidroxilazei, la nivelul terminațiilor nervoase, unde acționează ca „fals mediator” stocat în locul noradrenalinei, în granulele presinaptice. Tiramina, substanță cu efecte simpaticomimetice, este un produs al metabolismului tirozinei în organism, dar se află ca atare și în alimentele fermentate, ca unele brînzeturi, vinuri etc. Ingerată ca atare, este metabolizată sub acțiunea monoaminoxidazei digestive și nu are efecte clinice. Administrată însă parenteral, are o acțiune simpaticomimetică indirectă, eliberînd catecolaminele din granulele de stocare. IMAO utilizați ca antidepressivi (Pargilin) au acțiune inhibitorie asupra monoaminoxidazei digestive, permițînd accesul liber al tiraminei alimentare în circulația sistemică și transformarea ei în octopamină. Deși efectul presor este de numai 1/100 din cel al noradrenalinei, ingestia unor cantități mari de tiramină alimentară concomitent cu utilizarea de IMAO poate determina „reacția la brînză”. Aceasta se manifestă prin crize hipertensive determinate de eliberarea din granule a unor cantități mari de noradrenalină circulantă, provenită prin înlocuirea noradrenalinei din terminațiile nervoase cu octopamina formată la acest nivel.

Depistarea octopaminei în plachetele sanguine —marker periferic pentru activitatea monoami-

nelor, — sugerează, după MURPHY, cât și după SÎRBU, implicarea octopaminei în producerea stărilor depresive.

57. **OCULO-** (cf. lat. *oculus* „ochi”) ● Element de compunere care introduce referirea la ochi.

58. **OCULO-BUCO-GENITAL** ⁽⁵⁾ sindrom (cf. *oculo-*; lat. *bucca* „gură”; *genitalis* „care dă naștere”) — sin. ADAMANNAIDIS-BEHÇET⁽⁵⁾ sindrom; AFTOZĂ BEHÇET; GILBERT-BEHÇET⁽⁵⁾ sindrom; MARE AFTOZĂ TOURAINS; TRIPLU SINDROM BEHÇET⁽⁵⁾ → BEHÇET⁽⁵⁾ sindrom.

59. **OCULO-CEREBRO-RENAL FANCONI** ⁽⁵⁾ sindrom (cf. *oculo-*; lat. *cerebrum* „creier”; *ren* „rinichi”) — sin. LOWE-BICKEL⁽⁵⁾ sindrom; LOWE-TERREY-Mc LACHLAN⁽⁵⁾ sindrom → LOWE⁽⁵⁾ sindrom.

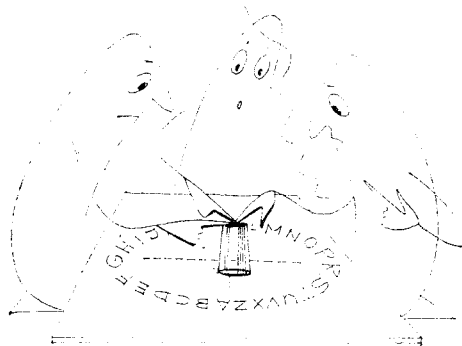
60. **OCULOSTATIC** ⁽⁵⁾ sindrom (cf. *oculo-*; gr. *statikos* „referitor la echilibru”) ● Grupare de semne vestibulare, descrise de M. GUREVICI (1938), constind în modificarea poziției subiectului și mișcarea globilor oculari. Astfel, la convergența privirii și la orientarea acestora în sus se produce căderea sau dezechilibrarea spre spate. La mișcarea laterală a ochilor, căderea corpului se face spre partea respectivă. La acestea se adaugă ameteții, dureri oculare, lăcrimare, care evoluează în accese repetate durind câteva minute.

Este caracteristic pentru agresiunile craniocerebrale de orice natură, apărind cu mare precocitate. MARGULIS (1940) l-a descris și în encefalitele cu punct de plecare vestibular.

61. **OCULTISM** (cf. lat. *occultus* „secret, ascuns”) — sin. ESOTERISM ● Ansamblu de concepții și practici superstițioase fundamentate pe credința în existența unor lucruri, fenomene și forțe misterioase, inaccesibile cunoașterii comune și experienței empirice. Termenul se referă atât la cunoașterea acestei lumi misterioase, nevăzute, accesibilă numai celor „inițiați”, cât și la practicarea așa-numitelor „științe oculte”, printre care cele mai vechi și cele mai persistente sînt: magia („albă” — benefică — sau „neagră” — malefică), manta sau arta divinatorie (astrologia, chiromanția etc.), spiritismul (contactul cu sufletele celor morți), cabala, alchimia etc.

Istoria psihiatriei a cunoscut nu o dată imixtiunea practicilor oculte, fie în „diagnosticarea”, fie în „tratamentul” afecțiunilor psihice, la care au aderat uneori medici și, cel mai adesea, nepecialiștii și publicul larg al epocilor respective. Modelele medievale ale exorcismului, alchimiei, astrologiei, magiei și, ulterior mesmerismului, spiritismului etc. au generat deseori confuzii în

legătură cu scopurile reale ale unor practici psihiatrice, aruncînd o lumină nefastă asupra unor metode raționale (hipnoza, biotipologia și chiar psihanaliza). Aceste „contaminări”, întreținute și de



momentele de „rătăcire” ale unor mari gînditori (cazul lui JUNG este exemplar în acest sens) sau de alunecări dogmatice excesive își păstrează reflexele pînă în prezent în unele atitudini față de psihiatrie.

62. **OCUPAȚIONAL** — stres (cf. lat. *occupatio*) ● Situație care apare în interacțiunea dintre indivizi și activitatea lor profesională, caracterizată, după BEEHR și NEWMAN (1978), prin devierea de la funcționalitatea normală a individului.

Cele trei direcții în care stresul ocupațional poate genera răspunsuri modificate au fost delimitate de BRIEF (1986) în: somatică, psihologică, comportamentală.

Majoritatea autorilor sînt de acord că aceste răspunsuri apar la un nivel deosebit de ridicat al stresului, iar manifestarea lor este de cele mai multe ori gradată. De asemenea, este greu de prevăzut domeniul în care se va produce apariția răspunsului disfuncțional, iar diversele tipuri de indivizi răspund diferit la diferite niveluri ale expunerii la stres ocupațional.

Dintre variabilele individuale potențiale care influențează răspunsul la stres pot fi notate: extroversia, flexibilitatea, autoritarismul, toleranța pentru ambiguitate, dogmatismul.

Unii autori au descris un așa-numit comportament de tip „A” în legătură cu apariția tulburărilor de circulație cardiacă, caracterizat prin atitudini necontrolate sau dificil de controlat, rezistență și angajare în efort, responsabilitate accentuată, competitivitate, implicare totală într-o ocupație. Stresul ocupațional se manifestă în acest caz, după ZYKANKI și JENKINS, nu numai

Tabel nr. LXLIV

Răspunsuri la stres ocupațional

Somatice	Psihologice	Comportamentale
<ul style="list-style-type: none"> ● bolile cardiovasculare ● tulburări digestive ● tulburări respiratorii ● arterita ● cefaleea ● erupții cutanate ● astenia fizică ● moartea prematură 	<ul style="list-style-type: none"> ● anxietate ● depresie ● insatisfacție ● plictiseală ● boli psihosomatice ● oboseală psihică ● sentimentul de inutilitate și incompletitudine ● subestimarea de sine ● alienare ● furie ● hipoprosexie 	<ul style="list-style-type: none"> ● uz și abuz de medicamente ● hiper- sau hipofagie ● atitudine impulsivă ● agresivitate ● vandalism ● furturi ● disrelaționare interpersonală ● tentative de sinucidere și sinucideri

prin apariția afecțiunilor coronariene, ci și printr-un stil de viață marcat de imprudență și agresivitate, ca și de o permanentă nerăbdare și dorință de sinteză. BRIEF (1981) grupează sursele stresului ocupațional în trei categorii principale :

- structuri și procese organizaționale ;
- condițiile de lucru ;
- solicitările specifice ale ocupațiilor.

În prima categorie au fost incriminate, ca sursă de stres :

- formalizarea și specializarea excesivă ;
- exagerarea centralizării deciziei ;
- scăderea ritmului de ascensiune profesională sau o redusă mobilitate în ceea ce privește promovarea ;
- o slabă comunicare între membrii grupului profesional ;
- hotărârile ambigue sau contradictorii ;
- munca în asalt.

Printre condițiile de lucru cu potențial deosebit de stres ocupațional pot fi enumerate :

- aglomerarea excesivă a locului de muncă, imposibilitatea de izolare parțială a individului în timpul muncii ;
- poluarea atmosferică ;
- variațiile importante ale confortului termic ;
- iluminatul în exces sau deficitar ;
- nerecunoașterea valorii aportului personal ;
- lipsa de încredere în individ ;
- exagerarea aspectului competițional sau existența unor tensiuni conflictuale cu ceilalți membri din colectiv.

Cu privire la notele specifice ale unor ocupații, sînt considerate ca stresori deosebiți :

- permanentizarea unor termene limită ;
- lipsa de timp ;
- responsabilitatea excesivă pentru grupul de indivizi ;
- supra- și subutilizarea individuală.

Față de aceste surse potențiale (lista este departe de a fi completă), trebuie subliniat că mulți dintre agenții stresanți sînt absolut necesari sau indisolubil legați de natura activității respective, dar că, pentru a putea fi controlați și neutralizați înainte de a deveni generatori direcți de boală, trebuie imaginate în permanență strategii individuale și colective.

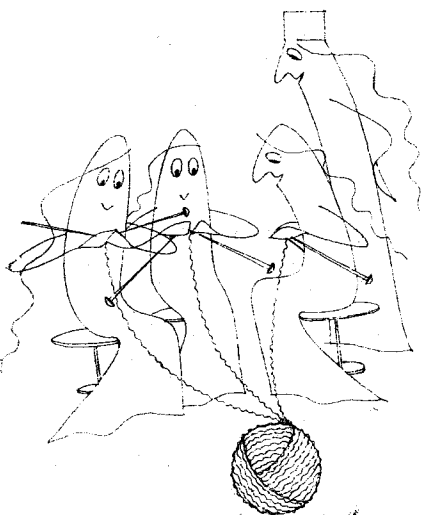
În măsurile terapeutice instituite de psihiatru în prezența unei afecțiuni cu un astfel de determinism, vor figura întotdeauna și măsurile cu caracter profilactic.

63. OCUPAȚIONALĂ — terapie (cf. lat. *occupatio* ; vezi și engl. *occupational therapy*)

● Formă de terapie în care activitatea este folosită în scopul modificării favorabile a stării psihice sau fizice a bolnavilor.

Terapia ocupațională a fost aplicată încă în Grecia antică de către medicul GALEN, care considera ocupația ca fiind esențială pentru fericirea umană. Pe măsură ce spitalul de psihiatrie adoptă metode de tratament mai umane, implicarea bolnavilor în activități practice, potrivite cu starea lor psihică, devine din ce în ce mai răspîndită, astfel că la începutul secolului al XX-lea terapia ocupațională are un caracter organizat și statuat. Terapia ocupațională, în zilele noastre, se desfășoară în mediu instituționalizat, în condiții de in-

ternare sau ambulator, sub supravegere medicală, și are ca obiective principale însănătoșirea bolnavului sau ameliorarea stării sale psihice. Un alt



obiectiv ar fi prevenirea instalării unei stări regressive, specifice evoluției unei boli psihice grave (O'SULLIVAN, 1955). Atunci când se desfășoară în ambulator, obiectivele majore sînt recuperarea forței de muncă și producția de bunuri materiale, care vor intra în circuitul economic (I. POPESCU, 1986).

Terapia ocupațională se desfășoară conform unor reguli și principii (O'SULLIVAN), printre care pot fi menționate :

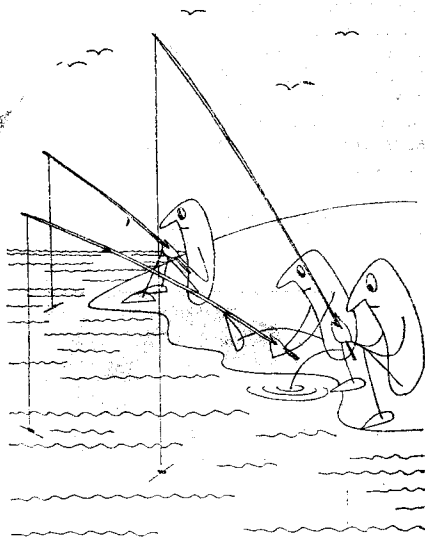
- tratamentul prin muncă trebuie administrat în condițiile unei supravegheri medicale permanente și corelat totdeauna cu alte forme de tratament ;
- tratamentul trebuie să răspundă unor trebuințe individuale ;
- este preferabil ca munca să se desfășoare în colectiv, constituindu-se astfel într-un exercițiu de adaptare socială ;
- ocupația trebuie selectată astfel încît să fie adecvată intereselor și capacităților subiectului, urmînd a fi modificată conform progreselor înregistrate de bolnav în cursul terapiei.

64. ODEON^(M) Japonia — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hip-

notică. 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 întreprinde brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abținere”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT^(M).

65. ODEOXIL^(M) Grecia — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-13-(dimetilamino)propil-10,11-dihidro-5H-dibenz[*b,f*]azepină, cu acțiune antidepresivă cu spectru larg incluzînd depresia endogenă ; în psihoze se pretează și se recomandă asocierea cu NL bazale. 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 ANTIDEPRIN^(M).

66. ODIHNĂ ACTIVĂ ● Ansamblul de activități circumscrise în terapia ocupațională și constînd în angajarea pacientului în forme de activitate



fără un scop practic imediat : dans, jocuri sportive etc. Se valorifică astfel, în scop terapeutic, un principiu al fiziologiei activității nervoase superioare, conform căruia alternarea diferitelor forme de angajare activă crește potențialul energetic al organismului.

67. ODIN- (cf. gr. *odyne* „durere”) ● Element de compunere care introduce sensul de (sau referirea la) durere.

68. **ODINOFAGIE** (cf. *odin-*; gr. *phagein* „a mânca”) ● Durere consecutivă deglutiției, reprezentând unul din semnele majore ale afecțiunilor laringelui și faringelui, dar și o posibilă manifestare fără suport organic în nevrozile cenestopate și isterice.

69. **ODINOFOBIE^(F)** (cf. *odin-*; gr. *phobos* „frică”) — sin. **ODYNEFOBIE^(F)** ● Frica patologică de durere morală, iar după unii autori de orice fel de durere (inclusiv de cea fizică). Este întâlnită la subiecții impresionabili, la personalitățile psihastenice și la depresivi.

70. **ODOBESCU Grigore** (1881—1958) ● Psihiatru român. A urmat studiile liceale și universitare la București, susținând în 1907 teza de doctorat. A activat ca medic de circumscripție, pînă în 1910, cînd a plecat la Paris pentru a-și desăvîrși studiile. Trece, pe rînd, prin clinicile profesorilor VIDAL, CHAUFFARD, VAQUEZ și BABINSKI, apropiindu-se de domeniul neuropsihiatriei. Din 1912, revine în țară la Ospiciul Mărcauța și, ulterior, la Spitalul Central, unde a lucrat pînă la pensionare (1941). A publicat numeroase lucrări în diferite reviste din țară și de peste hotare, abordînd o tematică legată de psihiatria socială, psihopatologia colectivităților, raportul psihologie-psihiatrie. A introdus în 1914, împreună cu PARHON, noțiunea de „sindrom psihoendocrin” (în revista „L'Encéphale”). A publicat o serie de patografii privind personalități celebre ca : George SAND, NAPOLEON, CASA-NOVA etc.

71. **ODOBLEJA Ștefan** (1902—1978) ● Medic militar, autorul „Psihologiei consonantiste” (1938



Ștefan Odobleja

—1939), lucrare prin care autorul a cîștigat prioritatea mondială asupra ideii caracterului general al prezenței mecanismelor cibernetice la nivelul diferitelor fenomene : biologice, psihologice, sociale. Pornind de la studiul fenomenelor psihologice, descoperă o lege a armoniei, pe care o denu- mește consonantă, lege pe care o remarcă, de altfel, și în alte domenii. În termeni moderni, legea consonanței este echivalentul mecanismului de autoreglare a feedback-ului.

72. **ODONTO-** (cf. gr. *odontis* „dinte”) ● Ele- ment de compunere care introduce referirea la dinte.

73. **ODONTOFOBIE^(F)** (cf. *odonto-*; gr. *phobos* „frică”) ● Frică patologică de durerea de dinți și în general de stomatologie, putînd fi întil- nită în nevroza isterică, obsesivo-fobică, schizo- frenie, psihastenie etc., putînd însă să nu prezinte importanță psihopatologică atunci cînd intensita- tea sentimentului și motivația au valoare normală.

74. **OEDIP** ● Personaj din mitologia greacă, devenit simbol în psihanaliza freudiană, fiul lui LAIOS, regele Thebei și al IOCASTEI. Datorită faptului că un oracol îi prezisese regelui Laios că va fi ucis de propriul său copil, după naștere OEDIP este îndepărtat din casa părintească și abandonat pe un munte, pradă fiarelor sălbatice. Este găsit însă de niște păstori care îl duc la curtea regelui POLYBUS. Ajuns la vîrsta bărbăției, pleacă să consulte oracolul de la Delphi, dar pe drum are un conflict cu doi călători necunoscuți lui, pe care îi omoară ; unul dintre ei era regele Laios, deci profeția oraculară se împlinște. După ce răs- punde la întrebările Sfinxului, care îi devora pe fiii Thebei, obține, drept răsplată, tronul cetății natale și mîna Iocastei, fără să știe că este propria lui mamă.

În Theba izbucnește o epidemie cumplită ; consultat, oracolul dezvăluie că nenorocirea nu va putea fi înlăturată de cît prin răzbunarea morții lui Laios. Decis să împlinească el însuși această răzbunare, Oedip află adevărul ; drept pedeapsă pentru paricidul involuntar, dar și pentru incestul la fel de involuntar, își scoate singur ochii și pleacă în pribegie, condus de fiica sa ANTIGONA ; moare pe alte meleaguri, bătrîn și îndurerat.

Mitul Oedip este folosit de FREUD pentru complexul cu același nume, nucleul mitului și al complexului fiind dorința de moarte pentru ri- valul reprezentat de partenerul de același sex și dorința sexuală pentru partenerul de sex opus (poziția fiului în cadrul cuplului parental → OE- DIP — complex).



Antigona și Oedip

75. **OEDIP — complex** ● Termen psihanalitic, aparținând lui FREUD și desemnând un ansamblu de sentimente pozitive și negative (dorință de iubire și de ură, cu origine inconștientă), ansamblu care se organizează într-un model al relațiilor copil-părinți. FREUD distinge o formă pozitivă și o formă negativă a complexului Oedip. În forma sa pozitivă, este vorba de rivalitatea inconștientă a copilului cu părintele de același sex, datorită dorinței sexuale inconștiente pentru părintele de sex opus ; de aici, ura inconștientă pentru părintele de același sex. În forma negativă, este vorba de iubire pentru părintele de același sex, cu ură și gelozie pentru părintele de sex opus. FREUD afirmă că vârsta la care se produce complexul Oedip este între 3—5 ani. Declinul complexului Oedip marchează intrarea în perioada de latență. O reactualizare a acestui complex poate să apară la pubertate, dar ea este depășită printr-un tip particular de alegere obiectuală. FREUD și psihanalizii în genere consideră că acest complex joacă un rol fundamental în structurarea personalității și mai ales în orientarea dorinței și alegerii. De asemenea, psihanalizii apreciază că acest complex are multiple implicații în psihopatologie, în special în etiopatogenia nevrozelor ; ei încearcă să găsească în anumite maladii psihice modalități simptomatice având la bază deficiențele în rezolvarea complexului Oedip. Antropologia psihanalitică afirmă universalitatea acestui complex, încercând să arate structura lui triunghiulară în diverse culturi, nu numai în acelea în care predomină familia conjugală (LAPLANCHE și PONTALIS). FREUD descoperă complexul Oedip în cadrul propriei autoanalize și folosește pentru prima dată acest termen în scrierile sale, în 1910.

FREUD descoperă complexul Oedip în forma sa simplă și pozitivă (așa cum apare în mitul gre-

ces), deci ca atitudine ostilă a băiatului față de tată, prin rivalitatea inconștientă cu tatăl în alegerea mamei drept obiect de tandrețe. Cu toate acestea, are o atitudine tandră și față de tată ; practic, el este ambivalent activ în relația cu partenerul patern. FREUD caută să explice această ambivalență în raportul cu partenerul parental de același sex prin dinamica comportamentelor hetero- și homosexuale și nu neapărat prin situația de rivalitate. Elaborarea teoriei asupra complexului Oedip se sprijină pe modelul relațiilor fiului cu ambii părinți, dar acest model poate fi transpus și la fiică. FREUD admite existența unei perioade preoedipiene (ca și a unei structuri relaționale preoedipiene), în care se stabilește o legătură primitivă a copilului cu mama, dar rămâne rezervat în ceea ce privește importanța acestei perioade în raport cu complexul Oedip. Ulterior, alți autori psihanalizii (FEDERN, Anna FREUD, NACHT, BOUVET) au arătat că multe din deficiențele Eului își au originea în fazele primare ale dezvoltării, adică în stadiile preoedipiene (de exemplu, în cazul nevrozei obsesionale).

Funcțiunea importantă pe care o atribuie FREUD complexului Oedip este aceea că el marchează alegerea obiectului iubirii după pubertate ; această alegere conține investiții obiectuale și identificări specifice oedipiene, în special interdicția incestului. FREUD consideră că accesul la genitalitate este influențat, pe de o parte, de maturizarea biologică, iar pe de altă parte, de problematica oedipiană și rezolvarea ei, la individul în cauză. Complexul Oedip ar regla, după FREUD și psihanaliză, formarea Supraeului.

Evoluția complexului Oedip, la băiat, este marcată de faptul că, în mod inconștient, băiatul resimte „amenințarea castrării” din partea tatălui, amenințare ce vine să sancționeze dorința lui sexuală, de asemenea inconștientă, față de mamă ; acest fapt determină renunțarea la obiectul incestuos (mama). Astfel, complexul Oedip, la băiat, trece în complexul de castrare. La fată, complexul Oedip apare după complexul de castrare. Fata renunță la dorința inconștientă de a fi băiat, ea fiind înlocuită cu dorința de a avea un copil ; astfel, fata alege ca obiect al tandreței sale pe tatăl său, iar mama devine obiect al geloziei. La băiat, complexul de castrare se fragmentează, se desexualizează, se sublimază, ceea ce echivalează cu începutul formării Supraeului ca instanță inconștientă interdictivă. La fată, declinul complexului Oedip este greu de stabilit, el dispare prin refulare, dar se poate prelunge în diferite forme și variante în viața femeii, fără a se constitui însă în nucleu al Supraeului. FREUD explică prin această evoluție faptul că femeile au manifestări ale Supraeului mai puțin intense decât bărbații (depășesc mai greu dificultățile vieții,

judcățile lor sînt mai influențabile, au un spirit mai redus al justiției).

În perspectiva social-culturală (FREUD — „Totem și Tabu”), complexul Oedip este considerat ca marcînd momentul originar al umanității: uciderea tatălui primitiv, paricidul originar. Ipoteza are mai mult valoare mitică decît istorică: eficiența complexului Oedip ar consta, în plan social, în faptul că provoacă intervenția unei instanțe psihice interdictive, implicînd satisfacerea naturală a dorinței și legînd dorința de lege. După FREUD, rădăcinile profunde ale complexului Oedip se află în perioada totemismului. Există asocieri colective primitive, ca de pildă asocierea tatălui cu stăpînul, cu autoritatea sau cu animalele puternice; aceste asocieri sînt prezente, după FREUD și psihanaliztii, în fiecare individ, dar ele se cristalizează diferit după situații concrete. JONES consideră că asocierile dintre falus și ideea de putere este deosebit de strînsă. După JUNG și SILBERGER, dorința inconștientă de a ucide a tatălui ar semnifica doar tendința omului de a-l depăși pe Adam, de a depăși, deci, acea parte a Eului care conține în ea moștenirea tatălui.

Consecințele dificultăților oedipiene pentru viața sexuală a subiectului sînt (după ALLENDY): impotența sau frigiditatea, homosexualitatea, în grade diferite („există multe impotențe relative și homosexualități nerealizate” — ALLENDY). Psihanaliztii consideră că sentimentele oedipiene excesive (fie că este vorba de ostilitate sau tandrețe) determină inhibarea capacității de a iubi; sentimentul este puternic fixat la o persoană din familie (tată sau frate, în cazul fetei; mamă sau soră, în cazul băiatului), fapt care se generalizează, la individul în cauză, pentru orice iubire. Practic, individul este incapabil să se detașeze de cuplul parental, în speță de unul dintre partenerii parentali, și să iubească în mod real o persoană în afara cercului familial; această detașare este doar aparentă, ea favorizînd relații ulterior conflictuale.

76. **OEDIP INVERSAT** ● Relație transferențială particulară care caracterizează psihoterapia bătrînului. Terapeutul nu mai este identificat cu instanțele parentale, așa cum se întîmplă în relația psihoterapeut-adult, proiecția referindu-se la identificări filiale, relația devenind părinte-fiu. Această situație generează abordarea psihoterapeutică de pe poziții modificate, în sensul exigențelor pe care structura Eului vîrstnic le generează.

77. **OEDMANIE** (cf. gr. *oinos* „vin”; *mania* sin. „nebulie”) ● Termen cu utilizare redusă → **OENOMANIE**.

78. **OENILISM** (cf. gr. *oinos*) ● Formă de alcoolism cronic (PREDESCU), urmare a consumului excesiv și repetat de vin (în exclusivitate).

79. **OENOMANIE** (cf. gr. *oinos*; *mania* „nebulie”) ● Impuls mîrbid pentru consumul de vin. Unii autori consideră termenii **OEDMANIE**, **OENILISM** și **OENOMANIE** ca fiind sinonimi.

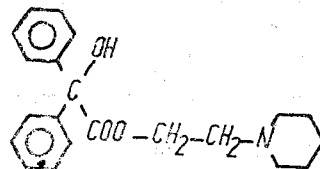


Le Nain

80. **OESTRUS** (cf. gr. *oistros* „dorință”) ● Faza primă a ciclului menstrual (imediat după menstră, pînă la ovulație), în care apare o receptivitate și atracție deosebite pentru sexul opus. În psihozele afective de coloratură maniacală, cît și la personalități dizarmonice de tip distimic euforic, această receptivitate capătă note distincte și poate deveni preocupare majoră.

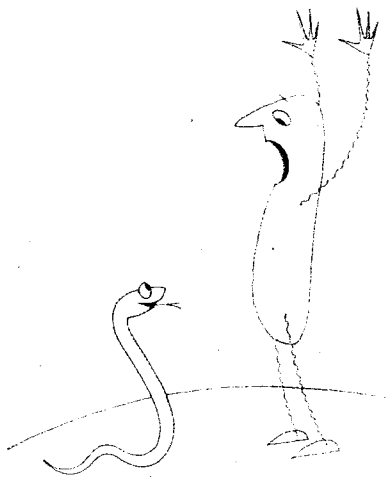
81. **OFENSĂ** (cf. lat. *offensa* „ofensă, jignire”) — sin. **INSULTĂ** → **INJURIE**.

82. **OFFTERROR**^(M) Japonia — DCI *Pipetanol* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-pi-



peridin-etanol benzilat, cu acțiune sedativ-anxiolitică mai modestă comparativ cu acțiunea anti-colinergică. Este indicat în nevroze cu fenomene vegetative, cenesopatii, afecțiuni psihosomatice. Are acțiune proconvulsivantă ; este contraindicat consumul de alcool în timpul tratamentului.

83. **OFIDIOFOBIE^(P)** (cf. gr. *ophidion* „șarpe” ; *phobos* „frică”) ● Frica patologică de șerpi și, în general de reptile. Se manifestă frecvent în isterie, dar și în nevroza obsesivo-fobică și anxioasă.



Din punct de vedere psihanalitic, ar semnifica teama de falus, rezultată în urma reprimării tendințelor erotice.

84. **OFIDIOFILIE** (cf. gr. *ophidion* ; *philia* „dragoste”) ● Atracție particulară față de șerpi. Fără a intra în labirintul explicațiilor analitice, menționăm că această tulburare, deosebit de rară, este întâlnită în cadrul unor psihoze de tip schizofrenic și la unele personalități dizarmonice.

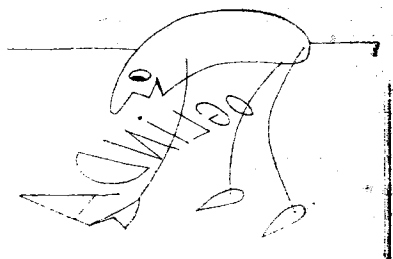
85. **OGLINDĂ** ● În psihologie, obiect, persoană, situație, test clinic sau paraclinic, capabile să reflecte fidel caracteristicile obiectului investigat, ale obiectului cunoașterii.

Prin extensie, termenul denumește și o caracteristică parțială ce poate defini sau este definitorie pentru un întreg (sistem, situație, persoană).

Psihanalistul, din perspectiva neutralității sale, trebuie să reflecte obiectiv, pe cât posibil fără distorsiuni subiective (sau cunoscând aceste distorsiuni), starea, reacțiile, conținuturile inconștiente ale pacientului, trebuie să fie oglinda acestuia.

Același termen reprezintă și un stadiu în dezvoltarea Eului, situat în jurul vârstei de șase luni, când copilul, reflectându-se în oglindă, își asumă propria imagine (LACAN), „formă primordială exemplară în care Eul se precipită înainte de a se obiectiva în dialectica identificării cu altul”.

86. **OGLINDĂ** — scris în ● Tulburare de scris în culturile în care scrisul se face de la stînga la dreapta, constînd în scrierea de la dreapta la stînga

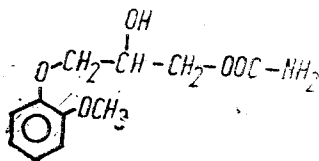


și inversarea literelor, ca și cum acestea s-ar reflecta într-o oglindă.

Tulburarea apare la subiecții cu lateralitate stîngă, în mod special atunci cînd aceștia nu beneficiază de măsuri pedagogice adecvate. Este asociată frecvent cu dislexie.

87. **OGLINDĂ^S semn** ● Comportament simptomatic constînd în tendința de a sta timp îndelungat în fața oglinzii. Apare în schizofrenie, ca semn al replierii narcisice, autiste, și în demența Alzheimer, ca semn al pierderii complete a identității personale, bolnavul conversînd ore întregi cu propria imagine reflectată în oglindă, ca și cum aceasta ar fi o altă persoană.

88. **OHLAXIN^(M)** Spania — DCI *Metocarbamol* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1, 2-propandiol-1-carbammat, cu acțiune predominant miorelaxantă și anxiolitic-sedativă ; secundar, are și valențe analgezice.



89. **OIKOFOBIE**^(F) (cf. gr. *oikos* „casă”; *phobos* „frică”) → **ECOFOBIE**^(F).

90. **OIKOMANIE** (cf. gr. *oikos*; *mania* „nebulie”) → **ECOMANIE**.

91. **OKSAZEPAM**^(M) Iugoslavia — DCI Oxazepam ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-5-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 (patru ore); acțiunea sa este sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă și simpatolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **OXAZEPAM**^(M).

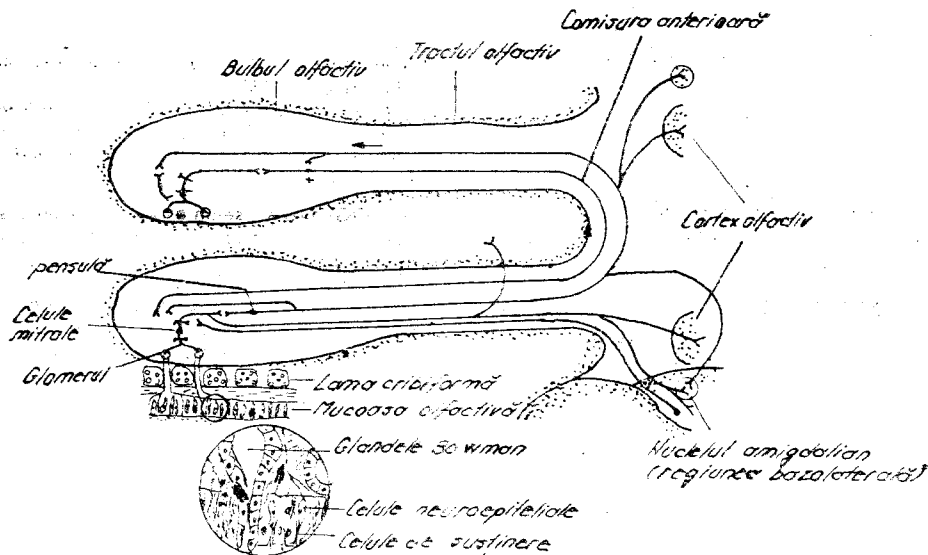
92. **OLCADIL**^(M) Elveția, Franța — DCI Clonazepam ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 10-clor-11b-(0-clorofenil)-2,3,7,11b-tetrahidro-oxazolol3,2-dl/1,4/-benzodiazepină-6(SH)-onă, cu acțiune anxiolitic-sedativă și miorelaxantă.

93. **OLDAGEN**^(M) Argentina — DCI Homofenazina ● Neuroleptic sedativ, derivat homopiperazinic al kifenotiazinic de tip hexahidro-4-13-12-(tri-

fluorometil)fenotiazin-10-ill-propil-1H-1,4-diazepin-1-etanol, cu acțiune sedativ-anxiolitică moderată, indicat în distonii neurovegetative și afecțiuni psihosomatice. Este lipsit, practic, de contraindicații.

94. **OLFACTIV** — analizator (cf. lat. *olfactus* „miros”) ● La om, simțul mirosului își limitează rolul la depistarea unor substanțe în aerul inspirat și, împreună cu simțul gustului, la aprecierea calității alimentelor și declanșarea secrețiilor digestive. Receptorii olfactivi — receptori chimici —, stimulați de acțiunea substanțelor odorante, transmit informații pe calea nervilor olfactivi la ariile corticale aparținând paleocortexului.

Receptorii olfactivi prezintă un proces de adaptare rapidă pentru un anumit miros, senzația dispărând chiar dacă stimulul persistă, sensibilitatea acestor receptori fiind diferită pentru diverse substanțe. Tulburările simțului mirosului se pot manifesta prin scăderea sau dispariția mirosului, exagerarea acestuia sau interpretarea greșită a mirosurilor. Hiposmia și anosmia pot fi dobândite (de origine periferică, toxică, infecțioasă, metabolică, traumatică, tumorală), congenitale sau fiziologice (bătrânețe).



Reprezentarea diagramatică a sistemului olfactiv: în partea inferioară se vede o porțiune din mucoasa olfactivă cu nervul olfactiv, care se termină în glomerul bulbului olfactiv; majoritatea axonilor celulelor mitrale din bulbii olfactivi se duc spre sept, bulbii olfactivi de partea opusă, via comisura anterioară, sau spre cortexul olfactiv.

Din punct de vedere fiziopatologic, se pot diferenția :

- anosmia respiratorie — datorată afectării segmentului periferic al analizatorului, cu imposibilitatea ajungerii curentului de aer la nivelul receptorilor olfactivi ;
- anosmia nervoasă — datorată lezării fie a receptorilor olfactivi, fie a căilor sau centrilor olfactivi, în afecțiuni neurologice, metabolice, toxice, inflamatorii, tumorale ;
- anosmia funcțională — caracteristică neurasteniei, isteriei, surmenajului, în care nu se evidențiază nici o leziune organică.

Anosmiile parțiale pentru o anumită substanță sînt considerate genetice și sînt determinate de modificarea sau absența proteinelor de pe celulele olfactive.

Displazia olfacto-genitală, boală cu determinism probabil genetic (anomalia cromozomială), mai frecventă la bărbați, se caracterizează prin atrofia lobilor olfactivi, în grade variabile însoțită de infantilism genital grav și ireversibil. Sindrom olfacto-genital poate apărea însă și la femei, fiind caracterizat prin anosmie și amenoree, rezultat al atrofiei primului nerv cranian și al lezării, prin mecanisme necunoscute, a regiunilor cerebrale implicate în comportamentul sexual.

Pierderea unilaterală a mirosului este un semn neurologic important care caracterizează (în lipsa unei leziuni olfactive primare) compresiunea bulbului sau trăctului olfactiv .

Hiperosmia semnifică o hipersensibilitate patologică față de stimulii olfactivi obișnuiți și poate apărea în condiții fiziologice (sarcină, perioadă menstruală) sau patologice (surmenaj, neurastenie, unele stări alergice, migrenă, hipertiroidism).

Disosmia este o tulburare patologică a olfacției de tip calitativ, caracterizată prin interpretarea eronată a mirosurilor. Apare rar în stări fiziologice (sarcină, lactație), mai frecvent în stări patologice (intoxicații, neurastenie, tabes, paralizia generală progresivă, infecții virale). În psihiatrie, disosmiile pot îmbrăca următoarele aspecte :

- halucinații olfactive (frecvent întâlnite în schizofrenie și crizele uncinate) ;
- gacosmie — în care orice miros este perceput ca un miros neplăcut ; senzația poate fi subiectivă (percepută numai de bolnav), în afecțiuni psihice diverse și afecțiuni neurologice, sau poate fi obiectivă (mirosul ca stimul obiectiv fiind perceput și de anturaj, care însă nu îl resimte ca neplăcut), în leziuni inflamatorii sau tumorale ale căilor respiratorii sau în afecțiuni generale ;
- parosmia — perceperea falsă, eronată, a mirosurilor, confundîndu-se mirosul plăcut cu cel neplăcut ; este caracteristică aurei epileptice și tulburărilor pitiatice ;

- daltonism olfactiv (parosmie numai pentru unele substanțe odorante) și olfacție colorată, aspecte ce pot fi explicate prin mecanismul iradiației stimulului.

95. **OLFACTIVE^(H) halucinații** ● Halucinații care se proiectează în cîmpul perceptual al analizatorului olfactiv. De regulă, sînt însoțite de halucinații gustative (cei doi analizatori, olfactiv și gustativ, avînd o origine embriologică comună) și uneori cenestezice (mai ales cu localizare genitală). Pot avea caracter plăcut (esențe, parfumuri) sau neplăcut, ciudat (mirosuri respingătoare, de putrefacție, gaze asfixiante).

Apar în stări confuzionale sau crepusculare ale conștiinței (crizele uncinate), sindroame paranoide, deliruri de persecuție (unde au un caracter dezagreabil), în stări onirice, extatice (cu caracter plăcut), în psihoze afective, unde aspectul agreabil sau dezagreabil este concordant cu tonalitatea afectivă, în nevroză obsesivă-fobică și isterică. Apariția halucinațiilor olfactive și gustative în psihozele de involuție pledează, după WEITBRECHT, pentru aspectul organic al acestora.

96. **OLFACTIVE^(I) iluzii** ● Tulburări de percepție interesînd analizatorul olfactiv, avînd caracter fiziologic sau patologic, incluse de unii autori în cadrul parosmiilor ; constau în perceperea eronată a intensității și calității stimulilor specifici reprezentată de mirosurile reale. Sînt însoțite frecvent de iluzii gustative.

Se întîlnesc, în condițiile modificărilor mediului perceptual, în tulburările funcționale sau organice ale analizatorului olfactiv, în stările confuzionale, onirice, în nevroză isterică și obsesivă-fobică, în perioada de debut a schizofreniei.

97. **OLFACTO-** (cf. lat. *olfactus* „miros”) ● Element de compunere care introduce referirea la miros.

98. **OLFACTOFOBIE^(F)** (cf. *olfactō* - ; gr. *phobos* „frică”) ● Teamă intensă, absurdă, de neînvins, pe care o are subiectul față de mirosurile neplăcute, putînd genera conduite de evitare care îi modifică profund comportamentul.

99. **OLIGO-** (cf. gr. *oligos* „puțin”) ● Element de compunere, introducînd ideea de insuficient, de puțin.

100. **OLIGERAZIE** (cf. *oligo-* ; gr. *geras* „dar, privilegiu”) ● Termen propus de MEYER pentru a înlocui pe cel de oligofrenie, în sistemul său ergasiologic.

101. **OLIGOENCEFALIE** (cf. *oligo-* ; gr. *enkephalos* „creier”) ^{sin.} → MICROCEFALIE.

102. **OLIGOFAGIE** (cf. *oligo-* ; gr. *phagein* „a mânca”) ● Desemnează scăderea poftei de mâncare ; în psihiatrie, însoțește depresia.

103. **OLIGOFAZIE** (cf. *oligo-* ; gr. *phasis* „cuvânt, afirmație”) ● Sindrom caracteristic pentru tulburările de vorbire care apar în cadrul epilepsiei, descris de A. BERNSTEIN (1912). Constă în dificultatea denumirii obiectelor care îi sînt arătate bolnavului și se accentuează post-criză. Oligofazia se poate permanentiza sau generaliza și inter-critic, prin sărăcirea progresivă a bagajului lexical, odată cu evoluția bolii.

104. **OLIGOFRENIE FENILPIRUVICĂ** — sin. FOELLING^(B) boală ^{sin.} → FENILCETONURIE.

105. **OLIGOFRENIE POLIDISTROFICĂ și MUCOPOLIZAHARIDICĂ** ^{sin.} → SAN FILIPPO^(B) boală.

106. **OLIGOFRENIILE** (cf. *oligo-* ; gr. *phren* „spirit, minte”) ● Stări de nedezvoltare psihică sau de dezvoltare psihică incompletă, care au ca trăsătură principală afectarea proceselor intelectuale, a gândirii (mai ales a abstractizării și generalizării), dar și a celorlalte funcții psihice (afectivitate, caracter, personalitate) (PREDESCU, CRISTODORESCU, OANCEA). Termeni ca „întîrziere mentală”, „arieratie” și „deficiență mentală”, utilizați de unii autori, sînt sinonimi cu cel de „oligofrenie”.

Repercutîndu-se nespecific asupra întregii vieți psihice, oligofreniile generează sindroame psihopatologice de o deosebită gravitate. În general, sînt stări reziduale, stabilizate, cu caracter definitiv.

Oligofreniile au căpătat individualitate clinică la începutul secolului al XIX-lea, cînd ESQUIROL a diferențiat idiomiile congenitale (oligofreniile) de cele dobîndite (demențele). Dacă în a doua jumătate a aceluiași secol domina concepția conform căreia oligofreniile sînt determinate în exclusivitate de leziuni cerebrale grave (LITTLE, BOURNEVILLE, RECKLINGHAUSEN etc.), odată cu descoperirea fenilcetonuriei (FOELLING, 1934) se demonstrează existența și a altor mecanisme (biochimice, subcelulare) în geneza unor tablouri deficitare. În etapa cercetărilor epidemiologice, psihologice, sociologice și genetice, se evidențiază faptul că asimilarea conceptului de oligofrenie cu cel de leziune cerebrală este numai în parte valabilă, în general pentru formele grave, pentru multe forme ușoare și intermediare, mecanismele fiind cu mult mai complicate.

Din punct de vedere clinic, utilizînd drept criterii psihopatologice de diferențiere: dezvoltarea limbajului, vîrsta mentală, coeficientul intelectual (QI), rezultatele școlare și nivelul de adaptare socială, oligofreniile pot fi clasificate astfel :

Tabel nr. LXLV

Forma clinică	Dezvoltarea limbajului	Vîrsta mentală (ani)	Q.I.	Reușită școlară	Adaptare socială
Intelect de limită	limbaj vorbit și scris	12—14	70—89	primele 7—8 clase ale școlii generale	independent social
Oligofrenie gradul I (debilitate mentală)	limbaj vorbit și scris	8—12	50—69	școală ajutătoare	independent social
Oligofrenie gradul II (imbecilitate)	limbaj verbal (asintaxie)	5—7	20—49	neșcolarizabil	semidependent social
Oligofrenie gradul III (idiotie)	absent	0—2	10—19	neșcolarizabil	dependent social

Etiologia oligofreniilor este complexă, admitîndu-se, în general, două mari categorii de factori etiopatogenici : genetici (endogeni) și dobîndiți (exogeni), fără a se putea preciza însă, de cele mai multe ori, ponderea

fiecărui în determinarea leziunilor cerebrale din copilăria precoce. Dacă formele grave sînt produse, în proporție de peste 80%, de afecțiuni organice cerebrale genetice sau de natură exogenă, majoritatea formelor ușoare (de-

bilitate mintală, intelectul de limită) par a fi rezultatul interacțiunii unor factori complecși (subdotarea ereditară familială, malnutriția, nivelul cultural scăzut etc.).

În ceea ce privește oligofreniile genetice, acestea cunosc trei mecanisme principale :

- poligenic (predominanța așa-numitelor gene „nefavorabile inteligenței”);
- erori înnăscute ale metabolismului (disenzimopatii);
- anomalii cromozomiale de număr și morfologie.

Tabel nr. LXLVI

Oligofrenii genetice poligenice
(afecțiuni principale)

Denumirea afecțiunii	Mod de transmitere
1	2
Acondroplazie (PARROT)	A.D.
Arahnodactilie (sindromul Marfan)	A.D.
Acrocefalosindactilie (boala Apert)	A.D.
Acrocefalopolisindactilie (boala Carpenter)	A.R.
Angiomatoză encefalo-facială (boala Sturge-Weber)	A.D. (?)
Ataxie telangiectazică (boala Louis-Bar)	A.R.
Beckwith-Wiedemann ^(S) sindrom	A.R.
Biamond ^(S) sindrom	A.R.
Bloom ^(S) sindrom	A.R.
Block-Sulzberger (incontinentia pigmenti)	D.X. link.
Börjesson ^(S) sindrom	D.X. link.
Bourneville (epiloia)	A.D.
Cerebro-costo-mandibular ^(S) sindrom	A.R.
Cerebro-hepato-renal ^(S) sindrom	A.R.
Cockayne ^(S) sindrom	A.R.
Cornelia de Lange ^(S) sindrom	A.R. (?)
Craniostenozele	A.R.
Crouzon (disostoza cranio-facială)	A.D.
Dismorfie facială + arc aortic în dreapta + oligofrenie	A.D. (?)
Diabet nefrogen familial	R.X. link.
Discranio-pigofalangia	A.R.
Displazie ectodermică anhidrozică	R.X. link.
Duchenne (distrofia musculară)	R.X. link.
Ellis van Creveld ^(S) sindrom	A.R.
Fahr ^(S) boală	A.R.
Franceschetti (disostoza mandibulo-facială)	A.D.
Gigantism cerebral infantil	A.R. (?)
Greig ^(S) sindrom (hipertelorism esențial — forma gravă)	A.R.
Hidrocefalii congenitale (unele)	R.X. link.
Lawrence-Moon-Bardet-Biedl ^(S) sindrom	A.R.
Menkes ^(S) sindrom	R.X. link.
Microcefalie primitivă	A.R.
Microftalmie cu oligofrenie	A.R./R.X. link.
Norrie ^(S) boală	R.X. link.
Oligofrenie + stenoză pulmonară + pete „café au lait”	A.D. (?)
Oligofrenie + osteoporoza	A.D.
Orodigital tip I ^(S) sindrom	D.X. link.
Orodigital tip II ^(S) sindrom	A.R.
Pseudo-și pseudopseudohipoparatiroidismul	D.X. link.
Recklinghausen (neurofibromatoza)	A.D.

continuare tabel nr. LXLVI

1	2
Riley ^(S) sindrom	A.R.
Rubinstein-Taybi ^(S) sindrom	?
Staroligofrenie (oligofrenie cu cataractă)	A.R.
Seckel ^(S) sindrom	A.P.
Smith-Lemli-Opitz ^(S) sindrom	A.P.

A.R. = autosomal recesiv
A.D. = autosomal dominant

R.X. link. = recesiv linked
D.X. link. = dominant linked

Tabel nr. LXLVII

Oligofrenii genetice disenzimopatice
(afecțiuni principale)

Denumirea afecțiunii	Deficitul enzimatic
Aciduria argininsuccinică	argininsuccinază
Aciduria izovalerianică	dehidrogenaza izovalerică
Boala urinilor cu miros de arțar	oxidaze
Cistationurie	cistationinaza
Citrulinemia	ASA sintetaza
Fenilcetonuria	fenilalaninhidroxilaza
Fucosidoza	alfa-fucosidaza
Galectozemia	galactozo-1-fosfatridil-transferaza
Gaucher ^(B) boală	glucoocerebrozidaza
Hartnup ^(B) boală	?
Hiperamoniemia tip I	carbamil-fosfat-sintetaza
Hiperamoniemia tip II	ornitin-transcarbamilază
Hiperlisinemia	cetoglutarat-reductaza alfa-lizinei
Hiperprolinemia tip I	prolinoxidaza
Hiperprolinemia tip II	prolin-5-carboxilohidrogenaza
Hipervalinemia	valintransaminaza
Histidinemia	histidaza
Homocistinuria	cistationsintetaza
Herman-Wood ^(S) sindrom	?
Hurler ^(B) boală	L-iduronidaza
Lesch-Nyhan ^(S) sindrom	hipoxantin-guanin-fosforibozil-transferaza
Leucodistrofiile	cerebrozid-sulfatidaza
Manosidoza	alfa-manosidaza
Maroteaux-Lamy ^(B) boală	?
Morquio ^(B) boală	?
Mucopolizaharidozele tip I, II, III	?
Niemann-Pick ^(B) boală	?
San Filippo ^(B) boală	sulfatază/N-acetilglucozaminidaza
Tay-Sachs ^(B) boală	hexozaminidaza

Tabel nr. LXLVIII

Oligofrenii cromozomiale (sindroame principale)		
Sindromul	Anomalia cromozomială	Deficitul mintal
Down	Trisomie totală/parțială a cromozomului G21	Constant sever (QI = 35-50)
Edwards	Trisomie totală/parțială a cromozomului E18	Sever (QI = 35-50)
Patau	Trisomie totală/parțială a cromozomului D13	Sever (QI = 35-50)
Lejeune („cri du chat”)	Deleție parțială a brațului scurt a cromozomului B5	Sever (QI = 35-50)
Grouchy	Deleția brațului lung al cromozomului 18 (18q-)	Foarte sever (QI = 0-19)
Schmid-Fraccaro	Aberația structurală a unui extra-cromozom G	Moderat (QI = 50-69)
Turner	Monosomie totală/parțială a unui cromozom X	Ușor, prezent în 7-8% din cazuri
Noonan	Deleție la un cromozom C (?) Mozaic XO/XY (?) Cariotip XXYY (?)	Sever (QI sub 50)
Klinefelter	Cromozomi X supranumerari (1-3) pe lângă o formulă gonosomală XY	Severitatea deficitului este în raport cu numărul cromozomilor supranumerari
Tripla — X	Cromozomi X supranumerari pe lângă o formulă gonosomală feminină (XX)	Răr (cu excepția pentasomiei X, unde QI este sub 50)
Tetra — X		
Penta — X		
XYY	Cromozom Y supranumerar pe lângă o formulă gonosomală normală masculină (XY)	Rar

Majoritatea factorilor exogeni acționează în (în primii trei ani de viață), alterând substratul biologic al dezvoltării intelectuale prin leziuni difuze: perioadele cu importanță patogenică: prenatală (embrionară sau fetală), perinatală sau postnatală

Tabel nr. LXLIX

Oligofrenii exogene		
Perioada de acțiune	Noxele cerebrale	Modificările patologice cerebrale
Embrionară (0-3 luni)	Factori chimici, fizici, medicamente teratogene, infecții virale, boli cașectizante ale mamei, traumatisme ale gravidei, stări carentiale.	Malformații cerebrale și somatice grave.
Fetală (4-9 luni)	Intoxicații cu metale grele, stări carentiale, infecții, traumatisme fizice, placenta praevia, traume psihice.	Necroze, scleroză cerebrală, atrofi corticală, hidrocefalie, leziuni cerebrale focalizate sau difuze.
Perinatală	Prematuritate, traumatisme obstetricale, hipoxie, leter nuclear.	Hemoragii, infarcte, edem cerebral difuz, scleroză cerebrală, porencefalie.
Postnatală (0-3 ani)	Boli inflamatorii cerebrale, boli infecțioase generale, cretinism, distrofii grave, traumatisme craniocerebrale.	Leziuni cerebrale difuze, hemoragii, edem, inflamații, necroze procese distrofice.

Deși este dificil de apreciat proporția exactă a oligofreniilor în populația generală, ținând seama că o parte din bolnavi mor în primii ani de viață, pare reală proporția de 2—4% oligofreni în populația infantilă (dintre care, 5% idioti, 20% imbecili și 75% debili mintal); copiii cu intelect de limită ar reprezenta aproximativ 7—10% din populația școlară.

Dacă în formele grave de oligofrenie diagnosticul este relativ simplu, în cele ușoare, datorită existenței numeroaselor forme de „tranzitie” spre normal, sînt necesare explorări suplimentare (anamneză, discuție cu bolnavul, evaluări psihometrice etc.).

Deoarece în practica medicală curentă specialistul întâlnește numeroase afecțiuni care pot genera un tablou de nedezvoltare mintală, diagnosticul diferențial trebuie să ia în discuție și următoarele eventualități: carența afectivă, imaturitatea, falsa oligofrenie, dislexia, discalculia, demențele și psihozele infantile.

Tratamentul profilactic al oligofreniilor presupune, alături de sfatul genetic (în bolile ereditare cu risc crescut de transmitere), prevenirea noxelor cerebrale din perioadele embrionară, fetală, perinatală și postnatală precoce, precum și aplicarea unor măsuri terapeutice adecvate, atunci cînd acest lucru este posibil. Deficitul psihic, odată constituit, impune eforturi conjugate din partea medicului și a educatorului specializat, pentru punerea în valoare a capacităților restante (tratamente maturizante, școlarizare în unități speciale, educare psihomotorie etc.).

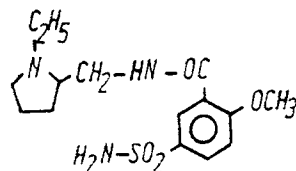
107. **OLIGOMANIE** (cf. *oligo-*; gr. *mania* „ne-bunie”) • Termen puțin utilizat (definit de V. PREDESCU — 1969), „pentru desemnarea afecțiunilor psihice care cuprind un număr restrîns de bolnavi sau afectează doar o mică parte din totalitatea funcțiilor psihice”.

108. **OLIGOTIMIE** (cf. *oligo-*; gr. *thymos*, „suflet”) • Termen propus de G. DAVIDSON (1956), în tentativa de a găsi un „generic” mai adecvat pentru psihopatie. Alegerea termenului este motivată de presupusa sărăcie sau insuficiență afectivă care ar caracteriza personalitatea dizarmonicului, reprezentînd „faptul central • al psihopatiilor”. Căutînd baza anatomo-funcțională a acestei tulburări, DAVIDSON o identifică în „slăbiciunea scoarței cerebrale și prevalența etajului subcortical”. Ca și alți termeni privitori la dizarmonia personalității, nici acesta nu a reușit să se impună.

109. **OLOSED**^(M) Italia — DCI *Metilpentinol carbamat* • Tranchilizant, derivat carbamic de tip 3-metil-1-pentin-3-ol carbamat, cu acțiune sedativ-hipnotică și miorezolutivă.

110. **OM ÎNȚEPENIT**^(S) sindrom — sin. MIO-SPASTIC sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ STIFFMAN^(S) sindrom.

111. **OMAHA**^(M) Grecia — 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 afecțiuni psihosomatice. Pentru dozele 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.

112. **OMBROFOBIE**^(F) (cf. gr. *ombros* „ploaie”; *phobos* „frică”) • Teama intensă, de neînving, absurdă, trăită dureros, pe care o are subiectul față de ploaie. Apare în nevroză obsesiv-fobică, schizofrenie, decompensări ale personalităților dizarmonice de tip psihastenic.

113. **OMCA**^(M) Austria, RFG — DCI *Flufenazină* • Neuroleptic incisiv, derivat piperazinilalkilfenotiazinic de tip 4-13-12-(trifluorometil)fenotiazin-10-ilpropil-1-piperazinetanol. Este indicat în psihoze paranoid-halucinatorii, catatonice și în depresii agitate. Are efecte secundare de tip neuroleptic incisiv. Diminuează efectul L-Dopa.

114. **OMEGA MELANCOLIC**^(S) semn (omega — numele ultimei litere a alfabetului grec) • Semn cu valoare mai mult istorico-semiologică, decît cu valoare clinică. Descris în 1898 de SCHNEILE, constă în aspectul încrețit al frunții subiectului, cu riduri direcționate spre rădăcina nasului, exprimînd „motor” tensiunea dureroasă și „psihic” — melancolia. Semnul are valoare relativă, nefiînd nici constant, nici specific.

115. **OMERAL**^(M) Italia — DCI *Moprolol* • Beta-blocant de tip 1-(Isopropilamino)-3-(0-metoxifenoxi)-2-propanol, cu acțiune anxiolitică și ușor psihostimulentă. Nu se asociază cu săruri de litiu și IMAO → BETABLOCANTE.

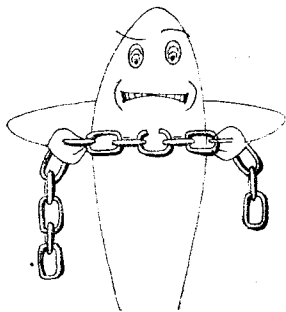
116. **OMITRYL**^(M) Grecia — DCI *Sulpiridă* • Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ OMAHA^(M) Grecia.

117. **OMNALIO**^(M) Spania — 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).

118. **OMNI-** (cf. lat. *omnis* „tot”) ● Element de compunere care introduce referirea la întreg, totalitate.

119. **OMNIPOTENȚĂ** (cf. lat. *omnipotentia* „atotputernicie”) ● Concept utilizat de S.FERENCZI în descrierea stadiilor a dezvoltării simțului realității, în termenii pulsionilor de autoconservare.

Constă, în esență, în convingerea inconștientă că gândurile, dorințele sînt echivalente pe plan real



cu acțiunile pe care ar trebui să le determine („este suficient să doresc sau să gîndesc un lucru pentru ca acesta să se împline”).

Pornind de la «nostalgia» vieții intrauterine (cînd nevoile erau satisfăcute prompt și necondiționat), de la necesitatea de a utiliza semnale din ce în ce mai specializate (de la plîns și agitație, la cuvinte și simboluri) pentru a solicita îndeplinirea nevoilor și de la nediferențierea inițială Eu/Non-Eu, răspunzătoare de mecanismul proiecției (confundarea Eului cu realitatea) și de cel al introiecției (introiecția realității în Eu), S.FERENCZI descrie următoarele stadii ale dezvoltării simțului realității :

- etapa omnipotenței halucinatorii magice ;
- etapa omnipotenței cu ajutorul gesturilor magice ;
- etapa animistă ;
- etapa simbolismului verbal, care înlocuiește simbolismul gestual, etapă a gîndurilor și cuvintelor magice, la care regresează obsesionalul.

Gîndirea obsesionalului și ritualurile consecutive sînt marcate puternic de credința în atot-

puternicia gîndurilor, prin faptul că gîndurile și actele sînt substitute ale unor dorințe refulate. Aceste aspecte trimit la acea coexistență a superstiției și lucidității, ce apare în conduita obsesională.

Fixarea la stadiul omnipotenței este favorizată de unele mame hiperprotectoare, care descifrează prompt fiecare gest, intenționat sau neintenționat al sugarului, și satisfac pe loc nevoia care l-a generat. Acest comportament trădează, nu rareori, propria incapacitate a mamelor de a suporta frustrarea. Conservarea în limite normale a sentimentului de omnipotență susține optimismul, în timp ce pierderea lui duce la pesimism.

Fixarea la stadiul de omnipotență, rezistența scăzută la frustrare, sentimentul de inferioritate consecutiv pot duce la trăsături reacționale de megalomanie, ca apărare împotriva inferiorității.

Noțiunea este utilizată și ca atribut (în plan inconștient) al Supraeului și idealului Eului, care sînt sau trebuie să devină omnipotente.

De asemenea, „autoerotismul și narcisismul sînt stadii ale omnipotenței erotismului, și cum narcisismul se manifestă toată viața, putem spune că, în materie de dragoste, putem conserva toată viața iluzia omnipotenței” (S. FERENCZI „Opere complete”) → MAGIE INFANTILĂ, NARCISISM.

120. **OMOGEN** (cf. gr. *homoiós* „asemănător, la fel” ; genos „specie, gen”) ● Proprietate a unui întreg de a fi alcătuit din părți avînd aceeași natură, aceleași proprietăți structurale și funcționale. Este un concept corelat cu conceptul „eterogen”, desemnînd, comparativ, componentele unei mulțimi, ale unui sistem.

● În psihoterapia de grup, grupul omogen este grupul format după unul sau mai multe criterii pe care le îndeplinesc toți membrii săi : vîrstă, sex, tablouri simptomatice, nivel de cultură etc. Este opusul grupului eterogen.

121. **OMOR PATOLOGIC** ● Categorie psihopatologică de omucidere, caracterizată prin :

- aspectul de violență extremă al faptei (deoseori comisă cu o deosebită cruzime) ;
- absența motivației inteligibile (care poate fi delirantă, halucinatorie sau rezultat al unei agresivități intempestive) ;
- absența măsurilor de precauție din modul de comitere a faptei ;
- atitudinea preabilă de disimulare (în cazul unei motivații delirante) sau absența oricărui semn premonitor ;
- atitudinea față de faptă (disimulare, absența remușcării) ;
- alegerea neașteptată a victimei (din anturaj, rudă sau întâmplătoare).

Poate constitui o formă de debut medico-legal (de obicei, în schizofrenie, mai ales în forma paranoică).

Se întîlnește în : epilepsie, schizofrenie, confuzie (sindroamele delirante, evoluînd pe fondul tulburării conștiinței), beție patologică, reacții acute psihotice (că, de exemplu, în amok).

122. **OMOR RAȚIONAL** ● Termen aparent paradoxal, pentru că, nu se poate accepta nici un motiv rațional pentru a ucide un om. Cu toate acestea, el este discutat în legătură cu posibilitatea de a întrerupe reanimarea unui bolnav aflat în stadiul de comă profundă, atunci cînd pe electroencefalogramă apare linia izoelectrică, sau în cazul în care o afecțiune incurabilă produce o suferință insuportabilă, care nu mai poate fi ameliorată prin posibilitățile actuale ale terapiei analgetice → EUTANASIE.

123. **OMPERAN** ^(M) Japonia ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic ^{sin.} → OMAHA ^(M) Grecia.

124. **OMUCIDERE** — **literatură și psihopatologie** (cf. lat. *homo* „om”; *caedere* „a ucide”) ● Cel mai grav comportament patologic pe care ființa umană îl poate dezvolta, distrugerea semenilor, a fost considerat, din timpuri imemorabile, ca o aberație împotriva speciei. Uciderea membrilor din aceeași specie este extrem de rar întîlnită în lumea animală și aproape inexistentă la speciile superioare. Interdicții severe și pedepse extreme există pentru omucidere în majoritatea codurilor de legi morale și religioase ale lumii. În psihogeneza actului criminal, rolul central este jucat de personalitatea făptuitorului, care poate fi modificată în sensul unei stări tanatogene, heteroagresive, condiționată, potențată sau declanșată de evenimente exterioare. Totuși, acest lucru este expresia cea mai frecventă a unui fond psihopatologic latent preexistent (DRAGOMIRESCU).

La personalitatea făptuitorului se sumează factorii socio-culturali (subculturi în care este frecvent comportamentul disocial, sau în care anumite atitudini sînt supervalorizate) și factori legați de individualitatea victimei (victimologici) → VICTIMOLOGIE.

Fără a mai enumera circumstanțele care implică existența unor boli psihice în geneza omuciderii, vom face referiri la câteva lucrări literare clasice, care au surprins cu deosebită finețe psihologia și reacțiile autorului unui act omicidar.

Opera shakespeareană surprinde în două din capodoperele sale circumstanțele unor omucideri: *Machbeth* și *Othello*. *Machbeth* este, în viziunea criminologiei clasice, „ucigașul înăscut” (E. FERRI). El prezintă, încă din copilărie, crize halucinatorii, comportamentul său este feroce, singeros, conștiința sa morală — nulă. Shakespeare subliniază forța tenebroasă a caracterului personajului său care își caută destinul tragic, ca și personajele teatrului grec. Nimic nu-l poate opri pe *Machbeth* în alunecarea din umanitate. Fără ali-

narea binefăcătoare a somnului, anesteziat afectiv („aproape am uitat gustul friicii”) *Machbeth* este sugestiv, nu mai are forță să se opună soției sale, cu care realizează un cuplu patologic deosebit de agresiv.

Othello devine un ucigaș, dar mecanismul care declanșează crima este cu totul diferit : pasiunea. Crima pasională este confirmată de faptul că este urmată de suicid. Dezvoltarea delirului de gelozie, a interpretărilor și prevalențialitatea care îl conduce pe erou pînă la tragicul deznodămînt este în mod excepțional ilustrată. Reacția reprezentată de sinuciderea imediată este o notație valoroasă din punct de vedere psihopatologic, ca și marea sugestibilitate a personajului, care se lasă pur și simplu hipnotizat de lăgo.

În „*Sonata Kreutzer*”, de Tolstoi, există o situație asemănătoare, care va conduce la un deznodămînt similar. *Pozdnicov* se lasă cuprins lent de gelozie și într-un acces de furie își ucide soția pe care o bănuiește că îl înșală. Prevalențialitatea și existența unui conflict intrapsihic, a unei spine iritative (*Pozdnicov* constatare la scurt timp după căsătorie că între el și soția sa nu există decît o legătură pur senzuală, și nu o comunicare ideo-afectivă) este magistral subliniată de autor ; și aici, după uxoricid, soțul dorește să se omoare, ca unică alternativă. Starea crepusculară în care se află îl împiedică să o facă ; adoarme ca și cum nimic nu s-ar fi întîmplat (lucru confirmat de unele cazuri din psihiatria judiciară). Criminalul face acte și acțiuni automate : „m-am ridicat, am închis ușa, am luat țigările și chibritul și am început să fumez. Nu terminasem prima țigară cînd m-a biruit somnul”. Odată reapărută critica faptelor, subiectul nu va găsi o justificare suficient rațională a acestora.

Un caz cu totul deosebit îl constituie *Raskolnikov*, personajul principal al romanului dostoievskian „*Crimă și pedeapsă*”. Autorul îl descrie astfel : „sombriu, trist și mîndru, (...) impresiunabil și hipocondriac (...) Nu-i place să-și exprime propriile sentimente ... teribil de închis în sine. Totul îi este indiferent, totul îl piictisește (...) nu se interesează de nimic din ceea ce îi interesează pe alții”. Modelele sale imaginare sînt figuri ilustre (cum ar fi Napoleon), caută să descifreze tainele destinului. Crima dublă pe care o înfăptuiește *Raskolnikov* pornește și de la dorința de a-și demonstra siguranța în propriile acte și gesturi, contextul și motivația crimei sugerînd cu insistență psihopatologicului un debut medico-legal al unei psihoze schizofrenice. Deigur intenția autorului, semnificația simbolică pe care o are personajul depășesc mult acest cadru. Notațiile de mare finețe psihologică ale autorului sînt însă independente în acuratețea lor de scopul literar urmărit. Intoxicația metafizică pe care eroul o suferă urmărind o discuție pur teoretică dintr-o

cafenea, delirul de relație pe care Raskolnikov îl trăiește după crimă, răceala și indiferența (autismul) cu care își primește condamnarea și exilul în Siberia sînt elemente care completează un tablou psihopatologic de mare complexitate.

În literatura română, deosebit de interesante, din punct de vedere al psihopatologiei omuciderii, sînt nuvelele lui Caragiale: „Păcat”, „O făclie de Pasti”, „În vreme de război” și piesa „Năpasta”; romanele lui Rebreanu: „Ciuleandra” și „Ion”; piesa lui M. Sorbul „Patima roșie”; romanul lui G. M. Zamfirescu „Domnișoara Nastasia”.

125. **ONA-MAST^(M)** SUA — DCI *Fentermin*
● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip α , α -dimetilfenetilamină, cu efecte simpaticomimetice și anorexigene. Este utilizat și în combaterea obezității secundare curei îndelungate cu NL → **PSIHOSTIMULENTE**.

126. **ONANISM** ● Denumire provenită de la numele lui ONAN, fiul lui JUDO (personaj biblic), care, conform legii leviratului (veche lege a poporului iudeu), a fost constrins să se căsătorească cu văduva fratelui său. Nedorind să aibă copii cu aceasta, ONAN practica masturbarea → **AUTO-EROTISM, MASTURBARE**.

● Onanism conjugal — definește coitul incomplet.

● Onanism psihic — imaginarea de scene erotice în scopul satisfacerii sexuale.

127. **ONAZINE^(M)** Grecia — 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)**.

128. **ONDINE** — blestemul (în mitologia scandinavă tîrzie, nimfe subacvatice care amăgeau pescarii sau călăreții de pe țărături, ducîndu-i în adîncul apelor și înecîndu-i) ● Hipoventilația alveolară primară apărută la copil, descrisă de SEVERING HAUS și MITCHEL (1962) sub numele de „blestemul ondinei”. Este legată de o tulburare de origine centrală, încă neelucidată, care duce, în momentul trezirii subiectului, la o deficiență a centrilor respiratori automatici, cu senzație de sufocare. Conducînd la sindroame de insomnie și

la scăderea importantă a calității somnului, această hipoventilație are efecte nefavorabile asupra dezvoltării psihice a copilului.

129. **ONDISM** (cf. lat. *unda* „undă, val, apă curgătoare”) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **HAVELOCK-ELLIS^(S)** sindrom.

130. **ONEIRO-IONIRO-** (cf. gr. *oneiros* „vis”) ● Element de compunere, care introduce semnificația de „visare”, referirea la vis.

131. **ONEIROFRENIE** (cf. *oneiro-*; gr. *phren* „spirit, inteligență”) ● Stări psihopatologice din grupa schizofreniilor, ale căror caracteristici principale ar fi:

- debutul acut;
- evoluția favorabilă sub tratament;
- un tablou clinic în care se întîlnesc tulburări de percepție, derealizare, tulburări de schemă corporală, modificări ale clarității cîmpului conștiinței, conturînd o stare cu trăire ca de vis (oneiroidă).

Termenul a fost introdus de L. J. MEDUNA, în 1950. Majoritatea autorilor nu recunosc existența de sine stătătoare a unei astfel de entități, ea fiind actualmente considerată doar un tip evolutiv al schizofreniei paranoide cu debut supraacut.

132. **ONEIROID^(D)** delir (cf. *oneiro-*; gr. *eidea* „formă, aparență”) ● Delir halucinator în care gradul de denivelare al conștiinței este mai puțin marcat decît în delirul oniric, ca și participarea subiectului la „visul halucinator”, care este aproape întotdeauna absentă. Delirul oneiroid este urmat doar rareori de amnezia episodului, mai frecvent putînd apărea tulburări de tip dismnezic.

133. **ONEIROIDIE** (cf. *oneiro-*; gr. *eidea*) ● Formă particulară de tulburare a conștiinței, amestec de real și vis, la care subiectul nu participă activ, comportîndu-se ca simplu spectator, în ciuda trăirii afective care poate fi intensă. A fost descrisă de MAYER-GROSS. Spre deosebire de onirism, starea confuzională de fond este mai discretă, iar viziunile care apar nu sînt halucinații adevărate, ele apropiindu-se de reprezentările și producțiile cu caracter imaginar. Tematica viziunilor este fantastică, de inspirație literară și antologică și se caracterizează printr-o „coerență” mai mare decît în onirism.

Se descriu forme expansive, cu idei delirante de grandoare, fantastice și forme depresive, cu idei depresive și de autoacuzare.

Spre deosebire de onirism, oneiroidia nu este urmată de amnezie, deși nu se exclude posibilitatea manifestării unor dismnezii.

Se întîlnește în stări infecțioase, intoxicații, manie (forma confuzivă), schizofrenie catatonică. Unii autori încadrează stările oneiroide în grupul psihozelor delirante acute.

134. **ONICO-** (cf. gr. *onyx* „unghie”) ● Element de compunere cu referire la unghie.

135. **ONICOFAGIE** (cf. *onico-* ; gr. *phagein* „a mânca”) — sin. **ONICOTILOMANIE** ; **TITILOMANIE** ● Acțiune impulsivă care constă în roaderea, (mîncarea unghiilor). Subiectul îi poate recunoaște caracterul anormal, dar cel mai adesea îi este dificil să lupte împotriva tendinței imperioase.

Manifestare frecventă la copilul emotiv, poate fi observată și la adult, ca simptom nevrotic care relevă prezența angoasei.

În 1955, SOLOMON a studiat onicofagia din punct de vedere psihanalitic, relevînd caracterul său sadic-oral. Subiectul, neputînd să recunoască frustrările externe de natură narcisistă, caută să-și descarce tensiunile printr-un act avînd semnificația unei automutilări.

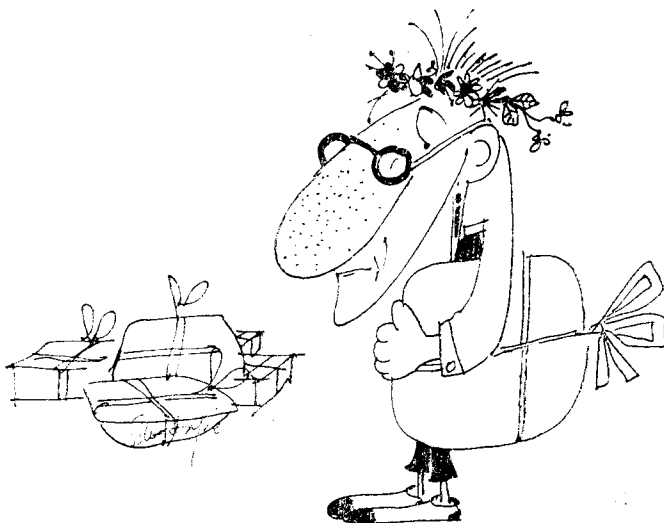
136. **ONIOMANIE** (cf. gr. *one* „cumpărătură” a *mania* „nebunie”) ● Tendința imperioasă de : face cumpărături în mod exagerat, cu sau fără

nume de **MAGNAN** (1874), care relevă următoarele trăsături distinctive :

- caracter neplăcut și înfricoșător (în cazuri extrem de rare îmbracă un caracter plăcut) ;
- mobilitate (caracter subliniat, încă din 1869, de LASÈGUE) ;
- conținut determinat de activitățile obișnuite sau preocupările de moment ale subiectului.

Tabloul clinic al delirului oniric a fost sistematizat în mod deosebit de H. EY :

- vizualizarea activității halucinatorii : „vîsul” subiectului se desfășoară în fața ochilor, halucinațiile vizuale derulîndu-se ca secvențe ale unui film, în care subiectul se include ;
- tema dramatică : delirul prezintă, cel mai adesea, o anumită unitate de acțiune sau de semnificație, care organizează scenele filmului halucinator, caracterizat aproape întotdeauna printr-o înlănțuire barocă ;
- puternica încărcătură emoțională, trăirile delirante fiind supraîncărcate afectiv, de obicei negativ, în corelație cu conținutul perceput ;



motivație bine întemeiată și în neconcordanță cu trebuințele reale și posibilitățile subiectului. Poate fi întîlnită în psihoza maniaco-depresivă, schizofrenie, oligofrenie, demențe, cît și la unele personalități dizarmonice.

137. **ONIRIC^(D) delir** (cf. gr. *oneiros*) ● Delir halucinator, descris prima oară sub acest

- delirul actelor : subiectul nu asistă ca un spectator, ci trăind „realitatea” halucinatorie, se implică activ în ea, își joacă propriul personaj, acționînd în limitele dimensiunilor scenei imaginare ;
- tulburările de conștiință, referitoare în primul rînd la modificările structurilor tem-

poro-spațiale, ca și la modificările de luciditate, care pot merge pînă la obnubilare ;

- amnezie consecutivă globală sau fragmentară, permanentă sau tranzitorie.

Similitudinea existentă între termenii onirism reacție psihotică exogenă, delirium, delir oniric este acceptată de majoritatea clinicienilor.

138. **ONIRIS** (zeitate greacă, personificînd somnul cu visele sau visele din timpul somnului) ● Vechii greci considerau visul drept una din principalele posibilități de evidențiere a oracolelor, ceea ce a dus la „*studiul sistematic al viselor*”, avînd drept urmare și o clasificare a raportului vis/oracol.

Astfel, ei distingeau în oniromanție (arta interpretării viselor) :

- vise chrema tismatice (zeii apar clar și prezic viitorul) ;
- vise theorematice (evenimente viitoare care vor deveni reale) ;
- vise aluzive (viitorul este prezentat prin simboluri).

Toate acestea ne obligă să remarcăm că această interpretare a „simbolisticii visurilor” este mult mai veche decît s-ar părea.

139. **ONIRISM** (cf. gr. *oneiros*) ● Formă de activitate mentală (studiată printre primii de RÉGIS), tradusă printr-o stare de modificare a conștiinței, comparabilă cu starea de vis, în care are loc o derulare de imagini vizuale (uneori scenarii întregi). Visul este trăit activ, invadînd realitatea bolnavului, devenind substituit autentic al realității, în care comportamentul subiectului este adaptat

în consecință. Viziunile pot avea un caracter net halucinator, iar halucinațiile vizuale pot fi sociate cu halucinații auditive, tactile, cenestezice, conținutul halucinațiilor fiind cel mai adesea atepăcut, terifiant.

Onirismul hipnagogic (din momentul adormirii) are manifestări mai discrete, subiectul asistînd pasiv la scenele vizionate.

În general, onirismul patologic se manifestă pe fondul unei stări de confuzie mentală. Bolile infecțioase, intoxicațiile (îndeosebi cea alcoolică) pot prezenta în tabloul clinic delirul oniric, urmat de amnezie lacunară. Uneori, persistă sechele de tipul ideilor fixe, postonirice, care pot constitui punctul de plecare al delirurilor secundare postonirice, aparent sistematizate (de gelozie, de auto-acuzare, de persecuție). De asemenea, delirul onirice care par stinse pot reveni în actualitate, în ocazii identice cu aceea care a generat inițial onirismul, sub forma unor deliruri „renăscînde” sau „cu eclipse”. Bufe delirante onirice sînt observate și în accidente ischemice, hemoragii cerebrale, ramolimente.

În demențele senile, agitația nocturnă poate fi determinată de onirism. În sfîrșit, acesta mai apare în urma unor șocuri emoționale violente, accidente epileptice, crize de anxietate paroxistică, stări crepusculare (epileptice sau isterice), în care se produc disoluții de diverse grade ale conștiinței.

În timpul somnului cu vise, onirismul poate fi considerat normal (supus influențelor fiziologice). Onirismul trebuie diferentiat de reverie, stări oneroide, delir de imaginație.

140. **ONIROLOGIE** (cf. *oniro-* ; gr. *logos* „cuvînt, discurs”) ● Domeniu de cercetare, vag definit „a fi” *acea știință care se ocupă de vise*”. Derivată



Salvador Dalí

din mai vechile practici oculte (dintre care amintim oniromanția), după 1900, odată cu publicarea lucrării lui FREUD „*Traumdeutung*”, ca și a lucrărilor lui N. VASCHIDE (1911), analiza viselor ia o nouă direcție în psihologie, psihopatologie și psihiatrie. Aportul neurofiziologiei, manifestat după introducerea de către ASERINSKY și KLEIMAN, în anii 1950, a înregistrărilor poligrafice, a deschis o cale nouă de cercetare.

Școala românească, reprezentată de L. POPOVICIU și colaboratorii săi, a efectuat o serie de lucrări deosebite și a dedicat visului o apreciată monografie. De asemenea, I. BIBERI a făcut o serie de comunicări privitoare la vis și a propus introducerea termenului de „oniropsihiologie”.

141. **ONOMATOFOBIE**^(F) (cf. gr. *onoma* „nume”; gr. *phobos* „frică”) ● Teamă nejustificată, cu caracter patologic, de a rosti anumite cuvinte. Circumstanțele apariției unei astfel de frici au un determinism psihopatologic divers. Pot fi legate de greutatea pronunțării unor cuvinte complicate sau necunoscute subiectului. În cazul dislaliilor (balbici), onomatofobia poate fi generată de dificultatea de a rosti anumite grupe de silabe care declanșează fenomenele motorii nevrotice. În psihozele schizofrenice, anumite cuvinte sînt încărcate pentru subiect de un înțeles simbolic, iar teama de a le pronunța este legată de această simbolică delirantă. La persoanele psihastenice, onomatofobia poate fi provocată de imposibilitatea subiectului de a găsi cuvîntul cel mai potrivit pentru a exprima un anumit mesaj.

Din descrierea circumstanțelor psihopatologice de apariție rezultă că această fobie nu face parte din grupul „fobiilor adevărate”.

142. **ONOMATOMANIE** (cf. gr. *onoma*; *mania* „nebulie”) ● Fenomen psihic caracterizat prin impulsivitatea deosebit de intensă și cu răsunet penibil în planul conștiinței, constînd în apariția în discursul mental sau verbal al subiectului a unor cuvinte sau grupuri de cuvinte. Subiectul se simte asaltat de ele, încearcă să le îndepărteze fără rezultat, ceea ce îi determină o stare de anxietate intensă. Critica asupra caracterului patologic al fenomenului este păstrată. Mai rar, este descrisă obsesia de a nu uita un anumit cuvînt sau nume propriu; alteleori, obsesia capătă un caracter impulsiv, subiectul simțînd pulsivitatea de a pronunța anumite cuvinte (de obicei vulgare), care nu îi caracterizează vocabularul și față de care are o atitudine de rejecție.

Într-o formă mult atenuată și tranzitorie, onomatomania este întîlnită în stările de surmenaj. În forma sa clasifică (CHARCOT, MAGNAN SÉGLAS), simptomul este descris în nevroză obsesivo-fobică și schizofrenie.

143. **ONTIC** (cf. gr. *on* „ființă”) ● Referitor la ceea ce aparține categoriei de existență ca realitate obiectivă. Aspectul sau dimensiunea ontică a diferitelor entități se distinge, din punct de vedere filozofic, de planul gnoseologic și de cel axiologic.

144. **ONTOGENEZĂ** (cf. gr. *on*; *genesis* „naștere”) ● În biologie; dezvoltarea individuală a organismelor vegetale sau animale, de la primele forme de embrion pînă la sfîrșitul vieții, incluzînd succesiunea legică a transformărilor organismului viu pe tot parcursul vieții. Ideea de ontogeneză a fost formulată de W. HARVEY (1628) și reluată de Geoffroy de SAINT-HILAIRE, F. MULLER.

Termenul de ontogeneză a fost introdus de E. HAECKEL în 1866. În istoria teologiei s-au înfruntat două concepții cu privire la caracterul schimbărilor ontologice:

- performismul (dinamica schimbărilor se reduce la o simplă creștere cantitativă);
- epigeneza (schimbările constituie un lanț de transformări exclusiv calitative).

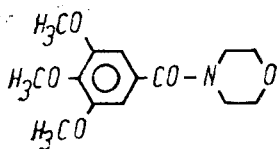
În ceea ce privește natura factorilor răspunzători de direcția dezvoltării ontologice, au existat concepții care i-au definit ca avînd un substrat material (moleculele acidului dezoxiribonucleic), dar și concepții, precum vitalismul, care i-au prezentat ca entități nemateriale (entelehi, forță vitală). Darwinismul concepe ontogeneză ca un produs al interacțiunii dintre organism și mediul extern. Termenul de ontogeneză (evoluția individului) este corelat cu cel de filogeneză (evoluția speciei) în cadrul legii lui HAECKEL, potrivit căreia, pe parcursul dezvoltării embriogenetice, ontogenia repetă, în linii generale, filogenia.

● În psihologie: proces de formare a persoanei, de dezvoltare a psihicului, a conștiinței unui individ. Unele concepții care au explicat mecanismul ontogenetic al psihicului au pus accentul pe evidențierea aspectelor „naturale” ale acestui proces (J. J. ROUSSEAU, LOCKE, KOMENSKI), nețînînd seama de rolul hotărîtor al factorilor mediului social asupra dezvoltării personalității, idee centrală în psihologia socială și în sociologia științifică contemporană.

145. **ONTOLOGIE** (cf. gr. *on*; *logos* „cuvînt, discurs”) ● Domeniu fundamental al filozofiei, avînd ca obiect „ființa ca ființă” (ARISTOTEL) — existența în genere, determinațiile și principiile comune oricărei existențe. Elaborată speculativ ca „filozofie primă”, ontologia tradițională și-a propus să construiască prin raționamente a priori un model definitiv al esențelor sau ultimelor principii care întemeiază posibilitatea de a fi a tuturor lucrurilor; determinații categoriale ale ființei cel mai des invocate sînt substanța, spiritul, spațiul (întinderea) și timpul, realitatea și posibilitatea, cauzalitatea, esența și fenomenul etc. În epoca modernă, ontologia a fost denumită și metafizică, datorită postulatei priorități epistemologice a enunțurilor sale față de cunoștințele fundamentate empiric. Diferitele teorii ontologice cunoscute în istoria filozofiei sînt fie materialiste, fie idealiste, fie dualiste. Descalificată zgomotos și agresiv de teoriile neopozitiviste drept pseudocunoaștere, ontologia secolului al XX-lea aspiră la o reconstrucție teoretică, urmînd două strategii în multe privințe opuse: fie retragerea pe un teren problematic, declarat inaccesibil științei și rezervat unei cunoașteri filozofice sui generis (exemplul cel mai semnificativ fiind fenomenologia existen-

țială heideggeriană), fie înlocuirea demersului deductiv-speculativ tradițional prin generalizarea concluziilor cercetării științifice (materialismul dialectic, neoraționalismul).

146. **OPALÈNE^(M)** Belgia, Franța — DCI *Trime-tozină* ● Tranchilizant cu structură chimică aparte, de tip 4-(3, 4, 5-trimetoxibenzoil)-morfolină, cu



acțiune anxiolitică și sedativă; nu are valențe miorelaxante, nu influențează reflexele conducătorilor auto. Util în tratamentul ambulator.

147. **OPALSKI^(S) sindrom** ● Tablou clinic caracterizat prin asocierea unor simptome de simpatocotonie (palpitații, scurte pusee de hipertensiune arterială, senzație de compresie stomacală) și vagotomie (micțiuni spastice), cu tulburări de vedere (dificultăți de acomodare, fosfene), labirintice (vertij) și tulburări psihice (astenie, adinamie, crize de anxietate cu senzație de moarte iminentă, stări lipotimice).

Etiologic ar fi vorba de leziuni focale hipotalamice (OPALSKI, 1949).

148. **OPELOMIN^(M)** Japonia — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpatocolitică. Potențează acțiunea anesteziei, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN^(M).

149. **"OFEN DCOR"** (engl. „ușă deschisă”) ● Atitudine în aplicarea îngrijirilor spitalicești ale bolnavilor psihici, practică inițial în Scoția, prin care se asigură circulația liberă a bolnavilor în afara spitalelor, pe garanția verbală a acestora, porțile spitalelor rămânând deschise.

Introdusă în Franța de către unii medici, printre care Marandon de MONTYEL, această metodă a permis îmbunătățirea condițiilor de spitalizare, a tehnicilor psihoterapeutice și de readaptare socială. Astăzi, este considerată în mod similar orice metodă de asistență care asigură bolnavilor cea mai mare libertate, adesea indispensabilă vindecării, readaptării sociale, regăsinii semnificației responsabilității.

Reprezentînd o atitudine medicală profund umanitară, metoda este facilitată de arsenalul terapeutic modern și beneficiază de sprijinul ergoterapiei, artterapiei, meloterapiei, activităților sportive etc.

150. **„OPERAȚIA FURCULIȚEI”** ● Intervenție chirurgicală efectuată prin deschiderea cavității abdominale. A fost realizată cu succes pentru prima oară în 1876, de către chirurgul francez Leon LABBÉ: atât anul, cât și numele au intrat în istoria chirurgiei. Mai puțin cunoscut este faptul că intervenția a avut loc ca urmare a „forțării minții” de către un bolnav psihic, care înghițise o furculiță. Metoda nu era de loc curentă și nici nu corespundea etapei istorice respective. A intrat în practica curentă abia după 11 ani, în 1887 (CORTEZ), datorită lui T.G.MORTON.

151. **OPERAȚIE** (cf. lat. *operatio* „lucrare, operație”) ● Acțiune de transformare aplicată asupra obiectelor și situațiilor reale sau operație formală, realizată în plan mintal. Operațiile fundamentale formale, logice ale gândirii sînt: comparația, analiza, sinteza, generalizarea, abstractizarea, sistematizarea, concretizarea.

În epistemologia genetică, operația desemnează transformările reversibile ale unei structuri în alta, prin modificări de formă sau conținut. Operația este, concomitent, o modificare posibilă a realului și o acțiune asimilatoare.

Operația mintală este reversibilă, putînd astfel reprezenta toate posibilitățile, realul este ireversibil, deci constituie o expresie oarecare a unei posibilități.

Operațiile mintale sînt acțiuni interiorizate, reversibile și coordonate în structuri complexe.

152. **OPERAȚIE CONCRETĂ** ● Transformare mintală aplicată conținuturilor materiale, direct perceptibile și manipulabile sau care pot fi reprezentate foarte viu. Se opune operațiilor formale, care se aplică unor enunțuri verbale.

● Stadiu al dezvoltării inteligenței (după J. PIAGET), situat între 7—12 ani, în care copilul, deși are încă nevoie să recurgă la intuiție și acțiune, este deja capabil de decenterare. Copilul poate, datorită sistemului de operații concrete, să se elibereze de aspectele particulare sau superficiale ale realităților percepute, pentru a distinge ceea ce rămîne invariabil. El nu se mai limitează la propriul său punct de vedere, devenind capabil să coordoneze diferite opinii și să tragă concluzii. Dar, operațiile gândirii rămîn concrete. Copilul nu poate gândi bazîndu-se doar pe enunțuri verbale sau ipoteze, dar utilizează grupări în probleme de scriere, de clasificare, poate stabili echivalențe numerice independent de poziția spațială a elementelor, pune în relație durata și spațiul parcurs și înțelege noțiunea de viteză. Explicațiile

fenomenelor fizice devin mai obiective. Copilul nu se referă numai la acțiunea proprie, ci ia în considerare diverși factori ce intră în joc, precum și raporturile dintre ei.

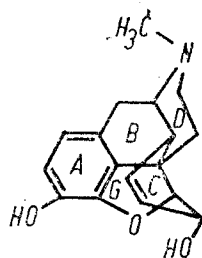
153. OPERAȚIONALISM (cf. lat. *operatio*) ● Curent epistemologic înrudit cu pragmatismul și pozitivismul logic, care consideră că semnificația conceptelor științifice și, în genere, a tuturor actelor cognitive ideale (noțiuni, judecăți, teorii) nu se definește prin raportarea lor la realitate — în cadrul unui raport de adecvare verificabilă —, ci prin seria variabilă de operații cognitive ce pot fi realizate de către subiect cu aceste entități ideale. A defini semnificația unei noțiuni înseamnă, așadar, a indica „ce se poate face” cu acea noțiune, totalitatea operațiilor mintale ce pot fi efectuate cu ajutorul ei. Limitând accentele subiectiviste, interpretarea neoraționalistă a operaționalismului (J. PIAGET, G. BACHELARD) realizează o critică instructivă a realismului naiv — axat pe credința în dobândirea pasivă de către subiect a cunoștințelor „furnizate” sau „oferite” de contactul nemijlocit cu obiectul —, demonstrând caracterul elaborat și, în acest sens, operațional al cunoștințelor, din care se desprinde necesitatea verificării în practică a enunțurilor teoretice.

154. OPERTIL^(M) Danemarca, Finlanda, Norvegia, Olanda — DCI *Oxipertină* ● Neuroleptic, derivat indolic de tip 5, 6-dimetoxi-2-metil-3-*H*2 (4-fenil-1-piperazinil)-etilindol, cu acțiune de tip CLORPROMAZINĂ, cu instalare mai lentă, dar performanțe anxiolitice și sedative superioare; posedă valențe psihostimulente și antidepressive. Are efecte secundare moderate. Nu se asociază cu IMAO.

155. OPIACEE (cf. gr. *opion* „suc de mac”) ● Grup de substanțe care include atât opiu și alcaloizii acestuia, cât și substanțele de sinteză cu o structură chimică similară. Consumul repetat al acestor substanțe antrenează, pe o durată variabilă de timp, fenomenul de toleranță, un sindrom somatopsihic de abinență în momentul încetării consumului, ducând nu numai la accidente imediate, dar și la instalarea uneia din cele mai tiranice dependențe. Din această categorie de droguri fac parte: opiu, morfina, heroina, cocaina și stupefiantele sintetice. Folosit de multă vreme în scop terapeutic (Summerul, Persia și Egiptul Antic), opiu este menționat de HIPOCRATE drept cel mai bun analgetic, iar GALIEN îl folosea pentru a-l trata pe cel mai celebru opioman al timpului său, împăratul MARC AURELIU.

India, China sînt țări unde macul (*Papaver somniferum album*), de la care se prelevează capsulele, se cultiva intens în secolele al XI-lea — al XII-lea pentru extragerea opiuului și, ulterior, a morfinei și a celorlalți alcaloizi.

Europa este „contaminată”, pe căile maritime indo-britanice, cu opiu provenit din China, care, la mijlocul secolului al XVIII-lea, cunoaște două „războaie” ale opiuului, mărfurile conținând acest produs fiind confiscate. Medicul englez SYDEN-



FORMULA DE STRUCTURĂ A MORFINEI STABILĂ PRIN RAZE „X”

HAM îl numește „laudanum”, iar SÉGUIN, chimistul armatei franceze conduse de NAPOLEON, în 1806 nu ezită să folosească morfina (recent obținută de chimistul F. SERTURNER din extractul de mac și denumită astfel după MORPHEUS, zeul somnului și al viselor), în scop terapeutic. Obiceiul fumatului de opiu sau al folosirii sale orale, la sfîrșitul secolului al XIX-lea, nu duce la toxicomanii severe, care încep să apară de abia după inventarea acului hipodermic, utilizat pentru inocularea morfinei pure. Deși apreciată în SUA pentru puternicul efect analgic obținut prin injecție intravenoasă, morfina a devenit agentul determinant al „bolii soldaților”, în timpul războiului civil.

Cu doi ani înainte de crearea aspirinei de către Compania Bayer, chimistul german DRESLER sintetizează heroina (1898), prin adăugarea a două grupări acetil la structura morfinei, în speranța creării unui analgetic care să nu aibă dezavantajele morfinei; din păcate, scopul propus nu a fost atins, noua substanță avînd un psihotropism și mai activ. Folosită inițial pentru tratamentul sindromului de dependență morfinic, heroina avea să devină în curînd (și pînă în zilele noastre) una dintre „vedetele” pieței negre a stupefiantelor, numărînd circa 200 000 de dependenți numai în orașul New York, în 1916. Avînd, la cantități egale, o acțiune psihotropă de trei ori mai mare decît morfina, heroina constituie o „marfă” de elecție pentru producătorii iliciți, pentru traficanți și pentru sclavii ei. Culturile de mac alb se întîlnesc în unele țări din Asia (în 1970, se apre-

cia că 80% din heroina transportată în SUA provenea din Turcia, iar restul de 20% din sudul Mexicului și restul Asiei).

Lupta anti-drog constituie una dintre problemele principale ale multor țări occidentale, care se confruntă cu acest flagel toxicomanic. Războiul din Vietnam a oferit exemple evocatoare ale instalării fenomenului de toxicomanie heroinică și a arătat, o dată în plus, rolul important al factorilor psihosociali în geneza abuzului de droguri. Studii efectuate pe veteranii acestui război, care deveniseră heroino-dependenți (BOURNE, 1974), au indicat o mai mare rată a vindecărilor, odată cu reinserția în mediul familial și încheierea păcii, decât în cazul altor tipuri de toxicomani.

Efectele opiaceelor asupra organismului sînt sistemice. Cei peste 15 alcaloizi extrași din opiu (morfină, tebaina, codeina, papaverina, narceina, narcotina etc.) și produsele similare obținute pe cale sintetică (care pot conține și toți alcaloizii la un loc) prezintă riscul dezvoltării dependenței (cu excepția papaverinei), chiar dacă, inițial, sînt utilizați doar cîteva zile în scopuri medicale, ca analgezice. Analgezia nu se realizează prin acțiune asupra receptorilor dureroși din piele sau de la nivelul organelor, ci prin acțiune asupra componentei afective a durerii, producînd un efect anxiolitic, sedativ și euforizant; subiectul descrie „o bunăstare”, relaxare și indiferență la agenții stresanți, o senzație de liniște interioară și somnolență. Moartea se poate instala subit (SNYDERS afirmă că mulți dintre cei care folosesc injecția de heroină mor printr-o supradozare inițială, prin deprimare respiratorie brutală, însoțită de reacție alergică pulmonară masivă). Se incriminează și apariția unui edem cerebral considerabil, care duce la fenomene similare cu cele din intoxicația cu monoxid de carbon (HALPERN) sau la fragmentarea substanței albe (PEARSON). Autori ca RICHTER, BADEN și PEARSON (1970) semnalează leziuni de necroză la nivelul ganglionilor bazali, modificări ischemice și chiar infarcte hipofizare, mielită necrotică. Senzația neplăcută de greață și vomă este depășită, de obicei, de efectul psihic, iar constipația pe care opiaceele o provoacă, prin diminuarea contracțiilor peristaltice, nu justifică decât în cazuri extreme folosirea preparatelor de opiu în combaterea diareei. Mioza caracteristică reprezintă un semn distinctiv pentru consumatorii acestor droguri. Modul de acțiune a opiaceelor a fost elucidat în ultimul deceniu prin descoperirea unor receptori membranari specifici la nivel celular, avînd o componentă proteică. Cunoscuți sub numele de receptori morfinci (după alcaloidul respectiv), ei au o structură similară cu cea a receptorilor neurotransmițătorilor. Studii microscopice (SNYDER, 1975) au relevat existența unor asemenea receptori în anumite regiuni ale sistemului

nervos central, începînd cu substanța cenușie a măduvei spinării, sistemului limbic, regiunii pretelectale. Mecanismul de „cheie în broască”, prin care acționează opiaceele asupra receptorilor specifici, prefigurează ipotetica sinteză a unor produși antagoniști, care ar putea fi salvatori în multe cazuri dramatice de intoxicație cu stupefiante. A fost sintetizat deja un număr de produși analgezici cu potențial redus de dezvoltare a dependenței, pe principiul combinării proprietăților agonist-antagoniste. Pînă în prezent, naloxanul este principalul antagonist cunoscut. Descoperirea receptorilor morfinci deschide căi nebanuite pînă acum și în psihiatrie, luînd în considerare faptul că encefalinele puse în evidență în țesutul cerebral sînt substanțe „morphine-like”, iar concentrația lor variază în același sens cu distribuția receptorilor morfinci. Encefalinelor li se recunoaște deocamdată un efect antialgic, iar ipotezele asupra unei funcții de neurotransmitere în modalitățile fiziologice de reglare a durerii și emoției rămîn a fi confirmate de noi cercetări.

Dependența psihică și fizică pe care opiaceele o determină a făcut pe mulți cercetători să caute trăsături psihologice predispozante la acest tip de toxicomanie (ca, de altfel, și în cazurile altor droguri), testele psihologice evidențiind faptul că el este specific personalităților caracterizate prin imaturitate, scăderea toleranței la frustrare, tendințe orale și impulsivitate sociopatică (HEKIMIAN și GERSON, 1968).

Pe lîngă acestea, factorii socio-culturali, dar mai ales cei economici (șomaj, sărăcie) joacă un rol important în geneza toxicomaniei. Profesiile care presupun accesul la drog (medici, surori medicale) cresc incidența dependenței de 50—100 de ori față de populația generală.

Sindromul de abinență apare la suprimarea administrării drogului și determină instalarea brutală a unei simptomatologii deosebit de dramatice: anxietate marcată, însoțită de agitație, raptusuri impulsive, manifestări histeriforme, transpirații reci, paloare, tahicardie, diaree, vomă, lipotimie sau sincopă (uneori letală). Primele semne își fac apariția la circa patru ore după ultima injecție de heroină și pot dispărea (dacă subiectul are o bună rezistență biologică) după 36 de ore.

În ceea ce privește unele caractere particulare ale toxicomaniei cu diverse tipuri de opiacee, le redăm după POROT, în ideea unei retrospective mai degrabă istorice:

Consumatorii de opiu (fumat sau ingerat), numeroși în secolul trecut, prin propagarea obiceiului originar din Extremul Orient, pînă în saloanele literare pariziene, descriau efectul pipelor de opiu ca fiind „cele mai frumoase acorduri ale substanței albe și cenușii ale creierului” (Jean COCTEAU). Riscul dependenței apare variabil,

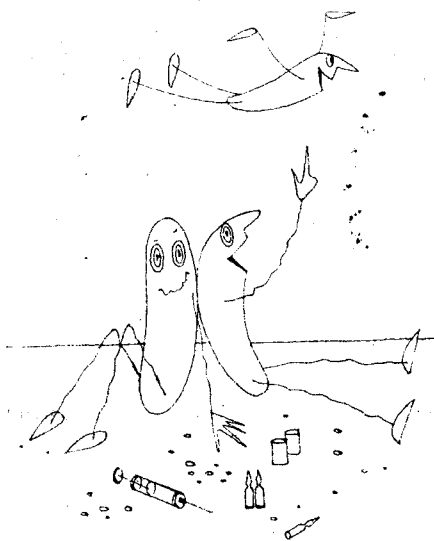
între 5—50 de pipe. Opiofagia este frecventă în Asia Mică nu numai sub forma consumului unor pilule în care opiul este amestecat cu alte substanțe euforizante sau afrodisiace, ci și sub forma abuzului de „preparate calmante” care conțin opiu (preparate aflate sub un regim de control special în farmacii).

Morfinomania, cu incidență maximă la sfârșitul secolului trecut și la începutul celui prezent, cu mare răspândire printre cadrele medicale, a furnizat primele date mai concludente asupra sindromului de dependență și abinență, ca și asupra demențierii posibile în urma unui consum îndelungat.

Codeinomania, prin reprezentanții ei terapeutici folosiți în afecțiunile respiratorii, poate facilita un anumit grad de toxicomanie.

Heroinomania devine o toxicomanie chiar de la prima priză, care este, de obicei, aproximativ de zece ori mai mare decât doza terapeutică (2—4 mg). Este principalul drog pe piața drogurilor. Este administrată, în special, sub formă de injecții, flebita venelor abordate fiind un semn patognomic la acești „drogați”.

Riscul apariției nefritelor grave, a septicemiilor, a endocarditelor infecțioase, a sindromului amenoree-galactoree, prin blocaj hipotalamo-hipofizo-ovarian, a gravelor repercusiuni asupra fătului la gravidele heroinomane (PELOSI, 1975) conferă stupefiantelor sintetice — clorhidratul de petionină, dextromoramida (palfium), pentazocina (fortral) —, în ciuda avantajului că sînt analgice puternice, aceleași inconveniente în privința dependenței.



Tratamentul opiomaniei nu are decât puține șanse de reușită, experiența din SUA relevînd că 90% dintre adulții care au fost supuși dezintoxicației revin la drog. Cu excepția cazurilor în care exitusul este predictibil și a durerilor insuportabile, pentru care opiaceele sînt o ultimă ușurare, aceste substanțe se află sub o interdicție severă pentru populația generală. Măsurile de dezintoxicare necesită un program amplu și crearea unor instituții specializate, pe care unele țări (în special occidentale) au fost nevoite să le înființeze, pentru a face față acestui flagel modern.

Rezultatele curei de sevrăj nu sînt încurajatoare (deși experiența japoneză din anii 1960—1970 a fost, se pare, eficientă), iar substituția drogului cu alte produse (metadona — DOLE și NYSWANDER, 1965—1967) nu face decât să înlocuiască un tip de dependență cu altul.

Măsuri economice, psihosociale pot contribui la învingerea acestui fenomen, cu rapide și periculoase modalități de infiltrare, mai ales în rîndurile tineretului.

156. OPINIE (cf. lat. *opinio* „păreră, idee”) ● Păreră, punct de vedere, judecată ; receptare sau descriere a realității, bazată pe încrederea, adeviziunea spontană sau empirică a subiectului față de o anumită situație, concepție sau plan de acțiune. Opinia este o reflectare subiectivă, neverificată a obiectului, faptului sau evenimentului, în spiritul unui realism spontan. Întemeindu-se pe considerațiile majorității și pe lipsa conjuncturală de certitudine științifică proprie într-o problemă dată, opinia se opune atît „științei”, cît și „credinței”.

Opinia are grade, niveluri, trepte, după felul cum exprimă o judecată probabilă, o posibilitate sau un adevăr. Opinia reprezintă un început de cunoaștere sau cel puțin de interes, puțin facilită inițierea unei dezbateri sau a unui dialog. La baza investigării opiniei se află ancheta sociologică și statistică urmărind sondarea opiniei publice sau cunoașterea stării de spirit a unui grup social.

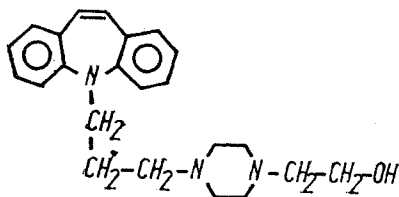
PLATON a opus opinia științei, iar filozofia latină i-a atribuit un sens peiorativ ; stoicii considerau că înțeleptul nu trebuie să aibă sau să emită o pinii.

157. OPIOID (cf. gr. *opion* „suc de mac” ; *eidōs* „formă, aspect”) ● Prods natural sau de sinteză, cu o farmacodinamie asemănătoare cu a opiului.

158. OPIOMANIE (cf. gr. *opion* ; *mania* „nebulie”) ● Toxicomanie cu opiu sau derivații săi → TOXICOMANIE, OPIACEE.

159. OPIPRAMOL^(DCI) ● Timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 4-/3-(5H-dibenz/1b,flazepină-5-il)propil-1-piperazin-etanol, cu structură chimică impresionantă : un nucleu imipraminic și o catenă laterală neuroleptică, de tip fenotiazinic,

care însă nu confirmă și acțiunea farmacodinamică, aceasta fiind moderat antidepresivă, cu nete proprietăți anxiolitice și sedativ-hipnotice. Este considerat un bun tranchilizant, cu valențe antidepresive. Se bucură de o bună toleranță; nu se asociază însă cu IMAO.



Constituie principiul activ al unor produși farmaceutici, dintre care cel mai bine cunoscut este: INSIDON^(M) Anglia, Austria, Belgia, Danemarca, Elveția, Grecia, Franța, Italia, Japonia, Olanda, Portugalia, RFG.

Se mai pot menționa :

DINSIDON ^(M)	Chile
ENSIDON ^(M)	Suedia
NISIDANA ^(M)	Spania
OPRIMOL ^(M)	Israel
PRAMOLAN ^(M)	Polonia

160. **OPIRAN^(M)** Franța — DCI *Pimozidă* ● Neuroleptic, derivat difenilbutilpiperidinic de tip 1-1-14,4-bis-(p-fluorofenil)butil-1-4-piperidil-2-benzimidazolinonă, cu acțiune antipsihotică și anxiolitică; este indicat în tratamentul de întreținere al psihozelor cronice, unde se va asocia cu un NL sedativ, neavând efecte sedative. Efectele secundare sînt modeste, iar apariția sindromului extrapiramidal este rară. Nu se administrează la gravide.

161. **OPIU** (cf. gr. *opion*; lat. *opium* „opiu”) ● Pulbere rezultată din uscarea latexului obținut prin incizii ale capsulei plantei *Papaver somniferum album* (macul). Conține peste 25 de alcaloizi, clasificați chimic în :

- derivați fenantrenici :
 - morfina 5—15%
 - codeina 0,3—0,5%
 - tebaina 0,2—0,4% ;
- derivați benzilzochinolinici :
 - papaverină 0,5—1%
 - narcotină și noscapină 5—6%
 - narceină 3%
 - laudanosină.

Produsul standard conține cel puțin 11% morfina, substanță după care se apreciază calitatea opiumului.

Efectul farmacologic este obținut prin acumularea efectelor alcaloizilor : morfina are efect pre-

dominant analgezic, euforizant, antitusiv ; papaverina are efect antispastic, codeina și narcotina au calități antitusive.

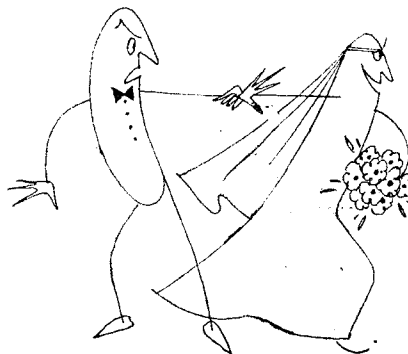
Preparatele farmaceutice se clasifică, după calea de administrare, în :

- preparate care se administrează pe cale bucală, pentru efectul antispastic, antidiareic, expectorant (utilizarea pe această cale, în scop terapeutic, are doar o valoare istorică, derivatele de opiu fiind înlocuite în timp cu alte preparate, cu efecte mai slabe în ceea ce privește farmacodependența) :
 - pudra de opiu (10% morfina) ;
 - extract de opiu (20% morfina) ;
 - tinctură de opiu (1% morfina) ;
 - sirop de opiu (sirop tebaic — 0,04% morfina) ;
 - pudra Dover (1% morfina) ;
- preparate de opiu care se administrează parenteral, pentru acțiunea analgezică și sedativă, utilizate în anestezie și în combaterea durerii, în formele avansate de neoplasm.

Unii autori au utilizat experimental preparate injectabile (Mexapan) în tratamentul stărilor depresive psihotice, cu rezultate mulțumitoare, însă, datorită riscului toxicomaniei, derivații de opiu nu vor fi folosiți decît cu multă prudență în psihiatrie.

162. **OPOSIM^(M)** Argentina — DCI *Propranolol* ● Psihotrop betablocant, derivat propanolic de tip 1-(isopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acțiune anxiolitică și valențe psihostimulente de tip adrenolitic ; nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

163. **OPOZIȚIE** (cf. lat. *opponere* „a se opune”) ● Reacție constînd din atitudini afectiv-voliționale ce se caracterizează printr-o evidentă componentă defensivă activă și care trebuie diferențiată de negativism (MICHAUX). Constă într-un ansamblu de atitudini și acțiuni ale bolnavului, în mod manifest opuse celor solicitate sau așteptate de la el



Diferențierea de negativismul activ rămîne totuși dificilă, MICHAUX însuși apropiind-o de forma ideo-motorie a negativismului.

Opoziția se poate manifesta prin: mutism (la stimulii verbali), retragere, fugă, contractura musculaturii care se opune mișcării imprimată de examinator, chiar agresivitate (la stimulii motori), refuzul alimentației. Apare în schizofrenie, oligofrenie, manie, paranoia, epilepsie, demențe.

La copil, opoziția apare sub forma unor adevărate crize (la vârsta de 3—4 ani), ca simptom al frustrării, iar la adolescent — în cadrul „crizei de originalitate juvenilă”. Poate fi implicată ca simptom și mecanism reactiv în delincvența juvenilă („delincvența paradoxală” — SUBLINEAUX).

164. **OPOZIȚIE DE FAZĂ** ● Traseu electroencefalografic înregistrat simultan pe mai multe canale, concretizat printr-o inversare de polaritate între înregistrările pe două dintre canale, cu apariția unei imagini „în oglindă”.

Focarele „în oglindă” se dezvoltă, de regulă, în zonele corticale omologe.

165. **OPOZIȚIONISM** (vezi *opoziție*) — sin. NEGATIVISM ACTIV^{sin} → CONTRARISM.

166. **OPOZIȚIONISM PASIV^(S) sindrom** ● Reacție de opoziție asociată cu tulburări dispoziționale, tulburări caracteriale și comportamentale, și cu grade variate de denivelări ale conștiinței (DAUMÉZON, 1961). Ideile delirante de prejudiciu și de inovație pot apărea în mod trecător. Inhibiția psihică și psihomotorie poate merge pînă la muticism, stupoare, refuz alimentar.

Acest sindrom, care apare mai ales la bătrîni, are o evoluție paroxistică, putîndu-se agrava sau persistînd un timp mai îndelungat, în absența unor măsuri terapeutice adecvate.

167. **OPPANYL^(M)** Anglia — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-13-(dimetilamino)propil-10,11-dihidro-5H-dibenz**l**b, flazepină, cu acțiune antidepresivă cu spectru larg, incluzînd depresia endogenă. Este posibilă și se recomandă asocierea sa 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).

168. **OPPENHEIM Herman** (1858—1919) ● Psihiatru și neurolog german. Elev al lui WESTPHAL (cărui îi va fi, ulterior, și colaborator), a fost foarte interesat de lucrările privind clinica leziunilor sistemului nervos central. De asemenea, s-a preocupat de nevrozile traumatice și, lucru mai puțin cunoscut, este autorul unei metode psihoterapeutice originale: prin corespondență.

169. **OPPENHEIM^(B) boală** — sin. AMIOTONIE CONGENITALĂ BENIGNĂ ● Boală familială, cu transmitiune recesivă, caracterizată clinic prin hipo- sau atonie musculară generalizată și simetrică, hiperlaxitate articulară, absența sau diminuarea reflexelor osteotendinoase, membre superioare „în semicerc”.

Examele paraclinice sînt indispensabile stabilirii diagnosticului (reacție amiotonică Coller-Wilson, prin diminuarea excitabilității musculare la curentul faradic; fibre musculare nestructurate la examenul microscopic; activitate spontană de denervare, care dispare la mobilizare pasivă — fapt evidențiat pe electromiogramă).

Deși evoluția este spre ameliorare spontană, copiii rămîn cu un oarecare grad de întîrziere motorie, mersul neinstalîndu-se înaintea vârstei de 5—6 ani. Există și cazuri de evoluție letală, prin infecții respiratorii.

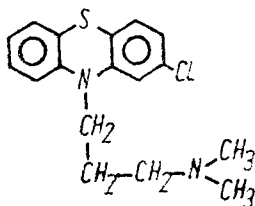
Cele mai importante probleme de diagnostic diferențial le pune boala Werdnig-Hoffmann (care nu se transmite recesiv).

Tratamentul este simptomatic (fizioterapie, tonice etc.).

170. **OPPENHEIM^(S) sindrom** ● Variantă foarte rară a crizei de epilepsie, caracterizată prin debutul cu rîs exploziv și spasmodic, însoțit de pierderea tonusului muscular, relaxarea sfincterului vezical și tulburări de conștiință. A fost descrisă de OPPENHEIM, în 1912.

171. **OPRIMOL^(M)** Israel — DCI *Opipramol* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 4-13-(5H-dibenz**l**b, flazepin-5-il)propil-1-piperazinetanol, cu acțiune antidepresivă medie, dar bun anxiolitic și sedativ-hipnotic, ceea ce face posibilă considerarea lui drept tranchilizant cu acțiune antidepresivă. Nu se asociază cu IMAO

172. **OPROMAZIN^(M)** Japonia — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpa-



ticolitică. Potențează acțiunea anestezicelor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN^(M).

173. **OPSOMANIE** (cf. gr. *opson* „aliment” ; *mania* „nebulie”) ● Tendință puternică, irezistibilă, spre un consum exagerat de dulciuri. În ciuda încercărilor de a se opune ale subiectului,

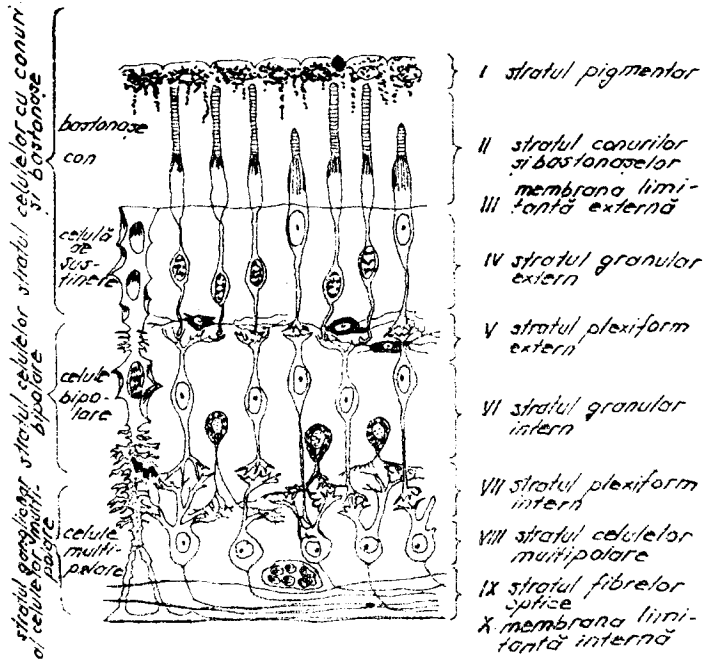
174. **OPSOMENOREE** (cf. gr. *opse* „târziu” ; *men* „lună” ; *rhoia* „curgere”) — sin. **HIPOMENOREE**.

175. **OPTARAKT^(M) RFG** — DCI *Meprobat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbatat, 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 contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea „un mic sindrom de abținere”.

Asemănător unui aparat fotografic, ochiul selectează din gama frecvențelor electromagnetice lungimile de undă cuprinse între 375—760 μm , le proiectează pe retină și, după transducerea imaginilor formate pe retină, le proiectează la nivel cortical.

Sistemul receptor propriu-zis este reprezentat de retină, aflată la polul posterior al globului ocular. La nivel retinian, radiațiile electromagnetice sînt transformate în potențiale de receptor și, respectiv, de acțiune, care sînt transmise la nivel cortical, pe calea nervilor optici. Mecanismul vederii presupune deci, formarea imaginii pe retină, fotorecepția și transformarea informației în senzație vizuală subiectivă, conștientă.

Vederea umană este rezultatul interferenței a două modalități extreme — vederea scotopică



Retina-structură microscopică (schemă)

176. **OPTIC — analizator** (cf. gr. *opsis* „vedere”) ● Peste 90% din informațiile omului asupra mediului înconjurător sînt obținute cu ajutorul acestui analizator, care asigură adaptarea la mediu sub aspectele orientării spațiale, al menținerii echilibrului, al activității corticale (atenția) etc.

și vederea fotică — interferență realizată proporțional cu condițiile externe. Vederea scotopică este reprezentată de capacitatea de a discrimina nuanțele între alb și negru, sub nivelul critic al intensității luminoase, ca rezultat al activității celulelor cu bastonașe din structura retinei. Ve-

derea fotică presupune capacitatea de a discrimina culorile, funcție vizuală realizată cu celulele cu conuri din structura retinei. Rezultatul funcționării combinate a celulelor cu conuri și bastonașe se numește vedere mezopică.

Scoarta cerebrală controlează — cel puțin parțial — recepția retiniană, amplificând-o sau diminuând-o, în funcție de interesul informației. Aria vizuală primară (cîmpul 17) se află pe fața mediană a lobilor occipitali, de o parte și de alta a scizurii calcarine, iar în jurul acestei arii se află ariile vizuale secundare sau asociative (cîmpurile 18 și 19). La nivel cortical, are loc transformarea stimulilor electrici, produși la nivel retinian, în senzație conștientă de lumină, culoare și formă.

Tulburările acuității vizuale presupun existența unor procese patologice care interesează elementele oculare de dinaintea retinei (prereceptorale), retina (receptorale) sau structurile nervoase ce transmit informațiile de la retina la cortex (post-receptorale) (EXARCU).

Interesînd mai ales oftalmologia și neurologia, pot fi enumerate ca afectînd aparatul optic : hipermetropia, miopia, astigmatismul, anizometropia, astenopia acomodativă, paralizia acomodației sau spasmul acomodației, glaucomul, coroiditele etc. Afectarea sistemului receptor poate produce : hemeralopia, nictalopia, tulburări ale vascularizației retinei sau tulburări ale vederii cromatice. La nivel central, se pot întîlni : nevritele optice papilare sau retrobulbare, staza papilară, atrofia optică, leziuni ale căilor optice, cecitatea corticală.

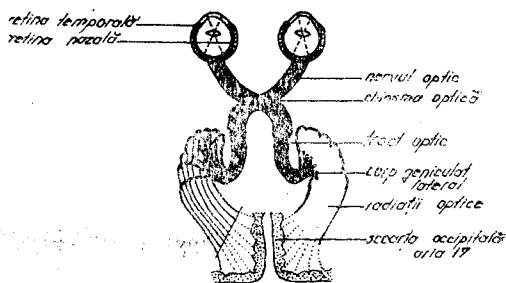
Aceasta din urmă poate fi determinată de leziuni corticale, ale corpului geniculat extern sau chiar ale radiațiilor optice, și prezintă caracteristici care o diferențiază de cecitatea periferică, produsă prin afectarea nervului optic. Astfel, cecitatea centrală este mai puțin frecventă, este totală (bolnavul nevăzînd nici lumina), reflexul de clipit la amenințare este dispărut, fundul de ochi este normal, reflexul pupilar fotomotor poate fi păstrat, apar halucinații vizuale simple, bolnavii prezintă anozognozie vizuală (nu sînt conștienți de lipsa vederii) ; boala este însoțită de deteriorare psihică, cu pierderea amintirilor vizuale și a orientării spațiale și uneori de modificări electroencefalografice (lipsesc ritmul alfa și reacția de blocare la lumină a ritmului alfa).

Agnoziile vizuale, sindroame datorate lezării ariilor de asociație 18 și 19 occipitale, se caracterizează clinic prin faptul că bolnavul, deși vede, nu recunoaște obiectele și nici întrebuintărea lor. Se diferențiază agnoziile pentru obiecte, pentru culori, pentru simboluri și imagini, agnozia simultană spațială, prosopagnozia.

Sindromul Balint se caracterizează prin :

- paralizia psihică a privirii (deși prezintă mișcări spontane ale ochilor, bolnavul nu-și poate fixa la comandă privirea asupra unui obiect sau, dacă a realizat acest lucru, nu-și poate desprinde privirea);
- ataxie optică — un fel de agnozie spațială, cu dezorientare spațio-vizuală ;
- tulburări ale atenției vizuale.

Acest sindrom apare în leziuni ale lobului parietal, cu lobul occipital integru, sau în encefalopatii portale, prin amoniemie crescută.



Analizatorul optic — schemă

În psihiatrie, apar frecvent tulburări în sfera analizatorului optic, fără afectarea lezională a acestuia. Astfel, iluziile și halucinațiile vizuale ocupă un loc deosebit de important în simptomatologia psihiatrică. Numeroase interferențe farmacologice sînt determinate de medicația psihotropă. Astfel, efectele secundare vegetative ale acestor droguri afectează procesul acomodării vizuale, de regulă, prin efect anticolinergic. Unele neuroleptice pot produce opacități corneene și ale cristalinului, asociate sau nu cu retinita pigmentară. Se mai semnalează miopie pasageră, paralizii oculo-motorii, atrofie optică. Antidreptivele triciclice și IMAO pot determina rareori paralizii oculomotorii, iar pentru Meprobamat s-a descris diplopie, prin paralizia mușchilor oculari.

177. OPTICE^(H) halucinații (cf. gr. *opsis*) — sin. VIZUALE^(H) halucinații ● Percepții false, fără obiect, în cîmpul analizatorului vizual.

Formele halucinațiilor vizuale sînt nenumărate, ele variînd din punctul de vedere al complexității (elementare, complexe sau scenice), al continuității, al raportului cu dimensiunea reală a obiectelor, cu rezonanța afectivă. Au ca particularitate faptul că antrenează în mod deosebit subiectivitatea individuală, participarea afectivă, mimica, atitudinea, comportamentul halucinator vizual fiind ușor de individualizat. Pot apărea la oameni

normali (hipnagogice și hipnapompice), în stări de oboseală accentuată, la nevrotici — având un caracter anxiogen, terifiant, în afecțiuni neurologice ce interesează segmentele analizatorului vizual (în acest caz au caracter halucinozic). Mai apar în stări infecțioase, în sindroame confuzionale toxice, în delirul alcoolic acut (mai frecvent zoopsii), schizofrenie paranoidă, parafrenie etc.

Tratamentul cu droguri psihedelice determină halucinații vizuale precedate de senzații vizuale deformate, alternanțe de culori, mărimi, forme, ele producând o distorsionare difuză a lumii vizuale reale ; apar mai ales când ochii sînt închiși.



În afara halucinațiilor optice psihosenzoriale, care se proiectează în spațiul perceptiv, avînd caracter de senzorialitate, se descriu halucinații optice psihice sau pseudohalucinații, definite ca autoreprezentări apericeptive. Ele sînt „văzute cu ochii minții” (KANDINSKI), adică se manifestă în spațiul subiectiv al bolnavului, care le trăiește ca fiindu-i străine, impuse din afară, de neevitat. Apar în deliruri cronice, în majoritatea psihozelor.

178. **OPTICE⁽¹⁾ iluzii** — sin. **VIZUALE⁽¹⁾ iluzii** ● Tulburări de percepție interesînd analizatorul vizual, cu caracter fiziologic sau patologic, constînd în distorsiunea caracteristicilor senzoriale ale obiectelor reale percepute (mărime, formă, culoare, distanță etc.).

Iluziile optico-geometrice, denumite astfel de OPPEL în 1854, constituie iluzii fiziologice normale, datorate modificării proprietăților geometrice ale figurilor reale prin fenomene de contrast, inducție, iradiere, intruziune, centrare perceptivă sau a unor fenomene de ambianță perceptivă: reflexie, refracție, schimbarea axelor de referință ; au fost studiate cu precădere de LIPPS, (1897), WUNDT (1898), MÜLLER-LYER (1889) ZÖLLNER ș.a.

Iluziile patologice din domeniul sensibilității vizuale iau forma falselor recunoașteri (fenomene „dēja”), falselor nerecunoașteri (fenomenele „jamais”), metamorfopsiilor, macropsiilor, micropsiilor, teleopsiei, iluziilor vizuale răsturnate, plagiopsiei, dismegalopsiei, poropsiei, iluziei sosisilor, caracterizînd mai ales psihozele organice toxice și de involuție, debutul unor schizofrenii, epilepsia, nevroza obsesivo-fobică și isterică, psihastenia.

179. **OPTICO-KINESTEZICE^(H) halucinații (cf. gr. *opsis* ; *kinesis* „mișcare”) → BERZE^(H) halucinații.**

180. **OPTIMAX^(M) Anglia** — DCI *Triptofan* ● Psihotrop cu structură de tip L(-)triptofan, cu acțiune antidepressivă moderată și sedativ-hipnotică bună. Este practic lipsit de efecte secundare, neavînd decît o singură contraindicație : insuficiența hepatică.

181. **OPTIMISM** (cf. lat. *optimus* „cel mai bun”) ● Concepție morală și atitudine existențială opusă pesimismului, axată pe credința în posibilitatea legitimă a omului de a dobîndi fericirea, mulțumirea de sine și împlinirea armonioasă a persoanei sale, călăuzind meandrele destinului spre un deznodămînt conform cu năzuințele și aspirațiile lui. Ipostaziînd o stare de spirit în postulat filozofic, optimismul ontologic concepe întregul univers ca pe o alcătuire desăvîrșită (LEIBNIZ — lumea existentă este cea mai bună cu putință) sau ca realitate ce tinde în mod natural spre desăvîrșirea morală (SHAFTESBURY-ERASM).

Într-o accepțiune uzată și inconștientă, așa-numitul optimism gnoseologic postulează că lumea este în mod nelimitat cognoscibilă, prin progresul continuu al științei, în opoziție cu variantele de relativism, scepticism sau agnosticism.

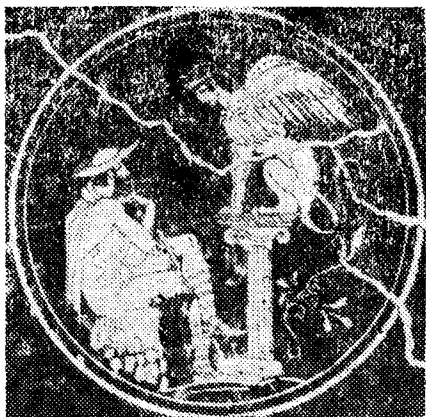
Optimismul ca trăsătură de caracter reprezintă : atitudinea prin care individul evaluează ceea ce există în jurul său (fapte, persoane, activități, relații, situații etc.) ca pozitiv, într-o perspectivă de rezolvare eficientă (comportamentul sanguin favorizează formarea unei astfel de trăsături caracteriale).

182. **OPTO-** (cf. gr. *optikos* „optic”) ● Element de compunere care introduce referirea la vedere.

183. **ORACOL** (cf. lat. *oraculum* „oracol, răspuns dat de zei ; templu, loc unde se dau oracole ; profecție, prezicere”) ● Răspuns profetic al divinității, privind, în special, viitorul, la întrebarea unui preot inițiat.

În antichitate, consultarea oracolelor era legată de situații critice implicînd interese de stat sau interese majore ale unui grup social, probleme politice, militare, sociale. Oracolul putea fi con-

sultat și de un individ, în ceea ce privește evoluția unei acțiuni începute sau trecerea la acțiune după un plan elaborat. Fiecare oracol se afla sub protecția unui zeu. Oracolele se întâlnesc în toate civilizațiile antice și în practicile religioase primitive. Cea mai complexă instituție oraculară aparține Greciei Antice (templul lui Apollon din Delphi, în care Pythia rostea prevestiri). Instituirea oracolelor în Elada este atribuită zeiței Themis. Starea de invocare a divinității și de receptare a răspunsului (deci de profeție) era probabil o stare de transă, obținută fie prin concentrare și autosugestie, fie prin inhalarea unor substanțe cu proprietăți de modificare a stării de conștiință, până la manifestări halucinatorii.



S-a vehiculat ipoteza că persoanele oraculare ar avea capacități divinatorii datorate unor însușiri psihice speciale, cum ar fi percepția extrasenzorială. Divinația ar aparține fenomenelor parapsihologice. Se pare că persoanele înzestrate cu astfel de însușiri nu sînt persoane instruite ; se presupune că aceste calități sînt legate de o anume „specialitate mintală”, ale cărei caracteristici nu se pot defini. De asemenea, nu este cunoscut nici mecanismul psihic al fenomenului denumit percepție extrasenzorială. Manifestările de tip oracular, divinatoriu, se apropie, ca modalitate de expresie, de manifestările halucinatorii, fără a fi însă identice cu acestea.

Persoane oraculare în religie și mitologie erau : șamanii, pythonessele, augurii, sibilele ; au căpătat însușiri oraculare unele animale și păsări (berbecul Sechai, pasărea Oyal). Oracolele grecești importante au fost : Dodona, oracolul lui Apollon din Delphi, din Klaros, Xanthos, Kolophon. Profeția oraculară nu avea o exprimare foarte limpede, ea fiind formulată în termeni de probabilitate, iar enunțurile divi-

natorii nu se constituiau într-un discurs inteligibil, după criteriile logicii formale. Faptul se explică prin aceea că practica profeției presupune o modificare a stării de conștiință, și se leagă de ipoteza specifică științelor oculte conform căreia destinul nu se dezvăluie în mod direct. Credința în divinitate a antichității, credință asemănătoare cu aceea a primitivilor, care favorizează stări psihice particulare, în special în situații critice, poate motiva seriozitatea cu care aceștia priveau prevestirile oracolelor. Această credință implică și generează o participare predominant emoțională a omului la realitatea din jurul său, participare marcată de proiecție și de autoputernicia ideii (→ TOTEM, TABU, MIT, OMNIPOTENȚĂ). Menționăm dintre cele mai importante scrieri ale vechilor chinezi și Cartea Munților (Ji-King), carte de învățătură și de profeție, conținând 64 de figuri simbolice cu diverse interpretări.

184. ORAL, ORALITATE (cf. lat. os „gură”)

● Stadiul inițial al dezvoltării libidinale. Zona erogenă determinantă este cavitatea bucală.

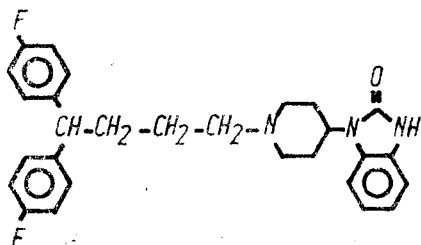
Activitatea autoerotică este reprezentată de supt, mușcat, înghițit. Relația cu obiectul este ambivalentă, de încorporare → STADIUL LIBIDINAL, FIXAȚIE, TOTEM, TABU, IDENTIFICARE.

185. ORAL — tip de personalitate ● Termenul aparține tipologiei psihanalitice, stabilite după criteriul fazelor de evoluție a libidoului. Noțiunea desemnează acel tip de personalitate la care persistă o fixație puternică a libidoului (o stagnare) la stadiul oral. Practic, expresia care se folosește în literatura de specialitate este aceea de „caracter oral”, ca tip de caracter nevrotic. Aparține caracterelor pregenitale, descrise de M. BOUVET ca avînd un Eu slab, care stabilește relații de dependență cu obiectele ; pregenitalii au tendința de a poseda exclusiv și de a distruge obiectele, fără a ține cont de exigențele acestora și considerîndu-le prin excelență lucruri (→ OBIECTUALĂ — relație). Caracterul oral își are originea în primele experiențe legate de zona erogenă orală (gura), experiențe în care satisfacția (plăcerea) este obținută în primul rînd prin supt. Trăsăturile caracterului oral sînt : aviditate, dorință de satisfacție imediată, cu intoleranță la frustrări chiar minore, dorință de a primi neînțecat afecțiune, pasivitate. În aspectele sale patologice, oralitatea devine înclinație spre toxicomanie, mai mult sau mai puțin severă ; fixații orale se întâlnesc și în anumite cazuri de isterie.

186. ORALEP^(M) Israel ● Neuroleptic incisiv
sin.
derivat difenilbutilpiperidinic → ORAP^(M)
Anglia Elveția, Franța, RFG.

187. **ORANIXON**^(M) Olanda — DCI *Mefenesin*
● Tranchilizant, derivat glicerolic de tip 3-(o-metil-fenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxantă și sedativ-anxiolitică.

188. **ORAP**^(M); **ORAP 24**^(M); **ORAP FORTE**^(M); **ORAP FUERTE**^(M); **ORAP NORMAL**^(M) Anglia, Austria, Belgia, Canada, Danemarca, Elveția, Finlanda, Franța, Japonia, Olanda, RFG, Turcia,



Ungaria — DCI *Pimozidă* ● Neuroleptic incisiv, derivat difenilbutilpiperidinic de tip 1-11-14,4-bis(p-fluorofenil)butil-4-piperidil-2-benzimidazolionă, cu acțiune antipsihotică și anxiolitică, indicat în tratamentul de întreținere al psihozelor cronice, unde trebuie asociat cu un NL sedativ, neavând efecte sedative. Efectele secundare sînt modeste, iar apariția sindroamelor extrapiramidale este rară. Nu se administrează la gravide.

189. **ORBINAMON**^(M) RFG — DCI *Tiotixenă*
● Neuroleptic incisiv, derivat tioxantenic de tip N,N-dimetil-9-13-(4-metil-1-piperazinil)propiliden-tioxantenă-2-sulfonamidă, indicat în psihoze schizofrenice, involutive, senile, alcoolice, în forme acute și cronice. Are efecte secundare relativ moderate.

190. **ORDINE** (cf. lat. *ordo* „șir, ordine, succesiune”) ● Așezare, dispunere a elementelor unui sistem după o logică proprie acestuia, într-o schemă de relații care-i conferă o anumită calitate. Prin ordine se înțelege și așezarea unor obiecte într-un spațiu dat, potrivit unor cerințe de ordin practic și estetic, ca și asigurarea unei anumite succesiuni în timp a unor fapte, acțiuni personale sau colective. Conceptul de ordine presupune, chiar subînțelege, armonia și disciplina, atât în sfera materială, cât și în cea socială.

191. **ORDINE** — în psihopatologie ● Dispunerea elementelor într-un sistem după o anumită schemă este una dintre modalitățile de funcționare ale psihismului, de înțelegere a realității

înconjurătoare. Schema sau structura de bază după care un subiect poate ordona noțiuni sau obiecte este mai mult sau mai puțin cauzală și mai mult sau mai puțin formală.

În general, un subiect își restructurează în mod nuanțat, în funcție de experiență, schema după care ordonează ceva la un moment dat. Abaterile sînt posibile chiar între limitele normalității.

Personalitatea psihastenică detaliază exagerat schema de ordonare, acțiunea de ordonare în sine devenind din ce în ce mai laborioasă. Personalitatea paranoică simplifică schema, ceea ce determină un grad diminuat de adaptare dinamică la noile experiențe de viață. Autistul, personalitatea schizoidă sînt interesați mai ales de ordinea elementelor abstracte, fiind înclinați spre structurări speculativ-filozofice. Epileptoidul are oarece de schimbarea ordinii, cramponîndu-se prin adezivitatea sa de anumite sisteme simple și stereotipe, orice situație nouă, generatoare de dezordine, creîndu-i tensiune și chiar reacții explozive. Personalitatea histrionică nu are, de fapt, un sistem de criterii constante în timp, de ordonare a existenței. Psihoplasticitatea sa îl face să-și însușească uneori pînă la identificare sistemul de ordonare a mediului în care se află.

Ciclotimul își rectifică criteriile de ordonare după starea afectivă, aceasta variînd uneori între limite destul de largi. Psihoza reactivă sau endogenă perturbă grosolan criteriile de ordonare a elementelor realității, schizofrenia și demența caracterizîndu-se prin dezordinea maximă posibilă a psihismului, prima prin mecanismul disociației, a doua prin cel al deteriorării.

192. **OREION** (cf. fr. *oreillons*, vezi lat. *auris „ureche”*) — sin. **PAROTIDITĂ EPIDEMICĂ** ● Cea mai frecventă boală a glandelor salivare, determinată de virusul urlian. Denumirea ei, sugerînd localizarea la nivelul urechii, nu reflectă decît un raport de vecinătate, și nicidecum implicarea receptorului auditiv. Se manifestă la nivel sistemic prin infecția provocată de virusul urlian, ce afectează cel mai frecvent glandele salivare parotide, și uneori și alte structuri glandulare, cum sînt: tiroida, timusul, gonadele, pancreasul și chiar meningele.

Meningita este rară, are evoluție benignă, lichidul din puncția rahidiană este clar (cîteva zeci de celule/mm³), sindromul meningian puțînd lipsi.

Meningoencefalita este extrem de rară și se traduce prin prezența sindromului encefalitic și a sindromului meningitic, cu expresie clinică și evoluție benignă.

În cadrul consultației psihiatrice, oreionul poate fi uneori incriminat drept (presupusă) etiologie a tulburărilor de dinamică sexuală ale bărbatului, în încercările „febrile” ale acestuia de a găsi o

cauză organică, de a-și motiva insuficiența. Virsta la care a apărut infecția constituie elementul tranșant al diagnosticului diferențial.

193. **ORESON^(M)** SUA — DCI *Guaifenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxant-sedativă și moderat anxiolitică. Are o bună toleranță.

194. **ORESTE — complex** (ORESTE, personaj din mitologia și literatura greacă veche, este fiul lui Agamemnon și al Clitemnestrei. La moartea tatălui său, Oreste fiind copil, este încredințat de sora lui, Electra, lui Stophios, tatăl lui Pylade.

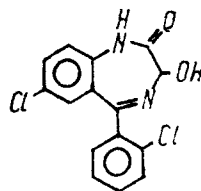


Oreste omorîndu-l pe Egist

Oreste este crescut împreună cu Pylade, în Phocida. Cîtiva ani mai tîrziu, Oreste revine la Argos, cetatea sa, o ucide pe Clitemnestra și pe amantul ei Egist, răzbunîndu-și tatăl. Această crimă încheie lunga serie de crime ale Atrizilor ● Termen aparținînd psihologiei profunde, care desemnează dorința inconștientă sau fantasma fiului de a-și ucide mama. Psihanaliștii consideră că apariția complexului Oreste este o depășire a complexului Oedip, dar nu o rezolvare ; complexul Oreste ar fi o reacție a fiului la frustrarea de obiectul oedipian (mama). Nucleul complexului Oreste pare să aparțină, după alți autori, stadiilor pre-oedipiene (analitate-sadism-destrucția obiectului), în măsura în care este vorba de abandon sau de imaginea mamei falice (imagine anxiogenă, castratoare). Complexul Oreste poate trimite și la un complex Oedip negativ (iubire inconștientă pentru părintele de același sex și ură inconștientă pentru părintele de sex opus).

195. **ORFEN^(M)** Finlanda — DCI *Orfenadrină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetanic de tip N, N-dimetil-2-(0-metil- α -fenilbenziloxi) etilamină, cu evidentă acțiune miorelaxantă și unele valențe antidepressive (de intensitate redusă), utilizat, în special, în combaterea unor efecte secundare ale NL. Buna sa toleranță îi conferă o utilizare fără restricții.

196. **ORFIDAL^(M)** Spania — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-5-(0-clorofenil)-1, 3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,



4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

197. **ORFISM** (cf. fr. *orphisme*, de la numele poetului mitic ORFEU) ● Doctrină teologică a antichității eline, întemeiată, după tradiție, de către poetul mitic ORFEUS și discipolii săi MUSAIOS, LINOS, OLYMPOS. Orficii aveau un cod moral riguros, conform unei viziuni spiritualiste, în cadrul căreia trupul era considerat o închisoare a sufletului nemuritor, ce peregrinează metempsihotic de la o încarnare la alta. Doctrina orfică despre supraviețuirea sufletului se regăsește în gîndirea pitagoreicilor și în cea platoniciană.

198. **ORGANIC^(D) delir** (cf. gr. *organon* „organ”) ● Termen care se referă la o serie de manifestări delirante, subliniind etiologia acestora. După SADOCK și KAPLAN (1981), reprezintă o „tulburare psihică, definită prin predominanța ideilor delirante pe fondul unei clarități a conștiinței, care poate fi atribuită în mod cert unui factor organic”.

Tematica delirantă poate avea grade variabile de sistematizare ; deși variat, conținutul este, de obicei, de persecuție.

După SPITZER și colaboratorii, în tabloul clinic al acestor deliruri mai pot fi întîlnite : tulburări cognitive medii, care nu ating nivelul demential, halucinații, tulburări psihomotorii, dispoziție disforică. Acest sindrom poate lua un aspect schizofreniform, făcînd dificilă diferențierea de schizofrenie. În acest sens, DAVISON și BAGLEY afirmă că halucinațiile auditive și tactile, tulburările de gîndire și inerția afectivă sînt mai puține frecvente în delirul organic, în schimb simptomele catatonice ar fi mai frecvente decît în psihozele schizofrenice.

Între factorii etiologici incriminați se află epilepsia de lob temporal, coreea Huntington, leziuni cerebrale, în special ale emisferei nondominante, intoxicații cu amfetamine, cu cannabis sau halucinogene.

Evoluția și prognosticul acestui sindrom sînt în strînsă legătură cu agentul etiologic.

199. **ORGANICISM** (cf. fr. *organicisme* : vezi gr. *organon*) ● Concepție care consideră societatea drept fenomen natural și nu istoric, postulînd o analogie mai mult sau mai puțin riguroasă între structura societății și alcătuirea morfo-funcțională a organismelor biologice. Frecvent enunțată în antichitate, viziunea organicistă este elaborată în forma ei clasică de către Herbert SPENCER, fiind reluată cu accente diferite în gîndirea contemporană de concepțiile darwinist-sociale, neomalthusiene sau rasiste. Pe lîngă evidentul său caracter neștiințific, organicismul are și un sens ideologic reacționar, întrucît tînde să justifice prin „legi naturale” inegalitatea claselor sociale și a indivizilor, pledînd pentru înțelegere și solidaritate socială, în virtutea specificității funcțiilor „vitale” pe care fiecare grup social este destinat să le îndeplinească în cadrul organismului social.

200. **ORGANISMIC** (cf. fr. *organisme* : vezi gr. *organon*) ● Termen ce desemnează o organizare asemenea organismului, cu accentuarea unității și a interacțiunii interne. Acest termen este folosit, în special, în psihologie, denumind orientarea psihofiziologică globalistă, ce nu face distincție între psihic și organic.

201. **ORGANIZAȚIA MONDIALĂ A SĂNĂȚĂȚII (OMS)** ● Organism al Organizației Națiunilor Unite, constituit în anul 1946 (22 iulie) dintr-un grup de 31 de state. Ulterior, în cadrul OMS au fost incluse majoritatea țărilor care fac parte din ONU, actualmente organizația numărînd 168 membri (1986) și un membru asociat. România face parte din OMS de la data de 8 iunie 1948.



Avînd drept principiu fundamental promovarea sănătății individului și a colectivității umane și accesul neîntrerupt al tuturor popoarelor la cuceririle obținute de științele medicale, psihologice și din alte domenii înrudite, declarația de constituire a organizației subliniază, de asemenea, rolul esențial al sănătății pentru pacea și securitatea internațională.

În domeniul sănătății mintale, OMS duce, prin birourile sale regionale și grupurile sale de experți, o politică activă, materializată printr-o permanentă colaborare cu organizațiile care au drept scop promovarea sănătății mintale, lupta împotriva toxicomaniiilor.

De asemenea, între funcțiile declarate explicit de către OMS figurează :

- „Favorizarea oricăror activități în domeniul igienei mintale, în special cele care sînt legate de stabilirea de relații armonioase între oameni” (cap. III/m) ;
- „Stabilirea și revizuirea, după necesități, a nomenclaturii internaționale a bolilor” (cap. III/s) ;
- „Standardizarea, în măsura în care aceasta este necesară, a metodelor de diagnostic” (cap. III/t).

Ultimele două funcții s-au materializat, în cadrul psihiatriei, prin elaborarea unui Dosar al bolilor psihice, ca și printr-o expunere mai detaliată în cadrul reviziei a noua a clasificării internaționale a bolilor. Prin comitetele sale de experți și prin birourile regionale, OMS a programat serii de conferințe și reuniuni privind tipurile de asistență psihiatrică, psihiatria judiciară, psihopatologia îmbătrînirii etc.

În cadrul programului „Sănătatea pentru toți — 2000”, sănătatea mintală ocupă un loc deosebit.

202. **ORGANO**—(cf. gr. *organon* „organ”) ● Element de compunere care introduce referirea la organ.

203. **ORGANODINAMISM** (cf. *organo-*: gr. *dynamis* „forță”) ● Concepție eclectică, de o valoare deosebită, introdusă în psihiatrie de H. EY, care a extins principiile evoluționismului și organizării ierarhice din neurologia jacksoniană pentru a găsi o explicație unitară fenomenelor legate de psihism.

Respîngînd „disjunctia dualistă și negatoare a psihiatriei” (C. J. BLANC) și depășind separările artificiale bios-psyche, corp—spirit, endogen—exogen, biogeneză—psihogeneză, autorul conține existența unei arhitectonici și a unei dinamici dialectice a edificiului psihic.

Acest model presupune, după H. EY, o perspectivă în care :

- organizarea psihică constituie un edificiu dinamic și ierarhizat, rezultînd din evoluția, maturația și integrarea structurilor stratificate ale funcțiilor nervoase, personalității și conștiinței ;
- boala mintală este efectul unei disoluții, de structurări sau anomalii în dezvoltarea acestui edificiu structural ;
- procesul organic care produce acest accident evolutiv are o acțiune distructivă sau negativă ;

- regresiunea sau imaturitatea unui nivel dă bolii mintale fizionomia sa clinică (aceea a unei organizări pozitive).

Organodinamismul adaugă funcțiilor psihice instrumentale pe cele energetice, care dinamizează viața psihică a individului în sens pozitiv.

Organodinamismul neagă existența unei psihogeneze pure a tulburării mintale, între evenimentul psihotraumatizant și teren existind întotdeauna o relație biunivocă în producerea bolii. De asemenea, tulburările psihice nu sînt concepute decît în globalitatea afectării sistemului psihic : „Boala mintală adevărată nu poate fi văzută ca o serie de accidente mecanice (fie ele și cerebrale) sau ca simplă reacție la evenimente (fie ele și catastrofice) ; nu se poate reduce psihiatria la un fel de patologie externă a organului cerebral al vieții de relație (...) ea este o dezorganizare a ființei psihice” (H. EY).

HESNARD afirmă că organodinamismul se constituie ca o tendință de modernizare a psihiatriei, în care semiologia analitică este substituită de o fenomenologie structurală mai vastă și mai reală, „vizînd pătrunderea ansamblurilor semnificative, experiențele trăite ale gândirii morbide”.

Cu toate obiecțiile care i se aduc, mai ales de pe poziții psihanaliste, organodinamismul se detașează ca un punct de vedere deosebit de coerent, care presupune abordarea bolii psihice dintr-o poziție net medicală, oferind răspuns pertinent și demonstrabil unor probleme dintre cele mai dificile.

204. **ORGASIPAL**^(M) Belgia, Olanda—DCI *Orfenadrin* ● Tranchilizant, derivat difenilmetanic

→ **ORFEN**^(M) Franța.

205. **ORGASM** (cf. gr. *orgao* „a fi plin de pasiune, de ardoare”) — sin. **ACCENE** ; **CLIMAX SEXUAL** ● În sexologie, denumeste momentul în care se produce descărcarea tensiunilor sexuale și trăirea plăcerii sexuale. Satisfacerea erotică presupune fenomene fiziologice și psihologice. produse ca urmare a unei stimulări fizice (tactile) și/sau psihice (fantasmatic). Modificările fiziologice constau în creșterea ritmului cardiac și a tensiunii arteriale, a temperaturii cutanate, a ritmului respirator, a debitului sanguin în țesutul erectil al organelor genitale, buzelor, lobului urechii, ochilor, ca și o contractură a musculaturii întregului corp și contracturi spastice ale mușchilor perineali. La bărbat, orgasmul este însoțit de emisia de spermă și este urmat de o revenire rapidă la starea normală, însoțită de sentimente de mulțumire, plenitudine, oarecare somnolență. La femeie, atingerea excitației sexuale maxime se face mult mai lent decît la bărbat și aceasta se menține un timp mai îndelungat în platou, perioa-

dă în care femeia poate avea unul sau mai multe orgasme, revenirea la starea inițială cunoscînd o curbă descendentă mult mai puțin abruptă decît la bărbat. Declinul excitației sexuale este însoțit și aici de sentimentul de mulțumire și sațietate, uneori de nevoia de somn.

Femeia mai prezintă, spre deosebire de bărbat, și o dublă particularitate sexuală, din punct de vedere anatomic și emoțional. Zonele erogene care participă la realizarea satisfacerii sexuale sînt situate în regiunea clitoridiană și în cea vaginală ; după cum predomină una sau ambele zone erogene, orgasmul se produce prin stimularea acesteia sau consecutiv, prin stimularea clitoridiană urmată de cea vaginală. După unii autori, predominanța unei zone asupra celeilalte ar fi în strînsă legătură cu tipul de activitate masturbatorie a fetei.

Lîpsa orgasmului, deci a satisfacerii sexuale, este determinată de factori diverși, între care un rol important îl joacă factorii psihologici și mai puțin cei fiziologici. Fenomenul poate avea urmări grave, ca frigiditatea, sau se poate datora acesteia în cazul în care frigiditatea face parte din tabloul unei structurări nevrotice.

Insuficiența sau absența orgasmului apare în toate tablourile tulburărilor de dinamică sexuală, cu determinare somatică sau psihogenă.

Absența orgasmului la bărbați face parte din tablourile impotenței, fie ca ejaculare dureroasă fără orgasm, fie ca imposibilitate de ejaculare și orgasm.

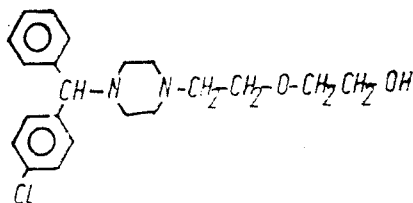
Frigiditatea la femei, determinată nevrotic sau doar circumstanțial, se definește fie prin absența orgasmului, fie prin insuficiență orgasmică (orgasme scurte, repetate). Insuficiența orgasmică se poate manifesta ca o pseudohipersexualitate, compensatorie unei inhibiții sexuale profunde, de natură nevrotică. În donjuanism, satiriazis, nîmfomanie, pot fi încriminate atît hipererotismul, cît și pseudohipererotismul, necesitînd o analiză atentă și un diagnostic diferențial.

Prin orgasm alimentar, **RADO** denumeste rezoluția rapidă a tensiunilor, realizată la copil în momentul suptului. El presupune existența dorinței de a retrăi orgasmul alimentar în manie, melancolie, dependența de droguri.

Orgasmul farmacogenetic desemnează satisfacerea nevoii de drog prin administrarea acestuia, însoțită de diminuarea tendințelor agresive și sexuale.

„Forța orgasmică” este un concept în teoria lui **REICH**, centrată pe noțiunea de orgasm. Această forță ar interesa orgasmul în întregime, lipsa ei determinînd rămînerea individului ca prizonier al angoasei. Subiectul încearcă să se apere prin refulare, una dintre consecințe fiind o lipsă de relaxare, o hipertonie musculară → **SEXUALITATE**.

206. **ORGATRAZ^(M)** SUA — DCI Hidroxizin ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-12-14-(p-cloro- α -fenilbenzil)-1-piperazinil-etoiletanol, cu acțiune sedativă centrală, antihistaminică și anxiolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de HIDROXIZIN^(M).



207. **ORGOLIU** (cf. fr. *orgueil* „mândrie”) ● Trăsătură de caracter constând în hipertrofia Eului și avînd ca urmare supraestimarea de sine, pornind de la intense nevoi narcisice: „... orgoliul se stimează pe sine dincolo de orice măsură” (DUPRÉ). Ca element al structurii paranoice, orgoliul rezultă din proiectarea în exterior a tot ceea ce ar putea amenința identitatea dintre Eu și idealul Eului. Poate corespunde unei identități reale dintre Eu și idealul Eului în cazul unui Supraeu delirant sau al unui conflict real dintre Eu și un Supraeu sever, conflict rezolvat de Eu cu ajutorul mecanismului de proiecție. În normalitate, se îmbină cu vanitatea, care este o nevoie de apreciere venită din exterior și are semnificația de aport narcisic dincolo de motive reale, obiectivabile. Cînd corespunde unei identități reale dintre Eu și idealul Eului, cu negarea elementelor ce contrazic această identitate, duce la dificultăți de adaptare socială, prin atitudini despotice, abuz de autoritate, intoleranță, dispreț și nevoie de control posesiv, asociată cu susceptibilitate accentuată. În patologie, mecanismul proiectiv care asigură identitatea Eu-Supraeu poate determina delirul de persecuție, delirul de grandoare din psihozele paranoide, maniacale și, mai ales, din paralizia generală sau din oligofrenii, cu absența sau pierderea autocriticii.

208. **ORGONE — terapie** ● Tip de terapie imaginată și dezvoltată de Wilhelm REICH, pornind de la un concept al sănătății în care folosirea energiei biologice joacă rolul central.

Această energie biologică, numită orgone (de la organism și de la orgasm), ar circula în corpul sănătos, descărcîndu-se liber și complet. Blocarea ei duce atît la apariția unor tulburări psihopatologice, cit și la afecțiuni somatice.

Prin terapia sa, Wilhelm REICH a încercat depărtarea obstacolelor din libera curgere a ace-

stei energii, în vederea obținerii unui echilibru emoțional. El a observat, în psihanalizele pe care le întreprindea, că pacienții raportau și revenirea la o activitate sexuală satisfăcătoare, postulînd, cu această ocazie, așa numita „potență orgasmică” care trebuie declanșată. Pe de altă parte, el a arătat că se poate vorbi de o patologie nevrotică a caracterului, o așa numită „armură caracterială”, care produce rezistență în timpul analizei. Pornind de aici, a descris „armura somato-musculară”, concomitentă cu cea psihică, manifestată în atitudinile corporale și în tonusul muscular; pornind de la aceste premise, a dezvoltat o nouă tehnică terapeutică, aceea a atacului nevrozei pornind de la nivelul somatic (prin manipularea directă a pacientului sau prin atenționarea lui asupra tensiunilor la care se supune). Încordarea somatică acumulează energie potențială și împiedică libera curgere a energiei organismului, producînd staze și inundînd, sub forma simptomelor nevrotice, întregul organism. Odată cu restabilirea curgerii energiei, se obține și revenirea potenței orgasmice.

Explicațiile lui REICH și tehnica sa sînt adesea confuze, operînd cu un model mecanicist, din care nu lipsesc adevărate construcții pur imaginare (cum ar fi apariția „reflexului orgasmului”). Muiți autori (A. NELSON, 1986) subliniază însă aportul pe care această tehnică l-a adus la dezvoltarea unor modele psihoterapeutice ulterioare.

209. **ORIENTARE** (cf. fr. *orienter*: vezi lat. *oriens* „răsărit, est”) ● Termen utilizat cu următoarele sensuri:

- reflex sau reacție de explorare, obiectivabilă prin conduita de concentrare a atenției în situații noi sau neașteptate;
- capacitate de a se situa spațio-temporal (orientare spațială, temporală);
- capacitate de apreciere a propriei persoane sau a celui/alt (orientare autopsihică sau alopsihică);
- ansamblul conduitelor mintale interne sau manifest externe, prin care se găsește calea (optimă) pentru a ajunge la o destinație (final), reprezentată de o atitudine, împrejurare, soluție; modalitate de a acționa adecvat (orientat); se poate referi la propria persoană sau la activitatea de a conduce, îndruma, direcționa alte persoane.

210. **ORIENTARE COGNITIVĂ** ● Anticipare informațională și operațională a oricărei sarcini practice sau intelectuale. Este modul de a vedea sau de a pune problema în orice proces de gândire sau învățare. Forma elementară a orientării cognitive este reflexul de orientare, pe care PAVLOV îl numea și „reflexul noutății” sau „ce se întimplă”.

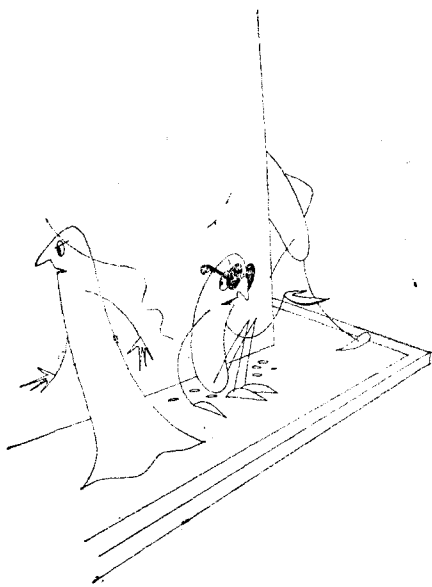
Orientarea cognitivă influențează rapiditatea și calitatea rezolvării oricărei probleme.

GALPERIN diferențiază trei tipuri de orientare cognitivă :

- incompletă (se pierd din vedere o serie de elemente esențiale în execuția ce se desfășoară prin încercări și erori) ;
- completă (se prefigurează toate elementele esențiale, dar este posibilă pentru domenii limitate de aplicabilitate a acțiunii) ;
- orientare de sferă largă a acțiunii (subiectul își construiește independent orientarea concretă în acțiune).

211. ORIENTARE PROFESIONALĂ ● Activitate medico-psihologică și socială, implicând selecția subiecților în funcție de exigențele unei profesii (concretizată prin monografiile profesionale sau psihoprofesiograme) și/sau orientarea subiecților în funcție de aptitudini, interese, opțiuni, pregătire. Este importantă corelarea activității de selecție și depistare cu nevoile economiei naționale și ale evoluției tehnico-științifice, pentru valorificarea optimă a potențialului uman. În cadrul aceleiași profesii, pentru creșterea eficienței și a concordanței cu revoluția tehnico-științifică, presupune programe de policalificare perfecționare, reciclare.

Primul serviciu de orientare profesională a fost creat la Boston, în 1908, de către PEARSON. În România, prima comisie de orientare socio-profesională (O.S.P.), înființată în 1927, a fost condusă



de RĂDULESCU-MOTRU, care s-a ocupat de vocație și maturizarea vocațională. În 1969, s-a creat cadrul legal instituționalizat, de orientare socio-profesională privind învățământul și anumite grupe de profesii (armată, transporturi etc.).

În neurologie și psihiatrie este deosebit de importantă reorientarea profesională a sechelarilor și a defectualilor postprocesuali. Cercetarea vizează, în perspectivă, nu numai elementele aptitudinale, ci și aspectele motivaționale ale alegerii profesiei, gradul de maturizare vocațională.

212. ORIENTARE ȘCOLARĂ ● Activitate complexă, medicală, psihologică, socială, cu rol de investigație, consiliere și dirijare a copilului spre forma de învățământ adecvată aptitudinilor sau deficiențelor motorii, senzoriale, psihice, pentru dezvoltarea maximă a posibilităților sale, cu scop de stimulare, formare, reeducare, recuperare.

Deciziile de încadrare într-o anumită formă de învățământ aparțin comisiei medico-psihologice, centrelor O.S.P. și comisiilor de ocrotire a minorilor.

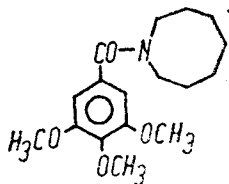
Activitatea de depistare a aptitudinilor și deficiențelor începe de la nivelul antepreșcolar (creșe), continuând în perioada preșcolară (grădinițe) și școlară (școli).

Dintre formele speciale de învățământ vizate de activitatea de orientare școlară din țara noastră, enumerăm :

- școli generale cu program special (muzică, arte plastice, coregrafie, educație fizică, limbi moderne), pentru stimularea aptitudinilor ce se pot dezvolta la vârsta optimă ;
- învățământul pentru copii cu deficiențe mintale (școli ajutoare, cămine-școală, cămine-atelier, cămine pentru deficienți parțial recuperabili) ;
- învățământ pentru deficienți senzoriali-auditiv și vizual ;
- asistența pedagogică a copilului cu deficit fizic (cămine-spital, cămine-școli, cămine cu regim preventorial, școli cu regim sanatorial) ;
- asistența pedagogică a copiilor deficienți caracterial (institute de reeducare și școli speciale).

În perioada pubertății și a adolescenței, orientarea școlară este strâns legată de orientarea profesională.

213. ORIGEN^{M)} Ungaria — DCI Trocimină ● Antidepressiv timoleptic, cu o structură chimică particulară, de tip (+)-(R)- α -I(S)-1-I(3, 3-di-3-tienilal)aminoetil/benzil alcool, cu acțiune moderat antidepressivă și valențe anxiolitice. Are o bună toleranță.



214. **ORIGINALITATE** (cf. fr. *originalité* : vezi lat. *originalis* „care este la origine, primul”) ● Capacitate de a fi original, de a produce pentru prima dată, nu prin copiere, imitare sau reproducere ; presupune, în mod esențial, o manieră nouă, personală.

F. BARRON (citat de P. POPESCU-NEVEANU) precizează două aspecte de stabilire a originalității :

- răspunsul subiectului să aibă un grad de neobișnuit în sistemul de referință în care s-a elaborat ;
- să existe, între acest răspuns și realitate, un anumit acord (să nu fie confuz).

Orice ființă umană care diferă de norma mediului ei de apartenență, a grupului ei, în sens pozitiv (de exemplu, cercetarea științifică, productivitatea artistică), se caracterizează prin originalitate. Ca trăsătură, originalitatea este spontană, naturală, necăutată și neostentativă ; ea este însușire esențială a creativității și presupune :

- participarea gândirii imaginative, combinatorii, nonconformiste, astfel încât elementele „... să nu reprezinte nimic existențial real, dar să imite faptele naturale” (LALANDE — despre imaginația creatoare) ;
- ruptura în raport cu habitudinile gândirii (cu normele gândirii conformiste) ;
- flexibilitate ;
- nonconformism.

Este necesar ca aceste atitudini să se coreleze pozitiv cu aptitudinile, intuiția → CREATIVITATE.

215. **ORINOTERAPIE** (cf. gr. *oreinos* „al munților” ; *therapeia* „tratament”) ● Cură montană cu scop terapeutic ; termenul nu are o largă circulație.

216. **ORMODON**^(M) Anglia — 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).

217. **ORNE-O'CONNEL**^(T) — scală ● Scală clinică imaginată de ORNE și O'CONNEL în 1967,

în vederea aprecierii profunzimii stării de hipnoză. Sînt luați în studiu cinci factori, a căror evaluare se face cuantificat, după metode psihometrice (absența reactivității, prezența reacției ideomotorii, imposibilitatea respingerii sugestiei, posibilitatea sugestionării unor trăiri halucinatorii, amnezia posthipnotică).

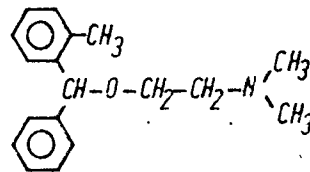
218. **ORNITOFOBIE**^(F) (cf. gr. *ornis* „pasăre” ; *phobos* „frică”) ● Teamă de păsări, exagerată, nejustificată, pe care subiectul o încearcă la vederea sau, mai rar, la atingerea acestora. Se poate referi la orice fel de păsări sau uneori la o anumită specie sau grup de specii. Este o fobie adevărată, care își află cel mai adesea rădăcinile în copilăria mică. Există și o serie de superstiții cu caracter tradițional privind păsările : în civilizația dunăreană este bine cunoscută teama de cîntecul cucuvelei (făptură iatromitică — VULCĂNESCU), prevestitor de moarte, precum și de cel al cucului și pupezei. Apare foarte rar ca expresie a unui proces patologic, fiind în mod curent o fobie izolată.

219. **ORO-** (cf. lat. *os, oris* „gură”) ● Element de compunere care introduce referirea la gură.

220. **OROFACIAL-DIGITAL**^(S) **sindrom** (cf. *oro-* ; lat. *facies* „față” ; *digitus* „deget”) ^{sin.} → PAPHILON-LEAGE^(S) sindrom.

221. **OROFARINGIENE**^(H) **halucinații** (cf. lat. *oro-* ; gr. *pharynx* „gîtlej”) ● Halucinații psihosenzoriale tactile, localizate în regiunea orofaringiană, constînd în senzația unui corp străin aflat în această zonă ; apar în delirium tremens. Au fost descrise relativ recent (1970) de E. GRIGORIAN și M. GULEANOV. După ieșirea din episodul psihotic, amintirea acestor halucinații se păstrează. În opinia autorilor descrierii, nu ar reprezenta un semn de gravitate deosebită.

222. **ORPHENADRIN**^(M) RFG ; **ORPHENSINE**^(M) Coreea — DCI Orfenadrină ● Tranchilizante, derivați difenilmetanici de tip N, N-dimetil-2-(0-



metil- α -fenilbenziloxi)etilamină, cu evidentă acțiune miorelaxantă și unele valențe antidepresive (de mică intensitate), utilizate, în special, în combaterea unor efecte secundare ale NL. Buna sa toleranță îi conferă o utilizare fără restricții.

223. **ORPHOL** ^(MC) RFG ● Produs terapeutic care conține mai multe medicamente tipizate, cu acțiune complementară. Este compus din: DI-HIDROERGOCORNINĂ, DIHIDROERGOCRISTINĂ, DIHIDROERGOCRIPITINĂ. Are acțiune hipotensivă, sedativă, antivertiginosă.

224. **ORPITIL** ^(MC) SUA ● Produs farmaceutic ce conține două medicamente tipizate cu acțiune diferită, care se completează :

- FLUFENAZINA^(M) — neuroleptic, derivat fenotiazinic
- ORFENADRINA^(M) — tranchilizant, derivat difenilmetanic.

Are acțiune anxiolitic-sedativă.

225. **ORSANIL** ^(M) Finlanda — DCI *Tioridazin* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic alkil-piperazinat de tip 10-12-(1-metil-2-piperidil)etil-2-(metiltio)-fenotiazină, cu acțiune sedativ-anxiolitică. În funcție de doză, se pretează la utilizare atât în psihogenii, cât și în endogenii. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **TIORIDAZIN** ^(M).

226. **ORSON WELLS** ^(S) sindrom ● J. SORIA și colaboratorii descriu, în 1984, urmările intoxicației endemice cu ulei de măsline alterat, din Spania (1981) și, cu această ocazie, efectul pe care mass media îl poate avea în inducerea unor stări de anxietate difuză în populație, urmate de apariția unor reacții cu semnificație psihopatologică. Ei denumesc aceste stări „sindromul Orson Wells”, referindu-se la celebrul debut radiofonic al marelui actor, scenarist și regizor, care, în 1937, dramatizând un episod din romanul lui H. G. WELLS, „Războiul lumilor”, a provocat o imensă panică în rîndul ascultătorilor americani, care au luat relatarea drept autentică.

LOPEZ IBOR (1987) insistă asupra faptului că „sindromul Orson Wells” a fost înregistrat la peste 6000 de pacienți, care au necesitat spitalizare psihiatrică, deși intoxicația cu ulei alterat nu era însoțită de o simptomatologie psihică și mulți dintre pacienți nu consumaseră alimentul respectiv. El arată că sindromul este mai frecvent la sexul feminin, la cei cu dizarmonii de personalitate și la cei cu un nivel intelectual mai redus. Cu ocazia unor catastrofe reale, dar fără legătură cu o anumită zonă geografică, sau a unor fenomene astrofizice asupra cărora mijloacele de informare insistă, acest sindrom al secolului telecomunicațiilor începe să nu mai fie o raritate.

227. **ORTÉDRINE** ^(M) Franța — DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip (±)-α-metilfenetilamină, cu acțiune adrenomimetică indirectă (prin intermediul elaborării 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 postencefalitic. Există un risc marcat pentru farmacodependență. Utilizarea sa fără o strictă supraveghere medicală este deosebit de periculoasă.

228. **ORTHOSERPINA** ^(M) Brazilia — 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.

229. **ORTO-** (cf. gr. *orthos* „drept, just, corect”) ● Element de compunere care introduce referirea la drept, corect, conform cu.

230. **ORTODOXIE** (cf. *orto-*; gr. *doxa* „opinie”) ● Termen religios, care desemnează deplina conformitate a credinței împărtășite cu doctrina teologică oficială, decretată drept singura adevărată, în virtutea fidelității ei depline față de adevărul revelat. Prin extensie, termenul capătă semnificația laică de conformitate a opiniilor profesate cu o doctrină clasică sau cu principiile unui sistem de gândire cu caracter oficial.

În sens concret religios, ortodoxia se referă la biserica creștină răsăriteană, separată dogmatic și ritualic de cea romano-catolică.

231. **ORTOFRENIE** (cf. *orto-*; gr. *phren* „spirit”) ● Termen cu circulație redusă, utilizat rar în psihiatria infantilă. A fost propus de BONCOUR pentru a circumscrie — după SÎRBU — metodele utilizate în educarea copiilor cu tulburări de comportament.

232. **ORTOFONIE** (cf. *orto-*; gr. *phone* „voce”) ^{sin.} → LOGOPEDIE.

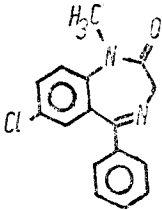
233. **ORTOPSIHOLOGIE** (cf. *orto-*; gr. *psyche* „suflet”; *logos* „cuvînt, discurs”) ● Ramură aplicativă a psihologiei, cuprinzînd cercetări și măsuri practice privind stimularea, recuperarea și dirijarea (orientare și specializare) specifică a funcțiilor psihice, în special a funcțiilor cognitive.

234. **ORTOMOLECULARĂ** — terapie (cf. *orto-*, lat. *moles* „masă”) ● Metodă de tratament imaginată de OSMOND și SMYTHIES (1952), pornind de la ipoteza că, în schizofrenie, există un defect de metabolism al adrenalinei, care are ca rezultat producerea sau eliberarea inadecvată de amine biogene metilate toxice. Se urmărește corectarea acestei autointoxicații prin administrarea unor produși acceptori de grupări metil (ca acidul nico-

tinic), pentru a demetila aminele, obținându-se formarea de amide, produși netoxici, deci nehalucinogeni și nonschizofrenogeni. Au fost folosiți produși ca DND (difosforindinucleotidul), acidul ascorbic (PAULING, 1967), piridoxina, acidul folic, diverse minerale etc., toate având drept scop „rearanjarea moleculelor anormale”.

Terapia megavitaminică a fost contestată de diferite foruri științifice, care au arătat că acest tip de medicație are numai în cazuri cu totul excepționale o influență pozitivă. Cu toate acestea, există grupuri de „terapeuți ortomoleculari” care își susțin cu tărie metoda, mai ales că aceasta este bine primită de pacienții psihotici și de familiile acestora, a căror sugestibilitate este recunoscută.

235. **ORTOPOSIQUE^(M)** Mexic — DCI *Diazepam* ● Tranchizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1, 3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxio-



litică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

236. **OSCILAȚII TIMICE** (cf. lat. *oscillatio* „legănare”; gr. *thymos* „spirit”) ● Dispoziția nu este, în mod normal, o stare absolut lineară, constantă, pe o perioadă îndelungată. Ea suportă continuu anumite oscilații, spre un pol sau altul, aflându-se într-un echilibru dinamic; influențele mediului, situațiile cotidiene o supun unui permanent proces de modelare, de rezonanță. Față de același aspect al ambianței, persoane diferite sau aceeași persoană în situații diferite își modifică timia, în funcție de semnificația de moment a împrejurării. Expresia comportamentală a acestei oscilații este mai vizibilă la personalitățile extroverte și mai puțin pregnantă la tipul introvert.

Oscilațiile timice se pot situa fie la nivelul cel mai elementar al axului dispozițional, ca stări psihice inanalizabile (afecte), rezultate, după PIÉRON, din reacția de agreabil (plăcere) sau dezagreabil (durere), fie la nivelul mai elaborat motivațional al emoțiilor.

În practică, oscilațiile timice caracterizează afectivitatea personalităților ușor impresionabile (cu răspuns emoțional brusc și intens), cu un grad crescut de excitabilitate sau cu o mare instabilitate emoțională, așa cum se întîmplă în cazul „psihopatului timid” (PETRILOWITSCH), dizar-

monicului hipertim, instabil, exploziv, excitabil, isteric. În nevroze, oscilația timică apare sub forma, descrisă clasic, „slăbiciunii iritabile”. În manie, pe fondul excesivei bune dispoziții, la cele mai mici și neînsemnate incitații ale mediului, apar modificări bruște spre iritabilitate, mînie, furie. În oligofrenie, oscilațiile timice se datorează atât sugestibilității crescute, cât și lipsei capacității de evaluare normală a evenimentelor ambientale și unei diminuări importante a controlului instanțelor superioare. În oligofrenie, ca și în demențe, oscilațiile timice pot ajunge pînă la incontinență afectivă (→), poikilotimie (↔). Oscilații timice mai apar și în corolarul simptomatologic al hipertiroidiei.

237. **OSFRESIDOFOBIE^(F)** (cf. gr. *osphresis* „miros”; *phobos* „frică”) ● Teamă intensă, absurdă, de neînving, pe care o are subiectul față de mirosuri plăcute sau neplăcute, care se poate întîlni în nevroza obsesivă, fobică, psihastenie. În delirurile cronice, această teamă nu este o fobie propriu-zisă, avînd o motivație delirantă

238. **OSPICIU** (cf. fr. *hospice*; lat. *hospitium*) ● Denumire dată instituțiilor unde erau îngrijiți bolnavii psihici. Apariția primului ospiciu, a primului spital de psihiatrie, se situează în antichitate (în secolul al VII-lea, la Cairo, și la Fez în Arabia). În secolele următoare însă începe prigoanirea bolnavilor psihici; abia peste un mileniu atitudinea umană pe care antichitatea a avut-o față de nebuni, va fi din nou adoptată, deci după ce istoria a înregistrat marile ei revoluții sociale. Desigur că în întunecatul ev mediu, cînd nebunii erau torturați, arși, considerați ca pericol social, problema izolării lor se punea în scopul de a fi apărată societatea de aceste malefice, nefaste „posesiuni demonice”. De tristă amintire rămîne Bedlam-ul britanic, în care erau închiși bolnavii psihici în condiții cu mult mai vitrege decît cele destinate infractorilor și criminalilor. Statul nu acorda credit acestor instituții; ele erau întretinute din plățile încasate în zilele de sărbătoare, în care oamenii veneau spre a se distra privind nebunii (și nu numai privindu-i, dar și batjocorindu-i). În acest tip de instituții erau închiși deopotrivă nebunii, cei cu boli venerice, cei cu turbare (hidrofobici), adică toți cei care erau considerați periculoși pentru societate prin contagiune sau agresivitate (sau presupusă agresivitate).

Renașterea, cu toată lărga sa deschidere științifică, nu a adus îmbunătățiri evidente a acestei situații. Petit Maison (devenit mai tîrziu Ospice des Menages), Salpêtrière și Bicêtre continuau trista tradiție a Bedlam-ului.

PINEL în 1792, eliberat el însuși de Revoluția franceză, este cel care „eliberează” din lanțuri bolnavii psihici de la Bicêtre și Salpêtrière, exem-

plul fiind urmat în Italia (Azilul San Bonifacio din Florența), Anglia (TURKE înființează o casă de sănătate).

În țara noastră primele ospicii au apărut în locul „bolnițelor” de pe lângă mănăstiri și au avut două destinații: unele pentru bătrînii fără adăpost și altele pentru bolnavii psihici. Astfel a apărut ospiciul de pe lângă Mănăstirea Golia devenit celebru după „miraculoasă” vindecare, aici, a lui Ștefăniță-Vodă; ospiciul de pe lângă Mănăstirea Neamț a luat ființă în 1779 fiind pentru „mireni de parte bărbătească cu diferite neputințe”; cel de pe lângă biserica Sfînta Vineri din București adăpostea nebunii „nefurioși”, cei „furioși” fiind adăpostiți la ospiciul Mănăstirii Sărindar; în Oltenia a luat ființă un ospiciu lângă biserica Madona Dudu. Vestit pentru îngrijirea bolnavilor psihici, era și ospiciul de la Mănăstirea Malamuci (sau Balamuci), bolnavii de aici fiind mutați în 1836 la Mănăstirea Mărcuța unde Alexandru Ipsilante ordonase înființarea unui ospiciu. Îngrijirea acestor bolnavi a fost trecută în grija Eforiei Spitalelor Civile și în 1864 a apărut „Regulamentul Ospiciului Mărcuța” semnat de Carol Davila.

În aceste instituții au fost îngrijiți bolnavii psihici pînă la sfîrșitul secolului XIX și începutul secolului XX cînd au apărut spitalele de psihiatrie propriu-zise, multipavilionare.

239. O.S.S.^(T) test ● Denumirea unui program complex și eșalonat de cercetări psihologice, solicitat de serviciile secrete americane în timpul celui de-al doilea război mondial, vizînd selecționarea de cadre cu aptitudini deosebite (apte pentru îndeplinirea de misiuni speciale în zonele ocupate de germani), program în elaborarea căruia au fost antrenati psihologi, sub conducerea șefului clinicii de psihologie de la Universitatea Harvard, H. A. MURRAY, creatorul testului, proiectiv T.A.T. (1935).

Echipa condusă de MURRAY a studiat mai întîi tehnica de lucru a psihologilor militari germani, respectiv criteriile utilizate de ei în selecționarea și pregătirea oamenilor pentru acțiuni de comando și de contrainformații, punînd în evidență, printre altele, calitățile intelectuale și emoționale indispensabile unor asemenea misiuni secrete și riscante. S-a trecut apoi la elaborarea scalelor de evaluare, care, pe lângă faptul că au dat posibilitatea economisirii de timp și efectuării unor operații în mod organizat, au permis descrierea concomitentă a trăsăturilor mai multor personalități și compararea lor, prin stabilirea de ierarhii și clasificări privind persoanele și, mai ales, aptitudinile și trăsăturile mai des solicitate în cazul obiectivelor avute în vedere. Scalele de evaluare au inclus identificarea obiectivelor (selecționarea și pregătirea psihologică de specialiști pentru misiuni de transmitere a informațiilor din zonele inamice), definirea obiectivelor în termeni de

comportament (specificarea calităților sau însușirilor reclamate de activitatea de spionaj), programarea instrumentelor de măsură, aplicarea lor și interpretarea protocoalelor de evaluare.

Candidații au fost examinați sub un cod și un nume fictiv, fiind observați, înregistrați prin mijloace psihometrice, audio-vizuale, provocați la discuții și manifestarea de atitudini, antrenați în scene stresante de maximă conflictualitate (modelînd situațiile cu care aveau să se confrunte pe frontul de luptă invizibil), testați (prin diferite chestionare de personalitate, probe de performanță, teste de construcție în timp limitat, sarcinile de tip militar reclamînd colaborare și spirit organizatoric, în lipsa unui leader formal ș.a.m.d.).

Calitățile urmărite au fost: inteligența practică și socială, resursele energetice și rezistența în situații limită, spiritul de inițiativă, prezența de spirit, stabilitatea și echilibrul emoțional, vigili-tatea în situații stresante, curajul și prudența, calitățile organizatorice, nivelul de securitate a subiectului, promptitudinea reacțiilor.

Testele create de echipa lui MURRAY, dar mai ales rezultatele înregistrate pe baza lor, au avut o importanță contribuție în evoluția desfășurării de forțe în „impactul invizibil” din cel de-al doilea război mondial.

240. OSTANKOV^S symptom ● Simptomul „reflectării în oglindă” — se caracterizează prin repetarea comportamentului mimico-gestual al interlocutorilor, ca și al unor persoane care intră în raza vizuală a bolnavilor. Descriș în 1934 de către OSTANKOV, simptomul ar fi caracteristic demențelor organice severe și s-ar datora preponderenței atenției pasive asupra celei active.

● Simptomul „capșonului” — a fost descriș de OSTANKOV (1936) ca o atitudine particulară a bolnavilor schizofreni, care își trag peste cap obiecte vestimentare (cămășă, halat, pijamă) sau cearceaful de pat, astfel încît să-și acopere parțial sau total fața.

Această atitudine își găsește motivarea în ideile delirante, de regulă, de persecuție sau religioase ale bolnavului, care le transpune astfel comportamental.

241. OSTEO- (cf. gr. osteon „os”) ● Element de compunere care introduce referirea la os ca atare sau la țesutul osos.

242. OSTEODISTROFIE DEFORMANTĂ PROGRESIVĂ (cf. osteo-; gr. dys- prefix cu sensul „dificil, imperfect”; trophe „hrană”) — ^{sin.} → PAGET^(B) boală.

243. OSTEODISTROFIE FIBROASĂ JUVENILĂ — ^{sin.} DISPLAZIE FIBROASĂ; DISPLAZIE OSOASĂ POLIOSTOZICĂ; OSTEITITĂ FIBRO-^{sin.} CHISTICĂ —→ ALBRIGHT^(B) sindrom.

244. **OTEMATOM** (cf. gr. *ous* „ureche” ; *haima* „sânge” sufix — *ona* „tumoare”) ● Infiltrat sanguin la nivelul pavilionului auricular. Autorii mai vechi descriu astfel de leziune, apărută posttraumatic, la bolnavii cu paralizie generală progresivă. Frecvența mai crescută pe stînga era legată de lovirea cu palma (apărută în incidentele care survineau între blonavi), infirmînd alte etiologii fanteziste care erau atribuite otematomului. Supravegherea atentă a acestor bolnavi scadea mult frecvența apariției acestei leziuni, astăzi dispărută din clinica psihiatrică.

245. **OTHELLO^(S) sindrom** ● Delir de gelozie, care apare mai frecvent la bărbați, în a patra decadă a vieții, descris sub acest celebru nume de J. TODD și K. de WHURST (1955) și acreditat de ARIETI (1959).



Gravură 1801 — foto : Bulloz

Suspiciunile de infidelitate a unuia dintre soții pornesc, de obicei, de la interpretarea inadecvată a unui episod banal al vieții conjugale. Acest moment inițial este urmat de căutări susținute ale dovezilor „materiale” ale infidelității, ca și de cererea de mărturisire a vinovăției. În plus, drept dovezi concrete sînt aduse refuzul soțului sau soției de a avea contacte sexuale cu partenerul gelos, de fapt, legate de creșterea activității sexuale a bolnavului. Avînd aspectul unei dezvoltări

tări delirante paranoice, acest sindrom poate avea (ca și în cazul celebrei tragedii shakespeariene) consecințe deosebit de dramatice.

Sub forma unei patologii secundare, poate fi observat în alcoolism, la personalități dizarmonice, în epilepsie, schizofrenie și depresii primare.

246. **OTIS^(T) test** ● Prototip al testelor hîrtie-creion, privind inteligența subiecților, cu aplicabilitate în masă. OTIS a imaginat acest test în 1916. În cele două variante ale sale, alfa și beta, el a fost folosit în formă dezvoltată de TREMAN la testarea recruților americani în timpul primului război mondial.

247. **OTIUMOSIS** (cf. lat. *otium* „lene, inactivitate”) — sin. ALIOSIS ; TAEDIUM VITAE → SPLEEN.

248. **OTRĂVIRE^(D) delir** ● Idei delirante, avînd drept conținut convingerea subiecțului că a fost otrăvit cu ajutorul unor substanțe inhalate, ingerate sau injectate. Face parte din grupa delirurilor de persecuție și antrenează modificări comportamentale importante : bolnavul refuză să se alimenteze și/sau să consume lichide, să primească tratament, să frecventeze anumite spații.

Otrăvirea poate fi privită ca un act realizat sau ca un act potențial, împotriva căruia bolnavul își ia măsuri de apărare. O formă deosebită absurditate a delirului apare în cadrul delirurilor induse, în care indusul gustă, de obicei, alimente pentru inductor, evitînd în acest fel „otrăvirea” acestuia.

J. NASH afirmă că acest tip de delir este asociat, în schizofrenie, cu o tematică sexuală. Astfel, substanțele otrăvitoare sînt hormonii, substanțe afrodisiace, iar modificările date de otrăvire se manifestă în primul rînd pe plan sexual.

249. **OTRĂVITOR** ● „Tip special de psihopat isteric”, clasificabil, după KOLLE, alături de scriitorii de anonime, în ceea ce el numea „condițiile isterice”.

Această apropiere între otrăvitor și scriitorii de anonime îi aparține părintelui nosologiei, KRAEPELIN, care încadra cele două tipuri de dizarmonii de personalitate în „impulsivii Irresein”. Arătînd că între cele două categorii o potențială ridicat antisocial există o serie importantă de similitudini, cei doi autori au subliniat și faptul că există o supramorbiditate feminină notabilă. Autorii de orientare psihanalitică au arătat rolul insatisfacțiilor sexuale în geneza celor două tipuri de acte, ca și rolul de surrogat sexual pe care îl joacă scrierea de anonime și otrăvirea. După KOLLE, otrăvitoarele pot părea tonice, vesele, adaptate social, chiar dispuse la filantropie (hipercompensatorie), bigote, orgolioase, inautentice, dar cu afectivitate superficială. Ideea de a

otrăvi, ca și scrierea de anonime le dau impresia de enormă putere, exacerbându-le fantasmale. Istoria citează o serie de cazuri de otrăvitori „celebri”: marchiza de BRINVILLIERS, familia BORGIA, Martha LÖWENSTEIN etc.

250. **OTO-** (cf. gr. *ous*, *otos* „ureche”) ● Element de compunere care introduce referirea la ureche.

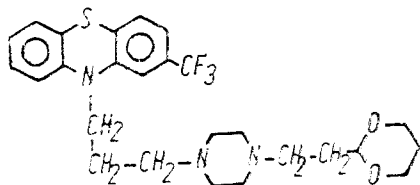
251. **OTRUN**^(M) RFG — DCI *Deanol aceglumate* ● Psihostimulent, derivat dimetilaminoetanol (DMAE), de tip 2-(dimetilamino) etanol hidrogen N-acetilglutamat; este un precursor al acetilcolinei, cu acțiune psihostimulentă, prin creșterea concentrației de acetilcolină, și valențe antidepresive. Se poate utiliza în corectarea efectelor secundare ale NL sedative; are acțiune proconvulsivantă.

252. **OVERALL-GORHAM**^(T) — scală ● Scală utilizată în studiile psihofarmacologice, introdusă de OVERALL și GORHAM în practică, în 1962. Bazându-se pe autoaprecierea graduală a unui set de 18 grupe de simptome, scala poate fi utilizată în depresii și stări delirante.

253. **O-VINC**^(M) RFG — DCI *Vincamină* ● Psihotrop, regulator metabolic de tip 13a-etil-2,3,5,6,12,13,13a,13b-octahidro-12-hidroxi-1H-indol(3,2,1)pirido(3,2,1)(1,5)naftirdină-12-acid carboxilic, cu acțiune asupra metabolismului cerebral; este indicat în gerontopsihiatrie și în stările psihopatoide.

254. **OXADON**^(M) Coreea — DCI *Femolină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, fără efecte simpaticomimetice, având indicațiile generale ale psihostimulentei. Nu se administrează în afecțiuni cu componentă depresivă → PSIHSTIMULENTE.

255. **OXAFUMINE**^(M) Franța — DCI *Oxaflumazină* ● Neuroleptic, derivat fenotiazinic de tip 10-13-14-(2-m-dioxaniletii)-1-piperazinil/pro-



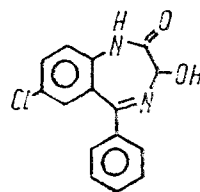
pill-2-(trifluorometil)fenotiazină, cu performanțe asemănătoare TRIFLUOPERAZINEI, dar cu o mai bună toleranță.

256. **OXANID**^(M) Anglia ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic → OXAZEPAM^(DCI).

257. **OXANOL**^(M) Spania — DCI *Oxprenolol* ● Betablocant de tip 1-10-(aliloxi)fenoxil-3-(isopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietate, distonii neurovegetative, afecțiuni psihosomatice. Are valențe psihostimulente. Nu se asociază cu sărurile de litiu, potențând efectul toxic al acestora, și nici cu produși IMAO → BETABLOCANTE.

258. **OXA-PUREN**^(M) RFG ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic → OXAZEPAM^(DCI).

259. **OXAZEPAM**^(M) România; **OXAZEPAM**^(DCI) ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzo-



diazepină. Este metabolitul activ al DIAZEPAMULUI, cu acțiune sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă și simpaticolitică. Efectele secundare și contraindicațiile sînt cele ale Diazepamului. Dintre produsele similare utilizate curent, cele mai bine cunoscut sînt:

ADUMBRAN^(M) Austria, Brazilia, Grecia, Italia, Iugoslavia, Portugalia, RFG, Spania, Turcia;

OXAZEPAM^(M) Cehoslovacia, Grecia, Polonia; SEREPAX^(M) Danemarca, Grecia, Norvegia, Suedia, Turcia.

Pot fi amintite și:

ADUMBRAN FORTE ^(M)	RFG
ANCHONAT ^(M)	Grecia
ANSIUM ^(M)	Italia
ANXIOLIT ^(M)	Elveția
ANXIOLIT FORTE ^(M)	Austria
ANXIOLIT-RETARD ^(M)	Elveția
APLAKIL ^(M)	Spania
APO-OXAZEPAM ^(M)	Canada
ASLAPAX ^(M)	Spania
BENZOTRAN ^(M)	Australia
BLOMSILAN ^(M)	Grecia
BONARE ^(M)	Mexic
CHEMODIAZINE ^(M)	Grecia
DROXACEPAM ^(M)	Spania
ENIDREL ^(M)	Argentina
GNOSTORID ^(M)	Grecia
HILONG ^(M)	Japonia
IRANIL ^(M)	Turcia

ISODIN ^(M)	Italia
JANUAR ^(M)	Grecia
LIMBIAL ^(M)	Italia
MEPIZIN ^(M)	Grecia
MIORRELAX ^(M)	Brazilia
MURELAX ^(M)	Australia
NEO FARGEN ^(M)	Grecia
NESONTIL ^(M)	Argentina
NOCTAZEPAM ^(M)	RFG
OKSAZEPAM ^(M)	Iugoslavia
OXAZEPAN ^(M)	Spania
OXAZEPOL ^(M)	Brazilia
OXEPAM ^(M)	Finlanda
OXEPAM FORTE ^(M)	Finlanda
OX-PAM ^(M)	Canada
PRAXITEN ^(M)	Iugoslavia
PRAXITEN FORTE ^(M)	RFG
PROPAX ^(M)	Japonia
PSICOPAX ^(M)	Spania
PSIQUIWAS ^(M)	Spania
QUEN ^(M)	Italia
QUILIBREX ^(M)	Italia
RONDAR ^(M)	SUA
SEDOKIN ^(M)	Italia
SERAX ^(M)	SUA
SERENAL ^(M)	Portugalia
SERENID ^(M)	Anglia
SERESTA ^(M)	Franta
SERESTA FORTE ^(M)	Elveția
SERPAX ^(M)	Italia
SIGACALM ^(M)	RFG
SOBILE ^(M)	Spania
SOBRIL ^(M)	Suedia
TACEPAM ^(M)	URSS
TENSOLISIN ^(M)	Brazilia
VABEN ^(M)	Israel
● OXAZEPAM HEMISUCCINATE ^(DC1) :	
ANSIELIX ^(M)	Argentina
APLAKIL ^(M)	Portugalia
APLAKIL MINOR ^(M)	Portugalia
NULANS ^(M)	Italia.

260. OXI- (cf. gr. oxys „ascuțit”) ● Element de compunere care introduce semnificația de „ascuțit, tăios”.

261. OXICEFALIE (cf. oxii- ; gr. *kephale* „cap”) — sin. ACROCEFALIE ; CRÂNE DE THERSIL ; CRÂNE EN TOUR ; HIPSICEFALIE ; PIRGOCEFALIE ; TURICEFALIE $\xrightarrow{\text{sin.}}$ THERSIL^(S) sindrom.

262. OXID DE CARBON — intoxicație — sin. OXICARBONISM ● Prima descriere a tulburărilor provocate de intoxicația cu oxid de carbon a fost făcută în 1876 de către MOREAU de TOURS, ulterior apărând numeroase lucrări care elucidează patogenia acestui tip de intoxicație. Studii anatomo- și histopatologice au decelat leziuni infu-

trative difuze, la nivel neuronal și la nivelul peretelui vascular, cu localizări la nivel subcortical, în special la nivelul nucleului palidum, al capsulei interne și corpului striat, periventricular.

Marea pericolozitate a acestui compus monooxygenat al carbonului rezultă din următoarele sale caracteristici : gazul este inodor și incolor (deci nu poate fi sesizat pericolul intoxicării) ; se fixează ireversibil pe hemoglobină, formînd carboxihemoglobina ce conduce la anoxemie. Intoxicația cu oxid de carbon se produce fie accidental (aparatură casnică, poluare a aerului etc.), fie voluntar, în scop suicidar.

Clinic, în intoxicația acută cu oxid de carbon, apare o simptomatologie ce duce deseori la confuzia cu beția alcoolică acută, putînd antrena, ca și aceasta, acte cu consecințe medico-legale (BROUARDEL). Spre deosebire de beția acută, în intoxicația acută cu oxid de carbon, tulburările sînt persistente. Frecvent, se instalează coma, de durată variabilă (zile, săptămîni), în cursul căreia pot apărea crize convulsive, semne neurologice de focar, semne de iritație meningeală, leșirea din comă se face fie printr-o revenire treptată și lineară la starea de luciditate, fie prin parcurgerea unor stări de torpoare, obtuzie, agitație psihomotorie cu caracter tranzitoriu, instalarea unei stări confuzionale timp de cîteva săptămîni, după care pot persista tulburări psihice reziduale.

Perioada confuzională postcomatoasă se caracterizează prin : inerție, stupoare, predominarea tulburărilor mnezo-prosexice, akinezie sau bradikinezie, hipertonie permanentă sau tranzitorie, mișcări coreice, sindrom parkinsonian (DESOLLE a descris forma akineto-hipertonică cu mutism, AJUARIGUERRA și ROUAULT de la VIGNE au descris forma bradipsiho-kinetică). Aceste stări sînt dominate mai mult de inerție decît de agitație, cu tulburări neurologice interesînd etajul subcortical.

Tulburările de memorie ocupă un loc important chiar în simptomatologia de debut, persistînd o perioadă îndelungată. Apar amnezii lacunare, retrograde, anterograde.

Tulburările mnestice pot fi însoțite de halucinații și sînt atestate de studii care relevă o anumită incidență a sindromului Korsakov la intoxicații cu oxid de carbon. Pot apărea manifestări perseverative, uneori tulburări pituitiforme. Toate aceste tulburări pot forma corolarul unei deteriorări mintale de aspect demential, care face extrem de dificilă reintegrarea socio-profesională a subiectului.

Pot apărea sechele de tip afazic, apraxo-agnozic (în cadrul apraxiei de construcție, MAYER-GROSS a descris fenomenul de „closing-in”). În timpul fazei confuzionale, electroencefalograma este modificată. Pneumoencefalograma relevă modificări ale ventriculilor și la nivel cortical.

Prognosticul variază în funcție de durata comei, vârsta subiectului (la copii se instalează stagnarea dezvoltării intelectuale), perioada biologică (de exemplu, menopauza), încărcătura patologică pre-existentă (de exemplu, depresiile melancoliforme care au determinat recurgerea la actul autointoxicației, pot evolua spre melancolie involuțională cu aspect demential).

Tratamentul implică, în perioada comatoasă, metode de resuscitare, reanimare a funcțiilor vitale. În ceea ce privește manifestările sechelare, acestea sînt slab influențate de tratament.

Intoxicația cronică, manifestată prin astenie, cefalee trenantă, anorexie, apatie, iritabilitate, stări lipotimice, poate fi obiectivată prin dozarea carboxihemoglobinei în sînge.

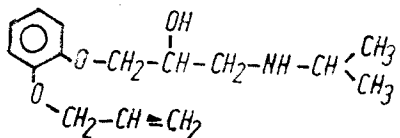
263. **OXIFOBIE^(F)** (cf. *oxi-*; gr. *phobos* „frică”)
 sin
 → AIHMOFOBIE.

264. **OXIFONIE** (cf. *oxi-*; gr. *phone* „voce”) ● Vorbire cu voce exagerat de înaltă și tare, întîlnită la maniacali, deliranti, dizarmonici. Poate fi însă și expresia unei reacții sau „a epuizării argumentelor logice” la cei depășiți de situație.

265. **OXIRACETAM^(DCI)** ● Activator al metabolismului cerebral, derivat al GABA de tip 4-hidroxi-2-oxa-1-pirolidinacetamid, asemănător ca acțiune piracetamului. Indicat în insuficiențe circulatorii cerebrovasculare și diminuarea funcțiilor cognitive → PSIHOSTIMULENTE.

266. **OX-PAM^(M)** Canada ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic → OXAZEPAM^(M) România.

267. **OXPRENOLOL^(DCI)** ● Psihotrop betablo-cant, de tip 1-10-(aliloxi)fenoxil-3-(isopropilamino)-2-propanol. Este indicat în anxietate, distonii



neurovegetative, medicina psihosomatică. Are valențe psihostimulente. Nu se asociază cu litiu, potențînd efectul toxic al acestuia, și nici cu produși IMAO → BETABLOCANTE. Constituie principiul activ pentru numeroși produși farmaceutici, dintre care cei mai cunoscuți sînt :

TRASICOR^(M) Anglia, Austria, Belgia, Bulgaria, Canada, Danemarca, Elveția, Finlanda, Franța, Grecia, India, Italia, Iugoslavia, Olanda, Portugalia, RFG, SUA, Suedia, Turcia, Ungaria, URSS ;

TRASICOR RETARD^(M) Franța, Olanda, RFG.

Alți produși sînt :

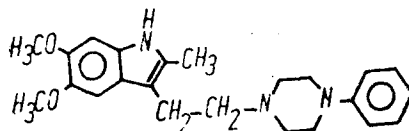
CAPTOL ^(M)	Australia
CORDEXOL ^(M)	Elveția
CORETAL ^(M)	Polonia
DIALICOR ^(M)	Grecia
FLECOR ^(M)	Grecia
OXANOL ^(M)	Spania
RIXIPROL ^(M)	Grecia
SECONDAFIL ^(M)	Grecia
SLOW TRASICOR ^(M)	Anglia
TRASACOR ^(M)	Japonia
ZETONIUM ^(M)	Grecia

268. **OXYDRIN^(M)** Anglia ; **OXYDESS^(M)** SUA — DCI *Metamfetamină* ● Psihostimulente, cu valența anorexigenă, derivați feniletilaminați de tip (+)-N- -dimetilfenetilamină, cu acțiune și indicații similare cu ale AMFETAMINEI și același risc al dependenței.

269. **OXYNIUM^(M)** Grecia — DCI *Piracetam* ● Nootrop cu acțiune asupra telencefalului derivat de GABA. Produsul ameliorează procesele biochimice cerebrale care stau la baza activității cognitive și mărește rezistența neuronilor cerebrali față de diferite agresioni (toxice, traumatice). Nivelul acțiunii se pare că ar fi telencefalul, unde produsul crește viteza de formare a acidului adenozin trifosforic și stimulează procesele metabolice cerebrale. Pe plan funcțional, facilitează transferul intră- și interemisferic și întărește controlul cortexului asupra structurilor subcorticale. Indicațiile medicamentului sînt reprezentate de afecțiunile psihice secundare unui proces organic : sindrom de involuție, tulburări circulatorii cerebrale, etilism cronic și diferite toxicomanii, sindrom posttraumatic, tulburări de comportament la copii, întîrziere psihică. Medicamentul nu are acțiune stimulantă sau sedativă centrală, nu influențează sistemul nervos vegetativ, este lipsit de toxicitate și nu are contraindicații. Sînt posibile efecte secundare de tip : excitație sexuală, agresivitate (în special în demențe).

270. **OXYPERTIN^(M)** Austria ● Neuroleptic sedativ, derivat indolic → OXYPERTINE^(DCI).

271. **OXYPERTINE^(DCI)** ● Derivat indolic de tip 5,6- dimetoxi-2-metil-3-(2-(4-fenil-1-piperazinil)-etil)indol, cu acțiune de tip CLORPROMAZINĂ,



cu instalare mai lentă, dar performanțe anxiolitice și sedative superioare. Posedă valențe psihostimulente și antidepressive. Are efecte secundare moderate. Nu se asociază cu IMAO.

Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

EQUIPERTINA ^(M)	Argentina
EQUIPERTINE ^(M)	Franța
FORIT ^(M)	RFG
INTEGRIN ^(M)	Anglia
LANTURIL ^(M)	Portugalia
LOTAWIN ^(M)	Anglia
OPERTIL ^(M)	Danemarca
OXPERTIN ^(M)	Austria.

272. **OXYPERAZINE^(M)** Grecia — DCI *Trifluoperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazin-zinc piperazinat de tip 10-13-(4-metil-1-piprazinil) propil-2-(trifluorometil)fenotiazină, cu acțiune antipsihotică marcată și sedativă relativ redusă, cu valențe anxiolitice și antiemetice; efectele anti-histaminice, antispastice și adrenolitice sînt mai mult decît reduse. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de TRIFLUOPERAZIN^(M).

273. **OZEREȚKI Nicolai** (1894—1955) ● Psihiatru rus care și-a dedicat întreaga activitate problemelor legate de vîrsta copilăriei și a adolescenței. Elev al lui GANNUȘKIN, conduce din 1929 catedra de psihopatologie infantilă și apoi pe cea de psihiatrie infantilă din Leningrad (1933—1936). După această perioadă, va deveni conducătorul întregii catedre de psihiatrie. Publică o serie de lucrări privind dezvoltarea copilului, fiind și unul dintre cei patru autori ai tratatului de psihiatrie. (1958).

274. **OZEREȚKI^(D)**—scală ● Scală folosită în clinica de neuropsihiatrie sovietică (din 1926) pentru evaluarea standardizată a dezvoltării psihomotorii

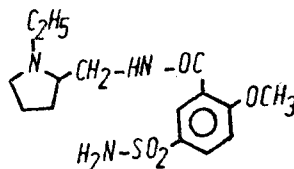
a copilului de la patru la 16 ani. După autori sovietici, scala are o fidelitate ridicată în evidențierea patologiei cerebrale organice.

275. **O.Z.N.^(D) delir** ● Idei delirante al căror conținut este legat de convingerea unor persoane de a fi avut contact cu un obiect extraterestru.

Desigur, nu toate preocupările legate de descoperirea „urmelor” extraterestrelor, ca și de identificarea „vehiculelor” acestora, au un caracter patologic, delirant. O cercetare sistematică întreprinsă de B. SCHWARTZ a demonstrat o frecvență scăzută a bolnavilor psihic printre cei care identificau O.Z.N.-uri.

JUNG considera că tendința omului de a crede în existența O.Z.N.-urilor este legată de nevoia de supranatural.

276. **OZODERPIN^(M)** Grecia — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-(1-etil-2-pirolidinil)metil-5-sulfamoil-0-anisamidă, cu certe valențe antidepressive, fără com-



ponentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile NL incisive (endogenii) și, în același timp, este util în combaterea impulsivității obsesiv-compulsive și în afecțiuni psihosomatice. Pentru dozele mari, efectele secundare sînt comune cu cele ale NL incisive. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

P P P P P P P P P P
 P P P P P P P P P P
 P P P P P P P P P P
 P P P P P P P P P P
 P P P P P P P P P P
 P P P P P P P P P P
 P P P P P P P P P P
 P P P P P P P P P P
 P P P P P P P P P P

1. **P** ● Literă simbol în sistemul pulsional szon-dian (Analiza destinului) reprezentând pulsionea de surpriză sau paroxismală, denumită de autor și pulsione de protecție sau pulsione etică; conține doi factori pulsionali: factorul e (corespunzător bolii epileptice și derivatelor/echivalențelor ei) și factorul hy (corespunzător isteriei cu diversele ei forme). Vectorul P este vectorul afectelor, cu următoarele posibilități de manifestare: neliniște, stări de angoasă, anxietate, panică, teamă fobică; oscilații accentuate ale emoțiilor și sentimentelor („flux și reflux al afectelor și sentimentelor”, de la explozii afective până la „calm plat”); crize de afect cărora li se aplică mecanisme de constrângere interioară (diverse modalități de intervenție ale cenzurii morale); soluții afective extreme (conduita afectivă se unilateralizează prin una din modalitățile bine-rău).

Ca literă simbol, „P” reprezintă factorul pulsional corespunzător trebuinței de diluare a Eului (trebuinței egodiastolice); psihologic ar semnifica Eul spiritual. Există patru modalități diferite de acțiune pentru factorul P: P- (negativ) corespunzător stării de proiecție totală; P ± (ambivalent) corespunzător proiecției și inflației, mai exact, stării de proiecție parțială (tendința pulsională rămâne în inconștient și se manifestă proiectiv) și inflației parțiale (tendința pulsională se afirmă ca trebuință de ideal); P + (pozitiv), corespunzător inflației totale (dilatare a Eului, formarea Idealului de Eu); conținuturile psihice se hipertrofiază, aspirația pulsională se intensifică, conținând perechi de tendințe antagoniste; P₀ (zero), corespunzător evacuării trebuinței pulsionale; nu există nici proiecție, nici inflație, ceea ce revine la o „dispariție a aspirațiilor pulsionale”.

2. **PABENOL**^(M) Italia — DCI *Deanol* ● Psihostimulent, derivat dimetilaminoetanol (DMAE), este un precursor al acetilcolinei, cu acțiune psihostimulentă, prin creșterea concentrației de acetilcolină, și valențe antidepressivă. Poate fi utilizat în corectarea efectelor secundare ale NL sedative; are acțiune proconvulsivă.

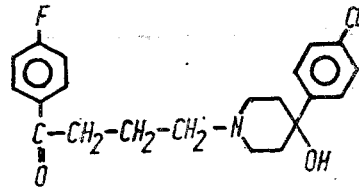
3. **PACAMETA**^(MC) Argentina ● Produs terapeutic care conține trei medicamente tipizate, cu aceeași acțiune sau acțiune diferită, dar care se completează:

- ORFENADRINA^(M) — tranchilizant, derivat difenilmetanic;
- PROMETAZINA^(M) — neuroleptic, derivat fenotiazinic;
- CLORPROMAZINA^(M) — neuroleptic, derivat fenotiazinic.

Are acțiune anxiolitic-sedativă.

4. **PACATAL**^(M) RFG, SUA — DCI *Pecazină* ● Neuroleptic, derivat piperidilalkilfenotiazinic, de tip 10-(1-metil-3-piperidil)metilfenotiazină, cu acțiune anxiolitic-sedativă asemănătoare produsului românesc TIORIDAZIN^(M).

5. **PACEDOL**^(M) Noua Zeelandă — DCI *Haloperidol* ● Neuroleptic, derivat butirifenonic de tip 4-14-(p-clorfenil)-4- hidroxi-piperidin-4'-fluro-



butirifenonă, cu efecte clinice predominant sedative, dar cu efecte secundare de tip incisiv → BUTIROFENONE.

6. **PACE-MAKER CEREBRAL** (cf. engl. *pace maker* „care imprimă ritmul”; gr. *cerebrum* „creier”) ● Metodă terapeutică elaborată de HEATH (1963), constând în implantarea de electrozi pe suprafața creierului, pentru a permite autostimularea electrică. Autorul a pornit de la ipoteza existenței unei simptomatologii psihotice asociată cu o activitate electrică septală anormală. Stimularea electrică a acestei regiuni este resimțită plăcut de subiect și reduce, în unele cazuri, intensitatea simptomatologiei psihotice. Stimularea vermisului

cerebra! ar avea un efect inhibitor asupra furiei și agresivității, prin efectul asupra hipocampului. A această metodă, aflată încă în stadiu experimental, ar fi preferabilă psihochirurgiei, prin nonagresivitatea sa și electroterapiei convulsivante (nu produce crize). Nu a fost folosită decât în cazurile în care celelalte terapii cunoscute au eșuat.

7. **PACERFIN^(M)** Mexic — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **DIAZEPAM^(M)**.

8. **PACIDRIM^(M)** Mexic — DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, realizând un somn aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **NITRAZEPAM^(M)**.

9. **PACIENT** (cf. lat. *patiens* „care îndură, care suferă”) ● Persoană bolnavă aflată în îngrijirea unui medic; individ răbdător, pașnic.

10. **PACINOL^(M)** Danemarca; **PACINOL PROLONGATUM^(M)** Suedia — DCI *Flufenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinilalkilfenotiazinic de tip 4-13-12-(trifluorometil)fenotiazin-10-illpropil-1-piperazinetanol, indicat în psihoze paranoid-halucinatorii, catatonice și în depresii agitate. Are efecte secundare de tip neuroleptic incisiv. Diminuează efectul L-dopa.

11. **PACINOX^(M)** SUA — DCI *Copuridă* ● Tranchilizant, derivat alifatic de tip N-(2-etil-3-metilvaleril)uree, cu acțiune sedativ-hipnotică care se instalează foarte rapid, calitate care îl face util în preanestezie.

12. **PACISYN^(M)** Finlanda ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic—^{sin.} **PACIDRIM^(M)** Mexic → **NITRAZEPAM^(M)** România.

13. **PACITRAN^(M)** Brazilia, Mexic ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic—^{sin.} → **DIAZEPAM^(M)** România.

14. **PACITRON^(M)** Anglia — DCI *Triptofan* ● Psihotrop cu structură L(-)triptofan, cu acțiune antidepressivă moderată și sedativ-hipnotică bună. Nu are practic efecte secundare; are o singură contraindicație — insuficiența hepatică.

15. **PACTAL^(M)** SUA ^{sin.} ● Neuroleptic, derivat piperidilalkilfenotiazinic → **PACATAL^(M)** RFG, SUA.

16. **PAEDOPHILIA EROTICA** (cf. gr. *pais* „copil”; *philia* „dragoste”) —^{sin.} → **PEDOFILIE**.

17. **PAGET^(B)** boală ● Numele lui **PAGET** (1814 — 1899) este purtat de două afecțiuni: osteodistrofia deformantă progresivă și dermatoza precanceroasă. Dintre acestea, numai prima include în tabloul clinic manifestări psihopatologice. Osteodistrofia deformantă progresivă afectează în special oasele lungi ale scheletului, constând într-o hipertrofie deformantă rezultată din distrugerii și proliferări anarhice. Tulburările psihice care apar sînt, în general, nespecifice: lentoare ideativă, deteriorare mintală cu diminuarea performanțelor intelectuale. Rareori apar tulburări de gândire de tip interpretativ, delir.

18. **PAGOFAGIE** (cf. gr. *pagos* „gheață”; *phagein* „a mânca”) → **PICĂ**.

19. **PAGOFOBIE^(P)** (cf. gr. *pagos*; *phobos* „frică”) ● Teamă exagerată de gheață ca fenomen



fizic. Se însoțește uneori de crioșobie. Se întâlnește la personalități anxioase și hipocondriace. Nu este o fobie adevărată. Într-o formă particulară există la persoanele cu tulburări de echilibru, care se tem să meargă pe suprafețe acoperite cu gheață. Nu are o semnificație psihopatologică deosebită.

20. **PAHI-** (cf. gr. *pachys* „gros”) ● Element de compunere cu referire la îngroșare (gros).

21. **PAHICEFALIE** (cf. *pahi-*; gr. *kephale* „cap”) ● Îngroșarea oaselor cutiei craniene, conducînd la multiple și majore tulburări psihice...

22. **PAHIGIRIE** (cf. *pahl-*; gr. *gyros* „cerc”) ● Circumvoluțiune cerebrală mai lată, cu suprafața netedă și cu șanțurile mai puțin adânci.

23. **PAHIMENINX** (cf. *pahi-*; gr. *meninx* „membrana”) ● Denumire rar utilizată pentru duramater.

24. **PAIATĂ^(S)** sindrom (cf. it. *Pagliaccio* — personaj din teatrul buf italian) — sin. **CLOWN^(S)** sindrom ● „Sindrom fiziologic” descris de SZONDI



În diagnosticul experimental al pulsuniilor, care înfățișează „tristul destin al clown-ului în circ, ca și în societate”. Formula pulsională a acestor subiecți ar fi $S = h+, s_{\pm}; Sch = KO pO; C = -dO, m-(!)$, descriind „drama destinului pulsional” (drama imposibilității de a trăi într-o „uniune dualistă sado-masochistă”, de a suporta realitatea relației cu lumea). Clownul maimuțarește bucuria într-o comedie în care subiectul trăiește într-o solitudine atroce, abandonat și abandonând valorile obiectuale ale lumii.

25. **PAIDENUR^(MC)** Spania ● Produs terapeutic conținând trei medicamente tipizate cu acțiune diferită, care se completează:

- **IMIPRAMINA^(M)** — timoleptic, derivat dibenzazepinic;
 - **ATROPINA^(M)** — parasimpaticolitic;
 - **GABQB^(M)** — parasimpaticolitic.
- Are acțiune antidepresiv-parasimpaticolitică.

26. **PAIDOLOGIE** (cf. gr. *pais* „copil”; *logos* „cuvânt, discurs”) — sin. **PEDOLOGIE** ● Disciplină fondată de CHRISMAN, care-și propune

studierea sistematică a factorilor ereditari, socio-culturali etc., cu aport la dezvoltarea și conturarea personalității copilului. Această disciplină nu a reușit pînă în prezent să se impună, acordînd o importanță exagerată factorilor socio-culturali în defavoarea celor ereditari. Scopul pe care și l-a propus paidologia este atins, în fond, prin coroborarea mai multor discipline: psihologia, sociologia, pedagogia.

27. **PALEO-** (cf. gr. *palaios* „vechi, bătrîn”) ● Element de compunere care introduce semnificația de vechi, vechime.

28. **PALEOCEREBEL** (cf. *paleo-*; lat. *cerebellum* „creierul mic”) ● Porțiunea cea mai veche filogenetic din cerebel. Cuprinde lobul anterior, fața posterioară a lobului posterior și, după unii autori, lobul floculonodular.

29. **PALEOCORTEX** (cf. *paleo-*; lat. *cortex* „scoarță”) ● Porțiunea cea mai veche filogenetic a cortexului cerebral. Cuprinde cortexul olfactiv.

30. **PALEPSIHIOLOGIE** (cf. *paleo-*; gr. *psyche* „suflet”; *logos* „cuvînt, discurs”) ● Ramură a psihologiei care, folosind descoperirile arheologice (construcții, unelte, haine, sculpturi, gravuri, ornamente etc.), încearcă să descifreze structura psihică, comportamentul și condițiile de viață ale oamenilor preistorici.

31. **PALEOSTRIATUM** (cf. *paleo-*; lat. *striatum* „brăzdat”) ● Grupul nucleilor cenușii centrali, de origine filogenetică mai veche.

32. **PALEOTALAMUS** (cf. *paleo-*; gr. *thalamos* „cameră”) ● Grupul nucleilor mijlocii ai talamusului (nucleul paracentral, nucleii paraventriculari anterior și posterior, nucleul central medial și nucleul cenușiu central), a căror funcție nu este încă deplin elucidată.

33. **PALESTEZIE** (cf. gr. *palein* „a se agita, a tremura”; *alsthesis* „senzație”) ● Termen utilizat în secolul trecut pentru a desemna sensibilitatea vibratorie; în prezent, este utilizat cu totul accidental.

34. **PALETAȚIE** (cf. lat. *palus* „stîlp”) → FLA-GELAȚIE.

35. **PALI-, PALIN-** (cf. gr. *palin* „îndărăt, din nou”) ● Element de compunere cu sensul de repetare.

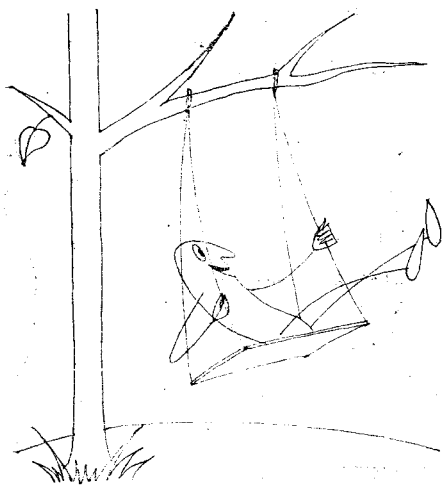
36. **PALIATIV** (cf. fr. *palliatif*) ● Gest, act, medicament, manoperă care ajută la diminuarea unuiu din semnele bolii sau a bolii însăși, fără însă a o vindeca.

37. **PALIFEMIE** (cf. *pali-*; *pHEME* „mesaj”) ● Tulburare caracteristică logonevrozei, constînd din repetarea unui cuvînt sau a unei silabe.

38. **PALIGNOSTIC**^(D) delir (cf. *pali-*; gr. *gnosis* „cunoaștere”) → **PALIGNOSTIC**^(D) delir.

39. **PALIGRAFIE** (cf. *pali-*; gr. *graphein* „a scrie”) ● Echivalentul grafic al palilaliei, constînd din repetarea unui cuvînt, propoziții, fragment de frază, în scris. Apare în aceleași condiții ca și palilalia : sindromul pseudobulbar, demența Pick, sindromul parkinsonian, schizofrenie, stări oneiroide.

40. **PALIKINEZIE** (cf. *pali-*; gr. *kinesis* „mișcare”) ● Termen introdus de MARCHAIS pentru a denumi repetarea în serie, fără tendințe de limi-



tare, a unor gesturi, mișcări (flexia și extensia antebrățului, balansarea unui membru sau a întregului corp etc.). Aceste mișcări apar la copiii cu debilitate mintală gravă, în stările demențiale (senile sau presenile) și în hebefrenia catatonică.

41. **PALILALIE** (cf. *pali-*; gr. *lalein* „a vorbi”) ● Tulburare a limbajului, constînd în repetarea spontană, involuntară a unor silabe, a unor cuvinte dintr-o frază sau a unei fraze. Poate fi asociată cu tahifemie sau, după BABINSKI și STERLING, poate alterna cu perioade de mutism. În funcție de gravitatea tulburării, G. LEVY distinge trei forme : tendință palilalică, constînd din repetarea înconstantă a unor cuvinte ; palilalia simplă ; palilalia gravă, care apare cu tahifemie și afonie terminală. Patogenia palilaliei implică o tulburare a coordonării mișcărilor voluntare, la nivel sub-

cortical. Poate fi însoțită de alte fenomene iterative : ecolalie, ecopraxie. Circumstanțele de apariție ale palilaliei aparțin mai mult neurologiei, GUIRAUD descriind-o în cadrul sindromului pseudobulbar, la parkinsonieni, în demența Pick. CLAUDE și PETIT o descriu ca fiind asociată hiperemotivității anxioase și viscozității psihice. Palilalia apare la copii, în cursul însușirii limbajului, circumstanță în care nu este considerată patologică. Această tulburare cu caracter iterativ trebuie diferențiată de stereotipiile verbale, care sînt datorate tulburărilor psihice (de gândire), spre deosebire de palilalie, care recunoaște un mecanism patogen organic.

42. **PALIOLOGIE** (cf. *pali-*; gr. *logos* „cuvînt, discurs”) ● Termen introdus de TRÉNEL pentru a denumi o formă specială de palilalie, constînd în repetarea, în cadrul unui discurs (incoerent), a unui cuvînt, propoziții sau fraze, lipsite de sens și întotdeauna identice. Tulburarea este caracteristică manifestărilor psihice din epilepsie.

43. **PALIMPSESTONUL BONHOEFFER** (cf. gr. *palimpsestos* „palimpsest”) ● Simptom precursor al sindroamelor amnestice majore din alcoolismul cronic, caracterizat prin incapacitatea de a reproduce unele detalii și amănunte referitoare la perioada intoxicației alcoolice. După Peatnit KARA, palimpsestonul apare înainte de instalarea dependenței fizice față de alcool. Termenul, introdus de BONHOEFFER în 1901, este preluat de la LOMBROSO care-l folosea în descrierile sale criminale-psihiatrice. Sensul inițial al cuvîntului era de pergament curățat (prin radere sau spălare), pe care se înscrisese un nou text ; calitatea noii scrieri lăsa de dorit, vechile urme neputînd fi niciodată complet îndepărtate.

44. **PALINESTEZIE** (cf. *palin-*; gr. *aisthesis* „senzație”) ● Revenirea bruscă la starea de conștiență după o anestezie generală.

45. **PALINFRAZIE** (cf. *palin-*; gr. *phrasis* „limbaj, discurs”) ● Termen introdus de MARCHAIS pentru a denumi o formă de palilalie, constînd din repetarea ultimei silabe dintr-un cuvînt sau a cuvîntului în întregime, tulburare prezentă în limbajul oligofrenilor, schizofrenilor.

46. **PALINGENEZIE** (cf. *palin-*; gr. *genesis* „geneză”) ● Termenul ca atare este atribuit stoicilor, care considerau că lumea piere și se reînființează mereu în cicluri cosmice, alternarea existenței și a neantului fiind cîrmuită de voința unui Demiurg, a cărui substanță se afirmă ca pozitivitate, retrăgîndu-se apoi în sine însăși, pentru a izbucni din nou, la infinit. Această concepție filozofică este legată de teoria ciclurilor istorice sau a „evoluțiilor cosmice”, potrivit căreia orice entitate care a existat, fie ființe, fie etape în dez-

voltarea universului, va reveni periodic sub o formă nouă. Istoria apare a fi astfel o succesiune neconținută de cicluri. În viziunea lui BALLANCHE, evoluția popoarelor, a civilizațiilor este supusă principiului palingenezei, cu perioade de dezvoltare urmate de decădere, apoi de regenerări.

La nivelul indivizilor, concepția palingenetică se regăsește atît în teoria metempsihozei, cît și în ideile unor naturaliști ca C. BONNET, pentru care evoluția viului se face lent, prin perfecționare continuă, pornind de la germeii de viață indestructibili pe care îi poartă orice ființă vie. Termenul se referă și la apariția în cursul ontogeniei a unor caracteristici provenind de la strămoșii ancestrali.

47. PALINGNOSTIC^(D) delir (cf. *palin-*; gr. *gnosis* „cunoaștere”) ● Convingere patologică a bolnavului că recunoaște, în ceea ce de fapt vede pentru prima oară, obiecte, persoane, situații bine cunoscute. Aceste iluzii vizuale, de false recunoașteri continue, sînt construite cu participarea importantă a imaginației. De multe ori sînt asociate cu iluzia sostiilor. Semiologic, aparțin parafreniilor expansive sau confabulatorii. Sînt frecvent întîlnite în schizofrenie și în patologia delirantă a involuției.

48. PALINOPSIE (cf. *palin-*; gr. *opsis* „vedere”) ● Fenomen de perseverare vizuală descris de CRITCHLEY (1951) ca „reapariția percepției după dispariția obiectului care i-a dat naștere sau extensia iluzională a percepției la o arie mai mare decît cea pe care stimulul ar fi trebuit în mod normal să o producă”. Acest fenomen iluzional complex apare în modificările ușoare ale cîmpului vizual, dispărînd cînd deficitul devine complet și reîntoarce în faza de recuperare (BENDER). În legătură cu mecanismul de producere, HECAEN afirmă că între palinopsie, aloestezia vizuală și fenomenele halucinatorii nu ar exista decît o diferență de gradăție spațială sau temporală.

49. PALIPRAXIE (cf. *pali-*; gr. *praxis* „acțiune”) ● Fenomen descris de MARCHAIS, constînd în repetarea persistentă, incoercibilă și inconștientă a unor acțiuni orientate spre îndeplinirea unui scop. Tulburarea apare în stările postconfusionale, în episoadele delirant-onirice, în sindromul cata-tonic.

50. PALIPSIHISM (cf. *pali-*; gr. *psyche* „spirit”) ● Termen introdus de MARCHAIS pentru a denumi repetarea spontană, involuntară a unor idei, repetare care contrastează cu inerția psihică a bolnavului. Fenomenul poate fi resimțit ca „împus din afară” în sindromul de automatism mintal, sau poate să apară în contextul sindromului demențial.

51. PALISADĂ — fenomen (cf. fr. *palissade*) ● Fenomen descris de O. FISCHER în 1886 și reprodus experimental de MIEDERHOFF în 1934, apropiat iluziilor stroboscopice. Constă în iluzia vizuală fiziologică de percepere a vitezei de mișcare a umbrei unei persoane, cu mult superioară vitezei reale de mișcare, atunci cînd persoana se deplasează prin fața unei palisade, umbra proiectîndu-se pe un perete situat în spatele ei, sau care este dublat de către o contra-palisadă apropiată.

52. PALISAN^(M) Grecia — 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.

53. PALISILABIE (cf. *pali-*; gr. *syllabe* „silabă”) ● Tulburare de vorbire constînd în repetarea explozivă și sacadată a silabelor, mai ales a primelor silabe din cuvînt, întîlnită în logonevroză.

54. PALLIUM (cf. lat. *pallium* „învelitoare”) ● Termen vechi, neutilizat în prezent, pentru cortexul cerebral.

55. PALMAR — eritem ● Semn important în psihiatrie pentru diagnosticarea alcoolismului cronic. Alături de asurile degetelor provocate de țigară și steluțele vasculare, acest semn se înscrie între datele care oferă o direcționare către această toxicomanie în cadrul examenului somatic al bolnavului.

56. PALMITA^(M) Japonia — DCI *Fenprobamat* ● Tranchilizant, derivat carbamat de tip 3-fenil-1-propanol carbamat, cu acțiune miorelaxant-sedativă și valențe anxiolitic-anticonvulsivante. Efectele secundare fiind practic nule, este de o bună toleranță.

57. PALO-ALTO — grup ● Cercetători de prestigiu, grupați la universitatea americană de la Palo Alto, care au elaborat modele și metode inovatoare în terapia familială: Don JACKSON, Gregory BATESON, Jay HALEY, Virginia SATIR. Pornind de la studiul comunicării între schizofreni, acești cercetători au dezvoltat o serie de concepte care au permis abordarea familiei ca sistem și implementarea unor tehnici terapeutice specifice.

58. PALPEX^(M) Mexic — DCI *Alimemazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic (aminoalkilic) de tip 10-(3-dimetilaminopropil-2-metil)fenotiazină, cu acțiune anxiolitică, sedativ-hipno-

tică și cu valențe antihistaminice, antidepresive și miorelaxante. Are o bună toleranță, influențând însă reflexele conducătorilor auto. Este indicat în exogenii, în tratamentul de întreținere al endogeniilor, fiind util și în medicina psihosomatică (astm, tuse alergică, prurit de diverse etiologii).

59. **PALUDISM** — tulburări psihice (cf. lat. *palus* „baltă, mlaștină”) ● Parazitoză datorată unui hematozoar (plasmodium), ale cărei manifestări neuropsihice grave au un caracter polimorf. Agențul patogen este plasmodium falciparum în 52% din cazuri, plasmodium vivax în 32%, plasmodium malariae în 27%. Mulți autori au acordat de-a lungul timpului o atenție deosebită acestor tulburări (CHAVIGNY, POROT, GUTTMAN, SIMPSON, HESNARD, MASSON, KAMMERER, GALLAIS, FITZHUGH, ARIETI, BLOCKER, DAROFF, BOSHES, COLLOMB, GIRARD), descrise mai ales atunci când în regiuni cu infestare endemică au avut loc campanii militare. După majoritatea autorilor, simptomele de atingere cerebrală apar la 2—3 săptămâni de la debutul bolii, dar sînt menționate și cazuri în care însuși debutul s-a caracterizat prin manifestări neuropsihice. Printre mecanismele patogene ale tulburărilor psihice pot fi implicate tulburările metabolice, anemia severă și hiperpirexia, la care se pot adăuga, ca factori patoplastici, personalitatea premorbidă, toxicomania, antecedentele psihopatologice. M. POROT (1984) descrie următoarele aspecte clinice :

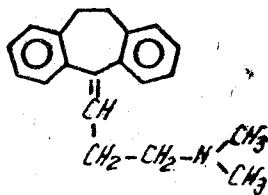
- forme scurte ;
- forme confuzionale acute ;
- accese confuzo-maniacale (rar confuzo-melancolic) ;
- accese pernicioase palustre ;
- forme trenante și prelungite ;
- forme cu asocieri neurologice ;
- forme cronice evolutive ;
- encefalopatii infantile.

Deși boala este rară (în țara noastră malariile este eradicată de peste 20 de ani), dificultățile de diagnostic sînt foarte mari, deoarece ea poate lua aspectul oricăreia dintre următoarele afecțiuni : encefalită, meningită, tumoră cerebrală, epilepsie, alte tulburări psihotice acute (1978, LISHMAN). O serie de autori au atras atenția asupra unor forme apiretice sau asupra tulburărilor intervenite în perioada de defervescență, când diagnosticul devine și mai dificil. Testul de laborator — examenul sanguin în „picătură groasă” — și, în lipsa acestuia, proba terapeutică (chimioterapică, reechilibrarea hematologică), orientează decisiv diagnosticul. Paludismul trebuie luat în discuție în fața oricăror tulburări psihice acute apărute la o persoană care provine dintr-o zonă impaludată. Importanța diagnosticului este legată de mortalitatea crescută (8—41%) în

absența măsurilor terapeutice adecvate. Tulburările produse de paludism sînt în marea lor majoritate reversibile dacă se instituie un tratament adecvat. În cazul apariției simptomatologiei de intensitate psihotică, se administrează antipsihotice.

60. **PALUDOTERAPIE** (cf. lat. *palus* „mlaștină” ; gr. *therapeia* „îngrijire”) ^{sin.} → **MALARIO-TERAPIE** → **PIRETOTERAPIE**.

61. **PAMELOR^(M) SUA** — DCI *Nortriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptadienic de tip 10,11-dihidro-5-metil-5H-diben-



zola dîcicloheptan- $\Delta^{5,\gamma}$ -propilamină, cu acțiune mai rapidă decît a amitriptilinei, dar cu efecte sedative mai modeste. Nu se administrează concomitent cu IMAO.

62. **PAN-** (cf. gr. *pan* „tot”) ● Element de compunere care introduce referirea la totalitate.

63. **PANACTIN^(MC) Elveția** ● Produs terapeutic conținînd două medicamente tipizate cu acțiune complementară :

- **DEXAMFETAMINA^(M)** — noanaleptic, derivat feniletilaminic ;
 - **CAFEINA^(M)** — stimulent psihomotor.
- Are acțiune psihostimulentă.

64. **PANAGNOZIE** (cf. *pan-* ; gr. *agnosis* „ignoranță”) ● Simptom întîlnit în perioada confuzională a accidentelor vasculare care afectează emisferul drept și importante teritorii cortico-subcortice ; constă în ignorarea totală de către bolnav a deficitului motor survenit în urma ictusului vascular.

65. **PANALGIE** (cf. *pan-* ; gr. *algos* „durere”) ● Durere generalizată care prin intensitate (mult mai modestă) se diferențiază de durerea talamică ; apare în clinica psihiatrică în cursul evoluției unei neuroze ceșestopate, în neuroza isterică și în psihiatRIA organică : arterioscleroză, leziuni cerebrale difuze, demențe vasculare și mixte.

66. **PANBESY^(M) Belgia** — DCI *Fentermină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip α,α -di-

metilfenetilamină, cu efecte simpaticomimetice și anorexigene, utilizat și în combaterea obezității secundare curei îndelungate cu NL → PSI-HOSTIMULENTE.

67. **PANCITOPENIE** (cf. *pan-*; gr. *kytos* „celulă”; lat. *penuria* „sărăcie, lipsă”) ● Epuizare a producției de elemente sanguine, care poate interveni și ca o complicație a unui tratament cu fenotiazine pe o durată mai lungă de 6–8 săptămâni. Opierea medicației sau înlocuirea acesteia cu un alt tip de neuroleptice duce la dispariția simptomatologiei.

68. **PANCLAR^(M)** Franța, Spania — DCI *De-anol* ● Psihostimulent, derivat dimetilaminoetanol (DMAE) de tip 2-(dimetilamino)etanol; este un precursor al acetilcolinei, cu acțiune psihostimulentă, prin creșterea concentrației de acetilcolină, și valențe antidepressivă. Poate fi utilizat în corectarea efectelor secundare ale NL sedative; are acțiune proconvulsivă.

69. **PANDY^(R) reacție** ● Metodă simplă de explorare a compoziției biochimice a lichidului cefalorahidian, și anume, de evidențiere a proteinozahiei. Utilizată inițial de PANDY Kalman (colaborator al lui Gheorghe PREDA la Spitalul de Neurologie și Psihiatrie din Sibiu), metoda a fost modificată și perfecționată de ZALOZIECKE-GRABE. Având aplicabilitate mai ales în clinica neurologică, reacția Pandy este utilă psihiatrului pentru confirmarea diagnosticului în cazul unui proces organic care acționează ca bază etiopatogenică în tulburările neuropsihice.

Prin precipitarea proteinelor în soluție saturată de fenol, metoda, simplă și ușor de efectuat, oferă informații calitative privind prezența proteinelor în LCR. Corelațiile dintre intensitatea reacției și nivelul proteinozahiei sînt prezentate de ARSENI astfel:

0 (reacție negativă) = sub $0,26 \frac{g^0}{100}$
 \pm (reacție dubioasă) = $0,29-0,33 \frac{g^0}{100}$
 $+$ (reacție slab pozitivă) = $0,33-0,46 \frac{g^0}{100}$
 $++$ (reacție pozitivă) = $0,39-0,59 \frac{g^0}{100}$
 $+++$ (reacție intens pozitivă) = $0,56-1 \frac{g^0}{100}$
 $++++$ (reacție foarte intens pozitivă) = peste $1 \frac{g^0}{100}$
 $++++$ cazeoasă (cu precipitat cazeos) = peste $9-10 \frac{g^0}{100}$

Aceste date estimative privind nivelul proteinozahiei necesită (mai ales în cazul reacțiilor pozitive) informații suplimentare, obținute prin determinări cantitative, precum și prin realizarea spectrului proteinelor (evidențiate prin reacția Pandy). Reacția Pandy pozitivă este caracteristică afecțiunilor meningeale (de la reacții meningeale pînă la diversele forme de meningite — limfocitare benigne, purulente) și blocajului în circuitul LCR datorat unor tumori medulare sau cerebrale.

Un nivel normal al proteinozahiei este caracteristic perioadelor de debut ale meningitelor, traumatismelor craniocerebrale ușoare, unor forme de scleroză multiplă.

70. **PANECTYL^(M)** Canada — DCI *Alimemazindă*
 ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic^{sin.}
 PALPEX^(M) Mexic.

71. **PANENCEFALITĂ SUBACUTĂ SCLEROZANTĂ (PESS)** (cf. *pan-*; gr. *enkephalos*; lat. *sub* „mai puțin”; *acutus* „ascuțit”; gr. *skleros* „dur”) — sin. ENCEFALITĂ SUBACUTĂ CU INCLUZII DAWSON; LEUCOENCEFALITĂ SCLEROZANTĂ SUBACUTĂ VON BOGAERT (LESS); LEUCOENCEFALITĂ SCLEROZANTĂ SUBCRONICĂ; PANENCEFALITĂ NODULARĂ PETE-DÖRING ● Afecțiune din grupul encefalitelor cu incluzii intranucleare; se presupune că ar exista o relație între virusul acestei encefalite și cel al rujeolei (CONNOLLY, 1967). Denumirea de panencefalită sclerozantă subacută (PESS) aparține lui GREENFIELD (1950). Etiopatogenic, în ultimii ani s-au realizat studii care au demonstrat: prezența infecției rujeolice în antecedente (există însă o perioadă de latență de mai mulți ani pînă la apariția PESS); un titru crescut de anticorpi (AC) antirujeoși în serul și în lichidul cefalorahidian al bolnavilor, comparativ cu titrul înregistrat în perioada de convalescență a rujeolei, evidențiat prin reacția de fixare a complementului, reacția de hemoaglutinoinhibare, imunofluorescență (W. WISLER, G. FANCONI); imunofluorescență cu anticorpi antirujeoși pozitivă pe țesutul cerebral prelevat prin biopsie cerebrală (R. PIEBER, D. PASTNER, D. ENDERNS, J. KLIMA); deficit de imunitate celulară selectiv pentru virusul rujeolos la bolnavii cu PESS (acest deficit poate fi corectat temporar prin transfuzie de limfocite compatibile de la donatori aflați în convalescența rujeolei, printr-o bună imunizare față de rujeolă, sau prin perfuzarea „factorului de transfer” Lawrence—Ph. REINERT, R. MOLIAS, J. GOUST, J. HORS, A. BUSSEL); evidențierea virusului în studiile de microscopie electronică pe țesutul prelevat prin biopsie cerebrală (BOU-TEILLE și colab., 1956); izolarea și cultivarea unui virus cu proprietăți similare virusului rujeolos din celulele cerebrale, după tripsinizare (HORTA-BARBOSA, 1968; ENDERS); transmiterea bolii la animalul de experiență, folosindu-se material patologic prelevat de la bolnavi.

Cunoștințele actuale permit aprecierea că în PESS există o toleranță celulară față de virusul rujeolos, dobîndită și definitivă, specifică pentru acest virus. Rezultă o pierdere a capacității organismului bolnav de a reacționa prin mecanismele imunității celulare față de virusul rujeolos. Rujeola este o reacție puternică, de tipul alergiei întârziate, mediate celular, în care producerea

AC umorali este o manifestare de însoțire (R. PIEBER, J. KLIMA etc.).

PESS apare în prezent ca o afecțiune cerebrală legată de un virus latent, avînd toate caracteristicile virusului rujeolos, dezvoltată la copiii care au în antecedente o rujeolă diagnosticată, în condițiile

- stadiul II, cuprinzînd hiperkinezii globale și axiale, ritmice, de scurtă durată, asociate cu contracții rapide ale pleoapelor și globilor oculari (4—12/minut); crize comițiale;
- stadiul III, cuprinzînd hipertonie pînă la rigiditate de decerebrare, comă profundă.



Electroencefalogramă în PESS

existenței unei lipse dobîndite de răspuns imun celular specific. Afecțiunea se caracterizează clinic prin: encefalită primitivă sporadică; imbolnăvire caracteristică a copilului și adolescentului între 4—14 ani; predominanța la sexul masculin; predominanțe ale tulburărilor psihice (debut cu tulburări de comportament, apoi deteriorare psihică progresivă, mergînd pînă la aspectul de sindrom apraxie-agnozie-afazie); modificări ale conștienței, mergînd pînă la comă.

Au fost descrise trei stadii de evoluție ale PESS:

- stadiul I, cuprinzînd modificări psihice („demență progresivă”);

Evoluția și prognosticul PESS sînt nefavorabile, decesul survenind, în general, în 6—12 luni. Biologic, sînt de subliniat modificările LCR (disociație albumino-citologică, cu proteinorahie crescută și elemente normale; disproteinemie, creșterea accentuată a gamaglobulinelor, în special a fracțiunilor cu migrare lentă — γ^3 , γ^4 , γ^6 ; creșterea gamaglobulinelor de tip monoclonal).

Anatomopatologic, există un proces difuz (panencefalită), predominant însă în substanța albă a emisferelor și trunchiului cerebral. Examenul electronmicroscopic evidențiază incluzii intracitoplasmatiche și/sau intranucleare, în celulele gliale și endoteliale ale țesutului cerebral, asemă-

nătoare cu paramixovirusurile, din care face parte și virusul rujeolic. Electroencefalografic, PESS se caracterizează prin complexe Rademecker (paroxisme de unde lente, cu durată de circa 3 secunde, ample de peste 300 μ V, bilateral sincrone, survenind cu ritmicitate de 4–12/minut, în general sincrone cu paroxismele motorii). La adult, se decelează prezența unui focar de unde lente parieto-temporo-occipitale, care ar fi, de asemenea, patognomic (R. PRIȘCU, V. POPESCU, W. COSS). Aspectele electroencefalografice evoluează spre agravare progresivă, paralel cu procesul de demențiere.

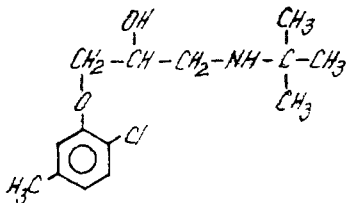
Se presupune că în această boală va putea exista un tratament patogenetic. Pare promițătoare (teoretic) terapia imunologică. În prezent, se încearcă imunoterapia „adaptivă” (transferul de limfocite compatibile de la donatori cu imunitate celulară normală față de virusul rujeolei și/sau factorul de transfer limfocitar Lawrence).

72. **PANEVRIL**^(M) Portugalia — DCI *Camazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă ester dimetilcarbammat, cu acțiune sedativ-anxiolitică; este contraindicat în miastenia gravis, intoxicații cu hipnotice și alcool.

73. **PANICĂ** (cf. gr. *panikos*) ● Stare afectivă particulară care se declanșează la apariția unor stimulii puternici și neobișnuiți (catastrofe, incendii, cutremure), caracterizată prin manifestarea brută a emoțiilor primare negative de groază, teroare, spaimă, ce pot cuprinde o persoană sau o întreagă colectivitate. Prin intensitatea și aspectul lor neobișnuit, stimulii determină o blocare a instanțelor de control superioare, rezultând declanșarea unor comportamente pur instinctuale, care pot conduce la agravarea situației dacă nu intervine factorul conștient de control superior, rațional. Panica, determinând o îngustare a câmpului conștiinței, conduce la apariția unor reacții paradoxale: fugă, uneori chiar în direcția pericolului, precipitare intempestivă soldată cu răniri, mișcări neadecvate de apărare.

74. **PANICĂ HOMOSEXUALĂ** ● Psihoze reactive de durată scurtă, care apar de obicei la subiecții cu trăsături schizoide de personalitate, puși în situația să trăiască în comunități în care integritatea fizică pare amenințată (cazărmi, barăci, câmine de nefamiliști etc.), având drept tematică delirantă posibila agresiune homosexuală. Aceste psihoze delirant-halucinatorii sînt precedate adesea de consumul abuziv de alcool sau alte toxicomanii (L. LINN, 1985). Se pare că pacienții acceptă cu mai multă ușurință terapeuții femeii. Tratamentul injectabil nu este recomandat.

75. **PANIMIT**^(M) RFG — DCI *Bupranolol* ● Betablocant de tip 1-(tert-butilamino)-3-[(6-clor-m-tolil)oxil]-2-propanol, indicat în anxietate, sindrom cardiac hiperkinetic, combaterea tremorului par-



kinsonian și senil. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

76. **PANKALMA**^(M) Italia — 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 și în 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 abinență”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT^(M).

77. **PANLOGISM** (cf. gr. *pas, pan* „tot”; *logismos* „rațiune”) ● Termen utilizat în 1853 de J. E. ERDMAN pentru a caracteriza doctrina lui HEGEL, ca variantă a idealismului obiectiv, în care succesiunea evenimentelor cosmice este concepută ca un proces logic, determinat teleologic de rațiunea universală — esență și principiu activ al realității.

Într-o accepțiune mai cuprinzătoare, panlogismul poate fi atribuit oricărei doctrine filozofice care postulează că realul este inteligibil, întrucît se fondează pe rațiune; în funcție de interpretarea ontologică a rațiunii, panlogismul poate fi consecvent idealist obiectiv (HEGEL sau LEIBNIZ) sau poate căpăta și unele accente subiectiviste (Școala de la Marburg, fenomenologia lui HUSSERL).

78. **PANMATEMATISM** (cf. *pan-*; gr. *mathematika*) ● Concepție idealist-metafizică, potrivit căreia universul este guvernat de un principiu constitutiv și ordonator de natură matematică, succesiunea evenimentelor fiind predeterminată teoretic sub legislația unor constante numerice și a unor reguli matematice imuabile. Ideea unei ordini

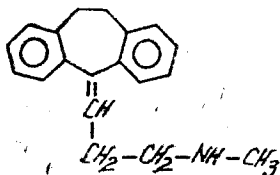
raționale a priori a cosmosului, instituită prin ipostazierea discursivității analitice a raționamentului matematic, apare în antichitatea clasică (PITAGORA, PLATON), renăscând apoi în timpul Renașterii, datorită avântului mecanicii (GALILEI, LEONARDO DA VINCI, NEWTON ș.a.).

79. **PANNEVROZĂ** (cf. *pan-*; gr. *neuron* „nerv”) ● Formă de evoluție pseudonevrotică a schizofreniei, descrisă de P. HOCH și P. PALATIN în 1948, constând în coexistența simultană a unor simptome obsesive, isterice și converșive, neurovegetative și anxioase, încă de la debutul bolii. Personalitatea premorbidă a acestor bolnavi este cel mai adesea de tip schizoid. Evoluția acestor forme poate fi întretăiată de episoade de „micropsihoză”, al căror tablou este dezvoltat în jurul ideilor hipocondriace, al ideilor de influență și al fenomenelor de depersonalizare. Nu toți autorii admit apartenența acestei forme la grupa schizofreniilor.

80. **PANOFOBIE^(F)** (cf. *pan-*; gr. *phobos* „frică”) — sin. **PANTOFOBIE^(F)** ● Formă de anxietate paroxistică, în care întreaga ambianță este resimțită ca amenințătoare, ostilă. Forma clinică cea mai caracteristică de panofobie este întâlnită în delirium tremens. Poate apărea și în alte stări confuzionale și delirante acute, mult mai rar în cadrul nevrozelor.

81. **PANORAMICE^(H)** halucinații (cf. *pan-*; gr. *horama* „ceea ce se vede”) ● Halucinații psihosenzoriale vizuale cu caracter static, care apar în fața ochilor subiectului ca o imagine fotografică sau de tablou (lipsesc, de obicei, obiectele care ar putea fi animate). Au caracter repetitiv, de la un episod halucinator la altul.

82. **PANPRAMINE^(M)** Anglia — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-13-(dimetilamino)propil-10, 11-



dihidro-5H-dibenzilflazepină, cu acțiune anti-depresivă cu spectru larg, care include 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, existând riscul recăderilor (în nevroze, minimum 3 luni, în psihoze, 6 luni).

Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRIN^(M).

83. **PANPSIHISM** (cf. *pan-*; gr. *psyche* „suflet”) ● Doctrină idealistă fondată de FLAURNOY, cu sorginte în filozofia kantiană, care susține că esența tuturor fenomenelor este un spirit pur, absolut, sau o pluritate de spirite individuale de natură cosmică. Întreaga materie apare astfel ca fiind de natură psihică, anorganicul având proprietăți proprii psihismului: gânduri, sentimente, un „centru” analog sistemului nervos.

84. **PANREXIN-M^(M)** SUA — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în astenie, presenilitate, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară curei neuroleptice, tulburări de dinamică sexuală; este contraindicat în stările de excitație psihomotorie, anxietate, sarcină, comițialitate.

85. **PANSEDIL^(M)** Portugalia — 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. În dustria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN^(M).

86. **PANSEXUALISM** (cf. *pan-*; lat. *sexus* „sex”) ● Concepție a cărei sorginte se află în opera freudiană, conform căreia la baza întregii vieți psihice a individului se află factorii psihosexuali. FREUD a atribuit sexualității rolul determinant în viața psihică și decisiv în declanșarea nevrozelor. Această concepție a fost preluată și de unii dintre elevii lui FREUD, deși, ulterior, acesta și-a revizuit parțial opinia.

87. **PANSHAPE^(M)** SUA — 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.

88. **PANSTRIAT^(S) sindrom** (cf. *pan-*; lat. *striatus* „brăzdat”) — sin. **DEGENERESCENȚĂ HE-**
PATO-LENTICULARĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **WILSON^(B) boală.**

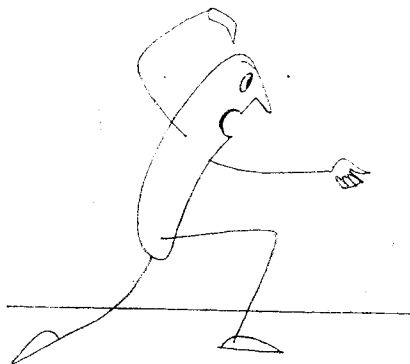
89. **PANTEISM** (cf. *pan-*; gr. *theos* „zeu, divinitate”) ● Concepție care identifică pe Dumnezeu cu natura, postulind că esența divină este prezentă și se afirmă în toate formele de existență. Denumit ca atare și expus sistematic în 1705 de către J. TOLAND, panteismul, ca orientare filozofică, s-a conturat încă din antichitate; stoicii, de exemplu, considerau divinul drept forță vitală immanentă lumii, idee dezvoltată și de neoplatonism, pentru

care cosmosul apare ca emanație a Unicului absolut. În timpul Renașterii, panteismul a constituit o formă deghizată a tendințelor materialiste, intrând în conflict cu teismul oficial al teologiei creștine, axat pe dogma Creatorului personal și transcendent. N. CUSANUS, G. BRUNO sau SPINOZA sînt adevărați precursori ai materialismului modern întrucît, identificîndu-l pe Dumnezeu cu natura, au legitimat cercetarea științifică a realității ca modalitate de cunoaștere riguroasă a formelor concrete în care se manifestă esența divină. În sine ambiguu, panteismul poate fi interpretat și idealist atunci cînd, în loc să îl dizolve pe Dumnezeu în natură, fenomenalizează natura, făcînd-o să se confunde cu substanța absolutului, postulat drept unică realitate autentică (MALEBRANCHE sau unele variante ale personalismului contemporan).

90. **PANTOFOBICE^(H)** halucinații (cf. *pan-*; gr. *phobos* „frică”) ● Tip de halucinații vizuale înregistrate în stările oneiroide (descrise de LEVY-VALENSI în 1925), caracterizate prin derularea unor scene cu efect terifiant asupra subiectului: cutremure, incendii, inundații, catastrofe aeriene etc. Nu există o specificitate a acestor manifestări, dar pot însoți delirul mistic sau pe cel parafrenic.

91. **PANTOFOBIE^(F)** (cf. *pan-*; gr. *phobos* „frică”) → **PANOFOBIE**.

92. **PANTOMIMĂ** (cf. *pan-*; gr. *mimomai* „a mima”) ● Acțiunea sau arta de a exprima sentimentele prin gesturi, fără ajutorul cuvîntului.



Termenul este folosit în literatura de specialitate a psihoterapiilor de grup, psihopantomima reprezentînd o formă de psihodramă mimată, în

care nu se folosesc cuvinte. Această formă a fost folosită în special în Cehoslovacia, de KNOBLOCH și JUNOVA, în America de Nord și în Argentina.

93. **PANTRANQUIL^(M)** Anglia — DCI *Meproamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Este indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, în unele forme de epilepsie petit mal și afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd realiza un „mic sindrom de abinență”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **MEPROBAMAT^(M)**.

94. **PANTROP RETARD^(MC)** RFG ● Produs terapeutic conținînd două medicamente tipizate cu acțiune diferită, dar care se completează:

- **AMITRIPTILINA^(M)** — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic;
- **CLORDIAZEPOXID^(M)** — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Are acțiune sedativ-antidepresivă.

95. **PAPEZ** — schemă ● Schemă propusă de PAPEZ, modificată ulterior de BUCY, pentru a explica apariția mișcărilor involuntare coreo-ateozice. Locul de origine este în cortexul precentral, iar calea de propagare ar fi reprezentată de fasciculele piramidale.

96. **PAPILITĂ A NERVULUI OPTIC** (cf. lat. *papilla* „bășicuță”) → **EDEM PAPILAR**.

97. **PAPILLON-LEAGE^(S)** sindrom — sin. **ORO-FACIAL-DIGITAL^(S)** sindrom ● Sindrom caracterizat prin malformații ale scheletului feței și mîinii' frecvent asociate cu deficitul mintal. Evoluția este mai gravă la băieți. Transmiterea este de tip dominant autosomal.

98. **PAPPENHEIM** Berta (1859—1936) ● În 1954 administrația poștelor din RFG emite o serie filatelică, cuprinzînd patru mărci poștale dedicate binefăcătorilor umanității. Una din aceste valori reprezintă efigia acestei femei care și-a închinat cea mai mare parte a vieții operelor militante de binefacere. În același timp, a fost și unul din cazurile celebre ale psihatriei: ea nu este alta decît Anna O ... din lucrarea lui BREUER și FREUD, publicată în 1895.



Berta Pappenheim

99. **PARA-** (cf. gr. *para* „pe lângă”) ● Element de compunere care introduce semnificația de deplasare de la normal (alături, pe lângă).

100. **PARAACUZIE** (cf. *para-*; gr. *acouein* „a auzi”) ● Tulburare a percepției auditive, caracterizată printr-o înțelegere greșită a sunetelor sau printr-o anomalie de percepție a intensității și înălțimii sunetelor. Este prezentă în stările confuzionale de diferite etiologii, în epilepsie, deiruri cronice, în otorinolaringologie, termenul de paraucuzie desemnează supra-audiția paradoxală caracteristică ateroscleroticilor.

101. **PARABASEDOWIAN^(S) sindrom** ^{sin.} → **LABBE^(S) sindrom.**

102. **PARABAXIN^(M) SUA** — DCI *Metocarbamol* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1,2-propandiol 1-carbamat, cu acțiune predominant miorelaxantă și, secundar, anxiolitic-sedativă; are și valențe analgezice.

103. **PARABULIE** (cf. *para-*; gr. *boule* „voință”) ● Tulburare volițională însoțită sau chiar provocată de anumite dorințe, pulsioni, acte paralele, care determină o parazitare a activității normale. Astfel, în nevrozele motorii se remarcă nu numai o insuficiență volițională, ci și o acompaniere a acesteia cu ticuri, spasme sau alte mișcări motorii. Parabulia poate apărea și în schizofrenie.

104. **PARACELSYS Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim** (1493—1541) ● Alchimist și medic elvețian. Studiază la Basel, completându-și cunoștințele medicale la universități italiene și germane. În 1516 își ia doctoratul în medicină la Ferrara, unde studiază sub îndrumarea umanistului LEONICENO, mare admirator al învățăturii hipocratice. O vreme, frecventează laboratorul lui S. FÜGGERER, atras de miracolul alchimiei. Face o serie de călătorii în Europa (unii autori afirmă că ar fi călătorit și în Transilvania). Capătă o faimă deosebită, fiind bine cunoscut dincolo de hotarele orașului Basel unde, în 1527, este numit profesor de medicină și medic orășenesc. Ostil medicinei din vremea sa, deoarece considera că GALEN și AVICENA au deformat opera hipocratică, caută noi soluții, „aliindu-se cu natura”, și introduce chimia în terapie. Lucrările sale „Paramirum” și „Despre cauzele tulburărilor mintale”, tipărite postum, conțin o serie de idei valoroase, care au influențat atât gândirea medicală, cât și opiniile privitoare la originile bolii psihice.



Paracelsus

Figură importantă a Renașterii în medicină, PARACELSYS a fost nu numai un om al timpului său, ci și un vizionar care și-a depășit epoca pe multiple planuri. Rămâne notabil și faptul că a insistat asupra relației medic-bolnav (a fost printre primii doctori și profesori care au refuzat să mai

folosească limba latină), afirmând că medicul trebuie să dedice bolnavului său „toată puterea sa de gândire și tot bunul simț”.

105. **PARADIGMĂ/PARADIGMATIC** (cf. gr. *paradeigma* „model, exemplu”) ● Model exemplar, caz ideal, tipic pentru o clasă de situații, standard, arhetip. În concepția lui L. WITTGENSTEIN, paradigmele sînt definite ca modele de gândire filozofică, care structurează și orientează demersul explicativ pe anumite coordonate invariante, prefigurative la nivel infra-reflexiv, ca niște cifruri hermeneutice subiacente gândirii. Conceptul de paradigmă ocupă o poziție centrală în teoria revoluțiilor științifice, elaborată de Th. KUHN ; acesta înțelege prin paradigmă o construcție teoretică universal recunoscută la un moment dat (geometria euclidiană, mecanica newtoniană, darwinismul etc.), în care se structurează un câmp problematic și metodologic de largă acceptare și circulație, constituit pe un anumit schematism rațional anterior conceptelor, ipotezelor, regulilor și legilor ce pot fi derivate din acesta. Desprins de interpretările aprioriste, conceptul de paradigmă se dovedește sugestiv și fertil în antropologie, filozofia istoriei, psihologie etc., înlesnind conceptualizarea unor structuri obiective și relativ stabile ; spre exemplu, un caz clinic poate fi definit drept paradigmatic atunci cînd este atît de caracteristic încît poate fi luat drept model pentru afecțiunea respectivă.

106. **PARADOXIA — sexualis** (cf. gr. *paradoxia* „ciudățenie”) ● Practicarea activității sexuale fie prea devreme, fie prea târziu, paradoxal față de o normă statistică relativă (paradoxia infantilă, respectiv paradoxia senilă). Noțiunea este relativă întrucît nu ține seama de contextul socio-cultural în care se dezvoltă individul ; pentru anumite grupuri etnice, începerea activității sexuale la 13—14 ani este normală, în timp ce pentru alte grupuri, acest fapt apare ca un paradox.

Pe de altă parte, dacă se ține seama de practica de masturbare a copiilor mici (adesea însoțită de fantezme sadomasochiste, voajerism), activitatea genitală precoce nu pare a fi nici rară, nici anormală (FREUD a descris copilul ca pe un „pervers poli-morf”). Această paradoxie apare frecvent ca o activitate sexuală precoce în biografia perversilor sexuali. La senili, paradoxia, ca activitate sexuală practică la o vîrstă cînd majoritatea indivizilor renunță la ea, apare ca dezinhibiție erotică, cu scăderea simțului critic etico-moral. Paradoxia poate fi datorată unor discriminii, manifestîndu-se în cadrul pubertății precoce.

107. **PARAFAZIE** (cf. *para-* ; gr. *phasis* „vorbire”) ● Tulburare de vorbire descrisă de WERNICKE, caracterizată prin alterarea cuvintelor sau utiliza-

rea unui cuvînt în locul altuia apropiat ca pronunție, dar diferit ca semnificație. Poate fi întîlnită izolat și fără semnificație patologică, la indivizi cu carențe în instrucție, dar și cu semnificație patologică, în schizofrenie, confuzie mintală, arterioscleroză cerebrală, demențe, alcoolism cronic ; în neurologie, această tulburare este considerată drept unul dintre semnele afaziei organice.

108. **PARAFEMIE** (cf. *para-* ; gr. *phème* „mesaj”) ● Tulburare a limbajului, constînd în deformarea vocalelor din cuvînte ; poate fi determinată de alterări organice ale aparatului fonator, dar poate apărea și ca bizarerie schizofrenică sau ca manifestare isterică.

109. **PARAFILIE** (cf. *para-* ; gr. *philia* „iubire”) → PERVERSIUNI SEXUALE.

110. **PARAFILIE AMPUTATORIE** → APOTEMNOFILIE.

111. **PARAFONIE** (cf. *para-* ; gr. *phōne* „voce”) ● Tulburare a limbajului vorbit, constînd în modificarea timbrului vocii ; poate fi determinată fie de afecțiuni organice (pareze, paralizii, inflamații, tumori), fie de cauze psihice, cum se întîmplă în cazul puerilismului isteric, bizarismului schizofrenic.

112. **PARAFRENIE**^(B) (cf. *para-* ; gr. *phren* „spirit”) — sin. KLEIST^(B) boală ● Grup de psihoze endogene cronice, caracterizate prin luxurianța fantastică a producției delirante, în contrast cu buna adaptare a bolnavului la mediu. Entitatea a fost contestată chiar din vremea primei sale descrieri (KRAEPELIN a delimitat-o în 1909 în cadrul celei de a 8-a ediții a tratatului său de psihiatrie) și continuă să fie contestată și astăzi (DSM III nu-i conferă un spațiu nosografic aparte, ci o asimilează schizofreniei paranoide cronice cu delir bine sistematizat, ca și ICD 9). Neavînd personalitatea premorbidă a paranoiei, dar fiind înrudită cu schizofrenia paranoidă prin sindromul delirant-halucinator, „parafrenia sistematică” descrisă de KRAEPELIN va fi completată de alte trei forme înrudite : parafrenia expansivă, confabulatorie și fantastică.

Autorii francezi au preferat denumirile de psihoză halucinatorie cronică (BALLET, 1911) și delir de imaginație (DUPRÉ și LOGRE, 1914) pentru forma sistematică și, respectiv, confabulatorie și fantastică, incluzînd-o pe cea expansivă într-o formă de manie cronică cu teme de grandoare (GINESTET și CHEVALIER, 1980). La acestea, LEONHARD adaugă și alte variante simptomatologice (hipochondriacă, incoerentă, fonică), în timp ce alți autori (KAY, ROTH) includ parafrenia în sindroamele paranoide apărute la vîrsta involuției.

Dincolo de formele clasice descrise de KRAEPELIN, principalele caractere care definesc parafrenia pot fi considerate astfel :

- caracterul fantastic al temelor delirante, cu pondere majoră a imaginarului;



Gustave Doré

- juxtapunerea unei lumi fantastice pe lumea realului, la care bolnavul continuă să se adapteze bine ;
- menținerea îndelungată a nucleului personalității ;
- predominanța limbajului asupra acțiunii.

Debutând după 40 de ani și evoluind în mod progresiv, boala nu necesită decât rareori spitalizare. Clasic este considerată o psihoză delirantă cronică sau un delir cronic sistematizat, indiferent sub ce formă clinică se exprimă. Parafrenia sistematică se dezvoltă uneori având ca nucleu central sindromul de triplu automatism mental (CLÉRAMBAULT) :

- automatism ideo-verbal (halucinații psiho-senzoriale auditive cu caracter ostil, rar binevoitor) ;
- enunțarea și comentariul actelor gândirii ;
- ecoul gândirii și al lecturii ;
- furtul și ghicirea gândurilor ;
- automatism senzorial și senzitiv : parazitarea percepției prin fenomene care se adresează tuturor analizatorilor ;

- automatism psihomotor : impresii kinestezice, senzația de mișcări impuse, articulare verbală forțată.

Acest nucleu central este supus (spre deosebire de schizofrenia paranoidă) unei interpretări sistematice, concretizată într-un delir de persecuție. Uneori, acestui delir i se poate adăuga un delir de mărire, toate aceste fenomene desfășurându-se pe fondul clarității conștiinței, din care însă lipsește conștiința bolii.

Evoluția este lungă, fără ca bolnavul să-și piardă capacitatea de integrare în afara nucleului delirant-halucinator. Uneori, delirul se închistează, bolnavul părănd să nu mai acorde o mare importanță fenomenelor delirant-halucinatorii.

Parafrenia expansivă se observă aproape exclusiv la sexul feminin și se exprimă printr-un sistem delirant de mărire și bogăție, apărând pe un fond dispozițional exaltat. Temele megalomanice predominante sînt geniul literar sau științific, teme erotomanice, religioase. Halucinațiile vizuale sub formă unor viziuni onirice apar aproape întotdeauna. Nu lipsesc nici tulburările calitative de memorie (alomezii și părămnézii).

La fel ca și în formele de manie delirantă, sistematizarea delirului este slabă. În schimb, deschiderea spre realitate este largă, deși bolnavul este aproape tot timpul tentat să încerce transpunerea delirului în aceasta. Fondul dispozițional este modificat în diverse grade, pînă la tulburări ce pot împinge subiectul spre suicid. Bolnavii, odată internați, se acomodează ușor la situație, conținându-și „netulburată” activitatea delirantă.

Parafrenia confabulatorie este prezentă în mod egal la ambele sexe, debutînd mai precoce decît celelalte forme de parafrenie ; s-a observat pre-dispoziția constituției mitomanice (cu fixarea la un stadiu infantil și sugestibilitate crescută) pentru fabulația delirantă. Delirul are drept mecanism constitutiv interpretarea intuitiv-delirantă a trecutului, tematica fiind, în general, de grandoare. Trecutului i se adaugă mereu noi evenimente, pe care bolnavul le preia din conversație sau lecturi, delirul fiind în primul rînd generat de exaltarea imaginativă, aventuroasă, bizară, dar păstrîndu-și caracterul organizat.

Parafrenia fantastică debutează printr-o fază de neliniște și nesigurantă, cu impresia resimțirii ostilității și metamorfozării lumii înconjurătoare. Apar halucinații și pseudohalucinații intricate cu un delir de influență, în sensul că percepțiile i se par subiectului provocate, impuse, iar trăirile halucinatorii au un caracter neobișnuit, fantastic (posesie diabolică, schimbarea sexului, metamorfoză corporală etc.). Temele de mărire și grandoare iau, în această formă de parafrenie, dimensiuni fabuloase (filiații supranaturale, averi formidabile, identificarea cu personalități politice, cu Dumnezeu, cu puteri supranaturale), intere-

sant fiind că temele persecutorii păstrează același caracter megaloman (comploturi, torturi indecriptibile). Productivitatea delirantă este „enormă”, gândirea avînd un caracter evident paralogic (nu există contradicție, admitîndu-se aprioric orice); timpul și spațiul își pierd valorile

- decompensări psihotice de aspect paranoiac sau paranoid ale structurilor dizarmonice de personalitate (personalitate premorbida dizarmonică, durată scurtă, răspuns bun la tratament, evidențierea unei componente reactive);



Goya

obișnuite, atîngînd dimensiunea cosmică. Sînt prezente și aici tulburări de memorie, cantitative și calitative. Surprinzătoare este buna adaptare la real a subiecților, care par a trăi în două lumi paralele, fără a se stînjiți reciproc. Evoluția este lentă, progresivă; uneori se înregistrează (după zeci de ani de boală) o sărăcire a delirului, care devine mai stereotip, mai lipsit de culoare, rezumat la o simplă jonglerie de idei, la simplul schelet al delirului grandios de odinioară. Aceste ultime două forme clinice se suprapun delirurilor de imaginație descrise de DUPRE și LOGRE.

Diagnosticul diferențial va fi efectuat în două etape distincte: în primul rînd, se va delimita de restul entităților în care întîlnim sisteme delirante și, în final, se va face diferențierea celor două psihoze delirante cronice între ele — paranoia și parafrenia. Diagnosticul diferențial al psihozelor delirante cronice neschizofrenice trebuie realizat în raport cu celelalte entități în care întîlnim sisteme delirante:

- schizofrenia paranoidă — prezența sindromului discordant, autismului, degradarea personalității;
- reacții paranoide — declanșare psihogenă, durată scurtă, evoluție tranzitorie, răspuns bun la terapie, absența trăsăturilor particulare ale personalității premorbide;

- mitomania reprezintă o categorie aparte în cadrul tulburărilor de personalitate îndeosebi pentru diferențierea de parafrenia confabulatorie, aceasta realizîndu-se prin: trăsăturile specifice ale personalității de tip isteric, expunerea teatrală, prin care se urmărește impresionarea auditoriului, atragerea atenției asupra propriei persoane;
- psihoze delirante de involuție — de aspect paranoiac, paranoid sau parafreniform (vîrsta, caracterul de mică amplitudine al delirului, prezența elementelor hipocondriace, depresive etc.);
- psihoza maniaco-depresivă — mania delirantă (de diferențiat îndeosebi de parafrenia expansivă) — prezența în prim plan (cronologic și ca nivel al intensității psihopatologice) a tulburărilor afective și a manifestărilor consecutive în planul activității, a ideilor delirante secundare modificării timice (productivitate mai săracă, fugă de idei mai accentuată);
- alcoolismul — psihoze delirante alcoolice subacute sau cronice (etiologie cunoscută, prezența semnelor de impregnare toxică, degradare intelectuală).

De asemenea, pot fi luate în discuție: anumite forme de paralizie generală progresivă, epilepsie, tulburări psihice din alte afecțiuni neurologice — tumori cerebrale, stări posttraumatice (în care

elucidarea etiologiei prin prezența simptomatologiei specifice permite stabilirea diagnosticului corect).

Diagnosticul diferențial între cele două principale entități nosologice încadrate ca psihoze delirante cronice neschizofrenice se realizează cu ușurință prin următoarele elemente : structura delirului, gradul de sistematizare, mecanismul de producere, nivelul adaptabilității sociale și gradul de cooperare a bolnavului. Sub tratament neuroleptic se pot obține uneori ameliorări, în paralel, de obicei, cu sărăcirea și scăderea amplitudinii delirului. Alteori însă, evoluția poate fi nefavorabilă, cu trecerea spre forme paranoide de schizofrenie.

113. PARAFRENIE EROTICĂ ● Formă specifică de parafrenie, descrisă de M. J. CARP (1915), care delimitează tulburările psihotice care apar mai frecvent la femeile aflate în perioada premenopauzei (40—50 de ani), cu mari nereușite în viața familială. Se caracterizează clinic prin halucinații cu conținut erotic, cel mai frecvent auditive. Halucinațiile conțin reproșuri la viața ușoară, libertinajul sau adulterul pe care bolnava le-ar fi săvârșit. Se poate asocia cu un delir de urmărire și de relație, de asemenea de tentă erotică. Debutul este subacut, iar desfășurarea episodică. Clasificările mai noi încadrează această tulburare în grupa largă a psihozelor halucinatorii cronice.

114. PARAFRENIE PRESENILĂ ● Psihoză de preinvoluție, descrisă de F. ALBRECHT (1914), care apare predominant la femei în decada a 4-a și a 5-a de viață; se caracterizează prin aglutinarea unui delir sistematizat (idei de reformă, idei de grandoare, idei de urmărire cu tematică mai ales sexuală) și halucinații auditive diverse.

115. PARAGAMACISM (cf. *para-*; gr. *gamma* — numele literei g din alfabetul grec) — sin. PARACAPACISM ● Tulburare de articulație a cuvintelor (1,36% din totalul acestor tulburări), constând în înlocuirea sunetelor g și c prin sunetele d și t. Se întâlnește la școlarii mici (primele două clase).

116. PARAGANGLION (cf. *para-*; gr. *gan-glion* „nod, umflătură”) — sin. CROMOFINOM; HIPERNEFROM MEDULAR ^{sin.} → FEOCROMOCITOM.

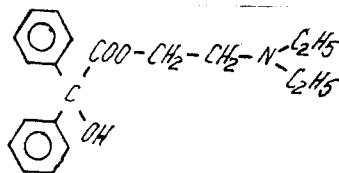
117. PARAGEUZIE (cf. *para-*; gr. *geusis* „gust”) ● Senzație gustativă eronată, determinată de tulburarea sensibilității gustative (lezional sau psihogen).

118. PARAGAMADISM (cf. *para-*; gr. *gamma*) ● Imposibilitatea subiectului de a pronunța sunete guturale în unele dislații. Încercarea de a pronunța aceste sunete poate fi urmată de accese balbice.

119. PARAGNOMEN BRZEZICKI (cf. *para-* + gr. *gnome* „judecată”) ^{sin.} → BRZEZICKI⁹ simptom.

120. PARAGNOZIE (cf. *para-*; gr. *gnosis* „cunoaștere”) ● False recunoașteri ale unor obiecte concrete, datorate unor fenomene de tip agnozic, în cadrul unor tulburări organice lezionale afectând segmentul cortical al analizatorului optic.

121. PARAGON^(M) Israel — DCI Benactizidă ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-dietilaminoetil benzilat, cu acțiune anxiolitic-sedativă

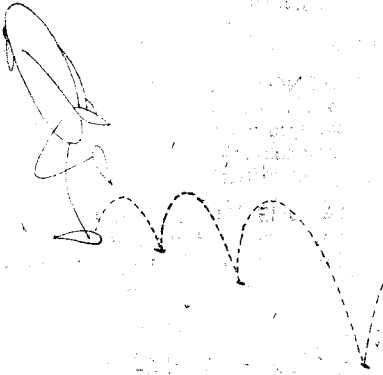


medie, dar cu bune efecte anticolinergice centrale și periferice. Este util a se cunoaște acțiunea sa proconvulsivantă și interdicția consumului de alcool în timpul tratamentului.

122. PARAGRAFIE (cf. *para-*; gr. *grabhein* „a scrie”) ● Tulburare de scris, constând în deformarea cuvintelor (introducerea sau omisiuni de litere sau silabe, transpoziții) sau înlocuirea lor prin cuvinte asemănătoare dar cu sens diferit; unii specialiști consideră că se poate include sub acest termen și apariția de semne bizare, cifre etc. În cazul apariției total izolate și în funcție de context, este obligatoriu a se lua în seamă lipsa de atenție, graba, ca și carențele de instrucție. În clinica psihiatrică, se întâlnește în schizofrenie, confuzie mintală, arterioscleroză cerebrală, demențe, alcoolism cronic. În neurologie, este considerat unul din semnele afaziei senzoriale Wernicke.

123. PARAGRAMATISM (cf. *para-*; gr. *grammatike* „gramatică”) ● Pentru BLEULER, termenul desemnează o tulburare a limbajului vorbit, observată în schizofrenie, constând în folosirea unor expresii bizare sau neformații verbale, pornind însă de la o rădăcină corectă. Aceste cuvinte, expresii au o semnificație specială, comprehensibilă numai pentru subiect. KLEIST încadrează în această tulburare structurarea gramaticală incorectă a frazelor care se observă în cursul regresivității afazice.

124. PARAKINEZIE (cf. *para-*; gr. *kinesis* „mişcare”) ● Termen care desemnează, după MOOR, o tulburare a conduitei motorii, constând în modi-



ficarea scrisului, a conținutului natural al mișcărilor, astfel încât gesturile își pierd firescul, succesiunea logică, apărînd bizare și nemotivate, neadecvate conținutului ideativ, stărilor afective, situațiilor reale în care se găsește subiectul. În această clasă de tulburări sînt încadrate manierismul, bizazeria, stereotipiile de atitudine și mișcare, care se întîlnesc în schizofrenie, catatonie, confuzie mintală.

125. PARALALIE (cf. *para-* ; gr. *lalein* „a vorbi”)

● Tulburare a limbajului vorbit, constînd în folosirea greșită a cuvintelor sau a silabelor ; poate fi întîlnită în sindromul demențial, arterioscleroza cerebrală, afecțiuni neurologice.

126. PARALDEHIDĂ ● Hipnotic nebarbituric, introdus în practica medicală în 1882, a cărui folosire a căzut în desuetudine după apariția benzodiazepinelor. Principalele dezavantaje ale acestui hipnotic sînt legate de mirosul său puternic (pe care bolnavul îl receptează și datorită excreției sale pulmonare), de gustul său astringent, ca și de apariția fenomenelor de dependență fizică și psihică. A fost folosit ca înlocuitor al barbituricelor în curele de somn (administrat intrarectal) și este încă preferat de unii clinicieni (S. SOLOMON, 1985) în tratamentul deliriumului alcoolic (10 ml/zi), în asociere cu sucuri reci de fructe. Supradozarea este ușor de sesizat datorită apariției midriazei și prezenței mirosului specific. Preparatul comercial poartă numele de PARAL^(M) SUA.

127. PARALELISM FILOZOFIC (cf. *para-* ; gr. *telon* „unul cu altul”) ● Concepție dualistă carteziană, referitoare la paralelismul dintre fenomenele fizice și psihice, preluată ulterior de psihologie → PARALELISM PSIHOFIZIC.

128. PARALELISM PSIHOFIZIC ● Concepție dualistă, introdusă în psihologie în secolul al XIX-lea de către M. WEBER, care consideră că fenomenele psihice și cele fiziologice reprezintă două ansambluri paralele, fără nici un fel de relații cauză-efect între ele. Această concepție a fost dezvoltată de T. FECHNER, H. HELMHOLTZ, J. MÜLLER, W. WUNDT, avîndu-și sorgința în epistemologia kantiană, în ciuda rezultatelor experimentale, care dovedeau existența corespondenței dintre intensitatea stimulilor fizici și cea a senzațiilor.

CLAPAREDE aplică această concepție în psihologie, susținînd că pentru toate fenomenele psihice conștiente există simultan un determinism organic și unul psihic, care sînt paralele și pot fi urmărite independent, nefiînd în interrelație cauzală. Esafodajul acestei concepții a fost dărîmat prin studiile lui C. RICHEL, I. SECEŃOV, PAVLOV, DONDEERS, care au dovedit strînsa interdependență dintre sistemul nervos și cel psihic, conducînd spre stabilirea deterministă a unității psihofizice.

129. PARALEXIE (cf. *para-* ; gr. *lexis* „cuvînt”)

● Tulburare caracterizată prin citirea deformată a cuvintelor, cu omisiuni, inversiuni, transpoziții de litere și silabe. Este întîlnită în schizofrenie, confuzii mintale, demențe, arterioscleroză cerebrală. În neurologie, este considerată drept unul din semnele esențiale. Nu trebuie omisă (în cazul apariției singulare) lipsa de semnificație patologică, în cazul neatenției, grabei sau carențede instruire — chiar atunci cînd se produce repetat și în timp, dar nu interesează decît unii termeni.

130. PARALGEZIE (cf. *para-* ; gr. *algos* „durere”)

● Percepere a senzațiilor dureroase ca senzații plăcute. Apare la personalități perverse, masochiști.

131. PARALGIE PSIHICĂ ● Termen generic (V. PREDESCU) pentru desemnarea tulburărilor din sfera afectivă.

132. PARALIPOFOBIE^(F) (cf. gr. *paraleipen* „a omite, a neglija” ; *phobos* „frică”) ● Teamă patologică de a nu comite acțiuni greșite, teamă care atrage după sine imposibilitatea luării hotărîrilor, formarea unor conduite patologice de evitare, ritualuri. Este întîlnită în psihastenie, nevroză obsesivo-fobică.

133. PARALIZIE (cf. *para-* ; gr. *lysis*, slăbire, dezlegare”) ● Pierderea totală sau diminuarea importantă a motilității voluntare, a amplitudinii, vitezei și forței acesteia. Posibilitatea de a iniția și de a efectua o mișcare sigură prin contracția musculaturii scheletice este complet (sau aproape

complet) abolită. Etiopatogenic, paralizia recunoaște următoarele circumstanțe :

- lezarea centrilor sau căilor motorii — în sindromul de neuron motor central, în care mișcarea nu mai este inițiată, și în leziuni ale tractului piramidal, în care mișcarea nu mai este transmisă neuronului periferic ;
- alterarea mecanismului de transmitere excitație-contrație în sindromul de neuron motor periferic, în care stimulul pentru mișcarea voluntară nu se mai transmite la mușchi ;
- tulburări la nivelul sinapsei musculare determinând fie un bloc neuromuscular (în miastenie), fie o prelungire a contracției cu întârzierea decontracturii, în miotonii ;
- inhibiția funcțională, isterică, a mișcărilor voluntare care, deși mimează aspectul, nu este o paralizie propriu-zisă, neavând nici un substrat organic, și care cuprinde un segment, membru, nerespectând inervația zonei respective și neavând semnele obiective ale deficitului motor (reflexe osteotendinoase normale etc.)

134. **PARALIZIE AGITANTĂ** ● Denumire desuetă și neadecvată a bolii Parkinson, care vrea să reliefeze asociația dintre contractura plastică de tip extrăpiramidal și tremurăturile caracteristice ale membrilor și capului.

135. **PARALIZIE CONGENITALĂ SPASTICĂ** — sin. **DIPLEGIE SPASTICĂ INFANTILĂ ; INFIRMITATE MOTORIE CEREBRALĂ ; SCLEROZĂ**

ATROFICĂ LOBARĂ ^{sin.} → **LITTLE^(B) boală**.

136. **PARALIZIE GENERALĂ PROGRESIVĂ (PGP)** — sin. **BAYLE^(B) boală** ● Meningoencefalită cronică difuză, de etiologie luetică (perioada terțiară), în care tulburările psihice sînt manifestate în toate etapele evolutive. A fost izolată în 1922 de BAYLE, iar etiologia luetică a fost presupusă în 1879 de către FOURNIER și confirmată în 1913 de către NOGUCHI, care a demonstrat existența treponemelor la nivelul leziunii. Evoluția progredientă și fatală spre demențiere a determinat adăugarea atributului de „progresivă” la numele bolii, acesta devenind neadecvat în condițiile descoperirii treptate a mijloacelor terapeutice din ce în ce mai eficiente.

Incidența paraliziei generale scade după introducerea malarioterapiei (von JAUREGG, 1917) și mai ales după introducerea penicilinoterapiei (MAHONY, 1943). În ultimul deceniu a fost înregistrată o ușoară creștere. Afectarea sistemului nervos în infecția luetică este de 3—5%, boala fiind mai frecventă la bărbați. Faptul că numai un mic procentaj din cei infestați cu treponema prezintă afectarea sistemului nervos s-ar datora exis-

tenței unor factori favorizanți legați de constituție, scăderea rezistenței organismului prin excese alcoolice, traumatisme cranio-cerebrale, surmenaj fizic și psihic, existența unui teren „alergic” (DUGARDIN) care localizează leziunile (luesul terțiar) și un teren „analergic” incapabil de a localiza leziunile (tabes, paralizie generală progresivă). SEZANY a emis teoria conform căreia sistemul nervos beneficiază de o imunitate specială față de infecția luetică, putînd fi lezat numai în stadiile tardive, caz în care afectarea este ireversibilă. În 1928, LEVARDITI și MARIE admiteau chiar existența unui agent patogen dermatotrop, responsabil de leziunile cutanate, și a unui agent neurotrop, responsabil de leziunile nervoase. În final, cercetările întreprinse au demonstrat unicitatea mecanismelor patologice pentru toate etapele evolutive ale sifilisului nervos, fapt demonstrat de cvasiconstanta leucocitoză rahidiană și cefalică, dovadă a meningoencefalitei difuze, uneori latentă.



Leziunile anatomopatologice din PGP sînt omogene, difuze, atingînd toate structurile encefalice. Macroscopic se evidențiază aderența leptomeningelui de cortexul atrofiat, mai ales în regiunea fronto-temporală, iar pe secțiune, în spațiile ventriculare apar granulații. Histopatologic se evidențiază diminuarea fibrelor mielinice (în bastoane), fibrozare astrocitară și spongioză cere-

brală. Toate aceste leziuni sînt însoțite de o reacție inflamatorie care formează, atît la nivelul meningelui, cît și perivascular, la nivelul striatului, talamusului, hipotalamusului, cerebelului și trunchiului cerebral, infiltrat limfoplasmocitar bogat în pigmenți ferici. Peretele vascular este modificat de la nivelul adventicii pînă la cel endotelial (arterita sifilitică).

Clinic, PGP parcurge trei faze : de debut, de stare și faza terminală.

Debutul afecțiunii recunoaște un polimorfism simptomatologic care permite descrierea a trei forme clinice :

- debut prin simptomatologie neurasteniformă de coloratură depresiv-cenestopată, în cadrul căreia se pot intercala perioade de hiperactivitate psihomotorie („dinamogenia funcțională” descrisă de RÉGIS) ;
- debut prin predominanța tulburărilor pe plan comportamental (psihopatoid), care pot avea implicații medico-legale ;
- debut de tip psihotiform — depresiv, expansiv, paranoid, confuzional sau prin deteriorare intelectuală progresivă.

Oricare ar fi forma de debut, modificarea semnificativă față de personalitatea premorbidă apare constant.

Simptomatologia perioadei de stare constă într-un corolar de semne psihice și neurologice.

Simptomatologia psihică este reprezentată în special de deteriorarea intelectuală, mai mult sau mai puțin evidentă clinic : funcția prosexică se alterează în sensul dispersării atenției spontane, al fatigabilității atenției voluntare, al perturbării atenției de anticipare. În sfera tulburărilor mnestice se înscriu amnezii lacunare precoce, instalîndu-se apoi hipomnezia anterogradă, care va evolua ulterior anteretrograd, putînd ajunge pînă la amnezie totală de fixare. Comunicarea diminuează paralel cu deteriorarea intelectuală, fiind alterată în expresia ei verbală, mimică și grafică. Timbrul și intensitatea vocii, ca și debitul vorbirii sînt prejudiciate, alături de modificarea importantă a discursului prin folosirea unor termeni imprecisi, apariția logoreei, a ecolaliei, apoi a bradilaliei, marasmul verbal ajungînd în final la mutism. Faciesul este lipsit de mobilitate — hipomimie, pînă la „mască paralizică”, cu expresie nedumerită, uneori ris nătîng. Scrisul este modificat ca aspect (mic, tremurat), cu greșeli grosolane de ortografie, fiind plin de pete, murdărie etc. De importanță majoră este prejudicierea judecării, prin deteriorarea capacității de ierarhizare, scăderea simțului autocritic, degradarea sensului valorilor morale generale, marea sugestibilitate (bolnavii afirmă cu bună credință absurdități și contradicții, comportamentul este absurd, cu posibile acte antisociale), diminuarea importanță a capacității de anticipare a consecin-

țelor, abolirea globală a posibilității de raționament (H. EY). Pe fondul acestui dezastru intelectual, apar frecvent sindroame delirante caracterizate prin absurditate, contradicții, punctate de confabulații cu conținut megalomane, dar și cu tematică depresiv-hipocondriacă, melancolică, conturînd un sindrom Cotard, și, mai rar, de gelozie. Dispoziția afectivă este extrem de labilă, putînd atinge nivelul incontinenței afective de tip pseudobulbar. Mai frecvent, se întîlnește euforia nătîngă, întreruptă de manifestări explozive, agresivitate, violență nemotivată, absurdă, deseori cu implicații medico-legale.

În sfera instinctuală, alterările sînt de asemenea profunde : instinctul de conservare este diminuat (tentative suicidare) ; instinctul alimentar este pervertit (coprofagie) și/sau crescut (bulimie) ; are loc o dezinhibiție sexuală cu pulsuni erotice exagerate și perversiuni.

Simptomatologia neurologică constă în tremor, accentuat în timpul mișcărilor, care debutează în regiunea labio-linguală, modificînd fonetica (mișcări vermiculare ale limbii). Acest tremor va determina la nivelul aripilor modificări ale scrisului, iar la nivelul aparatului fonator, dizartrie pînă la limbaj dezarticulat. În jumătate din cazuri se poate pune în evidență semnul Argyll-Robertson. Akinezia se exprimă prin hipomimie, facies fijat, lentoare a mișcărilor, necoordonarea scrisului. Apare o hiperreflectivitate tendinoasă. Evoluția poate fi agravată de accidente ictale, epileptiforme, confuzionale, determinate de leziunile vasculare arteritice.

Stadiul clinic final realizează tabloul unei demențe globale profunde, cu agravarea tulburărilor neurologice, imposibilitatea mișcărilor coordonate, incontinența sfincteriană, tulburări trofice, motorii, apariția complicațiilor infecțioase, neurologice etc.

Tabloul biologic rezultă din evidențierea anticorpilor antiluetici și a reacțiilor inflamatorii de la nivelul sistemului nervos. În sânge anticorpii se evidențiază prin reacția de microaglutinare a cardiolipidelor (VDRL) și Bordet-Wasserman (reacția de dozare a complementului). În caz de reacție VDRL negativă, diagnosticul nu este infirmat, ci impune efectuarea reacției de hemaglutinare (testul Nelson) cu TPHA (testul de hemaglutinare a treponemei pallidum).

La nivelul lichidului cefalorahidian se practică reacția de imunofluorescență (FTA), prin care se stabilește titrul anticorpilor din LCR, sau testul de evidențiere a imunolizinelor. Aceste reacții sînt semnificative pentru diagnostic atunci cînd raportul titrului de anticorpi dintre LCR/sînge este de 1%.

Procesul inflamator reactiv care afectează sistemul nervos se traduce nu numai la nivelul componentelor sale proteice, ci și la nivel celular.

Astfel, o configurație citologică a LCR-ului ce depășește mai mult de 4—5 limfocite/mi este semnificativă. În absența limfocitelor, capătă valoarea aspectului oligoclonal al gamaglobulinelor și creșterea raportului imunoglobuline G1a/bumină (cu sau fără proteinorahie).



Diagnosticul pozitiv se realizează prin coroborarea elementelor simptomatologiei clinice psihiatrice cu antecedentele luetice, cu semnele neurologice și cu sindromul biologic sanguin și în LCR (reacție de hemoliză și flocluire, testul Nelson pozitiv, hiperlimfocitorahie, hiperabuminorahie, curbă de tip paralytic).

Diagnosticul diferențial se impune pentru toate cele trei etape evolutive ale bolii :

- Diagnosticul diferențial al perioadei de debut:
 - debutul neurasteniform trebuie diferențiat de neurastenie sau de debutul neurasteniform al altor boli, prin absența elementului psihogen și prezența elementelor definitorii ale PGP ;
 - debutul cu tulburări de comportament se diferențiază de stările psihopatoide prin absența agresiunii factoriale (traumatisme, epilepsie, infecții, discriinii etc.) și prin prezența elementelor definitorii ale paraliziei generale progresive ; diferențierea de psihopatii se realizează prin evidențierea personalității premorbide și prezența elementelor definitorii ale PGP ;

- debutul psihotiform se diferențiază prin existența semnelor caracteristice ale PGP.
- Diagnosticul diferențial al perioadei de stare:
 - forma expansivă — de accesul maniaco-din psihoza maniaco-depresivă, prin deteriorarea intelectuală, evoluția spre demențiere și prezența elementelor caracteristice PGP ;
 - forma depresivă — de faza depresivă a PMD, prin depresia de intensitate mai scăzută, caracterul ideilor delirante și elementele definitorii ale PGP ;
 - forma paranoid-halucinatorie — de sindroamele paranoid-halucinatorii, prin gradul redus de sistematizare, evoluția caracteristică spre demențiere, elementele definitorii ale PGP ;
 - forma schizoidă — de schizofrenie, prin caracterul tranzitor al elementelor discordante ;
 - forma confuzională — apare mai rar și numai în asociere cu alcoolismul, diferențierea făcându-se prin evidențierea elementelor caracteristice ale PGP ;
 - forma epileptiformă este rară, fără expresie EEG și cu elemente caracteristice PGP ;
 - diferențierea de scleroza în plăci, intoxicația cu brom, tumorile frontale, infecțiile cu melitococi.
- Diagnosticul diferențial al perioadei terminale a PGP pune problema diferențierii de toate celelalte tipuri de demență.

Evoluția bolii, în absența unui tratament etiologic, se face spre demențiere profundă, cașexie, gatism, moarte în 2—3 ani prin boli infecțioase intercurrente, complicații renale, hepatice, neurologice. Au fost descrise și rare forme evolutive galopante. Evoluția bolii sub tratament specific se face cu perioade de remisiune de luni și ani, vindecarea fiind posibilă numai în cazul aplicării extrem de precoce a terapiei.

Măsurile profilactice se realizează prin examinarea sistematică a populației, prin aplicarea reacțiilor de aglutinare cu ocazia examinărilor medicale la angajare, la căsătorie, a femeilor gravide, precum și prin tratamentul corect al sifilisului primar și secundar.

Tratamentul curativ a parcurs etapa malarioterapiei, introduse de Wagner von JAUREGG în 1917, a arsenoterapiei, a bismutoterapiei, a mercuroterapiei, forme înlocuite astăzi de asociația penicilinoterapie + corticoterapie, în doze progresiv crescînde. Controlul eficacității terapeutice se face prin examenul LCR. După unii autori, o singură cură terapeutică pe an este suficientă. Dată fiind slaba sensibilitate la penicilină a treponemelor localizate cerebrale, majoritatea autorilor recomandă 2—3 cure în primul an, urmate de o cură pe an în continuare. Rezultatele tratamentului depind atât de precocitatea instalării lui, cât

și de gradul distrucției neuronale. DARCOURT și BRACCIN (1984) apreciază că în 1/3 din cazuri, atunci când leziunile sînt numai de tip inflamator, rezultatele tratamentului sînt foarte bune, permițînd chiar o reintegrare socio-profesională. În 1/3 din cazuri, evoluția poate fi stagnată, iar în restul cazurilor, măsurile de asistență medicală sînt asemănătoare celor din cazul sindroamelor de dependență de orice etiologie. Tratamentul simptomatic include vitaminoterapia, neurolepticele, tranchilizantele, psihoterapia și ergoterapia.

Actele medico-legale se referă la tulburările de comportament, care atrag punerea sub tutelă a bătrînilor lipsiți de discernămint și care se pot lansa sub influența ideilor de grandoare, în acte absurde (suicidii, risipă). Incidentele medico-legale pot apărea și în urma dezinhibiției sexuale : tentative de viol, perversiuni ; criminalitatea este rară.

137. PARALIZIE HIPNAGOGICĂ ● Tulburări motorii paroxistice nocturne, neepileptice → PARASOMNIE.

138. PARALIZIE ISTERICĂ ● Tulburare apărută în isterie, sub forma conversiei, manifestă-ndu-se printr-o „mimare” a unei impotente funcționale a unui membru sau hemiconp. Cunoaște o frecvență mult mai mică decît în secolul trecut, „secolul cuceririlor neurologice” (actualmente se pare că sînt mai frecvente „crize de inimă”).



Grandville

În ceea ce privește diagnosticul, paralizia isterică nu ridică probleme dacă se are în vedere : absența modificărilor reflexelor osteo-tendinoase și cutanate, răspunsul pozitiv la stimulul electric, absența tulburărilor trofice și a evoluției spasmodice, tipul flasc al paraliziei și raportul cu sugestia → SINDROM DE NEURON MOTOR ȘI PERIFERIC.

139. PARALIZIE MATINALĂ ^{sin.} → WEST^(B) boală.

140. PARALIZIE PERIODICĂ FAMILIALĂ — sin. ADINAMIE EREDITARĂ EPISODICĂ ; GAMSTROP-INGRID^(B) boală ● Eredopatie metabolică, cu transmitere predominant autosomală, mai frecventă și mai gravă la sexul masculin, care constă în modificarea raportului dintre potasiul intra- și extracelular, ducînd la hiperpolarizare membranară. Debutul afecțiunii se situează în primele săptămîni de viață, după o perioadă prodromală. Au fost descrise două tipuri clinice și patogenice : paralizia periodică familială cu hipokaliemie (→ WESTPHAL^(B) sindrom) și paralizia periodică familială cu hiperkaliemie.

Paralizia periodică familială cu hiperkaliemie debutează în primele săptămîni (luni) de la naștere prin accese paralitice cu evoluție ascendentă (tetraplegie ascendentă). Sînt frecvent interesați mușchii trunchiului, gîtului, feței, gurii, precum și mușchii respiratori. Reflexele osteo-tendinoase sînt abolite, iar cele idiomusculare, normale. Biologic se constată hiperpotasemie moderată, hipercalcemie și hipofosfatemie. Durata crizei variază între 10—30 minute și 24 ore, după accese, masele musculare rămînd dureroase. Aportul crescut de glucide între mese, extractele tiroidiene sau sulfatul de dextroamfetamină pot preveni accesele paralitice ; în criză, se administrează soluții glucozate hipertonicе cu insulină, calciu gluconic, glucagon, adrenalină și sulfat de dextroamfetamină.

141. PARALIZIE PROFESIONALĂ A NERVULUI MEDIAN ● Deficit motor și senzitiv de mică intensitate, prezent uneori în profesiunile în care priza palmară se face cu forță și repetat, prin angajarea ramificațiilor nervului în procese de compresiune ; nu trebuie confundat cu parasteziile psihice.

142. PARALIZIE PROFESIONALĂ A NERVULUI PERONIER ^{sin.} → GUILLAIN-DE SÉZE-BLONDIN-WALTER^(S) sindrom.

143. PARALIZIE PSIHCĂ NOTHNAGEL ● Tulburare de voință, constînd în imposibilitatea mișcării membrelor cu ochii închiși ; procesul este reversibil odată cu deschiderea ochilor.

144. PARALIZIE PSIHCĂ A VEDERII ^{sin.} → BALINT^(S) sindrom.

145. PARALIZIE A SOMNULUI ● Fenomen care inaugurează un episod hipersomnic foarte scurt (30 secunde, pînă la 1—2 minute). A fost descris de MITCHELL (1897) în cadrul unor atacuri cataleptice, sub numele de „night palsy”. Redescrisă în 1928 de WILSON, sub numele de „sleep paralysis”, această formă este însoțită de

un sentiment de anxietate intensă, generată de imposibilitatea subiectului de a se mișca sau de a striga după ajutor (datorită inhibiției musculare, caracteristică somnului REM). Se disting două tipuri de paralizie a somnului: de trezire și de adormire. Primul tip poate fi asociat cu halucinații și senzația de cădere în gol. Frecvența paraliziei somnului este foarte redusă.

146. **PARALIZIE TODD** ● Paralizie paroxistică, însoțită de pierderea conștiinței, postcriză epileptică grand mal.

147. **PARALOGISM** (cf. *para-*; gr. *logismos* „rațiune”) ● Eroare în raționament, comisă în-deosebi datorită ambiguității și întrebunării impropriei a limbajului. Spre deosebire de sofism — construit anume pentru derutarea oponentului într-o înfruntare polemică — paralogismul este involuntar, presupunând autoînșelarea unui subiect de bună credință.

148. **PARALOGIC** — discurs ● În psihiatrie constituie un atribut al unui raționament incorect, fals, rupt de realitate, impenetrabil la critică și argumentele realității obiective, apărut în cadrul sistemului de ierarhizare valorică a lumii, propriu delirantului paranoic, paranoid, parafren, schizofren-paranoic. Atributele paralogismului involuntar, de autoînșelare și bună credință, se mențin, având în vedere absența conștiinței bolii.

149. **PARAMANIE** (cf. *para-*; gr. *mania* „nebulnie”) ● Inversiune a sensului și conținutului manifestărilor afective.

150. **PARAMETADIONĂ** ● Derivat oxazolidinic, cu acțiune anticonvulsivantă și antiepileptică. Este indicat mai ales în petit mal.

151. **PARAMIMIE** (cf. *para-*; gr. *mimia* „imitație”) ● Expresie mimică neconcordanță cu conținutului stării afective, cu conținutul ideativ sau cu situația în care se află subiectul, făcând parte din cadrul parakineziilor. Alterarea gesturilor mimice exteriorizează manierismul, stereotipia, bizareria, specifice schizofreniei. Paramimiile pot îmbrăca aspecte diferite :

- hemimimie (persistența unilaterală a unui gest mimic) ;
- neomimie (expresia mimică a neologismelor din limbajul schizofrenului) ;
- jargonomia (expresii bizare, neinteligibile) ;
- psitacismul mimic (mimică hipermobilă, dar incomprehensibilă).

În afară de schizofrenie, paramimiile pot apărea în isterie, mitomanie, sub forma mimicii de îm-

prumut, în care expresia feței este construită astfel încât să atragă atenția anturajului, precum și sub forma ecomimiei, mergând pînă la „reflec-tarea în oglindă” a mimicii interlocutorului, în stările demențiale profunde.



Rizzi

152. **PARAMNEZIE** (cf. *para-*; gr. *amnesia* „uitare”) ● Termen introdus de KRAEPELIN pentru a desemna dismneziile predominant calitative, manifestate prin deformarea amintirilor sau amintiri false, neconcordante cu realitatea prezentă sau trecută, trăită de bolnav, nerespectînd ordinea cronologică firească a desfășurării evenimentelor evocate. Clasificarea lor include două categorii :

- paramnezii prin tulburări ale sintezei mnemice imediate (criptomnezia, falsele recunoașteri) ;
- paramnezii prin tulburarea evocării evenimentelor din trecutul îndepărtat al subiectului (confabulația, ecmnezia, anecforia).

153. **PARAMNEZIE DE REDUPLICARE** ● Tulburare gravă a funcționării mecanismelor mnemice, constînd în dedublarea evenimentelor trăite de bolnav care are senzația că s-a aflat în situații anterioare asemănătoare, dar nu identice (ca fenomenul de „déjà vu”) și că fiecare eveniment este repetat de mai multe ori. Conținutul logic al memoriei este afectat, în timp ce memoria mecanică este relativ păstrată. Apare în afecțiuni organice importante ale creierului : presbiofrenie, paralizie generală progresivă, sindrom Korsakov. A fost descrisă de A. PICK, în 1901.

154. **PARAMORFISM** (cf. *para-*; gr. *morphe* „formă”) ● Tulburare predominant perceptivă, înglobată unei structuri delirante, constînd din incapacitatea bolnavului de a-și reprezenta imagi-

nar obiecte sau fenomene cărora le atribuie anumite semnificații. Această tulburare poate apărea în schizofrenie, parafrenie, psihoze confuzionale, demențe.

155. PARAMUZIE (cf. *para-* ; gr. *mouse* „cîntec”)

● Tulburare asociată, de percepție și memorie, constînd din incapacitatea subiectului de a recunoaște o melodie cunoscută (confundă înălțimea sunetelor, nu diferențiază consoanțele de disonanțe) și de a o reproduce. Paramuzia se întâlnește în formele psihosenzoriale ale epilepsiei, schizofreniei, arteriosclerozei cerebrale.

156. PARANESTEZIE (cf. *para-* ; gr. *anesthesia* „insensibilitate”)

● Anestezie generalizată, interesînd întregul corp. În clinică psihiatrică se întâlnește numai în nevroză isterică.

157. PARANOIE (cf. gr. *paranoia* „tulburare a rațiunii, nebunie”)

● Psihoză cronică endogenă, caracterizată prin evoluția continuă a unui delir sistematizat, durabil și impenetrabil la critică, dezvoltat insidios, pe fondul conservării complete a ordinii și clarității gândirii, voinței și acțiunii. Istoricul acestei boli începe să fie mai bine cunoscut din secolul trecut, cînd MAGNAN o denumea „paranoia completă”, iar alți autori, „paranoia persecutorie”, „paranoia cverulentă”. HEINROTH (1818) îi atribuia sensul de nebunie (*Verrücktheit*), iar ESQUIROL vorbea de „monomanie”; KAHLBAUM (1863) preciza că este vorba de un delir care nu afectează funcțiile intelectuale și comportamentul, iar KRAFFT-EBING (1879) făcea deja distincția între „paranoia halucinatorie” (delir cu halucinații) și „paranoia combinatorie” (alte deliruri). KRAEPELIN a definit acest delir ca „dezvoltare lentă și insidioasă a unui sistem delirant durabil și imposibil de combătut”.

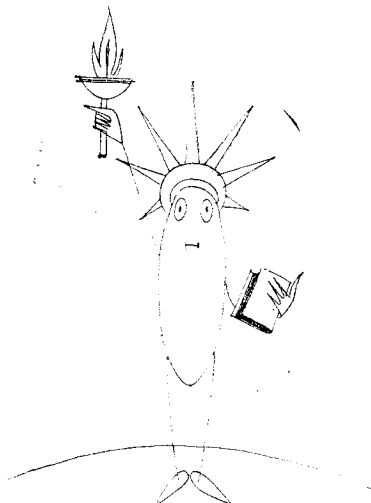
Studiul ulterior, în special ale școlii franceze de psihiatrie, au adus precizări importante (MONTASSUT, 1924; GENIL-PERRIN, 1926) asupra personalității paranoiace și a rolului jucat de aceasta în patogeneza bolii. Școala germană, reprezentată de NEISSER, BERZE, KRETSCHMER, BLEULER, KOLLE, va rămîne, printr-un aport original, în istoria delimitării acestui cadru nosologic. Autorii americani (DSM III) includ paranoia în cadrul tulburărilor paranoice (alături de delirul indus și stările paranoide), menținînd demarcația față de schizofrenia paranoică și de tulburarea paranoică a personalității.

Etiopatogenia acestei boli, deși necunoscută, include totuși rolul favorizant al factorilor constituționali (respectiv, personalitate premorbidă specifică, rigiditate, hipertrofia Eului).

Analizînd patogeneza mecanismului de interpretare pe care se bazează constituirea sistemului

delirant, pot fi semnalate cîteva probleme specifice :

- rigiditate psihică — pierderea supleții gândirii și, de aici, deficitul de gîndire (interpretativul nu este „mai luminat”, el doar crede că lucrează mai tare) ;



- pseudosuperficialitatea — ușurința cu care trece pe lîngă datele care contravin convingerilor sale, de unde multiplicarea judecăților eronate ;
- încrederea exagerată în propriile capacități, asociată cu neîncredere față de judecățile celorlalți, imposibilitatea de a accepta și alte soluții decît cea „găsită” ;
- disociația dintre aspirațiile sociale, erotice, culturale, științifice și posibilitățile concrete de realizare ale subiectului ;
- relațiile exacte dintre tendințele interpretative ale personalității paranoiace și sistemul delirant (distincția între subiecții care vor evolua spre delir și cei care se vor menține în limitele trăsăturilor proprii de personalitate) — problema face obiectul preocupărilor multor autori, unii dintre ei considerînd chiar că majoritatea paranoiciilor nu ajung să delireze niciodată.

Cu timpul, personalitatea premorbidă paranoiacă ajunge, prin interferarea elementelor delirului, la o veritabilă restructurare de nivel psihotic. Factorii biografici psihogeni, cum sînt profesiile expuse la situații conflictuale, care presupun impunerea ordinii unei colectivități (învățători,

profesori), ca și discordanța dintre aspirațiile și posibilitățile de realizare ale subiectului (KRETSCHMER) pot contribui la dezvoltarea psihozei paranoice.

FREUD descrie, în 1896, rolul esențial pe care-l joacă în această boală mecanismul proiecției, prin care pacientul atribuie celor din jur sentimente pe care nu le recunoaște ca personale, și care, împreună cu celălalt mecanism, de denegare (calitatea de a nega o parte din realitate), oferă personalității paranoice calea spre numeroase decompensări și accesul spre delir.

Epidemiologia este dificil de precizat, datorită dificultăților și divergențelor de încadrare nosologică. WINOKUR consideră că incidența bolii este de 0,1—0,4%, buna încadrare în societate a multor paranoici îngreunând obținerea unor date corecte. Debutul bolii se face după 30 de ani, cel mai des după 50 de ani, fiind favorizat de mediul urban, de fenomenul de emigrare (se descriu forme distincte ale acestui context psihosocial) etc.

Principalele forme clinice de manifestare a paranoiei (în funcție de tema delirantă) sînt reprezentate de: delirul de interpretare, delirurile pasionale, delirul senzitiv de relație — fiecare dintre ele cunoscînd o descriere rămasă clasică.

● *Delirul de interpretare* se instalează foarte lent, în luni sau chiar ani, debutul fiind, de obicei, greu de precizat în timp. În perioada de stare, delirul devine evident și este relativ verosimil, tematica fiind de natură persecutorie (urmărire, otrăvire,ucidere, persecuție religioasă sau politică) sau de grandoare (roluri politice, misiuni divine, filiație, superioritate spirituală). Mecanismul de interpretare poate fi exogen sau endogen, intuițiile și percepțiile delirante ocupînd, de asemenea, un loc important, cu frecvente interpretări retrospective. Se caracterizează printr-o bună sistematizare, structura lui fiind „în rețea” (CLÉRAMBAULT), deoarece conține o multitudine de simptome delirante juxtapuse, care realizează un mozaic delirant, cu însușiri profunde în personalitatea subiectului. În afara delirului, subiectul se poate comporta normal, dar nu sînt excluse nici reacții de o mare intensitate și variabilitate (heteroagresive, mai rar autoagresive), apărute ca o consecință a sistemului delirant. Delirul indus (folie à deux) este frecvent întîlnit, paranoiciacul jucînd, evident, rolul inductorului. Delirul este constant, cronic, pe toată durata vieții, evoluția putîndu-se produce fie în sensul unei cristalizări și sistematizări mai stricte, cu elaborări secundare delirante, fie spre încapsulare, sărăcire delirantă, caz în care bolnavul își conservă convingerea delirantă, dar se preocupă mai puțin de ea. Prognosticul este constant nefavorabil.

● *Delirurile pasionale* sînt caracterizate prin apariția relativ bruscă a unei idei prevalente, care

se impune în gîndire, căpătînd caracter obsedant; urmează o dezvoltare în lanț, prin adăugarea de noi elemente și construirea finală a unui sistem delirant „în sector”, orientînd în sens patologic activitatea subiectului și producîndu-i o exaltare pe plan ideo-afectiv. În mod special, acestor tipuri de deliruri le este caracteristic binomul persecuție-megalomanie. Dintre acestea, delirul de revendicare cunoaște o apariție bruscă, legată de o cauză mai mult sau mai puțin reală, defavorabilă subiectului. Această idee de prejudiciu devine din dominantă, prevalentă, necesitatea obținerii dovezilor de dreptate este imperioasă, evoluînd pe fondul de exaltare afectivă cu hiperestezie, exacerbată de contactele sociale. Variabilitatea tematicii delirante a permis, de-a lungul timpului, următoarele delimitări :

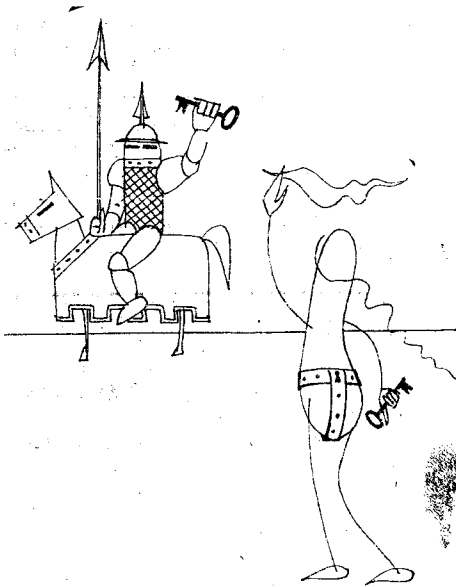
- *cverulenții procesivi* — subiecții își revendică diverse drepturi, proprietăți, nu se abțin de la cheltuieli enorme pentru procese, trăiesc permanent cu convingerea că sînt înșelați, incorect judecați ;
- *idealiștii pasionați* sînt, de obicei, fanaticii religioși sau politici, care își susțin revendicările cu o voință sălbatică ;
- *inventatorii deliranți* sînt convinși că au făcut descoperiri senzaționale, asupra cărora dețin monopolul absolut ;
- *unele deliruri de filiație conțin idei de revendicare pe baza convingerii asupra unei ascendențe totdeauna superioare condiției socio-culturale a bolnavului ;*
- *delirul hipocondriac*, în care subiectul contestă orice tratament și, mai ales, intervențiile chirurgicale, dorește răzbunare și satisfacție ;
- *sinistroza delirantă*, după un accident de muncă sau un traumatism minor, subiectul cere despăgubiri, solicită pensie, expertize și contraexpertize, se consideră persecutat de medici și de persoane la care apelează pentru dreptate.

În perioada de debut, datorită caracterului mai atenuat al delirului, subiectul reușește să convingă anturajul asupra autenticității cauzei pe care o susține. Treptat însă, paralel cu dezvoltarea și structurarea procesului morbid, cu multitudinea ideilor delirante, tulburările capătă un caracter patologic evident, rezultat al unei evoluții cronice, pe parcursul căreia fazele de remisie sînt rare. Prognosticul este nefavorabil.

● *Delirul erotomanic* se constituie din convingerea fermă a subiectului că este iubit de o persoană, de regulă, cu un statut social superior, care dorește căsătoria cu el. În descrierea clasică rămasă de la CLÉRAMBAULT, sînt distinse, în dinamica dezvoltării acestui delir, fazele de speranță, dezamăgire și ură. Subiectul este frec-

vent o femeie în vîrstă, nemăritată, care, brusc, are revelația dragostei ce i-o poartă un partener distins, cu o poziție socială înaltă (uneori cunoscută doar din ziare, emisiuni TV etc.), cu care vine în contact în diverse circumstanțe semnificative doar pentru ea; orice nereușită sau respingere vor fi ulterior interpretate drept probe de „încercare” din partea partenerului. În mod irevocabil, refuzurile și obstacolele pe care le întîmpină subiectul erotoman vor genera idei de persecuție, persoana iubită transformîndu-se în dușman, în persecutor, astfel că, după cîteva luni de desfășurare a sistemului delirant, locul sentimentelor de dragoste îl iau cele de ură, subiectul „înșelat” puțînd săvîrși acțiuni de răzbunare sau chiar crime.

● *Delirul de gelozie* se constituie din convingerea delirantă a subiectului de a fi înșelat de partener, o circumstanță favorizantă, unanim recunoscută, fiind consumul de alcool. Cu sau fără o



motivație reală, apariția ideii delirante de gelozie se impune treptat în gîndirea și comportamentul subiectului. Ulterior, în perioada de stare, bolnavul se simte ridiculizat și batjocorit. Treptat, el își capătă certitudinea deplină, pornind la căutarea probelor (desface scrisorile, urmărește

cu atenție gesturile și atitudinile partenerului, îi examinează lenjeria). În patogeniza acestui delir, interpretările pot fi atât exogene (ușă întredeschisă, fluierături, articole din ziare etc.), cît și endogene (senzații de rău general, puse pe seama tentativelor de otrăvire din partea rivalului sau a partenerului). Schimbarea rolului din persecutor în persecutat are loc după ce bolnavul se epuizează căuțînd în zadar probe, acelele paroxistice de gelozie fiind totuși posibile. Delirul sistematizat de gelozie se cristalizează astfel într-un bloc ideo-afectiv indestructibil și durabil. Nu trebuie neglijat riscul reacțiilor cu homicid, îndreptate către soție, la bărbați, și către rivală, la femei, cazuri care impun internarea.

● *Delirul senzitiv de relație*, descris de KRET-SCHMER, este o formă a delirului de interpretare, dar în același timp și un „delir de relație”, care presupune o personalitate premorbida senzitivă, dezvoltînd insidios, pe fondul unei stări conflictuale cu anturajul (familie, vecini, colegi), acest tip particular de delir. Circumstanțele umilitoare pentru subiect, eșecurile sentimentale sînt evenimente care rînesc orgoliul crescut al acestuia, el avînd brusc revelația că unele persoane din anturaj îi cunosc gîndurile cele mai ascunse, rîd de nenorocirile sale, îl batjocoresc, îl arată cu degetul etc. Personalitățile acestea sînt caracterizate prin rezervă, timiditate, șifală, nivel pulsional sexual inhibat (ca în cazul femeilor în vîrstă, necăsătorite, sau al vîrstnicilor celibatari). Comparativ cu celelalte deliruri sistematizate, actele suicidare sînt mai frecvente, iar reacțiile hetero-agresive, mai puțîn stenice, ocazionate de temele de persecuție și culpabilitate sexuală (delirul masturbanților).

Prin structura delirului și gradul său de sistematizare, prin mecanismul de producere, gradul de adaptabilitate socială și de cooperare a bolnavului, paranoia se deosebește de parafrenie (delir nesistematizat, cu teme fantastice, în care există o conservare a nucleului personalității și o bună adaptare la mediu, pentru un timp îndelungat, chiar în condițiile juxtapunerii lumii reale cu cea fantastică, delirantă, mecanismul delirant fiind preponderent imaginativ).

Diagnosticul diferențial trebuie să mai includă schizofrenia paranoidă (în care sindromul disociațiv, autismul și deteriorarea personalității tranșează diagnosticul), decompensările psihotice apărute la personalitățile dizarmonice de tip paranoiac, unele psihoze delirante alcoolice subacute și cronice (în care apar semnele de impregnare toxică, deteriorarea intelectuală), psihozele delirante de involuție (care apar însă la o anumită

vîrstă și au un delir de mică amplitudine, nefiind bine sistematizat și evoluînd pe un fond depresiv cu multiple idei hipocondriace, alături de cele de prejudiciu.

În cazul paranoiei, chiar în condițiile internării, rezultatele tratamentului sînt modeste, pacientul, lipsit de critica bolii, considerîndu-se „prizonier și nu bolnav”.

158. PARANOIE CONJUGALĂ ● Formă clinică de paranoia în care ideile delirante sînt determinate exclusiv de gelozia în cuplul conjugal. Boala se dezvoltă progresiv, de la mici observații și critici la adresa partenerului conjugal, pînă la un delir de interpretare complet, care poate fi însoțit de acte agresive mergînd pînă la omucidere. Trebuie diferențiată de gelozia patologică apărută și în alte circumstanțe patologice: afecțiuni cerebrale organice, abuz de droguri, alcoolism cronic, boli afective, în care aceasta este secundară fie percepțiilor delirante, fie modificărilor afective. După I. WALTHER și K. BRODIE (1985), evoluția poate fi favorabilă în aproape două treimi din cazuri, dacă se intervine terapeutic. Unii autori identifică această formă de paranoia cu sindromul Othello.

159. PARANOIE CVERULENTĂ ^{s. n.} → PARANOIA LITIGANS.

160. PARANOIA INVENTORIA ● Denumire dată de J. STUHLIK unor producții cu caracter literar (versuri, proză) sau artistic (desen, pictură, corespondență delirantă) ale bolnavilor psihici. Aceste producții sînt atît expresia trăirilor delirant-halucinatorii, cît și a discordanței. C. ENĂ-CHESCU propune încadrarea acestor tulburări în cadrul „schizofreniilor paranoide productive complexe” (1966).

161. PARANOIA LITIGANS — sin. PARANOIE CVERULENTĂ ● Formă de paranoia în care subiectul recurge la nesfîrșite plîngerii adresate autorităților, la procese fără sfîrșit prin care încearcă să-și obțină „drepturile” (→ CVERULENTĂ).

162. PARANOIE ORIGINARĂ ● Formă de paranoia descrisă în psihiatria clasică de V. MAGNAN și denumită ca atare de SANDER, constînd în apariția unor idei prevalente încă din copilărie, care vor urmări traiectoria existențială a bolnavului, devenind tot mai neobișnuite și mai ilogice odată cu creșterea discrepanței între realitate și posibilitatea acestor idei de a se concretiza. Paranoia originară rămîne prin raritatea sa o formă cu totul excepțională.

163. PARANOIE SCHIPKOWENSKI ^{sin.} → ADICȚIE POLICHIRURGICALĂ.

164. PARANOICE^(H) halucinații ● Reprezentări deosebit de vii ale subiecților cu dizarmonii de personalitate de tip paranoiac sau cu diverse forme de paranoia, prin care aceștia „completează” realitatea în sensul în care se dezvoltă fabulația lor interpretativă. Fără să fie de fapt halucinații (G. R. UȘAKOV le-a descris, în 1971, sub acest nume, pentru a sublinia rolul lor patogenetic), aceste producții certifică și întăresc convingerile subiectului, modificînd realitatea în favoarea argumentelor bolnavului.

165. PARANOID ● Termen folosit în mod diferit în literatura nonanglofonă (→ PARANOID^(D) delir), față de cea anglofonă, în special cea americană, în care acesta desemnează :

- simptome paranoide: suspiciozitate, neîncredere, gelozie, resentimente și revendicativitate, care apar în circumstanțe psihopatologice ca tulburări de personalitate, sindroame psihoorganice, depresie, schizofrenie;
- boli paranoide (paranoid disorders): paranoia, tulburări paranoide acute, tulburări paranoide atipice, tulburări paranoide induse (folie à deux).

După DSM III (1980), bolile paranoide au următoarele caracteristici :

Tabel nr. C

Trăsături esențiale	Trăsături asociate
<ul style="list-style-type: none"> ● Delir de gelozie sau persecuție ● Emoții și comportament corespunzătoare sistemului delirant; ● Absența bolilor organice, schizofreniei și psihozei maniaco-depresive; ● Durata bolii, cel puțin o săptămîină 	<ul style="list-style-type: none"> ● Irascibilitate care poate conduce la violență ● Idei de referință ● Izolare socială ● Excentricități comportamentale ● Suspiciozitate

Criteriile de delimitare a bolilor paranoide de bolile din „spectrul paranoid” au fost sintetizate de autorii americani J. O. CAVENAR și H. K. M. BRODIE (1983) :

Tabel nr. CI

Boală-criterii	Personalitate paranoidă	Tulburări paranoide	Schizofrenie paranoidă
Sistem delirant Perceperea realității	<ul style="list-style-type: none"> ● absent ● nemodificată 	<ul style="list-style-type: none"> ● bine sistematizat ● bună, cu excepția sectorului delirant ● rigiditate 	<ul style="list-style-type: none"> ● slab sistematizat ● puternic distorsionată ● bizară
Modificarea modelului comportamental Deteriorarea personalității Adaptarea socială	<ul style="list-style-type: none"> ● limitată ● absentă ● conflicte interpersonale ● dificultăți maritale 	<ul style="list-style-type: none"> ● moderată sau absentă ● dificultăți provocate de existența sistemului delirant 	<ul style="list-style-type: none"> ● progresivă și dramatică ● retragere autistică

Tematica delirantă a bolilor paranoide este diferențiată de J. I. WALKER și H. K. BRODIE (1985) astfel :

Tabel nr. CII

Boala	Tip de delir
boli paranoide	gelozie
schizofrenie	persecuție
	influență și control deliruri bizare
	persecuție (rar)
manie	grandoare
depresie psihotică	vinovăție
sindrom psihoorganic	hipocondriac
	legat de tulburările perceptuale

Printre circumstanțele de apariție a sindromului paranoid organic, D. SWANSON, P. BOHERT și J. SMITH (1970) enumeră :

- Boli endocrinometabolice și de nutriție : hipo- și hipertiroidism, boala Addison, boala Cushing, sindromul Sheehan, anemie, pelagra, anemie pernicioasă, porfirie.
- Intoxicații cu droguri: alcool, amfetamine, halucinogene, marijuana.
- Traumatisme : cranio-cerebrale, stări post-operatorii.
- Tulburări circulatorii : lupus eritematos sistemic, encefalopatie hipertensivă, insuficiență cardiacă congestivă.

- Tumori
- Boli infecțioase : sifilis, malarie, tuberculoză, encefalite, meningite și abcese cerebrale.
- Epilepsia

La toate acestea se adaugă senilitatea, în care frecvența sindromului paranoid este destul de ridicată, diagnosticul de paranoia reprezentînd, după KAY și ROTH, 10% din numărul cazurilor internate după 60 de ani, iar sindroamele de tip paranoid apar la aproape un sfert din pacienții spitalizați (A. WHANGER, 1973).

166. **PARANOID^(D) delir** ● Termen folosit de KRAEPELIN pentru a descrie delirul din demența precoce. Datorită unor ambiguități de limbaj, în limbile anglo-saxone confuzia între paranoid și paranoiac este destul de frecventă. H. EY propune folosirea acestui termen (paranoid) în sensul inițial strict (acela de delir din schizofrenie — autism).

Totuși, o serie de autori folosesc ambii termeni pentru a defini un tablou delirant slab sistematizat, în care ideile delirante polimorfe (persecuție cu ostilitate și dispreț, mistice, posesive, grandoare) se înlanțuie înțimplător, împletindu-se cu o producție halucinatorie predominant auditivă și adesea cu sindromul de automatism mintal (PÉLICIER). Anxietatea și depersonalizarea întregesc un tablou clinic caracteristic episoadelor halucinator-delirante din schizofrenia paranoidă ; medicația neuroleptică a modificat semnificativ nu numai frecvența acestor episoade, ci și durata lor.

167. **PARANOIDĂ — depresie** ● Tip de depresie „umbrită” de ideile delirante de urmărire și de relație (în care cel mai adesea bolnavul se auto-acuză). A fost descrisă de U. N. PETERS în 1967.

Simptomele depresiei apar clinic pe plan secund, manifestându-se prin lentoarea gândirii, tulburări de somn, mentism, ruminatii nocturne, precum și echivațențe somatice ale depresiei (scădere ponderală, inapetență, astenie fizică etc.). Halucinațiile lipsesc. Evoluția unui astfel de episod poate fi de 3—6 luni.

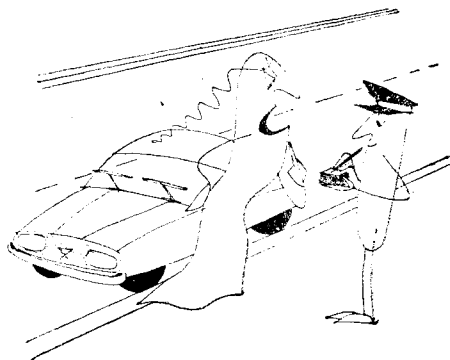
Importanța cunoașterii acestui tip de depresie rezultă din marele potențial suicidal al celor afectați, impunând asocierea antidepresivelor cu NL incisive destinate sindromului delirant.

168. PARANOIDĂ — formulă ● Punct de vedere psihanalitic care consideră multe din tulburările de tip paranoiac drept efecte ale mecanismelor de apărare împotriva homosexualității inconștiente. În opinia lui MASSERMAN, acest mecanism este „parafrazat” verbal astfel: „îl iubesc”, negare — „îl urăsc”, cu proiecția de însoțire — „de aceea e mă urăște și mă persecută”. Această formulă a fost evidențiată de FREUD.

169. PARANOIDĂ — pseudocomunitate ● Fenomen descris de N. P. CAMERON (1963), care apare atunci când frustrarea depășește limitele tolerabile pentru personalitatea paranoică, aceasta devenind anxioasă și căutând cauza suferinței sale. Subiectul atribuie intenții ostile unor acțiuni minore ale unor indivizi din mediul său, nelegate, de fapt, de preocupările sale. Acești indivizi vor deveni în mod gradat pentru subiect o comunitate de suspecți care complotază împotriva sa: „pseudocomunitatea”. Aceștia i se vor atribui motivele care justifică propriile impulsii ostile și agresive. Prin crearea pseudocomunității, bolnavul reușește, pe de o parte, să-și explice propria anxietate, iar pe de altă parte să-și circumscrie tulburările de gândire, reușind păstrarea contactului social cu non-membrii pseudocomunității.

170. PARANOISM ● Termen format prin derivare de la paranoia, desemnând, după Paul POPESCU-NEVEANU, „o situație caracterizată printr-un gen de delir sistematizat”, care nu conduce la diminuarea funcțiilor intelectuale și a voinței. Termenul este folosit și în sens peiorativ, referitor la o persoană care prezintă trăsături

caracteriale asemănătoare celor din paranoia: sentiment de persecuție, tendință la interpretativitate, neîncredere în alții, orgoliu exagerat, supraevaluare a propriei persoane.



171. PARAOSMIE (cf. *para-*; gr. *osme* „miros”) ● Tulburare de tip iluzie olfactivă, constând în perceperea eronată a mirosului anumitor substanțe. Este însoțită de obicei de iluzii gustative. Apare în cadrul sindroamelor halucinator-delirante, predominant în cele ale căror teme sînt persecuția, otrăvirea, dar și în intoxicațiile cu psihedelice, unde mirosurile percepute au de obicei un caracter plăcut. Trebuie diferențiată de tulburările funcției de olfacție, în leziuni organice ale analizatorului (rinita atopică).

172. PARAPATIE (cf. *para-*; gr. *pathos* „încercare, suferință”) ● Termen propus de STEKEL pentru a denumi complexul trăirilor afectiv-emotionale ale unui homosexual; termenul însă nu s-a impus.

173. PARAPLEGIE (cf. gr. *paraplegia* „paralizie parțială”) ● Paralizia ambelor membre inferioare. Se disting multiple variante clinice și etiologice, printre care:

- paraplegia cerebrală a bătrînilor, datorată unor leziuni aterosclerotice la nivelul scoarței cerebrale, nucleilor cenușii și trunchiului cerebral;
- paraplegia corticală, datorată leziunilor bilaterale ale zonei de proiecție a membrilor inferioare în lobii parietali;
- paraplegia mielopatică a bătrînilor, rezultată din leziuni aterosclerotice ale vaselor măduvei spinării, însoțită de tulburări de sensibilitate profundă și atrofii musculare, diferențindu-se prin aceste două semne de paraplegia corticală a bătrînilor;

- paraplegia radiculară, rezultat al lezării rădăcinilor anterioare ale nervilor rahidieni care inervează membrele inferioare, un sindrom caracteristic constituindu-l paraplegia din sindromul cozii de cal ;
- paraplegia spastică, însoțită de o hipertonicie musculară, fie în extensie, fie în flexie, apărută în secționările parțiale și, respectiv, complete ale măduvei ;
- paraplegia spastică eredo-sifilitică ^{sin.} → MAR-FAN^(B) boală ;
- paraplegia spastică familială (STRUEPELL-LORAINÉ^(B) boală).

174. **PARAPLEGIE ISTERICĂ** ● Manifestare de mare amploare a isteriei, cu debut brusc, legat net de „evenimentul traumatizant”, fără semne de organicitate, fără modificări ale reflexelor (sfincteriene), dar cu tulburări de sensibilitate atipice, de segment care nu corespund topografiei nervoase.

175. **PARAPLEGIE A LACUNARILOR** ^{sin.} → LE-JEUNE-LHERMITTE^(B) boală.

176. **PARAPLEGIE SIFILITICĂ CRONICĂ** — sin. ERB^(B) boală ● Formă clinică particulară a meningitei sifilitice cronice. Debutul este tardiv, la 10—15 ani după infecția primară. Manifestările clinice sînt grupate pe axul: parapareză spastică cu evoluție către paraplegie, tulburări sfincteriene și sexuale, manifestări psihice tipice luesului nervos.

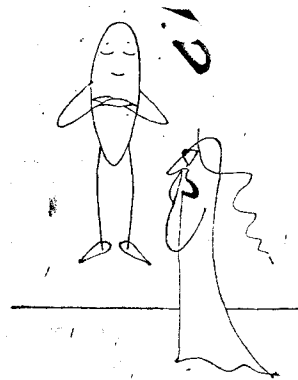
177. **PARAPRAXIE** (cf. *para-* ; gr. *praxis* „acțiune”) ● Tulburare a activității, descrisă de BUCK în 1899, constînd în executarea unor mișcări neconcordante cu scopul propus. Sub această denumire, A. PEPELMAN (1963) descrie totalitatea manifestărilor cu expresie motorie din comportamentul schizofrenilor, rezultate din tulburarea unității și integrității psihice caracteristică acestei boli. Între manifestările care sînt incluse sub acest generic intră negativismul, acțiunile impulsive, paramimia, ca și unele tulburări ale vorbirii, toate traducînd inadecvarea acestor conduite motorii la condițiile externe. Parapraxia apare și în stările confuzionale.

178. **PARAPROSEXIE** (cf. *para-* ; gr. *prosexis* „atenție”) ● Tulburare a funcției prosexice, constînd într-o concentrare maximă a atenției asupra unui eveniment așteptat, cu o puternică încărcătură emoțională, fenomenele imediat prezente în ambianță fiind recepționate incomplet sau anormal.

179. **PARAPSIHOLOGIE** (cf. *para-* ; gr. *psyche* „suflet” ; *logos* „cuvînt, discurs”) ● Domeniu vecin psihologiei, care se ocupă cu studiul fenome-

nelor parapsihice sau paranormale, definite ca fenomene pur mintale, ale căror cauze, origini și modalități de provocare nu sînt deocamdată cunoscute ; există ipoteza că aceste fenomene ar avea o relație strînsă cu creierul, și astfel sufletul (sau spiritul) s-ar manifesta în acțiuni extra-corporale. Este un punct de vedere care încă nu este confirmat științific. Fenomene parapsihice sînt considerate : telepatia (transmisia de gînduri) și telestezia (clarviziunea sau cunoașterea extrasenzorială a unor fapte obiective despre care subiectul nu are informații prealabile).

După R. TISCHNER (1973), percepția normală ar fi o percepție limitată, care se leagă de aparate senzoriale și reprezintă o aprehensiune a exteriorului care nu se poate produce și exprima fără senzori. Percepția și experiența extrasenzorială înseamnă, în această viziune, o percepție în plus sau o percepție mai nuanțată prin extinderea posibilităților senzoriale ; clarviziunea (percepția extrasenzorială) nu ar avea astfel legătură cu centri nervoși, deci nu ar reprezenta o „emanație” a proceselor cerebrale, atît telepatia cît și clarviziunea constituind fenomene ale unui psihism „pur” acreditat de autorul citat : „Poate că prin experiența extrasenzorială și prin psihokinezie pătrundem în sînul energiei-materie, substanță a lumii fizice”.



KANT afirma despre spațiu și timp că ele sînt „forme a priori ale sensibilității”, forme prin care omul nu poate cunoaște „lucruri în sine”. Pornind de aici, se pare că fenomenele parapsihice (telepatia și clarviziunea) ar fi independente de contingentele universului spațio-temporal ; aparținînd unei așa-numite esențe mintale pure, ele se află în anumite raporturi cu spațiul și timpul ; raporturi pe care organismele umane propriu-zise nu le pot cunoaște, de unde se formulează între-

barea și în același timp ipoteza asupra existenței unui „suflet suprauman”, a unui „suflet al Universului”. Așadar, fenomenele parapsihice nu ar avea nevoie de organe de emisie și recepție, ceea ce, cel puțin în etapa actuală, are o altă etichetare, în psihiatrie. Transmiterea gândurilor la distanță (telepatia) ar presupune faptul că ceva psihic (de natură psihică pură) traversează spațiul și provoacă, în creierul receptorului, în anumite zone „corespondente”, o serie de imagini sau reprezentări analoge cu cele din creierul emițător. Parapsihologii formulează ipoteza că o energie necunoscută ar emana din corp (sau ar fi receptată și canalizată de corp) și că această energie s-ar putea transforma, undeva, în materie — ipoteză nu foarte stranie în epoca mecanicii cuantice, dar dificil de integrat în ceea ce cunoaștem. Profeția s-ar constitui, astfel, nu ca un prognostic derivat dintr-o situație existențială actuală, ci dintr-o interpretare a ei ; de asemenea, ea poate prezenta lacune, întrucât în profeție, actul (imaginea, evenimentul) este văzut „ca atare”, într-o stare pură și nu într-o legătură causală evidentă cu situația prezentă.

Manifestările paranormale nu au putut fi pînă în prezent create și investigate prin experimente fizice cunoscute (RHINE, 1974).

Toate fenomenele parapsihice avînd la bază percepția extrasenzorială au fost grupate în trei categorii : *telepatia* (transmiterea gândurilor la distanță, de la un creier la altul, fără mijlocirea simțurilor sau a unor forțe fizice cunoscute ;) *clarviziunea* (cunoașterea extrasenzorială a unor obiecte sau evenimente obiective) și *precogniția sau previziunea* (cunoașterea unui eveniment viitor prin percepție extrasenzorială). S-a făcut o analogie între transmiterea mesajelor prin telepatie (fenomen paranormal) și transmiterea mesajelor prin muzică, în sensul că amîndouă aceste modalități de transmitere nu dispun de un cod de semnale cum ar fi în cazul limbajului. Alte fenomene parapsihologice sînt : *psihokinezia* (producerea unor efecte fizice printr-o influență personală psihică asupra unui corp material) ; *telekinezia* (mișcarea obiectelor la distanță) ; *teleplastica* (sau materializarea unor spirite, așa-numitele „fotografii ale gândurilor”, pe baza ipotezei că energia mintală a unui medium impresionează placa fotografică).

Modelele de investigație ale parapsihologiei s-au rezumat pînă în prezent la : studiul de caz (relatări și analize ale unor fenomene paranormale și ale producerii lor) ; testarea preliminară sau screening-ul individual (studiul anumitor persoane care prin comportamentul lor sugerează că ar dispune de însușiri paranormale) ; metoda testării-pilot, prin care sînt efectuate experimentările la scară mică ; metoda reexaminării (revederea unor experimente mai vechi pentru a căuta noi semni-

ficații ale datelor și a emite alte interpretări și ipoteze).

Statutul parapsihologiei ca știință este ambiguu. Problema existenței sau inexistenței fenomenelor paranormale și a implicației lor nu a fost rezolvată încă pentru marea majoritate a oamenilor de știință ; alții sînt însă de părere că parapsihologia conține indicii care vor duce la o înțelegere mai profundă a omului și a relațiilor sale cu mediul. Parapsihologia se menține încă izolată în rîndul celorlalte științe, la aceasta concurînd, pe lîngă cele expuse mai sus, două motive principale : dificultatea de a reproduce un experiment într-un mod neechivoc și lipsa unei teorii coerente (EYSENCK, ARNOLD, MEILI).

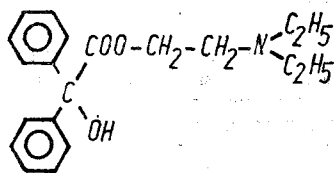
S-au căutat și s-au descoperit unele implicații ale fenomenelor paranormale în educație, antropologie, biologie etc. În domeniul psihiatriei au fost întreprinse unele investigații în spitale, folosindu-se ca subiecți bolnavii psihic. Scopul acestor investigații a fost de a descoperi dacă, la această categorie de bolnavi, fenomenele paranormale se manifestă mai pregnant decît la subiecții normali, fără ca vreo concluzie pozitivă să poată fi acreditată pînă în prezent.

Între 1882—1884 s-au înființat Societatea engleză și Societatea americană de cercetare a fenomenelor paranormale. În cadrul Universității Duke din SUA există un laborator de parapsihologie, din 1937 începîndu-se editarea unui jurnal de parapsihologie. În prezent și în alte țări există preocupări, mai mult sau mai puțin marcate, în acest sens, cercetările efectuîndu-se fie în unități distincte, fie în cadrul serviciilor de psihotomică.

180. **PARAQUIK**^(M) Spania — DCI *Fenprobamat*. ● Tranchilizant, derivat carbamic de tip 3-fenil-1-propanol carbatat, cu acțiune miorelaxant-sedativă și valențe anxiolitic-anticonvulsivante. Efectele secundare sînt practic nule, produsul avînd o bună toleranță.

181. **PARAROTACISM** (cf. *para-* ; *gr.rhota*—numele literei „r”(p) din alfabetul grec) ● Tulburare de articulație a cuvintelor, manifestată fie prin imposibilitatea pronunțării sunetului „r” și înlocuirea lui în cuvînt cu alte sunete („d”, „i”, „h”, „v”), fie prin posibilitatea de a pronunța sunetul „r” separat, dar imposibilitatea de a-l pronunța în cuvînt, fiind înlocuit cu „i” sau „h”.

182. **PARASAN**^(M) Danemarca — DCI *Benactizină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-dietilaminoetil benzilat, cu acțiune anxiolitică sedativă medie, dar cu bune efecte anticongergice centrale și periferice. Este util a se cunoaște acțiunea sa proconvulsivantă, cît și interdicția consumului de alcool în timpul tratamentului.



183. **PARASCHIZOFRENIE** (cf. *para-*; gr. *schizein* „a împărți”; *phren* „spirit”) ● Stări schizoforme reactive, denumite astfel de A. ZURABAS-VILLI (1976). Deși simptomatologia este superpozabilă schizofreniei, prin evoluție, prognostic și mai ales prin felul în care bolnavul aderă la terapie, aceste reacții psihice se deosebesc de boala endogenă.

184. **PARASEXUALITATE** (cf. *para-*; fr. *sexualité*) ● Totalitatea tulburărilor de comportament sexual, devianța acestuia, precum și perversiunile sexuale. Termenul se folosește rar.

185. **PARASIGMATISM** (cf. *para-*; gr. *sigma* — numele literei *s* din alfabetul grec) ● Tulburare de articulare a sunetelor (5,44% din totalitatea acestor tulburări), constând din înlocuirea unor sunete prin altele, și anume:

- imposibilitatea pronunțării izolate a unui sunet și înlocuirea lui în vorbire prin altul, din grupa siflantelor și sibilantelor;
- posibilitatea pronunțării izolate a sunetului, dar imposibilitatea pronunțării lui în cadrul cuvântului și înlocuirea cu alt sunet, din grupa siflantelor și sibilantelor;
- înlocuirea unui sunet cu un altul, cu mod apropiat de pronunțare („d”, „t” etc.); în general, sunetele siflante sînt înlocuite cu sibilante.

Modul de înlocuire a sunetului în cadrul parasigmatismului se face astfel:

Tabel nr. C III

Sunete afectate	a	i	ț	ș	j	c	s
Sunete de	s,i,t,ț	s,j	s,t	s,j,c	s,i,d,z	t,ț,s	c,d,j
substituite							

186. **PARASIMPATIC — sistem** (cf. *para-*; gr. *syn* „cu”; *pathos* „încercare, suferință”) ● Componentă trofotropă a sistemului nervos vegetativ, acționînd în condiții obișnuite de viață, în opoziție cu sistemul nervos simpatic. Centri parasimpatici se află localizați la nivelul trunchiului cerebral

și în măduva sacrată. În trunchiul cerebral, nucleii vegetativi parasimpatici se află localizați în apropierea nucleilor de origine a fibrelor vegetative ale perechilor de nervi cranieni III, VII, IX, X. Astfel, în mezencefal se află nucleul vegetativ accesoriu al oculomotorului (aparține perechii III), în punte nucleii lacrimali și salivator superior (aparțin perechii VII), în bulb nucleul salivator inferior (aparține perechii IX) și nucleul dorsal al vagului (perechea X). Fibrele vegetative aparținînd acestor nervi cranieni constituie căi eferente ale reflexelor vegetative parasimpatice închise în trunchiul cerebral: reflexul pupilar fotomotor și reflexul de acomodare (perechea III), reflexul lacrimal și salivator al glandelor sublinguale și submaxilare (perechea VII), reflexul salivator al glandelor parotide (perechea IX), precum și reflexe adaptative respiratorii și cardiovasculare, secretorii și motorii digestive (perechea X în corelație cu substanța reticulată a trunchiului cerebral).

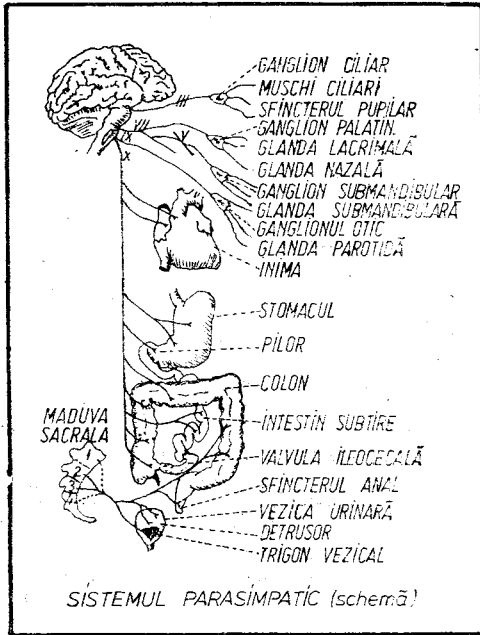
Din centrul parasimpaticului sacrat (S_3-S_4) pornesc fibre aparținînd nervilor pelvici, distribuite organelor pelvine, care controlează reflexe complexe: micțiunea, defecația, reflexele sexuale.

Activitatea centrilor vegetativi parasimpatici este supusă influențelor nervoase superioare de la hipotalamusul anterior, cu rol de integrare parasimpatică, de la sistemul limbic, precum și de la numeroase arii corticale. Porțiunea extranevraxială parasimpatică este conectată cu centrul cranieni și sacrați prin fibre preganglionare. Al doilea neuron al căii neuroefectoare parasimpatice se află în ganglionii localizați fie prevascular, fie intramural. Fibrele postganglionare sînt distribuite, de regulă, organelor efectoare prin plexuri nervoase, cu structură mixtă, simpatico-parasimpatică. De remarcat faptul că fibrele parasimpatice au o distribuție limitată în teritoriile viscerale inervate.

Interrelațiile complexe dintre diverselor funcții ale sistemului nervos central, pe de o parte, și dintre cele două componente vegetative — simpatică și parasimpatică —, pe de altă parte, favorizează instalarea unor tablouri clinice în care tulburările psihice sînt însoțite de suferințe viscerale. Se admite că există un sindrom caracterizat prin „distonie neuro-vegetativă” (L. POPOVICIU), complex de manifestări care sugerează o dominanță a tonusului simpatic sau parasimpatic. Sindroamele parasimpaticotonice sau vagotonice se caracterizează prin dominanța tonusului parasimpatic, în timp ce hipotonia vagală, entitate greu de etichetat, este însoțită de regulă de manifestări de tip hipersimpaticoton.

Mediatorul chimic al sistemului nervos parasimpatic este acetilcolina care, eliberată la nivelul joncțiunii neuroefectoare, determină efecte excitatoare sau inhibitoare asupra organelor inervate.

Ațiunile excitatoare sau inhibitoare ale acetilcolinei se realizează prin intermediul receptorilor muscarinici și nicotinici existenți în aceste organe. Efectul acetilcolinei este de scurtă durată, substanța



fiind rapid descompusă de acetilcolinesteraza tisulară. Mediația chimică parasimpatică poate fi influențată de următorii agenți farmaco-dinamici :

- substanțe parasimpaticolitice, de tip atropină, care acționează prin blocarea acțiunii acetilcolinei la nivelul receptorilor muscarinici din structura membranelor organelor efectoare ; aceste substanțe nu afectează însă efectele acetilcolinei asupra receptorilor nicotinici ;
- substanțe parasimpaticomimetice, care produc efectele stimulării parasimpatice. Prototipul acestei categorii de substanțe este acetilcolina, mediatorul chimic al sinapselor parasimpatice. Efectele administrării ei nu sînt însă identice cu cele produse de stimularea fiziologică a parasimpaticului, fiind oprite de intervenția rapidă a colinesterazei. Pilocarpina are același tip de efecte cu acetilcolina asupra receptorilor colinergici muscarinici. Alți compuși au acțiune parasimpaticomimetică indirectă, realizată prin efecte anticolinesterazice reversibile (ezerina, prostigmina) sau ireversibile (derivații organofosforici).

De menționat că medicația psihotropă are numeroase efecte secundare vegetative. Astfel, neurolepticele determină reacții anticolinergice, care includ tulburări de acomodare, încetinirea tranzitului digestiv și urinar, tulburări de dinamică sexuală și, uneori, chiar stări confuzionale toxice. De asemenea, triciclicele și IMAO au efecte secundare anticolinergice, a căror intensitate este variabilă în funcție de tipul de drog utilizat.

187. PARASIMPATICOLITICE — sin. COLINOLITICE ● Grup de substanțe a căror acțiune farmacologică constă în blocarea receptorilor colinergici (sensibili la acetilcolină și colinomimetice), prin mecanism competitiv. Parasimpaticoliticele sînt clasificate, în funcție de receptorii asupra cărora acționează, în :

- M-colinolitice care acționează antimuscarinic ; dintre acestea fac parte : atropina, scopolamina, metantilina, propantilina, hexocyclin ;
- N-colinolitice, care blochează receptorii nicotinici ; acestea, după modalitățile de acțiune, se împart în :
 - nicotinică care inițial au o acțiune de stimulare a receptorilor, iar la repetarea dozelor (sau doză unică mare) blochează receptorii (nicotina, lobelina, citizina, spiractinul) ;
 - ganglioplegice care de la început deprimă conducerea nervoasă ;
- curarizantele, care blochează transmiterea nervoasă la nivelul sinapsei neuromusculare. Acționează fie prin mecanism competitiv la nivel postsinaptic (d-tubocurarina, galamina, pancuroniu), fie prin depolarizarea prelungită a receptorilor postsinaptici, împiedicînd astfel acțiunea acetilcolinei (decametoni, succinilcolina), fie prin mecanism mixt — inițial, depolarizant ulterior, și, la repetarea dozei, prin mecanism competitiv.

188. PARASIMPATICOMIMETICE (vezi parasimpatic ; cf. gr. *mimetikos* „care imită”) — sin. M-COLINOMIMETICE ; MUSCARINICE ● Grup de substanțe cu acțiune farmacologică asemănătoare celei produse de stimularea parasimpaticului. Efectele de tip muscarinic constau în :

- bradicardie (putînd merge pînă la stop cardiac reversibil) ; efect inotrop negativ, dromotrop negativ, acțiune tonotropă negativă, efect batmotrop pozitiv pe atri ; asociate vasodilatației, aceste efecte conduc la hipotensiune arterială ;
- efecte de stimulare a peristaltismului organelor cu musculatură netedă, relaxare sfincteriană, scăderea tensiunii intraoculare.

Efectul acestor substanțe asupra sistemului nervos central se observă pe traseul EEG, pe care determină o reacție de trezire. Administrarea lor poate duce la declanșarea crizelor convulsive clonice. Principalul reprezentant al acestei clase de substanțe este acetilcolina, puțin folosită datorită efectului său de scurtă durată.

Alți produși din aceeași clasă sînt :

- acetil- β -metacolina, utilizată pentru a testa capacitatea secretorie a pancreasului ;
- carbaminoilcolina (vasoperina), cu acțiune vasodilatatoare, folosită în oftalmologie pentru tratarea glaucomului ;
- pilocarpina, cel mai utilizat anti-glaucomatos, este folosit însă și ca sudorific.

În ciuperca *Ammanita muscaria* se găsește un puternic parasimpaticomimetic — muscarina, folosit ca vermifug, dar și în medicina experimentală, pentru producerea contracțiilor clonice.

189. PARASIMPATICOTONIE (vezi *parasimpatic* ; cf. gr. *tonos* „tensiune”) ● Stare psihofizică, caracterizată prin predominanța tonusului sistemului parasimpatic ; poate fi constituțională sau momentară. Caracteristicile acestei dominante parasimpatice constau în : hipotensiune, bradicardie, hipoglicemie, orientarea metabolismului spre faza de anabolism, dispoziție afectivă înclinată spre planul depresiv, somnolență.

190. PARASOMNIE (cf. *para-* ; lat. *somnus*) ● Manifestări episodice nocturne neconvulsivante, constînd din fenomene clinice motorii, psihomotorii, psihosenzoriale și vegetative, unele fiind fenomene fiziologice (mișcări automate, banale, mișcări gestuale, mioclonii hipnice fiziologice) ; aceste manifestări, prin depășirea unei anumite intensități, capătă caracter patologic.

Sorginta organică, epileptică, a manifestărilor episodice nocturne (MEN) este o problemă discutată și discutabilă, ea putînd fi luată în considerare numai atunci cînd aceste fenomene sînt însoțite de accese epileptice caracteristice. Sînt incriminate, mai ales la copii, spasmofilia și parazitozele intestinale.

GASTAUD și BRIGHTON au demonstrat că MEN sînt componente „active” ale somnului, deosebite de vise, prezentînd următoarele caracteristici generale : confuzie mentală cu dezorientare, comportament automat, lipsă de reactivitate la stimuli externi, răspuns slab la tentativele de trezire ale subiectului, amnezie retrogradă și lipsa totală a posibilității de reținere și evocare a visei. Clasificarea MEN, după GASTAUD și

BRIGHTON (1975, citați de ARSENI și POFOVICIU), include :

● Manifestări paroxistice care apar în afara fazelor de somn paradoxal (REM) :

● manifestări episodice care apar la „ațipire” și la debutul somnului lent :

— automatisme simple (bruxism, balansări ritmice ale corpului sau capului), automatisme complexe (aranjări sistematice ale cuverturii etc.) care apar în timpul stadiilor I și II ale somnului, mai ales la copiii mici, dar pot persista și la vîrsta adultă ;

— manifestări psihice la adormire și în timpul somnului superficial, care apar la toate vîrstele :

— în prima fază de adormire — accentuarea ritmului alfa — „reveria hipnagogică” (detașarea progresivă de realitate, prin diminuarea funcției prosexice) ;

— în faza intermediară, mijlocie, de adormire (fragmentarea ritmului alfa) — reverie vagă și confuză, cu detașare completă de realitate ;

— în timpul stadiului I și începutul stadiului II, reveria capătă aspectul unui onirism („rêve hypnagogique”, „hypnagogic dream”), care, după GASTAUD, nu se deosebește cu nimic de visul din faza somnului paradoxal ;

● manifestări episodice de superficializare a somnului profund, care apar la trecerea de la o fază de somn lent, profund, la o fază de somn superficial :

— manifestări care însoțesc o superficializare ușoară și tranzitorie, cu mișcări gestuale și/sau somnilochie ;

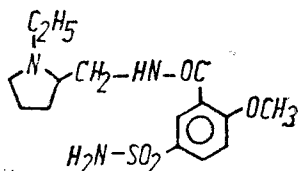
— manifestări care însoțesc o superficializare pronunțată și persistentă, care poate fi progresivă și acompaniată de tulburări vegetative (tahicardie, tahipnee, urmate de apnee, creșterea tensiunii arteriale, spasme tonice și mișcări corporale), enurezisul nocturn, somnambulismul, coșmarul și pavorul nocturn.

● Manifestări episodice care survin în cursul unei faze de somn paradoxal — visul uneori „somatizat” (cuvinte, gesturi), alături de pavor.

Cercetările moderne evidențiază faptul că, în mare parte, parasomniile sînt legate de suferințe psihoafective. Ele trebuie diferențiate de MEN datorate unor suferințe organice cerebrale sau unei imaturități cerebrale la copii, precum și de unele manifestări epileptice nocturne (automatismele ambulatorii paroxistice, crizele psihomotorii etc.).

191. **PARATAXIE** (cf. *para-*; gr. *taxis* „aranjare, ordine”) ● Termen introdus în prima jumătate a secolului XX de către T. MOORE, pentru a desemna tulburările reactivității emoționale din patologia psihică nevrotică sau psihotică. Termenul nu a reușit să se impună, fiind rar folosit.

192. **PARATIL^(M)** Finlanda — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-(1-etil-2-pirolidinil) metil-5-sulfamoil-o-anisa-



midă, cu certe valențe antidepressive, fără componentă sedativ-hipnotică. Avînd indicațiile NL incisive (endogenii), este, în același timp util 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 pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

193. **PARATIMIE** (cf. *para-*; gr. *thymos* „dispoziție”) ● Denumire generică a tulburărilor predominant calitative ale afectivității, a căror caracteristică este inadecvarea lor pînă la paradoxal în raport cu motivele sau situațiile/evenimentele trăite. Expresie simptomatică frapantă a disociației (endogene îndeosebi, dar și isterice), a ataxiei intrapsihice (STRANSKI) consecutive disociației schizofrene sau a deteriorării cognitive grave (pînă la demențiere), paratimie este întîlnită în schizofrenie (fiind o componentă a tulburărilor afectivității, unul din simptomele fundamentale ale bolii — BLEULER), parafrenie, reacții disociației isterice, stări confuzionale, demențe. Formele simptomatice distincte ale paratimiei sînt inversiunea afectivă și ambivalența afectivă.

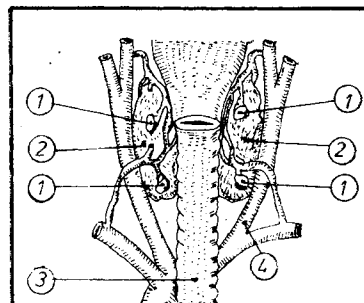
194. **PARATIROIDE — glande** (cf. *para-*; gr. *thyreos* „scut”; *eidos* „formă”) ● Glande endocrine dispuse în două perechi: una localizată la polul posterior al tiroidei și cealaltă la cel posteroinferior, în afara capsulei tiroidei.

Descrise pentru prima dată în 1880 ca structuri separate, paratiroidele sînt glande indispensabile vieții, datorită secreției de parathormon, principalului factor hipercalcemiant al organismului, izolat și purificat pentru prima dată în 1920 de HANSEN și COLLIP. Glandele secretă în mică măsură și

calcitonină. Semnificația biologică a celor doi hormoni este legată de menținerea în limite constante a concentrației ionilor de calciu și fosfor din lichidele organismului, cu toate că o serie de factori (aportul alimentar, eliminarea renală, depunerea în oase) tind în permanență să le modifice echilibrul.

Necesitatea unei homeostazii fosfo-calcice este legată de multiplele implicații ale calciului și fosforului în economia organismului. Calciul deține rolul primordial în procese vitale ca: transmiterea sinaptică, contracția musculară, permeabilitatea capilară și de membrană, intervenind în mod deosebit în electrogena celulară, și la nivel neuronal. Calciul este de asemenea un element structural major al organismului, respectiv al țesutului osos. În schelet, și în mai mică măsură în plasmă, calciul este legat chimic de fosfor, element cu rol important în metabolismul celular, atît prin compuşii macroergici de tip adenozin-trifosfat (ATP), creatin-fosfat (CP), cît și prin adenozinmonofosfat ciclic (AMPc) — factor major în funcționalitatea celulară.

Carența sau excesul de parathormon ocazională tulburări metabolice complexe:



RAPORTURILE GLANDELOR
PARATIROIDE

- 1-Glande paratiroide
- 2-Glande tiroide
- 3-Trahee
- 4-Pachet vascular carotidian

● Hipoparatiroidiile pot fi clasificate, din punct de vedere etiologic, în:

- adevărate (hormonopenice), determinate de absența spontană sau provocată a parathormonului;
- hormonopletorice sau pseudo-hipoparatiroidii, determinate de un deficit de acțiune

al parathormonului, ceea ce antrenează hipersecreția reactivă a acestuia la nivelul glandelor.

După alte criterii, hipotiroiziile pot fi: idiopatice, iatrogene, post-tiroidectomie totală. Manifestările clinice ale hipoparatiroidiilor, deși de un polimorfism pronunțat, pot fi centrate în jurul unui element clinic specific: crizele de tetanie. Primele simptome sînt reprezentate de parestezii ale degetelor și periorale, cu extindere progresivă la brațe, față și membrele inferioare (spasm carpopedal). Semnele clasice („mîna de mamoaș” — TROUSSEAU, contractura mușchilor peribucali etc.) reprezintă o contractură tetanică ireductibilă în absența tratamentului substitutiv. În aceste circumstanțe este cunoscut riscul major de producere a unor crize comițiale, rebele la anticonvulsivante, mai ales la nou-născuți și sugari, mai rar la adult (ARNAUD-CASTIGLIONI și SCOTTO, 1984). Aceiași autori remarcă variabilitatea manifestărilor psihice propriu-zise în funcție de forma de hipotiroidie, iar frecvența lor (deși dificil de evaluat) pare a fi foarte ridicată, fără a se putea stabili corelații certe cu vîrsta, sexul sau terenul pacientului. Sindromul neurastenic este prezent, cu nuanțe spre anxietate (pasageră sau permanentă, moderată sau în rupturi anxioase, însoțită de nesiguranță și fobie de crize tetanice) și depresie. Tulburările psihotice acute (accese hipomaniacale, maniacale sau episoade depresive majore cu risc suicidar) sau tulburările de conștiință (obnubilare, sindrom confuzional) sînt ocazionate de scăderile bruște ale calcemiei. Probele paraclinice și de laborator (electromiogramă — dublete și triplete specifice ; electrocardiogramă — prelungirea intervalului QI și ST ; electroencefalogramă — unde delta și teta, în salve, bilateral și sincron ; radiografie — densificări osoase, hiperplazii ale rădăcinii incisivilor ; hipercalcemie totală și ionică, hiperfosfatemie, creșterea fosfatazei alcaline în singe și scăderea hidroxipropinei urinare) sînt edificatoare pentru diagnostic. Este descrisă și o asociere între un sindrom dismorfic particular și un anumit grad de nedezvoltare psihică (debilitate medie) sub numele de boala Albright (hipoparatiroidie hormonopletorică). Specific formelor adevărate de hipotiroidie este remisia spectaculoasă, integrală și rapidă a tuturor tulburărilor sub tratament vitamino-calcic.

● **Hiperparatiroidiile** au drept etiologie frecventă un adenom paratiroidian care, prin secreția excesivă de parathormon, determină o hipercalcemie (depășind 13 mg%, cu hipercalciurie, hiperfosfatemie și hiperfosfatemie, fosfatază alcalină crescută). Alături de modificări evidente la nivelul scheletului (deformări osoase, fracturi spontane ale oaselor lungi, osteită fibrochistică), ale aparatului renal (litiază) sau digestiv (inapetență, greață, vărsături, constipație), tulburările psihice se gru-

pează în jurul axei sindromului neurastenic marcat de iritabilitate și irascibilitate crescută, cu posibile accidente acute de tip psihotic sau convulsiv. Tratamentul chirurgical ablativ constituie condiția remiterii rapide a acestor tulburări.

195. **PARATONIE** (cf. *para-* ; gr. *tonos* „tensiune”) ● Termen introdus de DUPRÉ pentru a desemna tulburarea tonusului muscular, constînd în imposibilitatea unei relaxări voluntare a musculaturii, precum și în imposibilitatea de contracție voluntară a mușchilor. Paratonia se întîlnește în sindromul catatonie, în stările confuzionale, la debili (debilitate motrică).

196. **PARAZITISM** (cf. gr. *parasitos* „comesean”) ● Termen extrapolat din biologie (unde desemnează modul de viață al unui organism care se hrănește pe seama altor organisme), pentru a denumi fenomenul social de însușire de către un individ (grup, clasă) a celor necesare vieții din produsele muncii altora. Fenomenul este extins în societățile alcătuite din clase antagoniste, manifestîndu-se însă și la nivel individual, în toate societățile ; după unii autori este o expresie a dizarmoniei de personalitate.

197. **PARAZITOFOBIE**^(F) (cf. gr. *parasitos* ; *phobos* „frică”) ● Teamă patologică de îmbolnăvire prin boli de piele de origine parazită, descrisă de JAROSZ (1959) în cadrul stărilor nevrotice. Autorul a circumscris tulburarea numai la acest nivel, restrîngînd sensul termenului, care anterior includea și sindromul Bers-Konrad (manifestări halucinator-paranoide).

198. **PARAZITI**^(D) delir — sin. **EKBOM**^(D) delir (1938) ^{sin.} → **DERMATOZOIC**^(D) delir.

199. **PARCHAPPE Jean** (1800—1866) ● Psihiatru francez. A studiat medicina la Rouen și Paris unde, în 1827, și-a susținut teza „Sur la nature et l'influence des passions”. Și-a desfășurat activitatea în învățămînt, unde din 1835 îi urmează lui FOVILLE, precum și ca inspector general al serviciilor de alienați (1848). Prezența sa se face simțită în ambele domenii, lucrările sale situîndu-l pe o poziție net organicistă ; în cea de-a doua funcție a sa, a militat pentru construirea unor azile de alienați, fiind preocupat de adoptarea unor soluții cît mai funcționale.



Jean-Baptiste Parchappe

200. **PARDISOL**^(M) Franța — DCI *Profenamină* ● Neuroleptic sedativ, derivat aminofenotiazinic de tip 10-(2-dietilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă și antihistaminică.

201. **PARECTROPIE** (cf. *para-*; gr. *ektrope* „deturnare, ocol”) ● Termen introdus de DUPRÉ pentru a desemna mișcările substitutive din apraxiile ideatorii; în executarea unor acte complexe apar unele „lacune” pe care subiectul le completează aproximativ.

202. **PAREIDOLIE** (cf. *para-*; gr. *eidolon* „fantomă”) ● Iluzie vizuală patologică, constând în imagini vii și intense, care îmbracă aspectul unei „entități materiale” (JASPERS). Subiectul percepe imaginile banale, anodine (desene de pe tapiserie, covor, unghiurile obiectelor etc.) sau figurile cu contur imprecis (nori, umbre) ca fiind ființe sau obiecte monstruoase, brodînd, cu ajutorul imaginației, adevărate povestiri fantastice. Puternica angajare afectivă și caracterul variabil al criticii l-au determinat de H. EY să le considere elemente de tranziție spre fenomenele halucinatorii. Se manifestă în schizofrenie, epilepsie, stări toxice, infecțioase și posttraumatice.

203. **PAREKIN**^(M) Finlanda — DCI *Orfenadrină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetanic de tip N, N-dimetil-2-(0-metil- α -fenilbenziloxi)etilamină, cu evidentă acțiune mio relaxantă și unele valențe

antidepresive (intensitate mică), utilizat în special în combaterea unor efecte secundare ale NL. Buna sa toleranță îi conferă o utilizare fără restricții.

204. **PAREMIOFILIE** (cf. gr. *paromia* „proverb”; *philia* „iubire”) ● Utilizarea deosebit de frecventă a proverbelor, fără însă a fi deplasat sensul. Este o exagerare, care nu reprezintă un element patologic, conturînd însă mai bine personalitatea subiectului.

205. **PARENTAL — complex** (cf. lat. *parentalis* „al părinților”) ● Termen psihanalitic care desemnează, după unii autori (A. HESNARD), complexele formate în copilărie, în cadrul relațiilor copilului cu părinții. Este legat de specificul „constelației parentale”, în cadrul căreia libidoul se fixează la unul din părinți. Nucleul complexului parental este complexul Oedip, de aici derivînd o serie de alte complexe (matern, patern), care sînt, de fapt, accentuări ale unor dimensiuni oedipiene.

Complexele care iau naștere pe parcursul dezvoltării afective a individului au o dublă rădăcină: maternă și paternă; mai tîrziu se dezvoltă alte gelozii familiale, în cadrul rivalităților fraterne; acestea sînt diverse forme ale impulsurilor incestuoase, care se realizează prin înclinații parentale presexuale în copilărie (impulsuni la nivel inconștient, a căror iradiere genitală este refu-lată). ALLENDY înțelege prin complex parental atitudinea părintelui provocată (inconștient) de complexul copilului, atitudine care, la rîndul ei, poate fi complexuală. El vorbește despre manifestările unor mame față de fiii lor sau ale taților față de fiice, afirmînd că „în corespondență cu complexul copilului există un complex parental” care se formează din dorința (inconștientă) a părintelui de dominare și posesiune exclusivă asupra copilului; este o dorință erotică ce se manifestă într-un mod mai mult sau mai puțin deghizat. Posibilitatea de soluționare echilibrată a complexului Oedip ține, pe de o parte, de maturizarea instinctuală și afectivă a copilului, de diferitele împrejurări care apar pe parcursul existenței sale (traumatismul nașterii, sevrăjul, primele relații în familie și în colectivitate), iar, pe de altă parte (și într-o mare măsură), depinde de atitudinea părinților față de copii. Procreația deplasează centrul libidinal de la partenerul de cuplu conjugal la descendent; intră în joc ceea ce Mac DOUGALL numește instinct parental (protejarea copiilor); tatăl trebuie să împartă cu copilul posesiunea afectivă a femeii (pe care, pînă atunci, o pretindea în exclusivitate). De aici decurg o serie de sacrificii, în special sacrificiul renunțării; de pildă, tatăl trebuie să renunțe la dorința sexuală inconștientă pentru fiica sa și

să accepte că ea va aparține altui bărbat ; apare o criză afectivă a părinților față de copii, pe măsură ce aceștia din urmă devin ființe adulte, independente, și se desprind din câmpul relațiilor strict familiale.



În măsura în care complexele parentale sînt puternice, ele angajează dificultăți în soluționarea complexelor apărute la copii, dificultăți care constau în imposibilitatea de sevrăj afectiv al copiilor, de rezolvare a problemelor inconștiente din prima copilărie, în ultimă instanță a problemelor oedipiene. De fapt, atitudinile complexuale ale părinților reprezintă o manifestare a propriilor complexe infantile nerezolvate ; există tendințe de a rezolva o problemă proprie, în cea mai mare măsură inconștientă, într-o anumită atitudine față de descendenți (astfel, o femeie care manifestă teamă sau ostilitate față de bărbat, fie că realizează sau nu conștient acest lucru, se poate atașa exclusiv și patologic de fiul ei). Se întîmplă ca părinții să proiecteze în copii propriul lor destin nerezolvat și să încerce astfel să-l rezolve. „Complexul parental” se referă deci la complexe formate în copilărie, în cadrul relațiilor copilului cu partenerii cuplului parental, nucleul rămînd în complexul Oedip.

206. **PARENTAȚIE** (cf. lat. *parentes* „tată și mamă ; părinți”) ● Relație de rudenie între indivizi care au în comun unul sau mai mulți strămoși (deci, anumite gene pot proveni dintr-o aceeași genă a strămoșului comun). MALECOT a propus o definiție și o metodă de calcul al coeficienților de parentație. Acest coeficient este de 1/4 între părinți și copii, 1/8 între unchi și nepoți, 1/16 între veri etc. Coeficientul de înrudire permite calculul riscului de apariție a boilor cu transmitere recesivă.

207. **PARERGASIE** (cf. *para-* ; gr. *ergasia* „muncă”) ● Termen propus de MEYER pentru a înlocui

pe cel de schizofrenie în sistemul său ergasiologic → ERGASIE, ERGASIOLOGIE, MEYER Adolf.

208. **PAREROSIE** (cf. *para-* ; gr. *Eros* — zeul iubirii) ● Aberație sexuală.

209. **PRESINAN^(M)** Japonia — DCI *Rescincamină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de *Rauwolfia* de tip 3, 4, 5-acid trimetoxinamic esterificat reserpină, cu acțiune sedativă. Nu se administrează în cazul existenței unei componente depresive ; este un marcat hipotensiv.

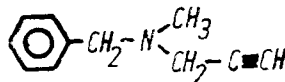
210. **PARESTEZIE** (cf. *para-* ; gr. *aisthesis* „senzație”) ● Tulburare a sensibilității, constînd în : ● perceperea unor senzații false în lipsa oricărui excitant — halucinație senzitiv-senzorială (furnicături, zgomote etc.) ; ● modificări de sensibilitate diferite de hipostezie și hiperestezie (măsurate obiectiv).

Apariția lor este frecventă în simptomatologia nevrotică (mai ales cea cu dominantă cenestopată) din nevroze, în decompensările personalităților dizarmonice și în stări psihopatoide, sindromul hipocondriac, mai rar în psihoze.

211. **PAREZĂ** (cf. gr. *pareisis* „slăbire, relaxare”) ● Tulburare a activității motorii, constînd dintr-o paralizie parțială, incompletă, tradusă printr-o slăbire a forței musculare → PARALIZIE.

212. **PARFEZIN^(M)** URSS ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ PARDISOL^(M) Franța.

213. **PARGYLINE^(DC1)** ● Derivat propargilaminic de tip N-metil-N-2-propinilbenzilamină, indicat în depresii inhibitate ; este lipsit de efecte



sedative (necesită asocierea). Nu se administrează concomitent cu betablocante, psihostimulente și antidepresive timoleptice — necesită o pauză de 14 zile. Contraindicațiile sînt în general cele ale timolepticilor → IMAO. Constituie principiul activ pentru următorii produși farmaceutici :

EUDATINE ^(M)	SUA
EUTONYL ^(M)	Brazilia
EUTONYL-TEN ^(M)	Anglia
PARGYLIN ^(M)	RDG
TENALIN ^(M)	Anglia

214. **PARHON Constantin** (1874—1969) ● Endocrinolog, neurolog, psihiatru, gerontolog român de renume mondial. S-a născut la Cîmpulung

Muscel; studiile de medicină le-a absolvit în București, devenind, în 1897, intern în clinica neurologică a lui Gh. MARINESCU.

Primele rezultate ale cercetărilor de endocrinologie le-a publicat în 1900, iar prima lucrare de endocrinologie din lume, „Secrețiile interne”, a apărut în 1909, fiind elaborată în colaborare cu M. GOLDSTEIN. Prin întreaga sa activitate ulterioară, PARHON a ocupat un loc de frunte în dezvoltarea endocrinologiei românești, fiind și unul din fondatorii acestei științe pe plan mondial. A fost creatorul școlii românești de endocrinologie. În 1945, cu ocazia înființării Institutului de Endocrinologie al Academiei, a fost numit directorul acestuia. Activitatea de pionierat a marelui savant avea să se manifeste și în domeniul psihologiei și psihiatriei.



Constantin Ion Parhon

PARHON este fondatorul endocrino-psihiatriei (psihoenocrinologiei), prima lucrare în acest domeniu datînd din 1906: „Tulburările mintale din Basedow”. Din 1913, ca profesor de neurologie și psihiatrie la Iași, a efectuat cercetări anatomo-clinice și biochimice asupra glandelor endocrine în afecțiuni psihice și neurologice. A pus la punct o teorie endocrină a patogeniei psihozelor afective, a subliniat rolul sistemului endocrin

în patogenia psihasteniei, psihozelor paranoide etc.; a evidențiat modificările suferite de glandele endocrine în cursul bolilor psihice (epilepsie, schizofrenie, paralizie generală, demență senilă etc.); a studiat simptomatologia psihică din afecțiunile endocrinologice: „am adus o contribuție pe care o cred de oarecare interes la studierea raporturilor dintre tulburările funcțiilor endocrine și tulburările psihice”, afirma el cu modestie (PARHON — „Opere alese”, vol. II). Un număr important de lucrări ilustrează preocupările savantului legate de terapia bolilor psihice. Relația psihiatriei cu endocrinologia l-a determinat să caute posibile interdependențe între viața psihică normală și constelația endocrină. Reușește să străbată cu succes acest drum și publică, în 1943, „Rolul hormonilor în viața psihică”, punînd bazele unei „psihologii endocrinologice”.

Un alt domeniu, în care contribuția lui PARHON a fost deosebit de valoroasă, îl constituie gerontologia și geriatria, care au beneficiat de studii privind fiziologia și fiziopatologia senectuții, îmbătrînire experimentală etc.

Activitatea științifică a savantului PARHON a fost recunoscută atît în țară, cît și peste hotare, el fiind numit președinte de onoare al Academiei RSR și membru a numeroase academii din întreaga lume. Deși preocupat de vastele domenii ale cunoașterii, PARHON nu s-a izolat de evenimentele timpului său, desfășurînd și o intensă activitate pe plan social.

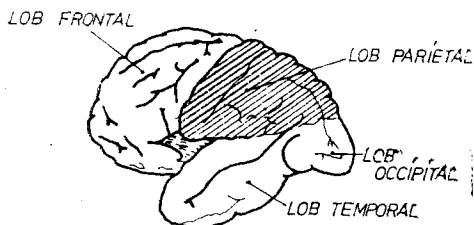
215. **PARICID** (cf. lat. *paricidium* „paricid”) ● Infracțiunea de omor comisă asupra părinților. Paricidul este rar, ținînd în marea majoritate a cazurilor de domeniul patologiei psihiatrice: debilitate mintală, episoade delirante, schizofrenie, paranoia, psihopatie decompensată psihotic. Autori clasici ca RÉGIS, ASSELIN, ARMAND, GEVASSAT (1901—1902) îi numesc pe paricizi „degenerați” moiși și inferiori, aflați sub nivelul necrofiliei și vampirismului; MAUDSLEY îi numește „daltoniști morali” SCHRELE—„orbi morali” etc.

Orientările psihanalitice tratează paricidul ca un mijloc de rezolvare a complexului Oedip, prin trecerea la act. FREUD considera paricidul ca fiind un fundament al constrîngerii civilizației totemului și tabuurilor, punct de vedere respins însă, antropologia considerîndu-l cea mai arhaică formă de crimă împotriva umanității. Pentru alți autori psihanalisti, alegerea lui Oedip ca simbol al revoltei împotriva tatălui este nepotrivită, întrucît acesta nu cunoștea adevărata identitate a victimei. N. OCHONOVSKY consideră ca fiind caracteristică acestui gen de crimă faptul că reprezintă, pentru autorul ei, mai puțin dorința de a omorî, cît realizarea magică a propriei dorințe de moarte (el nu omoară cu adevărat, ci distruge

un obiect-fantomă). Trezind o teribilă oroare, aceste crime rămân cel mai adesea pe cât de imprezvizibile, pe atât de inexplicabile.

216. PARIETAL — lob (cf. lat. *paries* „perete”) ● Lobii parietali ocupă partea centrală a feței convexe a emisferelor cerebrale, fiind delimitați anterior de lobii frontali, lateral de cei temporali și posterior de lobii occipitali. În girusul post-central din lobul parietal se află aria somestezică I, zona de proiecție primară și de integrare a fibrelor care conduc sensibilitatea generală a corpului, la acest nivel realizându-se integrarea în cel mai înalt grad a informațiilor senzoriale.

Tumorile lobului parietal, de regulă gliome cu caracter invaziv, se caracterizează prin prezența tulburărilor psihice într-o proporție relativ ridicată, cu manifestare paroxistică sau permanentă (V. PREDESCU). Deși componenta motorie voluntară este păstrată, se consemnează tulburări de schemă corporală, prin deficit de integrare senzorială superioară, iluzii de deplasare corporală sau de membru fantomă, halucinații elementare. În funcție de localizarea leziunii se semnalează sindromul Gerstmann (leziune în emisferul dominant cu extindere în lobul occipital), care include agnozie digitală, confuzie dreapta-stînga, acalculie, agrafie și apraxie ideomotorie. Tot în leziunile lobului dominant se semnalează afazii senzoriale, parafazie sau jargonofazie.



Hemiasomatognozia (LHERMITTE) apare în afectarea lobului parietal drept. Anozognozia și anozodiaforia, caracteristice sindromului Anton-Babinski, precum și elementele caracteristice sindromului demențial (necesiind diagnosticul diferențial al sindromului demențial de orice etiologie), apar în leziuni ale emisferului minor. Leziunile bilaterale se caracterizează prin agnozie vizuală. Dominanta psihică este reprezentată de o stare confuzo-demențială, cu alterarea timiei și modificări caracteriale, indiferență, labilitate emoțională, stări depresive sau mai rar euforice.

Examenul neurologic mai semnalează crize jacksoniene senzitive, modificări ale sensibilității cu hipoestezie sau agnozie tactilă. Este caracteristic sindromul de discoordonare, alături de tulburări de echilibru determinate probabil de afectarea sensibilității, hemipareze discrete, alterarea motorie fiind denumită de CRITCHLEY „paralizie psihică”.

217. PARIETAL^(s) sindrom ● Manifestări complexe determinate de leziuni la nivelul lobilor parietali care pot genera următoarea patologie:

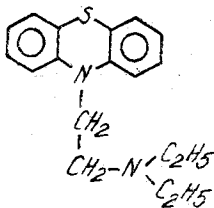
- Epilepsia parietală — epilepsia jacksoniană senzitivă, manifestată prin parestezii sau dureri cu punct de plecare la nivelul membrului sau hemifeței contralaterale, extinzându-se apoi pe întreg hemicorpusul. Crizele senzitive pot determina modificări ale sensibilității de tipul anesteziei parietale.
- Anestezia parietală, diferențiată topografic în :
 - anestezie de tip segmentar, care apare la membrele opuse leziunii, crescînd de la rădăcină spre extremități („mîna parietală” descrisă de ROUSSY și BRANCHE) ;
 - anestezie de tip longitudinal, asemănătoare anesteziei spinale ;
 - anestezie de tip parcelar, constituită dintr-o asociere a primelor două. Calitativ, anestezia parietală poate fi :
 - clasică (VERGER-DEJERINE), cu pierderea discriminării tactile, a simțului poziției și astereognozie, atopognozie ;
 - atipică (DEJERINE-MOUZON), cu anestezie tactilă, termică și dureroasă ;
 - globală, interesînd toate sensibilitățile ;
 - algică, descrisă de FOERSTER în tumori parietale, constînd din dureri persistente ale membrilor.
- Ataxia parietală — datorată alterării sensibilității profunde sau lezării căii temporo-parieto-cerebeloase. Forma cea mai netă este reprezentată de paraplegia senzitivomotorie corticală, descrisă de RAUSSY (leziuni ale celor doi lobi parietali), concretizată într-o tulburare ataxo-spasmodică cu alterarea sensibilității profunde și semnul Romberg pozitiv.
- Tactognozii parietale pure, în care subiectul nu poate recunoaște cu ochii închiși obiectul pe care îl palpează ; poate fi unilaterală (leziunea ariei tactognozice drepte) sau bilaterală (leziunea bilaterală sau parietală unilaterală stînga la dreapta).
- Asomatognozia — perturbarea integrării schemei corporale → ASOMATOĞNOZIE.
- Apraxia parietală de tip apraxie ideomotorie bitemporală → APRAXIE.

În cadrul sindroamelor parietale complexe sînt considerate :

- Sindromul parietal drept la dreapta, cu două posibilități de manifestare a tabloului clinic :
- sindromul vizuo-constructiv de emisferă minoră cu : apraxie vizuo-constructivă, apraxia îmbrăcării, dislexie, discalculie de tip spațial, ignorarea hemicorpului stîng și a hemispațiului înconjurător stîng (leziuni corticale) ;
- sindromul Anton-Babinski cu : hemiplegie și hipoestezie, hemianopsie, hemiasomatognozie și anozognozie, ignorarea hemiplegiei stîngi, a apartenenței hemicorpului stîng la propriul corp (uneori fiind atribuit altcuiva). În unele cazuri poate exista și aloestezie (în general fiind vorba de un ramolismet silvian total).
- Sindromul parietal stîng la dreapta → GERTSMANN^(S) sindrom.

218. **PARINAUD^(S) sindrom** ● Complicație a neoplaziei ilor pineale, constînd în paralizia mușchilor oculari cu imposibilitatea ridicării privirii. Tulburări psihice de tip organic, li se adaugă tulburări endocrine pe axul hipotalamo-hipofizocorticos upfarenalian.

219. **PARKAZINE^(M) Ungaria** — DCI Dietazină ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic aminoalkilfenotiazină de tip 10-(2-dietilaminoetil)fenotiazină, cu acțiune anxiolitică, ușor hipnotică. Eficient numai în tratamentul psihogenilor și în afecțiuni psihosomatice.



STURGE-WEBER-KRABBE-BRUSCHFIELD-WYOTT^(S) sindrom ; WEBER^(S) sindrom ; WEBER-DIMITRI^(S) sindrom → ^{sin.} STURGE-WEBER-KRABBE^(S) boală.

221. **PARKIN^(M) Japonia** — DCI Profenamină ● Neuroleptic sedativ, derivat aminofenotiazinic de tip 10-(2-dietilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă și antihistaminică.

222. **PARKINSON James (1755—1824)** ● Medic englez care și-a orientat o parte din preocupări în domeniul psihiatriei. Are contribuții referitoare la organizarea sanitară și la clinica hidrofobiei. În 1817 își tipărește prima sa lucrare în acest domeniu, „Despre paralizia cu tremurături”. În 1890, la propunerea lui CHARCOT, boala va fi denumită cu numele autorului descrierii princeps.

223. **PARKINSON^(B) boală** — sin. PARKINSONISM IDIOPATIC ; PARALIZIE AGITATĂ ● Afecțiune neurologică degenerativă, descrisă de James PARKINSON în 1817, cu leziuni situate la nivelul corpiilor striate, în special globus pallidus și substanța neagră, avînd ca efect scăderea dopaminei — neurotransmițător important la nivelul sistemului extrapiramidal. Descrierea acestei boli a prins contur odată cu finalizarea unor cercetări anatomoclinice și biologice, care au permis elucidarea mai multor forme etiologice de parkinsonism, termenul idiopatic fiind rezervat numai acelor situații în care nici un factor cauzal nu a putut fi demonstrat, originea nevrotică fiind definitiv înlăturată.

Cercetările lui PRATT (1967) confirmă prezența unei transmiteri ereditare (de tip dominant), în timp ce o multitudine de studii au fost efectuate, începînd cu anii '60, în scopul elucidării aspectelor de fiziopatologie consecutivă degenerării neuronale de la nivelul globului palid, al nucleilor putamen, caudat și al celor asociați, în special de la nucleul substanței negre (GREENFIELD, 1963). Toate aceste fenomene lezionale provoacă scăderea secreției de dopamină prin depopularea neuronilor dopaminergici, mediatorii acetilcolinerfici din nucleul caudat scăpînd astfel de sub controlul neuronilor dopaminergici (PARKES și MORSDEN, 1973). S-a apreciat că dopamina scade pînă la 10% din valoarea ei normală la nivelul nucleilor striate, în special prin diminuarea cantităților din tractul dopaminergic nigro-striatal.

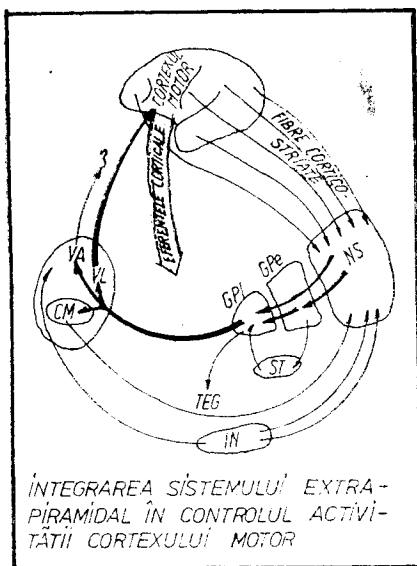
Prevalența bolii este apreciată de autorii americani la 200 de cazuri/100 000 de locuitori, debutînd de obicei pe la mijlocul vieții sau chiar mai tîrziu și afectînd în special bărbații. Tabloul clinic este alcătuit dintr-o triadă caracteristică, formată din :

- tremurături — contracții periferice cu o frecvență de 4—8 pe secundă, persistente în repaus și dispărînd la inițierea unei mișcări

220. **PARKES-WEBER-OSLER-DIMITRI^(S) sindrom** — sin. ANGIOM CUTANEO-CEREBRAL ; ANGIOMATOZĂ ENCEFALOTRIGEMINALĂ ; ANGIOMATOZĂ MENINGO-OCULO-FACIALĂ ; DISPLAZIE CONGENITALĂ NEUROECTODERMALĂ ; ECTODERMATOZĂ CEREBRALĂ ; KALISCHER^(S) sindrom ; KRABBE^(S) sindrom ; LAWFOR^(S) sindrom ; MILLES^(S) sindrom ; NEUROANGIOMATOZĂ ENCEFALO-FACIALĂ ; SCHIRMER^(S) sindrom ; STURGE^(S) sindrom ;

și în somn; predomină la membrele superioare, unde realizează semnul patognomonic al „număratului banilor”;

- rigiditate — hipertonie (deosebită de spasticitatea de tip piramidal), avînd un caracter plastic care permite mișcări spastice, fiind continuă și identică în tot timpul desfășurării mișcării și cedînd sacadat (semnul „roții dințate”); este uniform repartizată pe toate grupele musculare, predominînd însă pe musculatura axială și a flexorilor. Hipertonia este cea care conferă atitudinea generală de flexie a parkinsonianului, asociindu-se cu creșterea reflexelor de postură; se accentuează în urma efortului de redresare sau de schimbare a poziției;
- hipokinezie — sărăcirea și încetinirea activității motorii; faciesul capătă aspect fijat, „de marmură”, clipitul este rar, mișcările spontane ale membrelor dispar (balansul brațelor în timpul mersului); mersul se face cu pași mici și cu trunchiul aplecat înainte. Pot apărea mișcări paradoxale, declanșate de stări emoționale puternice.



Această triadă definitorie aduce după sine modificări de statică (antero-,retro-,lateropulsie), dificultate în demaraj (subiectul face câțiva pași pe loc înainte de a porni), tulburări de vorbire, constînd în bradilalie, voce sacadată, palilalie, precum și modificarea scrisului, care devine lent și neregulat, mic și scăzînd treptat în dimensiuni

spre sfîrșitul liniei (probă folosită și pentru verificarea impregnării neuroleptice).

Tabloul neurologic descris este însoțit, pe durata evoluției sale (atît în boala Parkinson cît și în sindromul parkinsonian de alte etiologii), de un coroiar de tulburări psihice, care pot fi sistematizate, după LISHMAN, astfel:

- tulburări cognitive de amplitudine medie care se întîlnesc atît în cazurile cu deteriorare progresivă pînă la demență, cît și în cele în care intelectul rămîne intact; concluziile majorității autorilor converg spre opinia inexistenței unei specificități a afectării cognitive în această boală;
- tulburări depresive, în sensul unei relații directe între boală și depresie (reactivă). MINDHAM (1974) și HUBER (1980) stabilesc corelații importante între gradul afectării neurologice și intensitatea depresiei, ultimul autor observînd că depresia poate să apară în două circumstanțe: fie ca reacție a subiectului la aflarea diagnosticului, fie ca manifestare inaugurală a bolii, ridicînd trei probleme: patogenică — o posibilă similitudine de mecanisme biologice care acționează cu circuite diferite; clinică — în ceea ce privește diagnosticul diferențial și diagnosticul pozitiv; terapeutică — în sensul conduitei de aplicat atunci cînd se constată semne parkinsoniene la un bolnav ce pare a fi depresiv. În acest caz, paralel cu administrarea tratamentului antidepressiv se impune și urmărirea simptomatologiei neurologice. Dacă după ameliorarea depresiei se accentuează manifestările neurologice, este necesară asocierea unui tratament antiparkinsonian;
- modificări de personalitate, în sensul hipertrofierii egocentrismului, a cverulenței, a suspiciozității, pînă la trăsături paranoiace, obsesive, hipocondriace (fără a conferi o tipologie specifică bolii);
- tulburări de nivel psihotic (depresive, isterice) sau ale stării de conștiință (stări confuzionale tranzitorii).

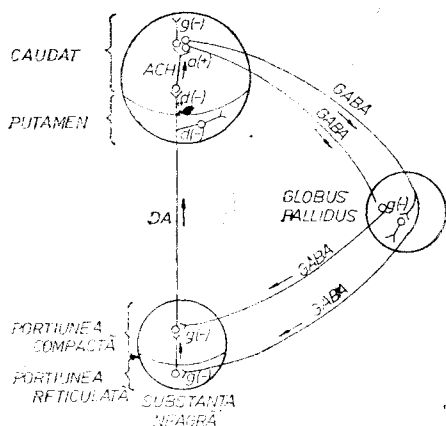
Pentru diagnosticul diferențial → PARKINSONISM^(B) sindrom.

Boala Parkinson are prognostic grav; 1/4 din pacienți cu evoluție gravă încă de la început sau din primii cinci ani de la debut; în alte 2/3 din cazuri, agravarea se produce în primii zece ani. (HOEHN și YAHR, 1967), mortalitatea fiind apreciată ca fiind de trei ori mai mare decît cea a populației generale (de același sex și de aceeași vîrstă). În alte cazuri, bolnavii pot avea lungi perioade de stagnare a bolii. În prezent, tratamentul de elecție este cu Sinemet — un inhibitor de L-dopa; Amantadina este folosită numai ca adjuvant în terapia cu Sinemet, avînd dezavan-

tajul inducerii insomniilor, stărilor confuzo-onirice și chiar a episoadelor halucinatorii.

Tratamentul neurochirurgical, deși uneori soldat cu rezultate spectaculoase, poate conduce la

și în producerea fenomenelor halucinatorii (mai ales vizuale și din timpul nopții), față de care bolnavul manifestă reacții critice. Având o acțiune euforizantă, consumul critic al acestui produs se poate solda în unele cazuri cu apariția toxicomaniei.



INTERACȚIUNEA DINTRE NEURONII DOPAMINERGICI, COLINERGICI ȘI GABA-ERGICI

complicații psihiatrice grave (sindrom demential), care ridică serioase probleme privind indicația acestei metode terapeutice.

Medicația antiparkinsoniană determină complicații psihiatrice care se adaugă manifestărilor psihice descrise anterior. Astfel, L-dopa poate induce tulburări psihice grave, cu o frecvență relativ ridicată; BIRCKMAYER descrie la 16 din 300 de bolnavi tratați cu L-dopa, fenomene psihotice cu manifestări halucinatorii, delirante, impunând uneori oprirea tratamentului, aceste fenomene pot fi influențate favorabil de L-triptofan. Fenomenele halucinatorii pot persista chiar după dispariția delirului; se mai menționează episoade confuzionale și tulburări de comportament de tip agresiv, cu hipersexualitate, însoțind sau nu un sindrom hipomaniacal. L-dopa este responsabilă și de provocarea unui sindrom demential, ceea ce contraindică administrarea ei la pacienții care prezintă semne, chiar minore, de deteriorare. Antiparkinsonienele de sinteză de tip anticolinergic sînt reprezentate de principalul exponent al acestei clase — trihexifenidil (Artan, Romparkin), care poate favoriza, mai ales la pacienții în vîrstă, apariția confuziei, motiv pentru care produsul trebuie prescris în doze mici; este incriminat

224. PARKINSONISM^(B) sindrom ● Tablou clinic alcătuit din triada neurologică: tremurături, rigiditate (hipertonie) și hipokinezie, alături de tulburări psihice necaracteristice. Etiologia sindromului poate fi: infecțioasă, vasculară, tumorală, posttraumatică, toxic

studiul lui HOEHN și YAHR (1967) pe 800 de pacienți a relevat că la 15% dintre ei s-a putut pune în evidență cauza declanșatoare a bolii, iar restul etichetați ca idiopatici sau cu etiologie nesigură. Sindromul este asociat cu leziuni neuronale la nivelul sistemului motor extrapiramidal, mai ales la nivelul celulelor pigmentare, ceea ce are un răsunet important asupra sistemului neurotransmițător dopaminergic → PARKINSON^(B) boală.

Odată simptomatologia constituită, diagnosticul pozitiv nu mai reprezintă o dificultate, decît din punctul de vedere al completării cadrului etiologic. Diagnosticul diferențial va ține cont de eliminarea următoarelor afecțiuni:

- artrită, osteoporoză (tulburările de mers, dureri ale membrilor);
- insuficiența circulatorie vertebro-bazilară (căderile de tip „drop-attacks”);
- tumoră cerebrală (la care rigiditatea este unilaterală și nu este însoțită de tremurături);
- mixedem (lentoare ideomotorie);
- depresie endogenă (hipodinamie, hipokinezie);
- demență presenilă/senilă (sindromul deteriorativ);
- tremorul esențial benign — juvenil, adult sau senil (tremurături, încărcătură familială);
- coree Huntington;
- boala Wilson.

225. PARKINSONISM ARTERIOSCLEROTIC^(S) sindrom ● Sindrom determinat de microinfarcte în zona corpilor striați, cu debut lent, insidios, de obicei după 55—60 ani; se caracterizează clinic prin tremurături de mică intensitate, însoțite de semne ale sindromului pseudobulbar. Existența acestui sindrom este contestată de unii autori, deoarece, chiar în cazul existenței unei leziuni arteriopatie bilaterale a locusului niger, nu apare triada caracteristică sindromului. Pe de altă parte, la bolnavii cunoscuți ca arteriosclerotici sînt prezente semne discrete de parkinsonism, iar tulburările psihice care apar în toate aceste cazuri sînt considerate ca aparținînd sindromului psihoorganic vascular (LAUTER).

226. **PARKINSONISM POSTENCEFALITIC^(S) sindrom** ● Complicație apărută în timp (intervalul liber putând fi și de 15—20 ani), după debutul unei encefalite letargice. Clinic, se caracterizează prin hiperkinezie, hipotonie, tremurături de repaus, tulburări vegetative și psihice — o reală stare psihopatoidă cu lentoare ideomotorie, lipsa spontaneității și inițiativei (bradifrenie, BONHOEFFER), având în prim plan agitația și agresivitatea. Sindromul a fost descris de Von ECONOMO, după epidemia din 1917—1926, encefalita letargică fiind azi extrem de rar întâlnită. De reținut că encefalitele virale se complică numai în mod cu totul excepțional cu sindromul parkinsonian.

227. **PARKINSONISM POSTTRAUMATIC^(S) sindrom** ● Ansamblu simptomatic în care trebuie inclus și parkinsonismului boxerilor; poate fi consecința focarelor hemoragice de la nivelul corpiilor striați.

228. **PARKINSONISM TOXIC^(S) sindrom** ● Tablou neurologic în care predomină akineto-hipertonie, specifice fiind absența tremurărilor de repaus și euforia, în cazul intoxicației cu mangan, și realizarea unei forme mult mai grave, cu stare comatoasă și importanță deteriorare intelectuală secundară, în intoxicația cu monoxid de carbon. În clinica psihiatrică, cele mai cunoscute și mai frecvente sindroame parkinsoniene toxice sînt cele produse de tratamentul neuroleptic, în special de tip incisiv. Asupra problemei asocierii de la început a antiparkinsonienelor în tratamentul psihotrop există încă discuții, orientarea majoritară susținând că medicația antiparkinsoniană are, în afara efectelor psihice secundare propriu-zise, un efect negativ asupra evoluției simptomatologiei psihice. Antiparkinsonienele scad concentrația plasmatică a neurolepticelor, prin diminuarea ratei de absorb-

niene. Eficiența pseudoantidepresivă a acestui tratament explică și motivul pentru care unii bolnavi continuă să-l urmeze, chiar după ce au încetat tratamentul neuroleptic, realizînd veritabilele toxicomanii.

229. **PARKINSONISM TUMORAL^(S) sindrom** ● Afecțiune datorată leziunilor de compresiune exercitate de tumora aflată la distanță. Semnele psihice sînt cele care se întîlnesc în tumorile cerebrale în general, iar caracteristica acestui sindrom este unilateralitatea tulburărilor extrapiramidale

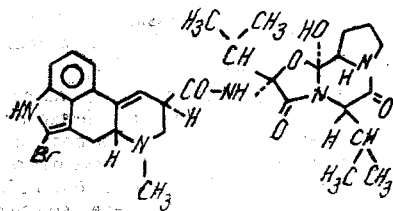
230. **PARKOPAN^(M) RDG** — DCI *Trihexifenidinsin.* ● Medicație antiparkinsoniană → ROM-PARKIN^(M) România.

231. **PARKS-PLUS^(MC) RFG** ● Produs terapeutic ce conține două medicamente tipizate cu acțiune diferită, dar care se completează:

- AMITRIPTILINA^(M) — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic;
- PRIDINOL^(M) — neurodinamizator.

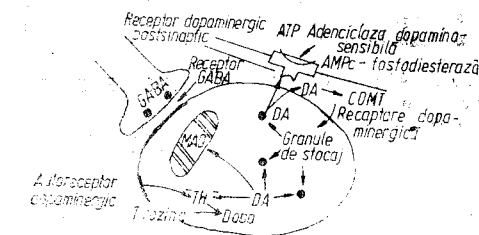
Are acțiune antidepresivă și psihostimulentă.

232. **PARLODEL^(M)** Anglia, Austria, Canada, Coreea, Danemarca, Finlanda, Franța, Grecia, Iugoslavia, Italia, Olanda, Spania, SUA — DCI *Bromcriptină* ● Antiparkinsonian cu structură chi-



mică particulară, de tip 2-brom- α -ergocriptină, cu acțiune asemănătoare cu cea a timolepticelor, ceea ce a dus la încercarea de a fi utilizat ca atare, însă fără rezultate certe; este indicat în parkinsonismul idiopatic, postencefalic sau indus, stimulator al prolactinei, ceea ce-i conferă atuuiri în combaterea efectelor secundare neuroleptice de tip amenoree; galactoree.

233. **PARMINE^(M) SUA** — 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.



ție a acestora. BOURGEOIS și colab. au descris apariția, în cursul tratamentului cu NL, a „depresiei akinetice” (mixtură simptomatologie psihice — depresia, cu cea neurologică — akinetiză), care cedează la medicamente antiparkinson-

234. **PARMODALIN**^(MC) Italia ● Produs terapeutic ce conține două medicamente tipizate, cu acțiune diferită care se completează:

● **TRIFLUOPERAZINA**^(M) — neuroleptic, derivat fenotiazinic;

● **TRANILCIPROMINA**^(M) — timoanaleptic, derivat ciclopropilaminic.

Are acțiuni antidepresivă, anxiolitică și sedativă.

235. **PARNATE**^(M) Anglia, Canada, Italia, Spania, SUA — DCI *Tranilcipromină* ● Antidepresiv timoanaleptic, derivat ciclopropilaminic de tip (±)-trans-2-fenilciclopropilamină, indicat în depresiile inhibate; este lipsit de efecte sedative (necesită asocierea). Nu se administrează concomitent cu betablocante, psihostimulente și anti-depresive timoleptice — necesită o pauză de 14 zile. Contraindicațiile sînt în general cele ale timolepticelor → IMAO.

236. **PAR OPSIE** (cf. *para-*; gr. *opsis* „vedere”) ● Tulburare a percepției vizuale, constînd în modificarea distanței care separă obiectul perceput de persoana bolnavă, fără ca dimensiunile acestui obiect să se modifice (spre deosebire de microteleopsii). A fost descrisă de K. HEILBRONNER în 1904.

237. **PAROREXIE** (cf. *para-*; gr. *orexis* „apetit”) ● Tulburare a apetitului, perversitatea poftelor pentru substanțe necomestibile.

238. **PAROTIDITĂ EPIDEMICĂ*** (cf. gr. *parotis* sin. „oreion”) → OREION.

239. **PAROXISM** (cf. gr. *paroxysmos* — sin. ATAC; CRIZĂ; PUSEU) ● Intensitate maximă a unei senzații, stări afective, tulburări sau a unei boli, în general. Termenul este utilizat pentru simptome sau boli care revin periodic → ACCES.

240. **PAROXISM EEG** ● Grup de grafoelemente care se diferențiază de traseul activității de fond, prin amplitudine, frecvență și morfologie. Durata este scurtă, iar apariția și sfîrșitul sînt bruște. Semnificația paroxismului EEG nu este totdeauna patologică, putînd apărea și în circumstanțe normale → EEG.

241. **PAROXISTICĂ** — hemicranie (cf. gr. *paroxysmos*; *hemi* „pe jumătate”; *kranion* „craniu”). Cefalee severă, unilaterală, care apare de obicei sub formă de criză bruscă în timpul zilei, avînd o durată scurtă. Este însoțită de creșterea perioadei de somn și, după unii autori, este expresia „blocării” somnului REM. Originea ei pare să fie vasculară. Se asociază cu cefalee acută morfeică repetată și cu disomnii.

242. **PARPON**^(M) Japonia — DCI *Benactizină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-die-

tilaminoetil benzilat, cu acțiune anxiolitic-sedativă medie, dar cu bune efecte anticolinergice centrale și periferice. Este util a se cunoaște acțiunea sa proconvulsivantă, cît și interdicția consumului de alcool în timpul tratamentului.

243. **PARROT** — paralizie ● Pseudoparalizie, rezultat al necesității de a menține membrul imobil (uneori în scop antalgic) în cadrul unor leziuni articulare sau osoase.

244. **PARSIDOL**^(M) Elveția; **PARSITAN**^(M) Canada; **PARSOTIL**^(M) Spania — DCI *Profenamină* ● Neuroleptic sedativ, derivat aminofenotiazinic sin. → **PARDISOL**^(M) Franța.

245. **PARSONAGE-TURNER**^(B) sindrom ● Sindrom descris de PARSONAGE și TURNER, exprimat clinic prin dureri atroce și persistente la nivelul umărului, însoțite sau nu de hipoestezie cutanată și durere la compresiunea maselor musculare. Substratul anatomo-patologic constă în atrofierea neurogenă periferică a mușchilor inervați de plexul brahial.

246. **PARSONS Talcott** (1902—1979) ● Sociolog american. După studiile efectuate la Londra și Heidelberg, a funcționat ca asistent la catedra de sociologie din Harvard, apoi conferențiar (1931—1944) și, ulterior, profesor titular. A fost puternic influențat în concepțiile sale de psihanaliză. Opinia sa că subiectul social se orientează în funcție de valorile pe care le alege drept criterii de ierarhizare în alcătuirea unui sistem de referință în care integrează situațiile de viață, i-au permis o orientare deschisă fie către colectivitate, fie către individ, în funcție de o serie de parametri ca: neutralitatea sau participarea afectivă, specificitatea sau neclaritatea atitudinilor etc. El a descris anxietatea legată de anumite roluri și statute în raport cu determinările sociale.

Dintre lucrările sale pot fi citate: „Structura acțiunii sociale” (1937), „Familia, socializare și interacțiune” (1955), „Structura socială și personalitatea” (1963).

247. **PARSTELIN**^(MC) Anglia, Australia, Franța sin. → **PARMODALIN**^(MC) Italia.

248. **PARTENOFILIE** (cf. gr. *parthenos* „fecioară”; *philia* „dragoste”) ● Perversiune sexuală constînd în atracția morbidă, homo- sau heterosexuale, față de adolescente → PERVERSIUNI SEXUALE.

249. **PARTENOFOBIE**^(F) (cf. gr. *parthenos*; *phobos* „frică”) ● Teamă nejustificată de și pentru adolescente; posibilitățile de manifestare pot fi homo- sau heterosexuale.

250. **PARTICIPARE** (cf. lat. *participare* „a lua parte”) ● Acțiuni pe care individul (grupul) le întreprinde în vederea realizării unei activități. Pentru Lévy BRUHL, participarea se referă la relația în care gândirea primitivă presupune că se află două ființe considerate fie ca parțial identice, fie ca aflându-se una sub influența celeilalte, fără să existe o conexiune inteligibilă, reală, între cele două ființe. Pentru PIAGET, participarea se referă la credința difuză a copilului egocentric în existența unor legături între propria lui persoană și obiectele lumii exterioare. Această credință se datorează iluzii că aștri „ne urmează”, efectuează aceleași deplasări ca și subiectul, fiind legați de acesta prin legături inesizabile, dar reale. Acest mod de a gândi caracterizează egocentrismul, animismul și artificialitatea copilului. Participarea apare, în acest sens, mai mult ca un mod de a simți, decât ca un mod de a gândi.

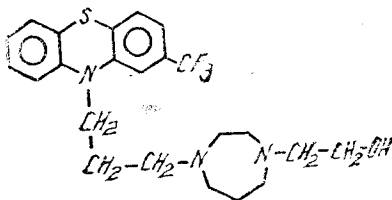
251. **PARTICULAR** (cf. lat. *particularis* „particular, parțial”) ● Categorie filozofică strâns corelată dialectic cu generalul și singularul, reprezentând o treaptă intermediară. În planul realității, particularul rezolvă sub aspect ontologic relația dintre categoriile corelate, întrucât orice formă concretă de existență, accesibilă experienței, are statutul particularității. Generalul nu există în sine, desprins de lucruri ca o esență ipostaziată, ci numai prin particular — care manifestă sau înfățișează generalul într-o formă specifică împreună cu elemente și caracteristici variabile, accidentale. Pe de altă parte, orice fapt sau eveniment singular (deci orice poate fi privit ca entitate distinctă) posedă și unele atribute de ordin general, comune clasei sau genului din care face parte, neavând statutul absolutei unicătăți. Confirmată de transformările lor reciproce în procesul devenirii, relația dialectică dintre general, particular și singular este reflectată și în dezvoltarea cunoașterii; aceasta reprezintă ridicarea prin conceptualizări succesive, tot mai cuprinzătoare, de la singular prin particular la general și, totodată, explicarea cazurilor și evenimentelor singulare prin prisma particularului și a generalului.

252. **PARTICULARITATE** (cf. fr. *particularité*) ● Definește modelul particular, considerat ca atare. După EYSENCK, în psihologie, particularitățile psihice sînt studiate la nivelul trăsăturilor și al tipurilor și sînt modelate categorial de psihologia persoanei și diferențial de psihologia diferențială.

■ 253. **PARY³ simptom** ● Complicație tardivă a tratamentului neuroleptic prelungit, constînd în apariția unui „sîndrom Gilles de la Tourette incomplet” (1979), constînd în coprolalie, tulburări în articularea cuvintelor, criză paroxistică

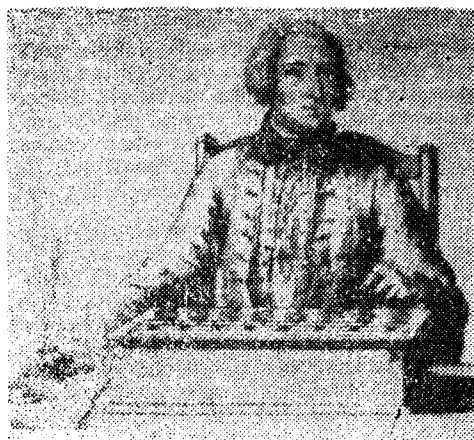
de cripit. Diskineziile orobucale și masticatorii sînt absente, ca și mișcările involuntare ale extremităților.

254. **PASADEN^(M)** Belgia, Italia, RFG — DCI *Homofenazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat homopiperazinil alkifenonitiazinic de tip hexahidro-4-1 3-2-(trifluorometil)fenotiazin-10-11/-propil-1H-1,4



-diazepin-1-etanol, cu acțiune sedativ-anxiolitică moderată, indicat în distonii neurovegetative și psihosomatice. Practic, nu are contraindicații.

255. **PASCAL** Blaise (1632—1662) ● Matematician, fizician, scriitor și filozof francez. Are contribuții în domeniul fizicii (legea lui Pascal), geometriei (teorema lui Pascal), algebrei, analizei matematice, calculului probabilităților. A inventat o mașină de calcul, în 1642. În ultima parte a vieții (1654), a renunțat la cercetările științifice, retrăgîndu-se la mînăstirea jansenistă Port-Royal și s-a preocupat de probleme ale moralei și filozofiei. Aici a conceput celebrele „Scrisori provinciale” (1656—1657), în care denunță cu vigoare logică „cazuistica” iezuiților. Gîndirea sa filozofică oscilează între raționalism și scepticism, între știință și religie.



Blaise Pascal

PASCAL a opus speculațiilor scolastice o serie de condiții logico-metodologice ale cercetării științifice. În „Cugetările” sale, publicate postum, în 1670, a încercat să facă o apologie a religiei creștine, dovedindu-se un fin observator al sufletului uman. El este autorul vestitului „pariu”, potrivit căruia „dacă Dumnezeu nu există nu pierdem nimic, iar dacă există câștigăm totul”. Deși recunoaște slăbiciunile iremediabile ale omului, PASCAL îi proclamă superioritatea ca ființă înzestrată cu gândire: „Omul nu este decât o trestie, cea mai fragilă din natură, dar este o trestie gânditoare”.

PASCAL se opunea mărginirii raționale și mecaniciste a timpului, consacrand „spiritul de finețe” menit să compenseze „spiritul de geometrie” și piedind pentru aprecierea afectivității ca dimensiune valorică. Existențialismul contemporan a preluat ca atare „logica inimii”, proclamată de PASCAL, iar „etica valorilor”, în special a lui M. SCHELER, își are surse, de asemenea, în „logica inimii”.

256. PASCALIUM^(M) Grecia — DCI Bromazepam ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-brom-1,3-dihidro-5-(2-piridil)-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică, sedativ-hipnotică, miorelaxantă și cu valențe antidepressive. Atenție la administrarea la vîrstnici și conducători auto.

257. PAS DEPRESS^(M) Canada — DCI Hidroxi-zin ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 2-12-14-(p-clor- α -fenilbenzil)-1-piperazinil-etoxil/etanol, cu acțiune sedativă centrală, antihistaminică și anxiolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de HIDROXIZIN^(M).

258. PASEISM (cf. fr. *passé* „trecut”) ● Concepție orientată nostalgic spre trecut, pe care îl idealizează cu pioșenie ca pe un timp edenic sau eroic, minimalizînd prezentul — privit hiper-critic ca decadentă meschină și vulgară. Proprie romantismului și unor orientări conservatoare din filozofia istoriei, concepția paseistă preconizează frînarea progresului și întoarcerea societății la epoci revolute (orînduirea patriarhală, evul mediu etc.).

259. PASEM^(MC) Argentina ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, cu aceeași acțiune, care se completează :

- CLORDIAZEPOXID^(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic ;
- MEPROBAMAT^(M) — tranchilizant, derivat propandiolic.

Are acțiune anxiolitic-sedativă.

260. PASIOFILIE (cf. lat. *passio* „suferință” ; gr. *philia* „dragoste”) ● Masochism homosexual → PERVERSIUNI SEXUALE.

261. PASIONAL^(D) delir (cf. fr. *passionnel*) ● Delir descris de G. G. de CLÉRAMBAULT, care se dezvoltă după o axă ideo-afectivă și pasională, caracterizîndu-se prin exaltare, idei prevalente, care subordonează întreaga activitate psihică, și pă-



trunderea într-un sector al realității în care se edifică un sistem bine structurat. Delirul pasional presupune existența unui nucleu afectiv și a anumitor trăsături specifice de personalitate. Tulburările timice, producția halucinatorie, depersonalizarea sînt elemente care, alături de ideile delirante referitoare la personaje și evenimente nereale, întregesc tablourile clinice ale acestor deliruri. Delirurile pasionale cele mai frecvente sînt cele de gelozie și cele erotomanice. Diagnosticul diferențial, datorită tematicii și unei înfinități de posibilități în interrelaționarea umană, este deosebit de dificil, comparativ cu alte deliruri.

262. PASIUNE (cf. fr. *passion* : vezi lat. *passio*) ● Formă superioară de afectivitate, cu caracter intens și durabil, canalizînd factorii intelectuali și întreaga activitate a individului în direcția unui scop (obiect) material sau spiritual. Emoție prelungită și intelectualizată, după RIBOT, „evenimente trăite în funcție de un sistem conștient de afecte”, după H. EY, pasiunea are la origine o tendință predominantă și în general exclusivă, cu acțiune directoare asupra conduitei și judecării.

Pe axa normal-patologic-ului putem găsi :

- forme minore de pasiune, cum ar fi pasiunea pentru anumite persoane, jocuri, drog, conduite sexuale ;
- forme majore sau conduite pasionale, ce pot atinge intensități paroxistice patologice : crize, stări, deliruri sau psihoze pasionale.

Luând în considerare valorizarea socială a pasiunii, aceasta poate fi pozitivă, ca rezultat al sublimării și socializării tendinței originare (de exemplu, pasiunea pentru profesie), sau negativă, în acest caz atingerea obiectului, scopului pasiunii implicând conduite antisociale sau încălcarea normelor și legilor în vigoare.

263. PASIONAT — tip de personalitate (cf. fr. *passionné*) ● În caracteriologia lui HEYMANS, WIERSMA, LE SENNE, este tipul emotiv-activ secundar. Tipul pasionat este hiperactiv, concentrându-și resursele în vederea atingerii scopurilor propuse, este captativ, tinzând să-și impună personalitatea, este exclusivist în atitudini, sentimente, judecăți, tinde permanent să domine, este egocentric și, nu rareori, narcisic. Tipul pasionat este puțin predispus la boli psihosomatice. Hiperactivitatea îl poate duce la stări de epuizare fizică și psihică. Predispoziția morbidă spre schizofrenie sau paranoia este dată de factorul de secundaritate care determină un răspuns, o reacție amînată și elaborată. Reprezentantii istorici ai tipului pasionat ar fi : Napoleon, Goethe, Zola, Hegel, Descartes, Nietzsche.

264. PASIVISM (cf. lat. *passivus* „susceptibil să sufere, să suporte”) ● Tendința de a suporta cu stoicism, fără opoziție, suferința, chiar obținerea unei plăceri din această suferință fizică sau psihică → MASOCHISM.

265. PASIVITATE (cf. lat. *passivus*) ● Dispoziție psihică presupunînd un anumit grad (mai mare sau mai mic) de indiferență afectivă față de toate influențele ambientale, atrăgînd după sine diminuarea spontaneității răspunsului față de orice eveniment exterior. Ea poate implica, în grade diverse, și o scădere a capacității de judecată, a autocriticii și a inițiativei. Acestea nu sînt însă obligatorii : în anumite cazuri, ele se păstrează în limite normale, conducînd la o trăire penibilă de către subiect a unei stări de inferioritate. Pasivitatea se înfățișează în mai multe circumstanțe psihopatologice :

- la debiliz mental și în stările de regresie pe fondul involuției, pasivitatea creează un mare grad de sugestibilitate, ceea ce poate avea consecințe medico-legale : atragerea debilizilor mental în comiterea unor acte delictuale, semnarea (la sugestia unor persoane răuvoitoare) de către subiecții grevați de o

stare dementială (și deci lipsiți de discernă-mînt) a unor acte care le aduc prejudicii etc. ;

- în cazul pacienților cu depresie majoră (în special stupor melancolic), pasivitatea apare în cadrul dezinteresului total față de ambianță și al repelierii în propria durere morală ;
- în schizofrenie, pasivitatea fizică motorie poate apărea în contextul stărilor catatonice.

În 1956, BALVET a descris sindromul de pasivitate apărut în urma tratamentului neuroleptic, după remiterea agitației psihomotorii și a trăirilor halucinator-delirante. În cazul acestor bolnavi, pasivitatea nu se datorează numai tratamentului neuroleptic, ci și condițiilor de spitalizare care rup subiectul de ambianța lui normală. Sindromul este remisibil prin psihoterapie și ergoterapie. Pasivitatea poate apărea și ca o atitudine voluntară, conștientă, a unui subiect aflat într-o situație psihotraumatizantă puternică, de mare răsunet afectiv. În psihostenia decompensată, în stările confuzionale, în deteriorarea mintală secundară toxicomaniei, pasivitatea poate constitui un corolar simptomatologic.

266. PASIV-AGRESIV — tip de personalitate ● Achiziție recentă a descrierilor psihopatologice (DSM III, 1980) definită printr-un cortegiu simptomatic, în următoarea suită :

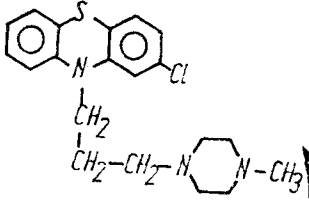
- opoziție la exigențele necesare în mod obișnuit pentru obținerea performanțelor adecvate atât în activitatea socială, cît și în cea profesională ;
- opoziție exprimată indirect prin cel puțin două din următoarele atitudini : tergiversare, trîndăvie, încapățînire, ineficiență voită, „uitare” ;
- ineficiență profundă și prelungită (care nu permite de obicei avansarea) ;
- persistența acestui model comportamental, chiar în circumstanțe în care afirmarea de sine și eficiența ar fi posibile ;
- nu întrunește criteriile pentru alte tulburări de personalitate și nici pentru opoziționismul survenit pînă la vîrsta de 18 ani.

Menționăm prezența unora din trăsăturile amintite în cadrul altor structuri dizarmonice de personalitate (astenică, personalitate dizarmonică antisocială, personalitate dizarmonică de tip depresiv). Subliniem dificultățile de integrare socio-familială a acestui tip dizarmonic care este adesea o povară și un factor de stres și pentru ceilalți membri ai comunității.

267. PASIV-DEPENDENT — tip de personalitate → ACTIV-PASIV.

268. PASOTOMIN^(M) Japonia — DCI *Prochlorperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat de tip 2-clor-10-13-(4-metil-1-

piperazinil)propilfenotiazină, cu acțiune antipsihotică, sedativă, antiemetică, cu valențe antivertiginose și antispasmodice. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de EMETIRAL^(M).



269. PATAU^(S) sindrom — sin. „D”^(S) sindrom; PATAU-SMITH^(S) sindrom; PATAU-SMITH-THERMANN^(S) sindrom; TRISOMIE D; TRISOMIE D 13—15; TRISOMIC 13—15^(S) sindrom. ● Sindrom plurimalformativ genetic (există un cromozom supranumerar la grupa 13—15 D), descris de K. PATAU și W. D. SMITH, în anul 1960.

Din punct de vedere clinic, se caracterizează prin anomalii cranio-faciale (arinencefalie, microcefalie, buză de iepure cu sau fără palatoskizis, urechi malformate), anomalii neuropsihice (întârziere mintală, accese convulsive mioclonice, hipertonie generalizată, crize de apnee și cianoză), anomalii oculare (opacifieri corneene, microoftalmie), anomalii ale extremităților (flexie palmară permanentă a degetelor, poli-sau sindactilie, picior în formă de „piolet”), anomalii dermatoflice (pliu transvers uni- sau bilateral, supraelevarea triradiusului axial în „t”, arc transvers de la haluce la marginea externă a piciorului). Tulburările biochimice și hematologice constau în prezența hemoglobinei embrionare Gower II și persistența hemoglobinei fetale.

DEABORN a descris o formă clinică particulară — „sindromul analgeziei congenitale” (insensibilitatea la durere), caracterizată prin insensibilitate la excitanții dureroși superficiali și profunzi, cu conservarea sensibilității tactile și termice. Se pot asocia și alte simptome (întârziere mintală, ulceratii cutanate, fracturi repetate, deformații scheletice). Evoluția și prognosticul sînt nefavorabile (70—80% din bolnavi mor în primele șase luni de la naștere).

270. PATERGASIE (cf. gr. *pathos* ; *ergasia* „muncă, energie”) ● Termen folosit în psihobiologia lui A. MEYER pentru a desemna tulburările de comportament provocate de o afecțiune organică.

271. PATERN — complex (cf. lat. *paternus* „al tatălui”) ● Termen folosit de FREUD pentru a desemna o dimensiune majoră a complexului Oedip : relația ambivalentă cu tatăl. Termenul este

folosit uneori cu un sens particular, care pune în evidență relația fiicei cu tatăl, relație ale cărei aspecte din copilărie generează ulterior tulburări nevrotice. Practic, conținutul termenului de „complex patern” se include în complexul Oedip (→ OEDIP — complex).

272. PATERNALISM (cf. fr. *paternalisme* : vezi lat. *pater* „tată”) ● Protecție, protejare, tutelare excesivă, cu tendința de a subordona complet — de a „sufoca” — propriul copil, cu motivare reală sau imaginară, printr-o dragoste și grijă excesivă. Exerciță o influență negativă asupra evoluției celui supus acestei „prea mari afecțiuni”. Este frecvent întâlnit în cazul părinților copiilor suferinzi de boli psihice, avînd o influență nefastă.

273. PATETIC (cf. gr. *pathetikos* „sensibil”) ● Modalitate de manifestare exagerată care provoacă emoții puternice, pînă la zguduire sufletească, spirituală. A fi patetic sau a avea patos conduce la a exterioriza stări emoționale intense, contagioase, pe care ceilalți le preiau, indiferent dacă cel ce le transmite are sau nu această intenție. Fiind o înclinație spre emoții accentuate, patetismul este considerat o exagerare afectivă, mergînd pînă la fals, deci disonantă față de realitate și opusă autenticității. Personalitatea isterică dispune de o mare capacitate de trăiri patetice, dar și de intrare într-o stare emoțională exagerată, datorită sugesibilității, a imitației.

274. PATETISM (cf. gr. *pathetos* „referitor la suferință”) ● Tendință spre o emoționalitate exagerată, care se vrea propagată și la alții (POPESCU-NEVEANU) ; fără a avea semnificație patologică, oferă indicații asupra personalității subiectului.

275. PATICUS (cf. gr. *pathetikos* „care ră-mîne pasiv”) → PERVERSIUNI SEXUALE.

276. -PATIE (cf. gr. *pathos* „suferință, boală”) ● Element de compunere care introduce referirea la o stare de boală (pneumopatie, hepatopatie, psihopatie etc.). Are un sens prea larg, care generează confuzii.

277. PATIMĂ (cf. gr. *pathema* „suferință, nenorocire”) ● Termen echivalent cu pasiunea, dar implicînd conotații negative (pasiune cu caracter distructiv sau autodistructiv). Sugerează, mai mult decît pasiunea, caracterul dominant absolut al trăirilor emoționale. Satisfacerea trebuinței trebuie să se producă rapid, aproape imediat. Individul este mai activ în căutarea plăcerii determinate de obiectul patimii, trăirea frustrării este intensă și se poate manifesta agresiv. Dacă în pasiune individul poate să-și amîne satisfacția, în patimă acest lucru se întîmplă mai greu. Desigur, între pasiune și patimă nu există deosebiri importante,

cele descrise mai sus fiind dependente, de cele mai multe ori, de diferențele individuale și de obiectul patimii → PASIUNE.

278. **PATO-** (cf. gr. *pathos* „încercare, experiență”) ● Element de compunere care introduce semnificația de boală.

279. **PATOFOBIE^(F)** (cf. *pato-*; gr. *phobos* „frică”) ● Teamă exagerată de boală, de suferință prin îmbolnăvire. Este o fobie condiționată în copilărie de teama de tratamente medicale primate ca o consecință a bolii sau chiar ca o parte a acesteia. La adult, este expresia unei supraevaluări a propriei persoane, precum [și a unor trăsături narcisistice și a imaturității unor structuri de personalitate.

280. **PATOGEN** (cf. *pato-*; gr. *gennan* „a produce”) ● Element, agent, situație, factor, capabil de a produce o boală.

281. **PATOGRAFIE** (cf. *pato-*; gr. *graphein* „a scrie”) ● Termen introdus de JASPERS pentru a defini lucrările biografice care au următoarele scopuri:

- de a înțelege genetic și descriptiv evenimintele psihopatologice, în aspectele legate de părțile interesante ale personalității;
- de a înțelege care este importanța unor fenomene psihopatologice, în explicarea genezei unor lucrări de artă deosebite sau a unor activități social-politice.

Pericolul vulgarizării și al interpretărilor eroante este evident. Acest lucru se întâmplă mai frecvent când patograful are cunoștințe de psihologie reduse sau este lipsit de cunoștințe artistice, istorice corespunzătoare, se documentează superficial sau este lipsit de un orizont filozofic.

Deși istoria psihiatriei este bogată în patografii deosebit de interesante, unele ale unor suferinzi psihici care le-au fost pacienți direcți autorilor respectivi, absolutizarea metodei și realizarea de portrete patografice cu orice preț, duc la rezultate caricaturale. Același lucru este perfect valabil pentru „unele analize” făcute unor celebriități, multe dintre ele trăind cu decenii sau secole anterior părintelui psihanalizei și discipolilor săi. În acest sens, o serie de lucrări despre Isus, Van Gogh, Eminescu, Rousseau, Ioana d'Arc, precum și lucrările lui CABANIS oscilează între arbitrar și confuzie, K. LEONHARD, în contrast cu lucrările citate, reușește o serie de analize deosebite în descrierea personalităților accentuate din literatură. Mai pot fi citate cele despre Hölderlin (LANGE), pictorul Hugo von Dergoes (DUPRÉ) etc.

282. **PATOLOGIE PSIHIATRICĂ** (cf. *pato-*; gr. *logos* „cuvânt, discurs”) ● Ansamblu al tulbură-

rilor psihice, care, grupate în sindroame și corelate cu alte semne sau sindroame somatice, reprezintă expresia clinică a bolilor mintale.

După criteriul etiopatogenic, patologia psihiatrică s-ar împărți în afecțiuni organice (care cunosc o determinare internă sau externă, producând modificări de tip lezional la diferite niveluri ale sistemului nervos central) și afecțiuni sau boli funcționale (cărora nu li se poate evidenția un substrat organic la ora actuală).

După criteriul intensității, patologia psihiatrică ar recunoaște următoarele niveluri (în raport cu gradul de percepere și de inserție în sistemul realității): nevrotic, psihotic, demențial. Fiecare dintre aceste niveluri recunoaște o serie de particularizări, iar limitele de intensitate în evoluția unui semn, sindrom sau chiar a unei boli nu sînt fixe, ci mobile.

Patologia psihiatrică se delimitează prin obiectul său de normalitate, în raport cu care se definește. Normalitatea poate fi concepută ca o istorie echilibrată a individului, în care acesta poate face față cerințelor statutului și rolurilor sociale pe care le îndeplinește, armonizându-se în structura microgrupurilor din care face parte și adaptîndu-se variațiilor factorilor de mediu. A fi normal înseamnă a păstra, cel puțin în relația socială, un echilibru optim funcțional și a putea sesiza acele concesii care sînt necesare pentru ca grupul social să rămîină în parametri săi obișnuiți de funcționalitate. Patologicul înseamnă o modificare a statutului de interrelaționare a individului. Patologia se definește și ca o coborîre adaptativ-funcțională de la un nivel atins anterior de individ, către o treaptă inferioară, în care planul performanțial este diminuat.

Introducerea în psihiatrie a conceptului de normalitate, a ideii de normă, pare să clarifice întrucîtva problematica psihiatriei, specialitate diacritică (H. EY), pentru care diferența normal/patologic reprezintă principalul obiect de lucru.

Normalul ca normă statistică nu este semnificativ decît parțial în cadrul psihiatriei, abaterile de tip cantitativ fiind pe al doilea plan față de cele calitative. Dificultatea sporește atunci cînd anormalitatea, patologicul sînt reprezentate de un amalgam complicat de abateri cantitative și calitative, care, sumate, alcătuiesc un tablou clinic distinct. Analiza normalității psihice, a psihismului văzut ca un „multiplex”, implică nu numai corelații biologice, ci și sociale, culturale, epistemologice și dinamice. Sîntem încă departe de a ști ceva despre „normalitatea” unei fațete importante a psihismului — inconștientul (cum trebuie să fie visul normal?). Desigur, limita normal-patologic este extrem de complicată, interferențele și imixtiunile celor două domenii fiind un împrevizibil labirint. Nici un univers nu este mai greu de analizat decît psihismul, și nici o nebuloasă

mai complicată decât individul, orice încercare de standardizare lovindu-se de un previzibil eșec. Acest nisip mișcător, pe care este schițată fragila graniță dintre două sisteme, unul căutînd să-și crească, celălalt să-și scadă în permanență nivelul organizațional sau poate entropia informațională, este locul de neliniștită dilemă și de decizie al psihiatrului. Definiția dată de MARX bolii, „viața îngrădită în libertatea ei”, înțelegîndu-se prin aceasta nu numai aspectele strict biologice, ci și cele sociale și existențiale, își găsește o ilustrație particulară în psihiatrie.

Existența biologică impune un grad înalt de organizare și structurare, procesul de diagnosticare, de descriere a patogenezei nu este decât obiectivizarea lezării acestei ordini, a dezintegrării ei la nivel sistemic și subsistemic (organ, țesut, celulă), a atingerii „logicii viului” (Fr. JACOB). Boala este un „defect” în organizarea terenului pe care se înscrie textul vieții.

Patologia psihiatrică generează o permanentă limitare a individului nu doar în libertatea sa de acțiune (așa cum face cel mai adesea boala somatică), ci în însăși libertatea sa de ființare care se exprimă pe sine în umanitatea sa. Boala psihică este o „implozie”, o prăbușire în interior, o alunecare în imaginar, de care individul nu se poate desprinde pentru a se reinsera în sistemul de repere a lumii reale. Bolnavul este „un prizonier al răspîntiilor” (Michel FOUCAULT), nemaiputînd să aleagă sau să se direcționeze atît timp cît ansamblul relațiilor logice și sociale i se pare o rețea implacabilă, care îl constrînge și îl înfricoșează.

Faptul psihopatologic este desigur mai greu sesizabil decât o rană sau o anomalie biochimică, dar percepția lui de către specialist se va face după aceleași reguli ale cunoașterii diferențiale, manifestîndu-se de asemenea ca o tulburare a organizației, ca o descompunere.

Boala psihică se obiectivează prin fizionomii tipice ale anumitor tipuri de existențe, de conduite, de idei, de credințe, ce contrastează cu uniformitatea și conformismul celor ale comunității, apărînd și celorlalți, nu numai psihiatrului, ca deosebite. Din acest fond comun de fapte, psihiatrului îi revine dificila sarcină de a le alege pe cele aparținînd sferei psihiatriei. Făcîndu-și descifrabile semnele dezorganizației vieții psihice, psihiatrul trebuie să caute, în paralel, să descopere gradul lor de semnificație profunzimea acestei dezorganizații. Mai mult, boala poate apărea ca o paradoxală organizare, în sensul dezorganizației, o reorganizare la un nivel inferior al psihismului. Ansamblul acestor dezorganizații, care proiectează ființa dincolo de limitele normalității, sînt realități obiective, ca orice alte „semne patologice”. O ființă desprinsă de real, invadată de imagini neliniștitoare sau înspăimîntătoare, lipsită de

puterea de a discerne sau prăbușită în abisul depresiei, lipsită de libertatea fundamentală și elementară, aceea a realității, acesta este punctul de convergență în care conceptul devine realitate clinică. Acesta este locul unde psihiatrul își exercită nobila misiune de vindecător.

283. PATOMIMIE (cf. *pato-*; gr. *mim(e)ia* „imitare”) ● Denumire introdusă de DIEULAFOY pentru a desemna imitarea, mimarea de către subiect a simptomatologiei unei boli fizice și/sau



psihice, fenomen încadrat în trecut în pitiatism. Termenul are astăzi o utilizare redusă. Patomimia poate apărea și în sfera normalului, la copii care, în mod inconștient, imită ceea ce văd la persoanele din anturaj. Ea este relativ frecventă la pacienții spitalizați, mai ales în serviciul de psihiatrie, unde subiecții cu afecțiuni mai puțin grave mimează semnele unor afecțiuni mai grave (avînd modelele în apropiere), pentru a beneficia de o mai mare atenție din partea personalului. Este mai ales cazul personalităților cu prag scăzut la frustrare și cu o mare sugestibilitate.

Patomimia apare la debilizii mințal cu discernămint, simț autocritic scăzut și mare sugestibilitate, precum și la personalitățile histrionice, care reclamă mereu atenție și solicitudine în contextul „foamei lor afective”. Atunci cînd la patomimie se recurge în scopul obținerii unor avantaje materiale, ea trece în sfera simulației.

284. PATOMIMIE AUTOMUTILANTĂ ^{sln.} → CO-SYNS-DURET⁽⁸⁾ sindrom.

285. PATOMORFOZĂ (cf. *pato-*; gr. *morphe* „formă”) ● Termen introdus de W. HELLPACH (1929) pentru a descrie modificarea manifestărilor clinice și morfologice ale bolilor, în comparație cu descrierile inițiale sau cu descrierile clasice,

sub influența factorilor de mediu socio-culturali. Odată cu apariția mijloacelor moderne de tratament și, mai ales, după revoluția terapeutică declanșată de descoperirea neurolepticelor, antidepressivelor și anxioliticelor, nevoia descrierii patomorfozei principalelor entități a devenit mult mai acută. Studiul patomorfozei duce la introducerea de criterii noi și corecții, atât în domeniul diagnosticului, cât și în cel al nosografiei. În acest context, sînt de menționat numeroasele discuții și corective generate de bolile afective, aspectele transculturale și dezvoltarea unei întregi ramuri de studiu a acestora (etnopsihiatria). Apariția de sindroame „decapitate”, sub influența terapiei moderne, a ridicat probleme deosebite sindromologiei, căreia de altfel i s-au adăugat numeroase corective moderne. Studiul patomorfozei oferă psihiatrului nu numai cheile diagnosticului modern al bolilor psihice, ci și un fascinant domeniu de cunoaștere a felului în care boala psihică se definește în trinomul factorilor bio-psiho-sociali.

286. **PATOPLASTIE** (cf. *pato-* ; gr. *plassein* „a modela”) ● Caracteristici de manifestare ale uneia și aceleiași boli la bolnavi diferiți ; este dependentă de tipul și structura personalității.

287. **PATOPSIHOLOGIE** (cf. *pato-* ; gr. *psyche* „suflet” ; *logos* „cuvînt, discurs”) ● Termen construit prin asonanță și folosit de P. POPESCU-NEVEANU pentru a desemna psihopatologia. Nu are circulație.

288. **PATRIARHAT** (cf. lat. *pater* „tată” ; gr. *arhe* „autoritate, conducere”) ● Sistem de organizare socială caracteristic societăților primitive, care succede, odată cu epoca bronzului, matriarhatul. Specific marilor familii tribale, întemeiate și conduse de către un singur șef de sex masculin, patriarhatul se instituie atât la populațiile pastorale, cât și la cele de agricultori, atunci cînd ponderea masculină, în procesul de producție dominat de aceste ocupații fundamentale pentru existența materială, devine hotărîtoare. Superior și prin atribuțiile sale războinice, bărbatul — fondator de familie și comunitate — dobîndește o poziție predominantă ; filiația se stabilește patrilineară, în vreme ce grupul devine patrilocal. Redusă la activități secundare în cadrul gospodăriei casnice, femeia devine obiect de stăpînire a patriarhului, a cărui familie cuprinde mai multe soții, copii, sclavi și sclave. Odată cu apariția și consolidarea societății împărțite în clase, sistemul patriarhal de organizare socială pe bază de filiație este înlocuit treptat cu structura socială determinată de relațiile de proprietate individuală, pe grupe familiale restrînse ; în acest context, marile familii congenere suferă un proces de dezagregare, fiind înlocuite cu familii monogame nucleare.

289. **PAVLOV Ivan Petrovici (1849—1936)** ● Psihofiziolog rus, urmează Facultatea de Științe din Petersburg, secția de științe naturale. Din 1874 urmează Academia Medico-Militară. Cercetările în domeniul fiziologiei le efectuează între 1884—1886, la Leipzig, în laboratorul fiziologului Karl LUDWIG, ulterior la Breslau, cu Rudolf HEIDENHEIM. Din 1890 este numit profesor la



Ivan Petrovici Pavlov

Facultatea din Tomsk, iar din 1891, la cea din Varșovia. În 1892 devine profesor al Institutului de Medicină Experimentală din Petersburg. În 1904 primește Premiul Nobel pentru fiziologie și medicină, datorită cercetărilor asupra secrețiilor digestive. Își continuă lucrările în Laboratorul de medicină experimentală de la Koltuci, lângă Leningrad. Cercetările sînt continuate de elevii săi : KRESTOVNIKOVA, EFROFEENA, ROSENAL, RIHMAN, PETROVA. Numele savantului rus rămîne legat de studiul reflexului condiționat, opus celui înnăscut, ce stă la baza celor mai complexe fenomene fiziologice, care pot fi reductibile la un ansamblu de asemenea reflexe. Cercetările au avut unele aplicații practice, printre care cea mai celebră este nașterea fără dureri. Studiile sale asupra fiziologiei sistemului nervos central sînt dominate de accentul pe care îl pune asupra tulburărilor funcționale determinate de dereglarea centrilor nervoși, în opoziție cu teoria patologiei de laulare a lui VIRCHOW.

PAVLOV descoperă o serie de legi ale activității nervoase superioare: legea sumării excitațiilor, legea activității reflexelor condiționate, legea stărilor fizice, legea indierii și concentrării proceselor nervoase, legea inducției reciproce, legea discriminării și generalizării stimulilor condiționali. Aduce o contribuție în marea problemă a bolilor psihice, prin elaborarea teoriei asupra nevrozelor experimentale.

290. PAVLOV^s simptom ● Simptom descris și explicat de I. P. PAVLOV la bolnavii catatonici, care își păstrează mutismul atunci când examinătorul li se adresează cu voce obișnuită, dar răspund la întrebările formulate cu voce șoptită sau foarte coborâtă. Explicația autorului este legată de prezența fazei de excitație ultraparadoxală a scoarței, la bolnavii schizofreni.

291. PAVLOVISM ● Concepția lui I. P. PAVLOV privind activitatea sistemului nervos central, fundamentată (I. STAMATOIU) prin interpretarea unității funcționale a organismului și a relațiilor dintre organism și mediu.

292. PAVOR DIURN (cf. lat. *pavor* „spaimă, groază”) ● Criză de anxietate care se produce în mod nemotivat în cursul zilei, la copil. Termenul este puțin folosit, în ultima perioadă acest tip de tulburare nevrotică fiind, cel mai adesea, încadrat în sfera altor tulburări.

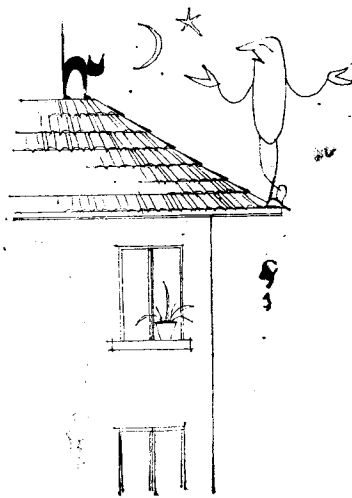
293. PAVOR NOCTURN (cf. lat. *pavor*) ● Manifestare paroxistică de tip anxios care apare în timpul nopții, mai frecventă la copii, comparativ cu adulții (KALES utilizează pentru forma prezentă la adulți termenul de incubus). Determinismul acestor crize nocturne („night terrors”) este, de regulă, psihogen, dar ele pot apărea și ca formă particulară a epilepsiei temporale. Din punct de vedere etiologic, SPARLIN (1969) diferențiază trei tipuri de pavor nocturn:

- tipul I sau „psihotic”, cu debut în primii ani de viață și evoluție care poate continua și la pubertate; a fost asociat frecvent cu tulburări ulterioare de caracter, perversiuni [sau chiar psihoze];
- tipul II, denumit și „traumatic”, este consecință a unor traume psiho-fizice;
- tipul III, „nevrotic”.

Este caracteristic pentru pavorul nocturn psihogen faptul că paroxismele nu sînt însoțite de modificări EEG, spre deosebire de pavorul ca formă a epilepsiei temporale, în care EEG prezintă anomalii de traseu, cu localizare bi-temporală.

Asimetriile emisferice, grafoelemente patologice de tip focal, identificate pe EEG, pot orienta diagnosticul etiopatogenic spre următoarele eventualități:

- etiologie organică de tip encefalopat;
- etiologie epileptică;



- etiologie funcțională dar „nepsihogenă” (spasmofilie, tulburări metabolice, parazi-toze intestinale, cu răsunet asupra electro-genezei cerebrale),

Incidența de apariție a pavorului nocturn este diferit apreciată, de diverși autori, DIATKIN considerînd că este vorba de „un fenomen banal”.

Clinic, pavorul nocturn asociat epilepsiei temporale se manifestă mai ales în a doua copilărie. Copilul se trezește brusc, prezintă o stare de agitație foarte puternică, spaimă, plîns care nu poate fi oprit. Crizele sînt scurte, sînt urmate de un somn profund și amnezie totală a episodului. Aspectele clinice sînt asemănătoare și pentru celelalte tipuri de pavor nocturn. Crizele apar în prima parte a nopții, de regulă la 15—30 minute după debutul somnului. Se manifestă printr-o tulburare de conștiință de tip crepuscular, în care trezirea este bruscă. copilul este cuprins de panică, prezintă mimică și gestică exprimînd starea de spaimă produsă de imaginile visate, mișcări dezordonate, automatisme complexe, producții verbale (suspine, gemete, strigăte), fenomene vegetative intense (congestie sau paliditate facială, transpirații, tahicardie, modificări respiratorii și de tensiune arterială). Frecvent apare plînsul, anxietatea marcată, stările halucinatorii sau con-

fuzo-delirante. Durata crizelor este de la 1—2 până la 20 minute, ele fiind urmate de amnezie. Se semnalează cazuri în care episodul se poate repeta de mai multe ori în decursul aceleiași nopți. Frecvent, crizele de pavor nocturn sînt însoțite de somnambulism. Acest automatism ambulator nocturn este, de fapt, o tulburare de conștiință de tip crepuscular, care apare în somn și se caracterizează prin executarea unor acte motorii complexe, inconștiente, urmate de amnezie totală. De regulă, se asociază cu manifestări de tip nevrotic.

Diagnosticul pozitiv presupune evidențierea nevrozei și a actelor motorii caracteristice, în ceea ce privește pavorul psihogen, și evidențierea anomaliilor EEG, în ceea ce privește pavorul asociat epilepsiei temporale.

Diagnosticul diferențial se poate face cu crizele de spasmofilie, parazitoză intestinală cu răsunset secundar cerebral, alte afecțiuni gastro-intestinale vegetații adenoide, alimentație în exces înainte de culcare, perioade de remisie a psihozelor reactive. În cazul pavorului psihogen, se apreciază o evoluție favorabilă, cu remisiuni în timp.

Terapia trebuie să fie etiopatogenică și individualizată. Ea presupune îndepărtarea factorului psihogen, îndepărtarea altor factori etiologici (asănare intestinală, terapie cu calciu și măsuri igienico-dietetice), utilizarea chimioterapiei (anxiolitice, hipnotice, antidepressive), psihoterapie, intervenția componentei educaționale.

294. PAVOREX^(M) Italia — DCI *Metilpentinol* ● Tranchilizant, derivat alkenic de tip 3-metil-1-pentin-3-ol, cu acțiune sedativ-hipnotică și miorezolutivă prin inhibarea transmisiei ganglionare.

295. PAX^(M) SUA — DCI *Meprobam* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol 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 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).

296. PAXATE^(M) Mexic — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

297. PAXEL^(M) Canada — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIAZEPAM^(M) România.

298. PAXIN^(M) Italia — DCI *Meprobam* ● Tranchilizant, derivat propandiolic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MEPROBAMAT^(M) România.

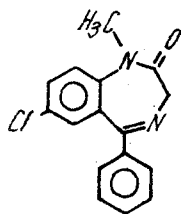
299. PAXIPAM^(M) SUA — DCI *Halazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-5-fenil-1-(2,2,2-trifluoroetil)-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxio-litic-sedativă.

300. PAXISTIL^(M) Belgia — DCI *Hidroxyzin* ● Tranchilizant derivat difenilmetan de tip 2-[2-(4-(p-clor- α -fenilbenzil)-1-piperazinil-etoxi)etanol], cu acțiune sedativă centrală, antihistaminică și anxio-litică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de HIDROXIZIN^(M).

301. PAXISYN^(M) Norvegia — 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).

302. PAXIUM^(M) Portugalia — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxio-litică, anticonvulsivantă 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).

303. PAXOR^(M) Belgia — DCI *Camazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2H-



-1,4-benzodiazepin-2-onă ester dimetilcarbamate, cu acțiune sedativ-anxiolitică. Contraindicații: miastenia gravis, intoxicații cu hipnotice și alcool.

304. **PAXTIBI**^(M) Spania — 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 decât amitriptilinei, dar cu efecte sedative mai modeste. Nu se asociază cu IMAO.

305. **PAXYL**^(M) Israel — DCI *Clorprotixen* ● Neuroleptic, derivat tioxantenic de tip 2-clor-N,N-dimetiltioxantena- $\Delta^{5,7}$ -propilamină, cu acțiune polivalentă: incisivă, sedativă, antihistaminică, antiemetică, colinolică și cu valențe antidepresive. Efectele secundare sînt mai modeste decât ale celorlalte tioxantene.

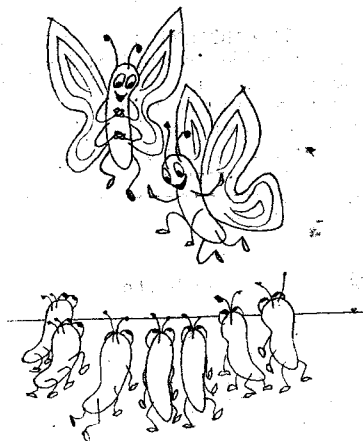
306. **PAZITAL**^(M) Spania — DCI *Medazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-1-metil-5-fenil-1H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică și ușor anxiolitică. Are o singură contraindicație: miastenia.

307. **PĂRINȚI** (lat. *parens* „părinte”) ● În sens restrîns, noțiunea desemnează cuplul mamă-tată (cuplul parental). În sens larg, noțiunea trimite la strămoși, antecesorii, persoane legate între ele prin legături de consanguinitate. Subînțeală de toți, dar conștientizată în mod real de puțini, legătura copil-părinți constituie actul fundamental în stabilirea relațiilor cu lumea, din momentul nașterii individului; ea reprezintă acea „relație obiectuală” esențială, după FREUD, în ontogenia ființei, în special în primii doi ani de viață. Atașamentul realizat biunivoc se instalează ca urmare a cedării-primirii unor conținuturi (mesaje) afective, care se dezvoltă continuu, cu satisfacții de ambele părți. Prin intermediul acestor relații primare, nou-născutul va începe să învețe și să asimileze noi cunoștințe, va cunoaște mediul înconjurător pornind de la trebuințe simple (satisfacerea foamei, setei, nevoii de securitate, de protecție) pînă la cele mai complexe (dragoste, identificare, prestigiu, succes, autorespect, autoactualizare și perfecționare). Există numeroase studii (deși chiar observațiile mai atente ale realității din jurul nostru pot fi suficiente de corecte) care au stabilit că, în general în cadrul familiei, mama are un rol afectiv direct, pozitiv — căldură sufletească, „adăpost” în orice situație, iar tatăl exercită rolul autoritar (de la el pleacă principiile de conduită, dar și măsurile restrictive), de simbioza lor depinzînd structurarea unei personalități armonioase a individului în creștere.

Din punct de vedere psihologic, relația părinți-copii nu se poate concepe numai sub forma autorității legal exercitate, ci și, sau mai ales, sub aspectul interrelațiilor fondate pe dragoste și autoritate, libertate și disciplină.

În mod normal, cuplul parental constituit într-o familie este cel ce influențează primordial dezvoltarea personalității copilului prin apariția primelor relații triunghiulare (complexul Oedip), a relațiilor poli-polarizate (fratrie), prin formarea noțiunilor de Eu, Tu, Celălalt, Noi, a ansamblului de exigențe, opțiuni, judecăți morale (Supraeu), a idealului Eului, pregătind copilul pentru viața socială. Perturbările apărute în interrelațiile și interacțiunile dintre părinți și copii vor conduce, implicit, la apariția unor vicii în modelarea psihică a tînarului vîlstar. Separarea de părinți (temporară sau definitivă), vîrsta cînd aceasta survine, durata și condițiile noului mediu substitutiv, carențele educaționale sau emoționale din familia de origine sînt factori importanți în generarea unor stări psihice reactive (depressive) în dezvoltarea personalității.

Adopțiunea, deși privită ca acțiune benefică în unele situații, rămîne, de multe ori, marcată (mai ales dacă s-a produs după vîrsta de 2 ani) de o problematică afectivă destul de delicată, generată de imaginea „părintelui absent” și de supraevaluarile (de cele mai multe ori egoiste) privind „răspata așteptată” din partea copilului adoptat.



Anumite circumstanțe care pot interveni în viața părinților (divorț, căsătorii nelegitime, deces, abandonul domiciliului, discordia, certuri nesfîrșite, brutalitate, alcoolism și delincvență) pot fi factori responsabili de declanșarea și evoluția unor tulburări psihice polimorfe, cu aspect comportamental și dezadaptativ ale copilului și adolescentului. Dezorganizarea familială, scăderea autorității parentale (de cele mai multe ori, prin

absența tatălui) sînt incriminate în constituirea diferitelor tipuri de delincvență, în special în cea de grup.


«Profesiunea» de părinte nu este numai o metaforă, învățarea ei presupune cunoașterea unei adevărate pedagogii, care să constituie premisele rezultatelor scontate. „Ce semeni, culegi” este un dicton în mare măsură adevărat, care trebuie proiectat pe plan social, în raport cu măsurile de creștere a nivelului socio-economic și cultural, a competenței părinților și a responsabilității acestora în formarea propriilor copii. Părinții au din ce în ce mai multă nevoie de ghidaj pentru a evita erori educative, cu rol nefast asupra personalității copilului, a viitorului adult. La o analiză atentă a cazurilor (întîlnite în clinica psihiatrică), majoritatea au o copilărie insuficient depășită, cu fixații excesive și dependență; subiecții sînt revendicativi, agresivi sau se simt frustrați, complexați, demisionari; se relevă fie influența patogenă a cuplului parental, constituit în funcție de o complementaritate nevrotică, fie condiții manifest patologice ale părinților: seducție-rejectare, hiperprotecție-exigență, neconcordanță cu personalitatea copilului, abandon afectiv, rigiditate, dorința de a-și realiza aspirațiile prin intermediul copilului etc. Dialogul continuu, buna cunoaștere a fiului sau fiicei, adecvarea permanentă a atitudinii sînt premisele unei bune relații părinți-copil.

308. „PĂRINȚI ANONIMI” ● Grupare voluntară care vine în sprijinul păstrării sănătății mintale la unele comunități din Statele Unite, constituite atît în scopul asistării sociale a părinților violenți care și-au agresionat copiii și care ajung în situații de împas, cît și pentru consilierea părinților copiilor cu schizofrenie care au, la rîndul lor, o atitudine ambivalentă față de boala copiilor lor. Această organizație este structurată în cluburi de voluntari.

309. PĂRINȚI COMBINAȚI ● Expresie utilizată de M. KLEIN pentru a desemna o fantasmă care apare în teoria sexuală infantilă, părinții fiind percepuți ca uniți într-un „act sexual neîntrerupt”. Este o caracteristică a emoțiilor intense și a activității copilului să atribuie, în mod necesar, părinților săi o stare de gratificație mutuală de natură anală, orală, genitală (Melanie KLEIN — „Viața emoțională a copilului”) → MAMĂ FALICĂ, FANTASMĂ.

310. PC₁ DUARTE — proteină ● Proteină pusă în evidență prin studiile de electroforeză bidimensională în gel, ca marker genetic pentru scleroza multiplă și pentru depresie. Ca și acidul 5-hidroxiindol acetic (5-HIAA) din lichidul cefalorahidian, proteina PC₁ Duarte este doar o probă cu validitate parțială în studiile de pedigree, fără ca strategiile actuale să o valideze complet.

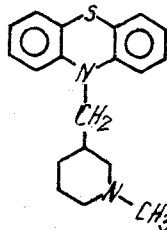
311. PCPT ● Abreviere folosită de FREUD pentru a denumi percepția sau conștientul.

312. PEACEMIN^(M) Japonia — DCI Meprobat^{sin.} ● Tranchilizant, derivat propandiolic → MEPROBAMAT^(M) România. 

313. PEALKIT^(M) Japonia — DCI Diazepam ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic^{sin.} → DIAZEPAM^(M) România.

314. PECAFOBIE^(F)/PECATIFOBIE^(F) (cf. lat. peccatum „vină, greșeală”; gr. phobos „frică”) — sin. ENISOFOBIE^(F) → HAMARTOFOBIE^(F).

315. PECAZINE^(DCI) ● Derivat fenotiazinic de tip 10-1(1-metil-3-piperidil)metilfenotiazină, introdus în clinică în 1954, cu mari speranțe, considerîndu-se că absența clorului din structură



este garanția eliminării efectelor secundare ale fenotiazinelor de tip aminoalkilfenotiazinic — fapt neconfirmat. Are acțiune mai modestă decît a clordelazinei, dar efecte secundare mai mari, ceea ce a eliminat practic pecazina din competiție. Prezintă un singur avantaj: absența reacțiilor alergice la personalul medical care manipulează produsul (prezente în cazul clordelazinei). Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

LACUMIN ^(M)	Danemarca
MEPASIN ^(M)	URSS
PACATAL ^(M)	RFG
PACTAL ^(M)	SUA
RAVENIL ^(M)	Italia
SERAL ^(M)	Italia

316. PECULĂ (cf. lat. peculium „avere dobîndită, bani, dar mic”) ● În sens propriu, este suma de bani pe care o persoană aflată în serviciul altei persoane o cîștigă prin munca sa, dar de care poate dispune numai în anumite condiții (ROBERT). Prin extensie, desemnează remunerarea muncii efectuate de bolnavii psihiici în cadrul ergoterapiei. Are valoarea unui element de resocializare, interesînd bolnavul în munca pe care o desfășoară.

șoară. Termenul a fost introdus la noi de BRĂESCU și, pentru unii autori de la începutul secolului, era sinonim (în mod eronat) cu cel de ergoterapie, datorită strânsii legături dintre cele două forme de terapie.

317. **PEDANTERIE** (cf. fr. *pedanterie*) ● Modalitate de manifestare constând în tendința sau atitudinea exagerată de a analiza sau de a prezenta un lucru, făcând paradă de erudiție, cenzurându-i pe ceilalți. Este o manieră obositoare pentru cei din jur, caracterizată printr-un exces evident de precizie, de expresii și noțiuni de specialitate. Expresia verbală și conduita sînt afectate, amplificate. Poate avea, la origine, o incapacitate de a gândi în mod propriu, original. Comportamentul pedantului excelează în preocuparea, pînă la stereotipie, pentru lucruri neînsemnate, pentru rigori tip șablon, cărora le supune orice acțiune a sa; după aceleași tipare, pedantul centrează, cenzurează, sancționează și acțiunile celorlalți. Se întîlnește la personalitățile psihastenice, atît în discurs, cît și în manifestări nonverbale, ca fenomen (sau element) al unui continuu proces de perfecționare; aici pedanteria trimite la rigorile excesive ale exactității, reflectînd preocuparea subiectului de a fi cît mai verosimil, mai adecvat realului.

Preocuparea pentru detaliu, minuțiozitatea epilepticului, comportamentul bizar al schizofrenului, ritualurile fobicului pot fi doar superficial caracterizate ca pedanterie. Pedanteria poate avea și semnificație demonstrativă → FORMAȚIUNE REACȚIONALĂ.

318. **PEDEAPSĂ** (cf. ngr. *epedepsa*) ● Sancțiunea negativă a unor acte ce contravin unor norme sau legi în vigoare. Atît în cadru juridic, cît și în cadru educațional, pedeapsa trebuie să fie direct proporțională cu gravitatea actului sancționat. Problema pedepsei ridică numeroase dezbateri și îmbracă diverse aspecte. Enumerăm cîteva reguli pe care educatorul trebuie să le aibă în vedere:

- gravitatea pedepsei să fie în raport direct proporțional cu gravitatea greșelii;
- aplicarea pedepsei imediat ce greșeala a fost descoperită;
- copilul trebuie informat pentru ce este pedepsit;
- necesitatea cunoașterii exacte a motivelor care au determinat conduita reacțională (de exemplu, o intenție bună anulează sau diminuează pedeapsa);
- pedeapsa să corespundă vârstei și temperamentului;

- pedeapsa nu trebuie să fie un pretext pentru satisfacerea unor tendințe agresive ale educatorului;
- pedeapsa nu trebuie să umilească și să maltrateze.

Pedeapsa absolvă de culpabilitate și ajută la conturarea limpede a unui sistem de valori dat. Nevoia de pedeapsă ca rezultat al unui sentiment inconștient de culpabilitate poate sta la baza delincvenței juvenile, a comportamentului delincvent în general. Pedeapsa poate deveni un substitut de afecțiune atunci cînd este singura modalitate în care părintele acordă grijă și atenție copilului. În acest caz, se structurează conduite dependente de eșec, pentru că greșeala este singurul comportament întărit prin atenția părintelui. Acest tip de relație părinte-copil poate fi factor etiologic în structurarea caracterului masochist, ca și/sau pentru predispoziția la reacții depresive.

319. **PEDERAST** (cf. gr. *pais* „copil”; *erastos* „îndrăgostit”) ● Cel care practică PEDERASTIA. ~ ACTIV — sin. PEDICATOR, partenerul activ al actului; ~ PASIV — sin. PATICUS, partenerul pasiv al actului.

320. **PEDERASTIE** (cf. gr. *pais*; *erastos*) ● Perversiune sexuală: coit anal homosexual. Termenul a fost folosit inițial pentru a denumi atracția homosexuală pentru copii sau adolescenți (conform etimologiei). Această accepțiune a fost părăsită în favoarea denumirii de PEDOFILIE (→) care este mai sugestivă. În limbajul curent actual, termenul se folosește pentru a desemna homosexualitatea masculină activă (→ PERVERSIUNI SEXUALE, HOMOSEXUALITATE).

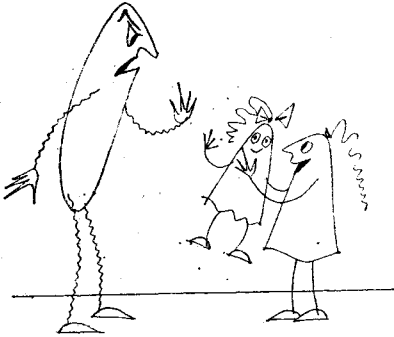
321. **PEDICATIO** ● Perversiune sexuală:] coit anal heterosexual.

322. **PEDO-** (cf. gr. *pais*) ● Element de compunere care introduce referirea la copil.

323. **PEDOFILIE** (cf. *pedo-*; gr. *philia* „prietenie, afecțiune”) ● Tulburare a comportamentului sexual, constînd în atracția erotică pentru copii (față de băieți — pedofilie homosexuală — sau față de fete). Această tulburare poate apărea fie ca perversiune sexuală, fie ca simptom în cadrul unor afecțiuni psihice. Ca perversiune, apare la psihopatul pervers sexual, asociată exhibiționismului, homosexualității, sadismului. Perversii își atrag victimele în locuri singuratic sau la domiciliul lor. Pedofilul își exhibă organele genitale, masturbîndu-se sau lăsîndu-se masturbat de către copil, încercînd stabilirea unor relații homosexuale cu băieți sau violarea fetițelor. În cazuri rare, finalizarea acestei relații poate fiuciderea victimelor. Subiectul pedofil nevrotic își caută ca partener sexual copii, deoarece imaturitatea sa îl împiedică să-și caute un partener adecvat

(el se simte inferior femeii adulte). La debiliții mintal, alegerea copiilor este făcută din cauza imposibilității găsirii unui partener sexual adult, în acest caz pedofilia nefiind o perversiune propriu-zisă. La alcoolici, pedofilia poate apărea în timpul intoxicației acute cu alcool, atunci când, prin slăbirea instanțelor superioare de control, se produce o eliberare a pulsuniilor. În demențele senile și presenile, pedofilia reprezintă o regresivitate la sexualitatea infantilă, dar și o diminuare a cenzurii și simțului etic. În schizofrenie, atunci când se manifestă, pedofilia nu este o perversiune propriu-zisă, ea apărând fără o motivație comprehensibilă, ca urmare a comportamentului halucinator delirant.

324. **PEDOFOBIE^(F)** (cf. *pedo-*; gr. *phobos* „frică”) ● Fobie descrisă de BIANCHI, în 1906, constând într-o stare de mare neliniște declanșată



subiectului de prezența sugarilor sau de păpușile care seamănă cu sugarii. Poate apărea în schizofrenie.

325. **PEDOPSIHIATRIE** (cf. *pedo-*; gr. *psyche* „suflet”; *iatriea* „îngrijire”) → PSIHIATRIE INFANTILĂ.

326. **PEDUNCULAR**) sindrom (cf. lat. *pedunculus* „picioruș, peduncul”) ● Sindrom descris de A. KREINDLER. Este determinat de obstrucția arterelor care irigă pedunculii cerebrali. Se caracterizează prin tetrapareză, sindrom cerebelos, somnolență, mutism akinetic.

327. **PEFABOL^(MC)** Grecia ● Produs terapeutic ce conține două medicamente cu aceeași acțiune, care se completează :

- **MEPROBAMAT^(M)** — tranchilizant, derivat propandiolic ;
- **OXAZEPAM^(M)** — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Are acțiune anxiolitic-sedativ-miorelaxantă.

328. **PEFANIUM^(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 din cele mai răspândite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **NAPOTON^(M)**.

329. **PEG (pneumoencefalografie)** (cf. gr. *pneuma* „aer”; *enkephalos* „creier”; *graphein* „a scrie”) → ENCEFALOGRAFIE GAZOASĂ.

330. **PEG FRAȚIONAT** ● Variantă complexă a PEG, care necesită însă o aparatură neuroradiologică specială și o echipă complexă cu pregătire adecvată. Are valoare deosebită în diagnosticarea tumorilor de fosă posterioară și în cisternografia optochiasmatică, metoda fiind utilizată și pentru evidențierea modificărilor organice cerebrale din afecțiunile psihice. Contraindicațiile sînt reprezentate de staza papilară și vîrsta înaintată. Ca tehnică, se introduce aer, fracționat și dirijat, orientat din momentul injectării, în diferite porțiuni ale spațiului subarahnoidian → ENCEFALOGRAFIE GAZOASĂ.

331. **PELAGRĂ** (cf. lat. *pellis* „piele”; gr. *agro* „prindere”) ● Afecțiune cronică datorată unor carențe complexe (vitamina PP, vitaminele din grupul B, aminoacizii esențiali) ; se caracterizează clinic prin triada lui Knowles : tulburări cutaneo-mucoase, digestive și psihice. Această avitaminoză este întâlnită în zonele cu alimentație extrem de deficitară, datorită mai ales carenței de vitamina PP (porumb mucegăit), avînd o evoluție sezonieră și fiind mai frecventă primăvara (odată cu începerea muncilor agricole și expunerea la soare).

Evidențierea etiologiei acestei afecțiuni în țara noastră și critica vehementă a condițiilor economice și sociale precare în care trăia populația României, în special în mediul rural, a constituit, în 1906, una dintre temele discursului de recepție la Academie al profesorului Gheorghe MARI-NESCU, 30 de ani mai tîrziu, la Congresul de Psihiatrie de la Cernăuți, avînd ca temă „Pelagra”, Gh. CONSTANTINESCU avea să sublinieze implicarea acestei afecțiuni în apariția unor tulburări psihice.

Există și o formă clinică latentă, incipientă, caracterizată prin absența tulburărilor cutanate și prezența următoarelor simptome : senzație de arsură la nivelul mucoasei bucale, facies hipomobil, privire oboșită, inapetență, colici abdominale, balonări, constipație. Tabloul psihic este dominat de un sindrom neurasteniform (iritabilitate, insomnie, astenie, hipoprosexie, cefalee). Forma clinică manifestă are o evoluție cronică întretăiată de pusee acute, care se declanșează de obicei în perioada aprilie-iunie. Manifestările cutanate apar în special în regiunile expuse la lumină, sub forma

unui eritem, apoi fliclene urmate de o dermatită pelagrosă. Tulburările digestive constau în stomatită, glosită, limbă plisată (BABES), gastrită cronică cu ana- sau hipoclorhidrie. Tulburările intestinale sînt prezente (după BABES) în 70 — 75% din cazuri : diaree cronică rebelă la tratament, uneori alternînd cu constipație.

Tulburările neuropsihice cele mai frecvente sînt cefaleea difuză permanentă, cu exacerbări frecvente, amețeli. Apar și simptome polinevritice, greu de diferențiat etiologic de o eventuală avitaminoză B, ca și simptome spinale : sindrom spastic, de diferite intensități : de la hiperreflectivitate osteotendinoasă pînă la hipertonia de tip piramidal. Cel mai frecvent, hipertonia este frustă, manifestîndu-se numai în perioadele de acutizare ; leziunile coarnelor posterioare dau parestezii, senzația de arsură la nivelul extremităților, dureri articulare. Tulburările psihice propriu-zise sînt variate, mergînd de la tulburări ușoare de atenție și memorie pînă la demență. În stadiile inițiale sau în perioadele de acalmie predomină simptomatologia neurasteniformă.

În faza de pelagră cronică, simptomele cele mai frecvente sînt : anxietate intensă, generată de conștiința suferinței fizice a bolnavului, depresie — uneori intensă, conducînd la tentative suicidare, astenie fizică și psihică. De menționat că simptomatologia este variabilă de la o zi la alta. În etapele de acutizare a bolii, tulburările psihice se pot contura într-unul din sindroamele : neurastenic, depresiv, confuzional, demențial.

Sindromul neurastenic reprezintă o accentuare a simptomelor din faza incipientă. Prezența sindromului confuzional reflectă un deficit major vitaminic și poate avea mai multe forme : forma paranoidă ; forma astenică ; forma encefalitică cu agitație, onirism, la care se adaugă semnele lezionale organice — contracturi, clonus. Demența poate apărea în continuarea unui episod confuzional sau în mod insidios, în perioade libere de alte simptome clinice. Demența reflectă leziuni ireversibile, neuronale, leziuni ce au o evoluție independentă de alte simptome.

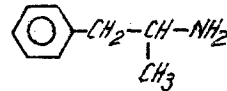
Patogenia pelagrei este complexă, putînd fi rezumată în : deficit în alimentație al vitaminei PP (acid nicotinic), al lizinei, triptofanului, izoleucinei, treoninei, valinei. Tratamentul constă în regim alimentar și vitaminoterapie specifică (PP), cu rezultate spectaculare în episoadele acute, leziunile cronice ale sistemului nervos central neputînd fi însă influențate de această terapie. Tulburările psihice se tratează simptomatic, ele fiind rapid influențate de terapia specifică, atunci cînd este introdusă precoce.

332. PELIZAEUS-MERZBACHER^(B) boală ● Proces de leucodistrofie progresivă, caracterizat prin

demielinizarea fibrelor nervoase encefalice, în special din regiunea corpului calos. Afecțiunea are caracter ereditar familial, cu transmisie autosomal recisivă. S-au descris trei forme clinice :

- Merzbacher (1907) — debut în primele luni ale vieții, predomină simptomatologia piramidală, demență dezvoltată relativ lent ;
- Seitelberger (1954) — debut în jurul vârstei de 10 ani, demielinizare aproape completă, evoluție nefavorabilă rapidă ;
- Camp-Löwenberg (1941) — debut la vîrsta adultă (30—40 ani), adesea prin episoade psihotice.

333. PELLCAPS^(M) SUA — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)- α -metilfenetilamină, amină simpaticomimet-



că, indicat în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea în doze mari și repetate poate duce la dependență.

334. PELLIZI^(S) sindrom ● Sindrom caracterizat prin precocitate sexuală și tulburări de comportament, preponderent la băieți ; pare a fi urmare a unor perturbări diencefalice. A fost descris în 1910, de către cel al cărui nume îl poartă.

335. PELOPSCIE^(I) iluzii (cf. gr. *pelas* „aproape” : *opsis* „vedere”) ● Iluzii vizuale constînd în perceperea deformată a distanței. Au fost descrise pentru prima oară de BENDER și TEUBER, în 1948. Obiectele sînt percepute ca fiind mult mai apropiate decît în realitate. Spațiul în care se află bolnavul devine prea strîmt, străzile devin prea scurte. Datorită acestor iluzii, unele comportamente ale bolnavului apar celorlalți ca neobișnuite, bizare. Astfel, în casă el este convins că se lovește de mobilă, căutînd în permanență să o evite. Iluziile pelopsice sînt opuse paropsiilor. Pot fi întîlnite în psihoze, tulburări cerebrale de origine organică, stări confuzionale etc. → TELEOPSIE.

336. PELPHENAZINE^(M) Japonia — DCI *Perfenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinilalkilfenotiazinic de tip 2-clor-10-13-14-(2-hidroxi) piperazin-1-il-propilfenotiazină, indicat în endogenii acute și cronice, cu valențe anxiolitic-sedative. Formele depôt se utilizează în terapia de durată, în condiții de ambulator.

337. PELPICA^(M) Belgia — DCI *Prometazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip

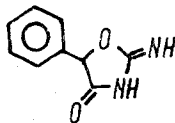
10-(2-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativ-hipnotică, antihistaminică și antiemetică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ROMERGAN^(M).

338. PELSON^(M) Spania — DGI Nitrazepam ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, realizând un somn aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NITRAZEPAM^(M).

339. PELUCES^(M) Japonia — DCI Haloperidol ● Neuroleptic, derivat butirufenonic de tip 4-14-(p-clorfenil)-4-hidroxi-piperidin/4'-4'-fluorobutirofenonă, cu efecte clinice predominant de tip sedativ, dar cu efecte secundare de tip incisiv → BUTIROFENONE.

340. P.E.M.A.^(S) sindrom (palilalie, ecolalie, mutism, amimie) ● Sindrom descris de GUIRAUD în cadrul bolii Pick, compus din tetrada simptomatică amintită. Palilalia, repetarea de către subiect a propriilor silabe, cuvinte sau fraze rostite, este asociată frecvent cu echivalentul său grafic, paligrafia. Împreună cu ecolalia (repetarea cuvintelor interlocutorului), se manifestă în special în faza de stare a demenței, în stadiile avansate, terminale instalându-se mutismul. Tot în perioada terminală, mimica devine din ce în ce mai săracă, mai inexpressivă, până la amimie. DELAY a atras atenția asupra faptului că tulburările de limbaj sînt consecința deficitului intelectual datorat atrofiei corticalei fronto-temporale.

341. PEMOLINE^(DCI) ● Derivat feniletilaminic de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, cu acțiune psihostimulatoare, cu efecte simpaticomimetice



foarte reduse (practic nule). Este indicat în astenie, depresii reactive, diminuarea activității intelectuale din presenilitate, sevraj, toxicomanii, alcoolism, combaterea obezității și a altor efecte secundare ale psihotropelor, tulburări de dinamică sexuală. Efectele secundare sînt în general moderate și constau în insomnie, nervozitate, 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 :

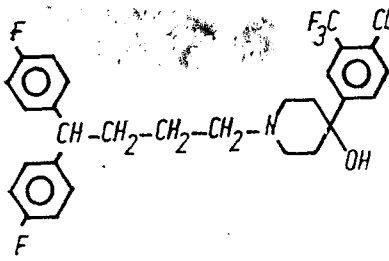
ACTIVAR ^(M)	Coreea
ANTIMERAN ^(M)	Japonia
AZOXODON ^(M)	URSS
BETANAMIN ^(M)	Japonia
DELTAMINE ^(M)	Franța
GERBIMAN ^(M)	Austria
HYTON ^(M)	Suedia
HYTON ASA ^(M)	Danemarca
KETHAMED ^(M)	Anglia
NITAN ^(M)	Israel
OXADON ^(M)	Coreea
PEMOLINUM ^(M)	Polonia
PHENOXINE ^(M)	Belgia
PIOXOL ^(M)	Canada
PONDEX ^(M)	Ungaria
PREXCIDE ^(M)	Japonia
REVIBOL ^(M)	Iugoslavia
RONYL ^(M)	Anglia
SIGMADYN ^(M)	Italia
SINDROMIDA ^(M)	Argentina
SOFRO ^(M)	RFG
STIMUL ^(M)	Elveția
STIMULOL ^(M)	Olanda
TRADON ^(M)	RFG
VIDIL ^(M)	Austria
VOLITAL ^(M)	Anglia

342. PENFIELD Wilder (1891—1978) ● Neurolog și neurochirurg canadian. Din 1920 pînă în 1928 a predat chirurgia la Universitatea Columbia. După 1930 s-a reîntors în patrie, predind neurologia la Montreal, oraș în care a condus, între 1934—1960, și Institutul de Neurologie. Fondator de școală, figură intrată în legendă încă din timpul vieții, PENFIELD a abordat în studiile sale și probleme din domeniul interferente cu psihiatria: rolul formațiilor centrencefalice în menținerea vigilității, rolul substanței reticulate ca formațiune integratoare, epilepsiile, limbajul, cărora le-a dedicat o serie de monografii.

343. PENFIELD^S simptom ● Simptom descris de autorul al cărui nume îl poartă, ca „gîndire impusă” („forced thinking”), reprezentînd, după opinia sa, „echivalență epileptoidă” în epilepsia Jackson.

344. PENFLURIDOL^(DCI) ● Derivat difenilbutilpiperidinic, de tip 4-14-clor- α , α , α -trifluor-m-tolil)-1-14,4-bis(p-fluorofenil)butil-4-piperidinoi, cu o structură chimică și farmacodinamică foarte apropiată de cea a pimozidelor. Are acțiune anti-psihotică bună, sedativă scăzută (necesită asociere), fiind indicat în tratamentul ambulator de lungă durată. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

● Cel mai bine cunoscut este : SEMAP^(M) Austria, Belgia, Danemarca, Elveția, Finlanda, Israel, Olanda, Portugalia, RFG.



- Se mai întâlnesc și sub numele :
- FLUPIDOL^(M) Grecia
- LONGOPERIDOL^(M) Belgia
- LONGORAN^(M) Iugoslavia
- MICEFAL^(M) Cehoslovacia
- SÉMAP^(M) Franța

345. **PENIAFOBIE^(P)** (cf. gr. *penia* „sărăcie” : *phobos* „frică”) ● Frică patologică, nejustificată, de mizerie, sărăcie; este întâlnită destul de frecvent în gerontopsihiatrie.

346. **PENICILINĂ** ● Cel mai utilizat dintre antibiotice care a produs și în psihiatrie, ca și în alte specialități medicale, numeroase transformări, în primul rând prin rezolvarea problemei paraliziei generale progresive. De asemenea, după apariția acestui oligoglicozid, problema sechelelor postmeningeale din infecțiile streptococice a devenit mult mai rară. Dintre tulburările cu aspect psihiatric induse de acest medicament, pot fi amintite convulsiile provocate uneori de administrarea unor doze masive.

347. **PENORMIN^(MC)** Grecia ● Produs terapeutic compus din două medicamente tipizate cu aceeași acțiune, care se completează :

- MEPROBAMAT^(M) — tranchilizant, derivat propandiolic;
- DIAZEPAM^(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

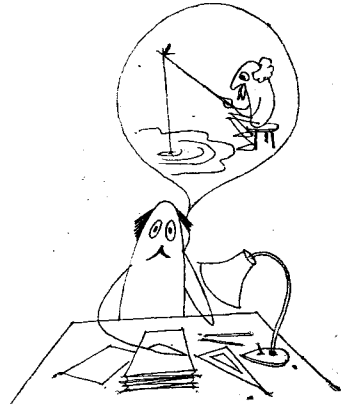
Are acțiune anxiolitic-sedativ-miorelaxantă.

348. **PENSANATE^(M)** Japonia — DCI *Pipetanat* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-piperidin-etanol benzilat, cu acțiune sedativ-anxiolitică mai modestă comparativ cu acțiunea anticolinergică. Este indicat în nevroze cu fenomene vegetative, ceneptopatii, afecțiuni psihosomatice. Are acțiune proconvulsivantă; este contraindicat consumul de alcool în timpul tratamentului.

349. **PENSIONARE** (cf. fr. *pension* : vezi lat. *pensio* „plată — la termen”) ● Retragerea unei persoane din activitatea profesională (productivă), fie pentru limită de vîrstă (apreciată diferențiat

de fiecare legislație națională), fie pentru un motiv care a determinat incapacitatea de a munci.

În prima circumstanță, momentul pensionării trebuie apreciat în legătură cu fenomenul îmbătrînirii și analizat în acest context bio-psiho-social.



Cea de-a doua circumstanță reprezintă o întrerupere a activității (temporară sau definitivă) determinată de îmbolnăvirea subiectului înainte de împlinirea vârstei legale a pensionării, presupunând implicații mult mai largi, rezultate din impactul subiectului cu boala, cu gradul de invaliditate pe care acesta i-o creează (→ **EXPERTIZA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ**).

Pensionarea la limită de vîrstă (55—57 ani pentru femei și 60—62 ani pentru bărbați, în țara noastră) este echivalentul retragerii din viața profesională activă. După cum se exprimă POROT, „astăzi se moare mai întâi în societate și apoi în viață”. Majoritatea autorilor recunosc unanim că pensionarea reprezintă o „ruptură”, o „criză”, o „dramă”, o „boală”, o „patologie”, o „nevroză” — o situație critică în viața individului, care poate avea reflectări diferite asupra normalității și a patologiei psihice a individului. Sînt suficienți doi parametri (scăderea nivelului material al persoanei sau al cuplului și sentimentul de devalorizare) pentru a genera reacții normale sau morbide. Este bine cunoscut faptul că rata mortalității este semnificativ crescută la persoanele care se pensionează, față de cele care-și continuă activitatea, datorită precipitării procesului de senescență (reducerea tonusului psihofizic).

Cele afirmate mai sus nu trebuie însă să ofere o imagine exclusiv „neagră” a evenimentului pensionării, eveniment firesc în viața oricărui individ; există și o viziune pozitivă asupra acestei perioade, în care subiectul, eliberat de obligațiile profesionale,

sionale pe care, eventual, nu și le-a exercitat cu plăcere, se avintă cu dăruire în activități pe care și le-a dorit „de o viață întreagă” (lecturi, excursii, producții literare, științifice etc.). După opinia lui V. ȘCHIOPU, structura Ego-ului, exprimată prin modul în care se exercită trebuințele persoanei în relațiile sale cu mediul, se confruntă cu un nou context psihologic al mediului în care se manifestă intrarea în criză a intereselor și capacităților profesionale antrenate pînă la pensionare. Criza de prestigiu completează conjunctura pensionării, o glisare spre activități casnice, de amenajare a locuinței, culturale, sportive, putînd aduce o fericită compensare.

Constituind o psihotraumă în istoria individului, pensionarea produce ecouri de amplitudine și frecvență diferite, în funcție de personalitatea pe care se greșează, configurînd fie varianta „miracol”, fie varianta „catastrofă” (BERGOGNE). Capacitatea de adaptare rămîne instrumentul cel mai adecvat cu ajutorul căruia individul va putea traversa calm, optimist, sau din contră, plictisit, catastrofic, perioada retragerii sale din activitate. Au fost întreprinse diferite studii, pe sexe, pe categorii profesionale etc., care au dus la concluzii interesante. Trebuie subliniată însă necesitatea menținerii într-o activitate socială integrată a tuturor indivizilor, în funcție de calitățile pe care le posedă și neținînd seama de o limită posibilă de vîrstă. Fiind un eveniment de viață, ca oricare altul, pensionarea își pune amprenta pe fiecare individ în parte, marcîndu-l într-un sens pozitiv sau negativ, mai mult sau mai puțin. O personalitate echilibrată la vîrsta maturității se va comporta în același mod în momentul cînd va pași pragul pensionării. O personalitate dizarmonică va oferi terenul dezvoltării unor reacții și nevroze (de multe ori, cu componentă psihosomatică) care constituie dovada inadaptării individului la noul rol.

Femeia pare a asimila criza pensionării mult mai ușor, chiar dorindu-și retragerea din activitate mai devreme decît bărbatul (poate și pentru că procesul îmbătrînirii se manifestă mult mai precoce la sexul feminin): Activitatea casnică, îngrijirea nepoților constituie substitute acceptate rapid și de bună voie pentru majoritatea femeilor, ele renunțînd relativ ușor la rolul social al profesiei pe care au exercitat-o. Se pare că atît mediul (urban sau rural), cît mai ales specificul profesiunilor pe care le-au practicat indivizii reprezintă un criteriu important atît de prognostic, cît și de profilaxie a unor afecțiuni psihice care pot apărea cu ocazia pensionării. Astfel, activitățile cu specific manual, care nu presupun un grad important de instrucție, pot fi compensate, în condițiile păstrării unei forțe fizice corespunzătoare, prin preocupări ca grădinarit, îngrijirea

animalelor etc. În schimb, subiecții care au desfășurat o activitate complexă, predominant sau exclusiv intelectuală, vor avea de înfruntat dificultăți mult mai mari în acceptarea deplină a noului statut de pensionar. În ceea ce privește persoanele



care au avut funcții de conducere, se apreciază că ele își ating valoarea maximă în jurul vîrstei de 50—55 de ani (POROT). De aceea, societatea nu ar trebui să neglijeze bogata lor experiență, atît în sectorul profesional, cît și în cel al relațiilor interumane, oferindu-le diferite modalități (funcții onorifice etc.) prin care să se evite o rupere brutală și traumatizantă.

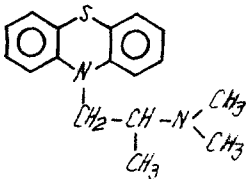
Un alt factor, a cărui pondere nu poate fi ignorată, este starea de sănătate pe care o prezintă subiectul aflat la vîrsta pensionării; acesta atîrnă semnificativ în constelația plurifactorială a senescenței și constituie o circumstanță agravantă pentru tulburările psihice, chiar de intensitate nevrotică. Un rezultat firesc care se degajă din cele menționate mai sus îl reprezintă întrebarea: ce se poate face pentru a evita consecințele negative ale pensionării? Răspunsul ar putea fi sintetizat în două direcții: pregătirea gradată (cu 2—3 ani înainte) a activității (manuale sau științifice) care o va înlocui pe cea de dinaintea pensionării, cu antrenarea unor conduite care să evite izolarea și să utilizeze în mod optim timpul liber, folosirea potențialului restant al persoanelor în vîrstă în domenii în care ele și-au dovedit de mult competența, titlul de „consilier” acoperind perfect, în cele mai multe cazuri, necesitățile ambelor de generații.

350. PENSIVE^(M) Anglia — DCI Meproamat ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-

2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Este indicat în nevroze cu componentă anxioasă și, depresivă, în 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 apărea un „mic sindrom de abinență”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPRO-BAMAT^(M).

351 PENTADORM^(M) Austria — DCI *Metilpentinol* ● Tranchilizant, derivat alkenic de tip 3-metil-1-pentil-3-ol, cu acțiune sedativ-hipnotică și miorezolutivă, prin inhibarea transmisiei ganglionare.

352. PENTAZINE^(M) SUA — DCI *Prometazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-(2-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune



sedativ-hipnotică, antihistaminică și antiemetică, Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ROMERGAN^(M).

353. PENTAZINE^(M) Canada — DCI *Trifluoperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat, de tip 10-13-(4-metil-1-piperazinil)propil-2-(trifluorometil)fenotiazină, cu acțiune anti-psihotică marcată și sedativă relativ redusă, cu valențe anxiolitice și antiemetice; efectele anti-histaminice, antispastice și adrenolitice sînt deosebit de reduse. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de TRIFLUOPERAZIN^(M).

354. PENTINOL^(M) RDG — DCI *Metilpentinol* ●
sin.
Tranchilizant, derivat alkenic → PENTADORM^(M) Austria.

355. PENTOREX^(DCI) ● Derivat feniletilaminat de tip α, α, β -trimetilfenetilamină, cu acțiune psihostimulatoare și anorexigenă. Constituie principiul activ a doi produși farmaceutici:
LIPRODÈNE^(M) Franța
MODATROP^(M) RFG, Elveția.

356. PENTYLENETETRAZOL^(DCI) ● Stimulator al sistemului nervos central prin antagonizarea in-

hibiției produsă de GABA la nivel postsinaptic, probabil printr-o acțiune asemănătoare cu cea a picrotoxinei, dar, spre deosebire de aceasta, este obținut prin sintetizare. Potențialul convulsivant crescut îi restrînge utilitatea clinică la efectuarea traseelor electroencefalografice cu activare.

357. PENTYREST^(M) Anglia — DCI *Metilpentino* I ● Tranchilizant, derivat alkenic → PENTADORM^(M) Austria.

358. PEPTIDE CEREBRALE →^{sin.} NEUROPEPTIDE.

359. PEPTOLIN^(M) SUA — DCI *Pipradrol* ● Psihostimulent de tip α, α -difenil-2-piperidinmetanol, indicat în astenie, scăderea forței intelectuale, preinvoluție, tulburări de dinamică sexuală, hipoprosexie, epuizare, scăderea randamentului, lipsa apetitului. Se poate administra în sarcină și la vîrstnici.

360. PERATSIN^(M) Finlanda — DCI *Perfenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinilalkilfenotiazinic de tip 2-clor-10-13-14-(2-hidroxietyl)piperazin-1-yl-propilfenotiazină, indicat în endogenii acute și cronice, cu valențe anxiolitic-sedative. Formele depôt sînt utilizate în terapia de durată, în condiții de ambulator.

361. PERAZINE^(DCI) ● Derivat fenotiazinic piperazinat de tip N-metilpiperazinil-N'-propilfenotiazină; în doze mari are acțiune anti-psihotică, în doze mici — acțiune tranchilizantă. În ansamblu, are acțiune anti-psihotică și anxiolitic-sedativă. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

PERNAZINUM ^(M)	Polonia
PSYTOMIN ^(M)	Japonia
TAXILAN ^(M)	Iugoslavia
TENSILAN ^(M)	RFG

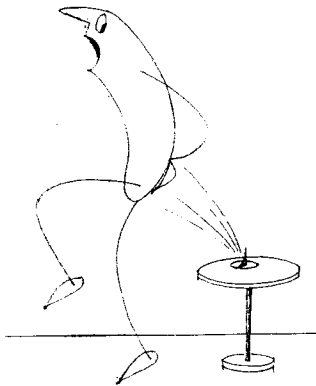
362. PERCEPT (cf. lat. *perceptum*) ● Concept rezultat din procesul gîndirii sau al conșperii. În psihologie, unii specialiști utilizează termenul de percept ca reprezentînd procesul percepției (→ PERCEPTIE) sau al perceperii. Perceptul se prezintă ca imagine primară, avînd întotdeauna un conținut obiectual și fiind dependentă de obiect.

363. PERCEPTRON (cf. lat. *percipere*; gr. *elektron* „chihlimbar”) ● Termen propus de ROSEN-BALT pentru „modelele creierului” definite ca „sisteme teoretice, avînd drept scop explicarea funcționării psihologice pe baza legilor științelor exacte și a faptelor neuroanatomice cunoscute”. Perceptronul constă dintr-un set de unități de generare a semnalelor care sînt interconectate și formează rețele (M. BOTEZ, I. DOBROTĂ și

S.ALEXANDRU). Aceste unități generează semnale de ieșire către unitățile receptive, ori de câte ori primesc semnale de intrare. Perceptronul are unități care pot răspunde semnalelor originale (externe) — „in put” senzorial, și unități generatoare de semnal. După ROSENBAULT proprietățile logice ale perceptronului sînt :

- organizarea topologică ;
- existența unui set de funcții de propagare a semnalului ;
- existența unui set al funcțiilor de memorizare.

364. PERCEPȚIE (cf. lat. *perceptio* „percepție, cunoștință”) ● Funcție psihică senzorială complexă prin care se obțin informații despre obiectele, fenomenele și evenimentele mediului înconjurător, ca și despre stările generale ale realității (spațiul, timpul, mișcarea). Are caracter procesual, concretizîndu-se în imagini primare (percepte), caracterizate prin obiectualitate, sintetism și complexitate globală, totalizatoare și multidimensională, ceea ce le deosebește de imaginile senzoriale elementare și monomodale constituite de senzații. Dacă senzațiile reprezintă rezultatul semnalizării și reflectării însușirilor simple și separate ale obiectelor și fenomenelor prin intermediul unui singur analizator, perceptele reprezintă rezultatul interacțiunii senzoriale complexe dintre obiect și subiectul receptor, care suferă un proces de evoluție în ontogeneză, conferindu-le valoarea unor fapte de conștiință.



Etapă calitativ superioară senzațiilor în cadrul proceselor cognitive, ea rămîne proces primar ca și acestea (spre deosebire de reprezentări și gîndire, considerate procese secundare). Perceptele realizează conștiința obiectualității prin raportarea conștientă și diferențiată la fiecare

din mulțimea obiectelor și fenomenelor care stimulează organele de simț și reglarea și integrarea în scheme funcționale unitare a mișcărilor, în scopuri adaptative, a obiectelor percepute (ARSENI, M. GOLU, DĂNĂILĂ, 1983). Așadar, percepția nu este o simplă receptare de stimuli, ci ea este esențialmente proiectivă, selectivă și, în special, discriminativă în ceea ce privește informațiile receptate, nu prin simplul lor efect asupra analizatorilor, ci prin elaborare sistemică la nivel cortical (EY, 1973). Dacă teoriile clasice (atomismul asociaționist — FECHNER, KÖLLER ș.a.) ale senzației și percepției concepeau sistemele perceptivă ca organisme bipolare (organele de simț periferice și elaborarea corticală centrală), iar gestaltismul, ca structură ireductibil organizată, interpretările lor moderne pun accentul conceptual pe teoria generală a sistemelor și abordează fenomenele percepției prin intermediul metodologiei ciberneticii.

ARSENI, M. GOLU, DĂNĂILĂ sintetizează principiile generale și postulatele admise în prezent ca „schelet al unei viitoare teorii psihologice explicative a percepției și cadrul de referință” pentru desfășurarea cercetărilor concrete :

- percepția este un proces de tip comunicațional (imagistic) intern al obiectelor și fenomenelor, ca ansambluri unitare de proprietăți și relații ;
- imaginea perceptivă este o rezultată a operațiilor de analiză și sinteză ;
- rezultatul percepției (perceptul) constituie un model izomorf sau homomorf al proprietăților și stărilor obiectului, conform structurilor neurofiziologice și psihofiziologice ale subiectului (între proprietățile obiectului și percept există o corespondență biunivocă sau univocă ce duce la modificarea lor reciprocă) ;
- percepția evoluează filogenetic și ontogenetic, fiind o organizare dobîndită, condiționată de factori socio-culturali. Secvențele informaționale perceptivă sînt controlate prin mecanisme de feedback reverberant, pozitiv, antientropic, anticipativ (de întîmpinare) și negativ (GOLU, 1980) ;
- structurile perceptivă se supun legii redundanței, un același obiect fiind tradus și integrat subiectiv prin „coduri-imagine” aditive (vizual, auditiv, tactil etc.), dublate în cazul analizatorilor pereche (auditiv, vizual, tactil-kinestezic) și includ în imaginea perceptivă o cantitate de informație superioară minimumului necesar pentru diferențiere și identificare. De aici caracterul de structură a imaginii perceptivă care poate fi recunoscută doar prin analiza unei mici părți din însușirile anterior înregistrate, ceea ce duce la reducerea fazei explorative ;

- relevanța informațională a însușirilor obiectului-stimul este diferită, fiind condiționată de obiect, ca și de dinamica structurilor cognitive și motivațional-afective ale subiectului. Se distinge astfel câmpul perceptiv exterior potențial (obiectul în totalitatea și obiectualitatea sa autonomă) și real sau factorial (ceea ce acționează efectiv asupra subiectului, ceea ce este înregistrat și conștientizat);
- din punct de vedere informațional, percepția se prezintă ca o suită ierarhică de secvențe (stimuli unimodulari, plurimodulari, grupări spațio-temporale, complexe de elemente, însușiri și relații ca percepția limbajului, raporturilor spațiale, structurilor muzicale). În decursul experienței, stimulul se ierarhizează în : familiar, relații familiare, nefamiliare (noi);
- percepția se desfășoară procesual, fazic (cu succesiune logică de secvențe operaționale relativ distincte — detecția, discriminarea, identificarea și integrarea de coduri — imagine de diferite grade de generalitate și completitudine, organizate ierarhic multi-nivelar).

După GOLU, există trei tipuri de imagini perceptuale :

- imagini de ordinul I (parametrice) — integrate în nucleele de proiecție topică ale analizatorilor de la nivelul scoartei (însușiri ale obiectelor obținute prin detecție și analiză discriminativă);
- imagini de ordinul II — configuraționale monomodale integrate la nivelul zonelor de asociații secundare ale scoartei (imaginea monomodală globală a obiectului perceput pe calea unui singur analizator, aflată în raport de izomorfism sau homomorfism cu obiectul);
- imagini de ordinul III — configuraționale plurimodale (imaginile monomodale sînt traduse într-un nou cod rezultat din legături semantice specifice, între zonele de asociație secundare a doi sau mai mulți canalizatori realizîndu-se o reflectare mai completă a obiectului).

Percepția spațiului bidimensional (forma, mărimea, distanța, raporturile spațiale) se bazează pe corelarea mai multor modalități senzoriale (vizuale, oculo-kinestezice, tactile), ca și a celui tridimensional (volumul) — informațiile tactil-și vizual-kinestezice.

Percepția timpului se bazează pe perceperea unor fragmentări (serii discontinui de durate pline de evenimente și intervale vide), fiind percepute efectiv doar duratele pline și vide ale segmentului prezentului cu o durată scurtă (3—5 minute). Peste această limită (inclusiv viitorul și trecutul)

are loc doar evaluarea mintală prin mijlocirea experienței anterioare (comparată cu unități temporale de măsură : secunda, minutul, pînă la secol și mileniu). Saturația emoțională pozitivă și a conținutului în evenimente scurtează durata



și invers, de unde circumscrierea timpului real (obiectiv) și a celui psihologic (obiectiv). Conținutul de evenimente al timpului psihologic determină preponderența prezentului la adult, a trecutului la vîrstnici și a viitorului la tînăr și adolescent (FRAISSE, 1958). Coordonarea temporală caracterizează ființa umană la mai multe niveluri : biologic, fiziologic, psihologic, social (ARSENI, M. GOLU, DĂNĂILĂ). Timpul biologic (ceasornicele biologice) funcționează la nivelul codului genetic (bioritmurile, procesele metabolice) sau al ciclurilor biologice globale (hormonale — ciclurile și perioadele critice ale vieții la cele două sexe, ritmul circadian al somnului și vegheii). În determinarea ceasurilor biologice participă analizatorii auditivi în principal (considerat cel mai fidel metronom al duratelor și intervalelor), urmat de cele cohlear, kinestezic, vizual.

Percepția mișcării se bazează pe integrarea stimulilor labirintici și oculo-kinestezici. Percepția extrasenzorială (→ CRIPTESTEZIA — Ch. RI-CHET) este denumirea pentru telepatie înțîlnită în psihologia engleză.

Percepția interpersonală, interpercepția sau intercunoașterea este un proces de comunicare non-verbală care întretine relații interindividuale prin exprimarea intenționalității, obiectivelor și semnificației comportamentelor indivizilor la nivelul grupului, cît și a structurii și dinamicii acestor comportamente (C. MAMALI). Avînd la origine „întîlnirea” moreniană (→ J. MORENO) interpercepția necesită și stimulează empatia, fiind abia apoi un act de cunoaștere supus influen-

entei factorilor socio-culturali, dispoziției spațiale, felului activității (J. STOETZEL), ca și altora de natură subiectivă (atenție, curiozitate epistemică, motivație relațională, valori atribuite sieși și celorlalți — R. TAGIURI).

Din perspectiva unei antropologii filozofice existențialiste, MERLEAU-PONTY (în „Fenomenologia percepției”, 1945) consideră percepția „transcendentală” ca premisă a „conștiinței încarnate” care ar subzista în orice comportament și atitudine umană.

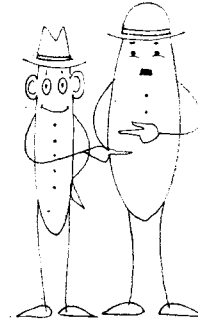
365. PERCEPȚIE INTERPERSONALĂ ● Sin-tagmă referitoare la impresiile resimțite în prezența altei sau altor persoane de către un „observator”, servind drept bază importantă pentru interacțiunile interpersonale. În acest proces de comunicare interpersonală, observatorul încearcă, pe baza mesajelor extralingvistice pe care le recepționează, să descopere intenționalitatea unor comportamente și obiectivele lor (C. MAMALI) și să facă predicții privind comportamentele ulterioare.

J. T. TEDESCHI consideră că, într-un fel, termenul de percepție personală este impropriu și se referă de fapt la „deducții personale” asupra persoanei „stimul”. Fritz HEIDER afirmă că între percepția obiectuală și percepția interpersonală există trei deosebiri :

- se presupune că persoanele au o viață interioară pe cînd obiectele nu; fiecare persoană încearcă emoții și gânduri și presupune că toți ceilalți fac la fel ;
- obiectele nu sînt percepute ca fiind cauze ale propriilor lor acțiuni, în timp ce persoanele sînt cel mai adesea văzute drept principale cauze ale propriilor acțiuni. Conceptul de responsabilitate este în strînsă interferență cu noțiunea de acțiune, din motive interioare, și nu prin forțe externe ;
- persoanele pot influența, manipula și exploata în mod deliberat observatorul, în timp ce obiectele neînsuflăte nu o pot face.

Studiind comportamentele unei persoane, observatorul atribuie cauzele lor, pe de o parte, persoanei, pe de altă parte, mediului ambiant. H. KELLEY (1983) stabilește chiar un principiu al creșterii riscului : „cu cît este atribuit unor cauze personale”. Autorul comportamentului este cu atît mai „personalizat” de observator cu cît comportamentul său deviază de la ceea ce „observatorul” consideră că majoritatea persoanelor ar face într-o situație dată. Acest lucru implică faptul că diverși observatori operează cu scale de percepție diferite, relativizînd atît principiul creșterii riscului cît și pe cel al devianței. K. DAVIS și E. JONES arată că ori de cîte ori un „observator” atribuie cauzele comportamentului unei persoane, face și deducțiile corespun-

zătoare. De asemenea, ei arată efectul prioritar pe care „prima impresie” o are față de informațiile ulterioare producînd o evidentă modificare a configurației informaționale : primele informații servesc ca traumă pentru informațiile ulterioare.



Fiecare persoană (deci, implicit fiecare „observator”) tinde să dezvolte o teorie proprie asupra personalității în care trăsăturile sînt considerate ca avînd posibilitatea asocierii sau excluderii reciproce. Acest model duce la crearea unor „blocuri informaționale” (rezultat al unor deducții foarte dezvoltate dar depărtate mult de modelul real) care devin stereotipe și care vor fi folosite ca adjuvante ale percepției interpersonale. Totuși, cu cît un stereotip este aplicat la percepția unui grup mai mare, cu atît rezultatele sînt mai deformate. Analizînd un astfel de stereotip, „cel al femeilor frumoase”, socio-psihologii au pus în evidență diferența dintre „cliseul” care consideră că femeile frumoase au anumite înlesniri și că sînt personalități sociale mai dezirabile și mai inteligente. Ele au într-adevăr avantaje la angajare sau atunci cînd li se comentează rezultatele, dar sînt „handicapate” atunci cînd este vorba de nivele mai importante și alegerea în funcții de conducere (J. T. TEDESCHI).

După P. POPESCU-NEVEANU, modelele mintale au și rol motivațional, conțin standarde relaționale restrictive de ordin moral, transmise familial, reacția de respingere putînd fi generată de non-corespondența imaginii actuale cu modelul. Alte posibilități de deformare a percepției interpersonale sînt :

- nivelul prea ridicat sau prea scăzut al atitudinii critice ;
- generalizarea metaforică a unui indice perceptiv asupra întregii configurații percepute ;
- inerția perceptivă și extensia temporală a indicilor perceptivi ;
- nesensizarea comportamentelor inaparente și : acroșarea de comportament aparent.

O altă eroare curentă este generată de considerarea persoanei-stimul ca un obiect inert (care se lasă portretizat), oferind „observatorului” posibilitatea unor concluzii obiective și elaborate asupra comportamentelor sale. În realitate, persoana observată investește direct sau indirect un grad de deziderabilitate socială, conformându-se la rîndul ei unui model propriu al relaționării interpersonale și continuînd să transmită o anumită imagine favorabilă sau defavorabilă despre sine. După MORENO, interpercepția nu este un simplu act de cunoaștere, ci și expresia nevoii de asociere cu alții și de variație relațională.

Pentru psihiatrie, percepția interpersonală joacă un rol deosebit (ca de altfel pentru orice relație medic-pacient), impresiile și „deducțiile personale” avînd aici un rol deosebit atît în elaborarea diagnosticului, cît și în posibilitatea deschiderii către o relație psihoterapeutică cît mai profundă.

366. PERCEPȚIE PRIMARĂ ● Din perspectiva psihologiei genetice, J. PIAGET distinge două faze ale percepției: primară și secundară. Percepțiile primare ar coincide cu momentul unor prime activizări ale cîmpului (vizual, auditiv etc.), fiind similare gestalturilor, în sensul că sînt ireversibile și neasociative. Structura perceptivă primară este relativ grosieră, fiind rezultatul unui act perceptiv unic și nemediat experiențial.

367. PERCEPȚIE SECUNDARĂ ● Distincție realizată de J. PIAGET între fazele percepției, desemnînd momentul decentrării perceptivă (→ DECENTRARE), cînd are loc reproducerea exactă atît a obiectului real sub raportul dimensiunilor și proprietăților lui, cît și a contextului. Comparativ cu percepția primară, percepția secundară presupune participarea activă a subiectului (explorarea cîmpului perceptiv, selectivitatea, comparații etc.), desfășurare fizică și intervenția unor mediatori ca memoria senzorială, experiența anterioară ș.a.

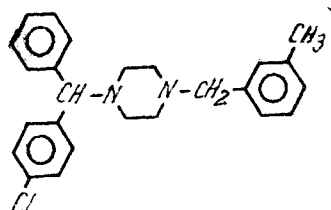
368. PERCEPȚIE — tulburări ● Reprezintă un proces psihologic complex prin care obiectele și fenomenele, acționînd nemijlocit asupra organelor de simț, sînt reflectate în totalitatea însușirilor lor, ca un întreg unitar, percepția trebuie înțeleasă și ca un ansamblu de raporturi spațio-temporale, în strînsă legătură cu alte funcții psihice (gîndire, memorie, afectivitate), ea constituind o trăire și o participare a subiectului care include și calitatea de spectator. În aceste condiții apar dificultăți de sistematizare ; orice încercare de clasificare fără „marcă didactică” nu-și are valoare. Separarea aspectelor patologice perceptuale este artificială, acestea fiind prezente în realitate sub forma unor complexe simptomatologice.

○ Sistematizare clasică, în lumina celor de mai sus, poate fi următoarea :

- senzația : hiperestezia, hipoestezia, sinestezia ;
- percepția :
 - agnoziile ;
 - iluziile fiziologice (optico-geometrice, prin modificarea mediului perceptual, prin modificarea condițiilor subiective) ;
 - iluziile patologice (false recunoașteri, false nerecunoașteri, pareidoliile, la diferiți analizatori) ;
 - halucinațiile psihosenzoriale (auditive vizuale, olfactive și gustative, tactile, corporale) ; asocieri halucinatorii ;
 - halucinații psihice (acustico-verbale, vizuale, motorii) ; asocieri halucinatorii.

369. PERDURETAS ANTIHISTAMINICAS^(M)
Spania — DCI *Prometazină* ● Neuroleptic, derivat fenotiazinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ROMERGAN^(M) România.

370. PEREMESIN^(M) Elveția, RFG — DCI *Meclozină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-(p-clor- α -fenilbenzil)-4-(m-metilbenzil)-pi-



perazină, cu acțiune marcat sedativă, hipnotică și antiemetică. Se utilizează în special în asociere cu NL incisive.

371. PERENIUM^(M) Franța — DCI *Toloxatonă* ● Psihotrop cu o structură chimică asemănătoare timolepticelor, de tip 2-oxo-2H-1,3-benzoxazină-3(4H)-acetamidă, cu acțiune anxiolitică și valențe antidepresive.

372. PEREQUIL^(M) Italia — DCI *Meprobamat* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MEPROBAMAT^(M) România.
● Tranchilizant, derivat propandiolic

373. PERFECȚIONISM (cf. lat. *perfectum*) ● Termen care desemnează atitudinea de hiperexigență față de sine și de alții, manifestată prin grija excesivă pentru executarea unei sarcini cît mai corect posibil, în cele mai mici amănunte. Parțial, implică noțiunea de meticulozitate. Caracterizează în special personalitățile anancaste (eforturi intense pentru exactitate, rigoare, verificări permanente, îndoială continuă (→ PERSONALITATE ANANCASTĂ)).

Perfecționismul, ca trăsătură, poate împiedica o realizare eficientă și globală, persoana riscând să rămână la realizări de etapă (în cazuri mai grave, să renunțe definitiv la activitate). Se formează, pe de o parte, datorită unor însușiri native în acest sens, pe de altă parte, datorită unui stil de educație care amplifică (dezvoltă) aceste însușiri astfel încât ele devin forțe de constrângere, cărora individul nu se mai poate sustrage.

374. PERFENAZIN^(M) Cehoslovacia — DCI *Perfenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinil-alkil-fenotiazinic de tip 2-clor-10-13-14-(2-hidroxi)etil)piperazin-1-11-propilfenotiazină, indicat în endogenii acute și cronice, având valențe anxiolitic-sedative. Formele depôt se utilizează în terapia de durată, în condiții de ambulator. Produși similari: PERFENAZINA^(M) Mexic; PERFENIL^(M) Italia.

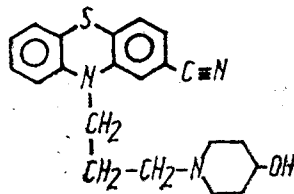
375. PERFORMANȚĂ (cf. engl. *performance* „execuție, realizare”) ● Rezultat cuantificabil al unei acțiuni, activități. Poate ocupa un loc într-o anumită ierarhie (performanțe slabe, medii, superioare), în funcție de un criteriu, de un nivel de referință. În limbajul comun, desemnează numai rezultatele care depășesc nivelul comun și este, în acest sens, asimilabil termenului de record.

Din problematica performanței enumerăm: dependente de performanță în constituirea imaginii de sine, nevoia de performanță, drept compensare a complexului de inferioritate, lupta pentru performanță în situațiile competitive în care agresivitatea este sublimată, socializată, performanța ca mijloc de comportare etc. Nevoia de performanță este o componentă centrală în dezvoltarea umană generală și individuală. Performanța rămâne întotdeauna relativă, în funcție de sistemul de valori la care se raportează.

376. PERFORMANȚĂ^(T) test ● Destinate aprecierii funcțiilor intelectuale, au la origine formulele de asamblare ale lui SÉGUIN. Sînt cunoscute labirintele lui PORTEUS, scările lui ARTHUR-GRACE și ALEXANDER. Fiind modalități nonverbale de testare, pot fi aplicate surdomușilor, analfabeților, străinilor. Oferă date cu privire la nivelul de dezvoltare a inteligenței practice, atenției, observației și capacității de organizare vizual-motorii, cu privire la potențialul intelectual al individului fără, sau înaintea intervenției factorilor instructiv-educationali. Sînt extrem de utile în diagnosticul oligofreniei. Dacă testele de performanță denotă un nivel nonverbal normal al QI, rezultă o pseudo-debilitate mintală, aspectul aparent de oligofrenie fiind datorat doar carențelor instructiv-educative.

377. PERICIAZINE^(DC) ● Derivat fenotiazinic (piperidilalkilfenotiazinic) de tip 10-13-(4-hidroxi-piperidin)propilfenotiazină-2-carbonitril, introdus

în clinică în 1962, cu acțiune adrenomolitică, parasympaticolitică, spasmolitică, antiserotoninică, sedativ-antiemetică, cataleptizantă. Indicat în impulsivitatea din cadrul tulburărilor de comportament ale epilepsiei, oligofreniei, senilității, cît



și în dizarmonii. Deși toleranța este, în general, bună, nu sînt excluse efectele secundare clasice ale NL. Constituie principiul activ al unor produși farmaceutici, dintre care :

● Cei mai bine cunoscuți sînt :

NEULACTIL^(M) Anglia, Danemarca, Finlanda, Suedia
NEULEPTIL^(M) Austria, Belgia, Brazilia, Canada, Franța, Grecia, Italia, Iugoslavia, Elveția, Japonia, Olanda, Portugalia

● Alți produși :

AOLEPT ^(M)	RFG
APAMIN ^(M)	Japonia
IRIYAKIN ^(M)	Japonia
NEMACTIL ^(M)	Spania
NEUPERIL ^(M)	Finlanda

378. PERIDOR^(M) Israel — DCI *Haloiperidol*

● Neuroleptic, derivat butirofenonic de tip 4-14-(p-clorfenil)-4-hidroxi-piperidino-4'-fluorobutirofenonă, cu efecte clinice predominant de tip sedativ, dar cu efecte secundare de tip incisiv → BUTIROFENONE.

379. PERI- (cf. gr. *peri* „în jur”) ● Element de compunere care introduce sensul de „în jur, împrejur”.

380. PERIDURAL (cf. *peri-*: lat. *durus* „dur, aspru”) ● Orice formațiune situată exterior, în jurul membranei duramater.

381. PERIFERIC^(S) sindrom (cf. gr. *peripherein* „a purta în jur”) ● Sindrom de neuron motor, ce presupune afectarea neuronilor somato-motori din coarnele anterioare medulare (motoneuron) care asigură inervația musculaturii striate). Acești motoneuronii pot suferi leziuni distructive totale, ireversibile, leziuni distructive parțiale, de regulă, ireversibile, sau leziuni iritative. Leziunile pot fi localizate la nivelul corpului neuronal, al prelungirilor axonale sau la nivelul plăcii neuromusculare. Ele au consecințe asupra activității reflexe

a fibrelor unității motorii respective, determinând paralizii ale mișcărilor reflexe.

Se constată tulburări de excitabilitate și troficitate ale fibrelor musculare. Diagnosticul diferențial cu afectarea primară miogenă este facilitat de electroneurografie și electromiografie. Sindromul de neuron motor periferic este prezent în afecțiuni neurologice ca: poliomielite, mielite acute, tumori medulare sau tronculare, mono- sau polineuropatii cu tropism pentru placa motorie.

În psihiatrie, se pune problema diagnosticului diferențial între sindromul de neuron motor periferic și manifestările motorii ale nevrozei isterice. Este însă ușor de evidențiat caracterul funcțional al manifestărilor isterice, care, alături de lipsa semnelor neurologice, elucidează diagnosticul.

382. PERIMETAZINE^(DC1) ● Derivat fenotiazinic de tip 1-13-(2-metoxifenotiazin-10-il)-2-metil-propil-4-piperidinol, cu acțiune sedativ-hipnotică și anxiolitică, posedând valențe analgezice, antiemetice, adrenolitice și antispasmodice. Constituie principiul activ al produsului LEPTRYL^(M) Franța, recomandat, pe lângă acțiunea sa, și pentru buna toleranță.

383. PERIOADĂ (cf. gr. *periodos*, „înconjur, tur”) ● Interval de timp în care se desfășoară un fenomen sau o activitate. Are sensuri specifice, în funcție de domeniile de activitate:

- diviziune de timp (geologie, astronomie);
- perioadă de înjumătățire (fizică);
- perioadă de inducție (chimie);
- intervalul creșterii maxime a valorii independente (matematică);
- parte unitară într-o compoziție (muzică);
- ciclul menstrual (popular).

În psihiatrie (ca și, în general, în medicină), perioada reprezintă intervalul de timp între două accese ale unei boli (de exemplu, psihoza maniaco-depresivă), sau intervalul de timp în care pot apărea unele manifestări psihice consecutive (de exemplu, perioada puerperală).

384. PERIOADĂ PUERPERALĂ — manifestări psihice (cf. lat. *puerpera*, „lăuză”) ● Simptomatologie psihică, variată atât ca intensitate, cât și ca durată, apărută în dependență directă de modificările complexe endocrino-metabolice și psihosociale legate de evenimentul nașterii. Delimitarea nosologică a acestor tulburări nu este precisă, criteriul timp fiind incriminat în subdivizarea manifestărilor psihice ca aparținând gravidității, lăuziei și lactației; termenul de puerperal vizează toată această perioadă (deși, în sens strict, psihozele puerperale sînt cele care se de-

clanșează imediat după naștere). În concepțiile actuale există două curente:

- unul, care consideră aceste tablouri psihopatologice drept entități clinice de sine stătătoare, cu delimitare clară și simptomatologie proprie — tulburările psihice din perioada gravidității și puerperalității (SIDRADOU, KARNOSH, HOSS, DELAY, NYSSEN, BONAFOS, CAIN, SCHNEIDER, HAMILTON, BISSET, PREDESCU);
- celălalt le apreciază drept entități clinice declanșate în graviditate sau postpartum (BREW, SIDENBERG, KLINE, FROMDEUR, REGAN, SEGER, LESSOW).

Datele epidemiologice privitoare la incidența acestor tulburări sînt diferite, dată fiind diversitatea criteriilor semiologice folosite și a orientărilor teoretice ale școlilor de psihiatrie considerate. Autorii germani indică, de exemplu o, cifră a psihozelor puerperale situată între 1—80 la 300/1000 nașteri, iar raportată la numărul bolnavilor internate în secții de psihiatrie, de 4% (în scădere față de 8—10% în secolul trecut). Majoritatea lucrărilor indică o scădere progresivă a cifrelor, sub 1%, în condițiile îmbunătățirii generale a asistenței femeii gravide și lăuzei. Vîrsta predilectă pare a fi 25—30 ani, fără ca aceasta să reprezinte totuși un element semnificativ, ținînd seama de corelația cu vîrsta apariției primului copil, primipariei în vîrstă fiind în mod evident mai afectate. Rangul sarcinii este un element important, după PAFFENBERGER, el arătînd că psihozele gravide sînt mai frecvente la multipare, iar psihozele postpartum, la primipare. După H. EY, studiile epidemiologice indică preponderența tulburărilor psihice majore postpartum, față de cele din graviditate (60—80% față de 15—20%) și față de perioada lactației (5—15%). Se pare că un rol major în determinarea multifactorială a tulburărilor psihice îi joacă patru grupe de factori etiologici: factori ereditari și constituționali; factori psihosociale; factori endocrini, infecțioși.

Din examenul fizic al femeii însărcinate și al lăuzei nu trebuie omise ereditatea, antecedentele patologice, constituția biologică, personalitatea premorbidă, ca și poziția sa actuală (conjugală, socială, economică), incidentele și accidentele gravido-puerperale și perspectivele deschise de maternitate (H. EY).

În sprijinul ideii că tulburările psihice ale puerperalității sînt nespecifice, H. WALTHER-BÜEL aduce argumentul că, în aceeași perioadă, devin manifeste și alte afecțiuni, cu o etiopatogenie cunoscută (coreea gravidică, psihoza Korsakov prin hiperemeză și deficit vitaminic, infecțiile din timpul lactației, mastitele), generatoare de tablouri psihopatologice de tip confuzional, delirant sau catatonic, depresiv și, mai rar, maniacal, neuras-tenic și obsesivo-fobic. În ceea ce privește deter-

minismul plurifactorial al apariției psihozelor puerperale în mod special, psihiatrul elvețian G. SCHNEIDER remarcă prezența, în 50% din cazuri, a tulburărilor nevrotice și a personalității de tip infantil, în care se intrică factori ereditari și constituționali. J. DELAY acordă o semnificație deosebită modificărilor hormonale și posibiilor infecții de la nivelul mucoasei uterine, pregătită în vederea nașterii.

Insuficient cunoscute, aspectele psihosociale intervin prin intermediul relației mamă-copil-tată, în special când aceasta capătă o configurație negativă. Studii scandinave atrag atenția asupra preexistenței unor conflicte conjugale, a frigidității, tendințelor homosexuale latente, grijii excesive în legătură cu nașterea copilului, stresului. Luând în considerare atât momentul apariției tulburărilor psihice în cadrul perioadei puerperale, cât și intensitatea acestora, se poate admite următoarea clasificare :

- Tulburări psihice ale gravidității: modificări psihofiziologice, tulburări psihice nevrotice, tulburări psihice de intensitate psihotică.
 - Tulburări psihice ale postpartumului :
 - tulburări psihice ale postpartumului precoce (până la 42 de zile), cu stări confuzionale, delirante, psihotice de tip afectiv, stări schizofreniforme ;
 - tulburări psihice ale postpartumului tardiv (42 zile — un an), cu tulburări psihice de intensitate nevrotică, tulburări psihice de intensitate psihotică.
 - Tulburări psihice postabortum.
- Indiferent la care perioadă din puerperalitate se referă, recunoașterea tablourilor psihopatologice se bazează pe următoarele elemente :
- manifestări psihice de intensitate și durată variabilă, apărute și legate evident de perioada puerperală ;
 - absența antecedentelor psihiatrice ;
 - posibilitatea existenței lor și în perioadele puerperale anterioare ;
 - evoluția tranzitorie și prognosticul favorabil.

Tulburările psihice din graviditate (→ GRAVIDITATE) sînt grupate în :

- modificări psihofiziologice (de intensitate redusă și însoțind parțial sau total perioada gestației) — tulburări de tip senzitiv, scăderea toleranței la frustrare, discretă diminuare a funcțiilor cognitive (PREDESCU), tulburări ale echilibrului instinctivo-afectiv ;
- modificări psihice de intensitate nevrotică : sindrom obsesional, sindrom fobic, sindrom isteric — toate în legătură tematică directă cu trinomul graviditate-naștere-produs de

concepție și, deseori, asociate cu tulburări psihosomatice ;

- manifestări psihotice : rare și îndeosebi în partea a doua a sarcinii, cu prelungire în postpartum.

Tulburările psihice ale perioadei postpartum (→ PSIHOZĂ PUERPERALĂ) se grupează în :

- manifestări psihice ale postpartumului precoce (până la 42 de zile), cu debut, de obicei, brusc :
 - stări confuzionale (de la obnubilare pînă la stupeoare, frecvente stări confuzo-onirice cu tonalitate anxioasă, de un bogat polimorfism) ;
 - stări delirante (fundal de depersonalizare-derealizare) cu idei delirante slab structurate, cu conținut de persecuție, prejudiciu sau negație, tonalitate depresivă ;
 - stări psihotice depresive (putîndu-se prelungi și în postpartumul tardiv), cu conținut focalizat asupra maternității și a noului născut, cu idei de culpabilitate, autoacuzare, frică de a nu pierde copilul, posibile idei autolitice sau de infanticid ;
 - stări maniacale (mult mai rare) ;
 - stări schizofreniforme (apar în finalul postpartumului precoce, putînd fi precedate de stări delirante, în care are loc organizarea ideilor delirante după modelul disociativ ; discutabilă este încă apartenența lor la schizofreniile autentice, prin decompensarea ocazionată de impactul gravido-puerperal, sau strict la perioada puerperală) ;
- manifestări psihice ale postpartumului tardiv (42 zile — un an), se întîlesc mult mai rar față de cele precoce, cu tulburări nevrotice depresiv — anxioase, preponderente față de cele psihotice (depresive sau schizofreniforme).

Tulburările psihice postabortum pot apărea după avorturi spontane (mai rar) sau după avorturi provocate (mai frecvent). Se aseamănă foarte mult cu stările din postpartum, avînd, în general, un aspect nevrotic. În patogenia lor sînt incriminate anxietatea, angoasa, prezente în efectuarea unei întreruperi de sarcină și, de asemenea, sentimentul de culpabilitate.

Diagnosticul diferențial se poate realiza cu o multitudine de entități psihiatrice, atît de intensitate nevrotică, cît și psihotică, prezentînd 1—2 elemente definitorii comune cu cele ale tulburărilor psihice din perioada puerperală. Importanță practică are însă diferențierea de cîteva entități :

- endogenii neștiagnosticate anterior — se realizează prin corelarea atentă a antecedentelor, o problemă mai dificilă fiind cea a

debutului unei endogenii în perioada puerperală;

- eclampsia — prin punerea în evidență a incompatibilității Rh, a nivelului crescut în sânge al anticorpilor anti-Rh, a modificărilor umorale, a hipertensiunii arteriale, a edemelor, a modificării funcției renale;
- debutul de tromboflebită cerebrală — prin evidențierea semnelor neurologice de focar, concomitent cu stările febrile, posibila existență a convulsiilor.

Prognostic este bun, în majoritatea cazurilor, chiar dacă este vorba de psihozele schizoforme (nemaivorbind de tulburările nevrotice, care diminuează odată cu trecerea perioadelor gravidității și postpartumului).

Tulburările psihotice din postpartum diferă ca prognostic după forma clinică, stările confuzionale avînd evoluția cea mai scurtă și remisia cea mai bună. Psihozele schizofreniforme au o evoluție mai lungă și un prognostic îndepărtat, grevat de ipotetica psihoză latentă, scoasă la iveală de puerperalitate. Autorii germani apreciază că există mai puține recidive în cazul unei gravidități tardive, caz în care întreruperea cursului unei alte sarcini nu este absolut indicată.

În general, evoluția este bună dacă psihozele puerperale sînt tratate corect și susținut, în absența acestui deziderat, există riscul recăderilor în perioadele imediat următoare. Psihozele gravide aparute la sfîrșitul sarcinii, ca și cele postpartum, beneficiază de tratament complex, în care își găsesc locul antidepresivele și neurolepticele, terapia electroconvulsivantă, psihoterapia și măsurile de reechilibrare endocrină metabolică.

385. PERIOADĂ SENSIBILĂ ● Etapă morfofuncțională în ontogeneză, propice dezvoltării unor noi funcții motorii sau psihice (exemplu: mersul este posibil de la vîrsta de aproximativ 1 an). M. MONTESSORI a introdus noțiunea pentru a completa pe cea de maturare. Din momentul în care există posibilitatea maturării unei funcții, este imperios necesară începerea învățării ei, orice întîrziere ducînd la pierderea beneficiului plasticității existente în faza respectivă. Pierderea posibilităților unor achiziții naturale ar explica incapacitatea unor copii crescuți în sălbăticie de a avea un comportament uman (de a vorbi etc).

386. PERIODICITATE (cf. fr. *périodicité*: vezi *perioadă*) ● Caracteristică a anumitor afecțiuni de a evolua în pusee (accese), care apar la intervale mai mult sau mai puțin regulate. Acest caracter îl prezintă atît unele afecțiuni somatice „boala periodică” (epilepsia mediteraniană), paralizia periodică familială, cît și afecțiuni psihice psiho-

za afectivă bipolară (psihoza maniaco-depresivă-PMB), a cărei evoluție periodică a fost cunoscută și descrisă încă din antichitate. Abordată din punctul de vedere al cronobiologiei, periodicitatea PMD prezintă două particularități:

- este periodică, adică prezintă o anumită corelație cu succesiunea sezonieră; accesele depresive sînt mai frecvente primăvara, iar cele maniacale, toamna;
- este circadiană, în sensul că depresia este mai accentuată dimineața, se ameliorează în cursul zilei și diminuează seara. Alternanța ritmului somn-veghe este și ea legată de ritmul circadian, ritm care se modifică atît în fazele depresive, cît și în cele maniacale, atît în ceea ce privește hipo- sau hipersomnia, cît și în structura arhitectonică a somnului, modificările survenind mai ales în stadiul al IV-lea.

Numeroase studii și cercetări au încercat aplicarea acestei periodicități a stărilor afective, prin corelare cu periodicitatea ritmurilor biochimice, endocrino-metabolice, rezultatele acestor studii promovînd ideea că deprivarea de somn ar contribui la resincronizarea ritmurilor tulburate. M. LĂZĂRESCU (1974) respinge criteriul exterior al evoluției bolii, arătînd că aceasta este mult mai net legată de caracteristicile individuale ale persoanei, ipoteză în care procesul psihotic este determinat de mersul unui „orologiu intern”.

Evoluții după o modalitate periodică pot fi întîlnite și în tulburări psihotice de tip paranoid, catonic și parafreniform, fără a se putea izola un tip special de patologie legat de acest criteriu. În patologia nevrotică se poate vorbi de o periodicitate în tulburările legate de sindromul obsesiv. Studiile de cronobiologie deschid un cîmp larg de speranțe pentru aplicarea unei farmacocronologii adecvate.

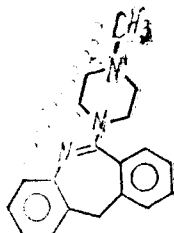
387. PERISTAZĂ (cf. *peri-*; gr. *stasis* „poziție”) ● BOVEN denuște peristază, ansamblul condițiilor și condiționării ambientale în care individul se dezvoltă și la care se adaptează. Noțiunea este deosebit de importantă pentru studierea dezvoltării psihice a copilului, care este influențată și condiționată de factori de peristază referitori la familie, educație, anturaj, mediu social. Acești factori își pun amprenta în dezvoltarea viitoarei personalități, care nu mai apare astfel condiționată strict biologic ereditar.

388. PERLAPINE^(DC1) ● Tranchilizant, cu o structură chimică particulară de tip 6-(4-metil-1-piperazinil)morfandridină; are acțiune sedativ-hip-

notică. Constituie principiul activ al următorilor produși :

HYPNODIN(E)^(M)
PIPNOTINE^(M)

Japonia
Japonia



389. PERLOPAL^(M) RFG — DCI *Metilpentinol* ● Tranchilizant, derivat alkenic de tip 3-metil-1-pentil-3-ol, cu acțiune sedativ-hipnotică și miorezolutivă, prin inhibarea transmisiei ganglionare.

390. PERLS Fredericks Fritz (1893—1970) ● Psihiatru american. Născut la Berlin, a studiat la universitatea din orașul natal, unde a obținut titlul de doctor în 1926. După serviciul militar a petrecut un an la Institutul de Neurologie din Frankfurt, unde a fost elevul lui K. GOLDSTEIN. În această perioadă a devenit participant activ al mișcării psihanalitice din Berlin și Viena. În primii ani ai deceniului al patrulea a părăsit definitiv Germania, stabilindu-se în Africa de Sud, unde a întemeiat, la Johannesburg, Institutul de Psihanaliză din această țară. Aici a publicat prima sa carte în care și-a expus ideile pe care ulterior le-a încorporat teoriei gestaltiste.

În 1946 s-a stabilit în SUA, unde a desfășurat inițial o activitate clinică, apoi a activat în cadrul Institutului de terapie intensivă din New York, iar din 1966 — în California, la Institutul Esalem. Ultimul an al vieții l-a petrecut la Vancouver, unde a fondat un institut de terapie gestaltistă.

Terapia sa se bazează pe acțiune, pe creșterea simțului responsabilității, pe adoptarea unei atitudini în care acțiunile, să fie susținute de motivația afectivă. Terapeutului i se atribuie un rol autoritar, dar bazat pe sentimente de înțelegere („terapeut-umanist”).

Dintre lucrările sale cităm: „Terapia Gestalt” (1965); „Autobiografie” (1969).

391. PERMITIL^(M) Belgia, SUA — DCI *Flufenazina* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinilalkilfenotiazinic de tip 4-13-12-(trifluorometil)fenotiazin-10-illpropil-1-piperazinetanol. Este indicat în psihoze paranoid-halucinatorii, catatonice, depresii agitate. Are efecte secundare de tip neuroleptic incisiv. Diminuează efectul L-dopa.

392. PERNĂ PSIHICĂ^S semn ● Semn descris de DUPRÉ în schizofrenia catatonică, considerat drept stereotipie akinetică de atitudine. Constă în menținerea capului ridicat, subiectul fiind în decubit dorsal, ca și cum ar avea o pernă pe care se sprijină. Nu este caracteristic schizofreniei catatonice, putând fi întâlnit și în alte forme, ca și în impregnarea neuroleptică.

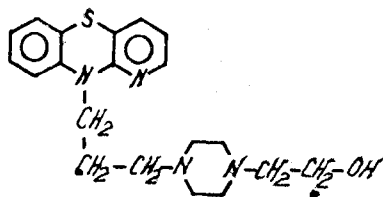
393. PERNAZINIUM^(M) Polonia — DCI *Perazina* ● Neuroleptic, derivat piperazinilalkilfenotiazinic de tip N-metilpiperazinil-N'-propilfenotiazină. În doze mari, are acțiune antipsihotică, în doze mici — acțiune tranchilizantă. În ansamblu are acțiune antipsihotică, anxio-litică, sedativă.

394. PERNEURON^(M) Italia — DCI *Mefexamidă* ● Psihostimulent de tip N-12-(dietilamino)etil-2-(p-metoxifenoxi)-acetamidă, fără efecte simpaticomimetice. Este indicat în astenii severe, sevraj toxicomanic, tulburări de dinamică sexuală, premenilitate, combaterea unor efecte secundare ale neurolepticelor și anticonvulsivanelor în tratamentele de lungă durată.

395. PERPENA^(M) Coreea; PERPHENAN^(M) Israel ● Derivați fenotiazinici → PERFENAZINE^(DCI)

396. PERPHAL^(M) Franța — DCI *Vincamină* ● Psihotrop, reglator metabolic de tip 13a-etil-2, 3,5,6,12,13,13a,13b-octahidro-12-hidroxi-1H-indol(3,2,1)pirido(3,2,1)(1,5)nafitirdină-12-acid carboxilic, cu acțiune asupra metabolismului cerebral; este indicat în gerontopsihiatrie și în stări psiho-patoide.

397. PERFENAZINE^(DCI) ● Derivat fenotiazinic piperazinilalkilfenotiazinic de tip 2-clor-10-13-14-(2-hidroxi)etil)piperazin-1-ill-propilfenotiazină, in-



dicat în endogenii acute, cronice, cu valențe anxiolitic-sedative. Formele depôt se utilizează în terapia de durată, în condiții de ambulator. Con-

stituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici (standard și depôt) :

DECENTAN ^(M)	Italia
ETAPERAZIN ^(M)	URSS
ETAPIRAZIN ^(M)	URSS
ETHAZERACIN ^(M)	URSS
FENTAZIN ^(M)	Anglia
F-MON ^(M)	Japonia
LEPTOPSIQUE ^(M)	Mexic
METID ^(M)	Franța
PELPHENAZINE ^(M)	Japonia
PERATSIN ^(M)	Finlanda
PERFENAZIN ^(M)	Cehoslovacia
PERFENAZINA ^(M)	Mexic
PERFENIL ^(M)	Italia
PERPENA ^(M)	Coreea
PERPHENAN ^(M)	Israel
PHENAZINE ^(M)	Canada
PZC ^(M)	Japonia
THILATAZIN ^(M)	Ungaria
TRANQUISAN ^(M)	Franța
TRIFON ^(M)	Coreea
TRILAFON ^(M)	Elveția
TRILIFAN ^(M)	Franța
TRIMIN ^(M)	Coreea
TRIOMIN ^(M)	Japonia
TRIPHENOT ^(M)	Polonia

Depôt :

DECENTAN-DEPOT ^(M)	RFG
PERATSIN ENANTAATTI ^(M)	Finlanda
TRILAFON ENANTAT ^(M)	Danemarca
TRILAFON ENANTHAAT ^(M)	Olanda
TRILAFON ENANTHATE ^(M)	Suedia

398. **PERPHOXEN^(M)** Elveția — DCI *Fenproporex* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-3-1(α -metilfenetil)aminopropionitrii, cu marcate valori anorexigene, utilizat în combaterea obezității consecutive utilizării îndelungate a neurolepticelor. Are efecte simpaticomimetice. Există riscul dependenței → PSIHSTIMULENTE.

399. **PERPLEXITATE** (cf. lat. *perplexitas* „neclaritate”) ● Stare incertă, de stupefacție, simptomatică pentru perioadele inițiale sau de superficializare fluctuantă a tulburării conștiinței din sindromul confuzional. Rezultă din perceperea parțial critică de către bolnav a impreciziilor, dificultăților sale de orientare, gândire, integrare în situație. După MICHAUX, precedă onirismul. Este un simptom component al „proceselor negative” (MICHAUX) din micul automatism mental și al dispoziției delirante sau însoțitor al trăirilor delirant-halucinatorii la debutul lor.

400. **PERSECUȚIE** (cf. lat. *persecutio* „urmărire”) ● Credință a subiectului că este calomniat, urmărit, nedreptățit, deposedat, lezat în drepturile și în

interesele sale, în personalitatea, sănătatea și chiar existența sa (E. RÉGIS).

În cortegiul ideilor delirante, ideile de persecuție ocupă unul din primele locuri (în opinia mai multor autori, chiar primul loc). O primă descriere a delirului de persecuție a fost dată de LASEGUE, la care s-au adăugat contribuțiile lui FALRET și MAGNAN. Masa ideilor delirante de persecuție nefiind unitară, de-a lungul timpului au fost încercate diferite clasificări, dintre care pot fi menționate cele elaborate de :

● ARNAUD :

- persecutați melancolici ;
- persecutați autoacuzatori ;
- persecutați hipocondriaci (BALLET — cei care au mici malformații pe care le consideră cunoscute și disprețuite de toată lumea).

● RÉGIS :

- delirul de persecuție clasic — sindrom al psihozei sistematizate progresive ;
- delirul de persecuție rațional (fără halucinații) — delirul persecuțiilor-persecutori.

● MICHAUX :

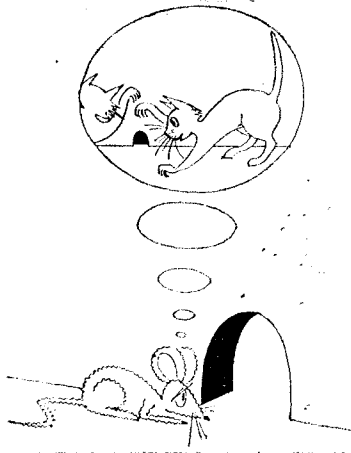
- idei de persecuție primară ;
- idei de persecuție secundară.

Persecuțiile primare se formează prin mecanism de intuiție, uneori retrospectivă, independent de orice dat senzorial sau obiectiv, în afara oricărei deducții logice, apărînd cu ocazia unei lecturi, unei întâmplări banale, față de care pacientul „intuiește” (și intuiția devine convingere absolută) că este persecutat. Ideile de persecuție secundare se constituie în urma unor prelucrări interpretative sau ca urmare a „informațiilor” culese prin tulburările de percepție, halucinații sau iluzii (voci injurioase, amenințătoare, fenomene de automatism mintal). Persecuția este enunțată și denunțată de „voci”. FALRET considera apariția halucinațiilor auditive ca semnul patognomic al delirului cronic de persecuție ; persecuția, pînă atunci vagă, mai mult sau mai puțin anonimă, se personalizează în momentul apariției unui „persecutor principal”.

H. EY grupează infinitatea de fenomene halucinatorii ale sensibilității generale, trăite ca senzații neplăcute, amenințătoare, dureroase sau stranii „provocate” de un obiect sau de o acțiune exterioară desfășurată de „persecutori” împotriva subiectului, sub numele de „delir halucinator de persecuție somatică”. Această producție halucinatorie stă la baza dezvoltării unei tematicii delirante de acțiune malefică. Împotriva subiectului se constituie comploturi, se organizează urmăriri, se folosesc otrăvuri sau se organizează experiențe științifice în care este folosit drept cobai. Pentru a-și realiza scopurile, persecutorii folosesc modalități dintre cele mai insolite, de la automate, radiații, unde, pînă la fluide magnetice și telepatie, mijloace pe care subiectul le identifică de cele mai multe ori

ca atare, încercând să-și ia măsuri de apărare față de invizibilii săi dușmani. Persecutorii par la început neidentificabili, nebănuindu-se scopurile pentru care fac acest lucru. Cu timpul ei sînt identificați fie nominal, fie ca grupuri (sociale, religioase, politice), bolnavul descoperind că de fapt este victima unor comploturi mari, din care nimeni nu poate fi exclus. Mijloacele tehnice de care dispun persecutorii sînt dintre cele mai complexe, tehnologiile dintre cele mai avansate și toate procedeele parapsihologice le stau la îndemînă, îndemnînd bolnavul la o atitudine reticentă și neîncrezătoare, la o serie de manevre prin care încearcă deșurubarea planurilor persecutorii (uneori subiecții afirmă cu mîndrie că, pentru scurt timp, aceste manevre reușesc).

Mijloacele de apărare sînt dintre cele mai diverse, de la astuparea cavităților naturale ale corpului cu tampoane, pînă la mijloace de control electronic, de la evitarea unor situații în care prezența „persecutorilor”, directă sau indirectă, este previzibilă, pînă la schimbările domiciliare și chiar expatriere (A. FOVILLE îi numea pe acești bolnavi „alienați migrato.”). Totul este însă inutil, deoarece forța și mijloacele de care dispun „persecutorii” sînt imense și imbatabile. Uneori, în dorința de a se răzbuna, delirantii persecutați pot să se antreneze în acte medico-legale deosebit de grave.



Identificarea agresorului se poate face pe cale „rațională” sau „direct”, sub imperiul halucinațiilor, „persecutorul” putînd fi obiectul unor tentative omucidare sau al altui act criminal grav (incendiere, mutilare etc.). În unele cazuri, „persecutatul” nemaiputînd suporta persecuțiile, face tentative suicidare (mai ales în cazurile în care delirul evoluează pe un fond depresiv). Legat de mecanismele psihopatologice care gene-

rează și susțin acest tip de delir, H. EY afirmă că substanța lui fundamentală se află în însăși coeziunea sa internă, în capacitatea de articulare pseudo-logică a evenimentelor, a relațiilor intersubiective, a desfășurării cronologice. Pseudoconstatările, pe care bolnavul le face, îi oferă un permanent material pentru elaborarea unor noi linii de rezistență în sistematizarea delirului. R. de FURSAC consideră că dintre toate ideile delirante, ideile de persecuție sînt cele care se sistematizează cel mai puternic și cel mai frecvent. Bolnavul „se supune unui Alt al său, care dislocă propriul Eu. Tema persecuției este obiectivarea acestui. Altuia, care îi alungă propriu Eu din lume. Toate peripețiile romanului delirant pe care subiectul le povestește nu sînt decît explicații, credințe și convingeri prezentate într-o judecată falsificată, urmărind să transforme în adevăr ceea ce este contrariul adevărului” (H. EY, 1963).

Ca și în alte tipuri de idei delirante, și în delirul de persecuție nota transculturală este evidentă. Ea a fost subliniată încă din 1923, de RÉGIS.

Aspectele delirului de persecuție sînt variate, în funcție de caracteristicile socio-culturale ale epocii :

Evul mediu :	Epoca modernă :
● demonopatii	● electrizați
● posesiuni	● magnetizați
● vrăjitorii	● hipnotizați
● dominați	● otrăviți
● licantropi	● minați
	● jefuiți

În evoluția lui, delirul de persecuție se poate transforma în delir expansiv. Subiectul realizează faptul că persecuția are drept mobil calități personale cu totul deosebite (morale sau fizice) sau faptul că el este chemat să îndeplinească un destin excepțional (literar, științific, politic sau religios). Contribuția producției halucinatorii poate fi deosebit de importantă și în aceste cazuri, pentru consolidarea convingerilor. Trebuie subliniat aspectul remarcat încă de SÉGLAS că persecutatul poate deveni rapid persecutor, energia psihică polarizată asupra sectorului delirant oferind forța care îl mobilizează în acțiuni tot mai agresive. Circumstanțele de apariție a ideilor delirante de persecuție pot fi din cele mai variate ; după modelul propus de J. S. CHEVALIER și D. GINESTER (1984), acestea ar fi :

- ● stări acute : stări confuzionale, episoade delirante acute (bufee delirante), melancolie delirantă ;
- patologie mentală cronică : delir paranoiac, schizofrenie, demențe, parafrenie.

În timpul episoadelor psihotice acute (tipul caracteristic îl constituie delirul oniric din delirium tremens), productivitatea halucinator (vizual)-delirantă, persecutorie este trăită într-o tensiune psihică extrem de puternică, ce nu de puține ori favorizează trecerea la act.

În melancolia delirantă, ideile de persecuție capătă un caracter special: persecuția este ceva bine meritat, rezultatul autoculpabilizării, auto-acuzării delirante. Cel mai organizat și sistematizat aspect îl au ideile de persecuție în delirurile paranoiace (unde apar prin mecanism de interpretare, pornind uneori de la o intuiție delirantă), tema centrală avînd de obicei conținut de prejudiciu moral, material sau fizic. Construcția delirantă în aceste cazuri este coerentă, sistematizată și aparent logică. Persecutorul este cunoscut, numit și acuzat. Trecerea la act cu heteroagresivitate este destul de frecventă, nu de puține ori atrăgînd consecințe medico-legale.

În schizofrenie, ideile de persecuție, ca toate celelalte teme delirante sînt slab sistematizate, incoerente, apărute în contextul general al sindromului disociativ. În psihozele halucinatorii cronice, ideile de persecuție sînt susținute de tulburările productive de percepție. Delirul parafrenic constituie un mixaj fabular frizînd absurdul. În demențe, ideile de persecuție se concretizează mai ales în idei de prejudiciu moral, avînd un conținut absurd și reflectînd deteriorarea intelectuală.

401. PERSECUTIE^(D) delir ● Delir descris de LASÉGUE (1852) și caracterizat prin convingerea delirantă a bolnavului că cineva îi este răuvoitor, îl persecută, provocîndu-i suferințe fizice sau morale. Se poate asocia producția halucinatorie care conferă ideilor delirante un nou suport. Este tipul de delir cel mai frecvent întîlnit în cadrul psihozelor delirante acute sau cronice, cu un conținut mai bogat sau mai sărac, în strînsă legătură cu nivelul cultural al pacientului. Mono- sau poli-tematic, delirul de persecuție rămîne în esență centrat pe convingerea nestrămutată și rezistență la contraargumentație că subiectul este victima unei conspirații, este urmărit, spionat, otrăvit, „drogat”, deposedat, înșelat, nedreptățit, împiedicat sistematic să-și atingă țelurile propuse etc. Vorbe, gesturi, obiecte, situații — oricît de banale par celorlalți, reprezintă pentru bolnav „pietrele” cu care (prin mecanismul interpretării) își clădește „templul” său delirant unde, odată închis devine total rupt de realitatea obiectivă a lumii semenilor săi.

Dacă se întîmplă ca „sîmburele” delirului să fie reprezentat de o anumită nedreptate care și-ar putea găsi virtual rezolvarea prin demersuri legale, bolnavul va face tot ce îi stă în putință (cereri, memorii, intentări de procese, cereri de recurs, audiențe la diferitele instituții și persoane marcante), neeconomisind nici timp, nici cuvinte (ca în cazul „paranoiei cverulente”). Imposibil de împăcat și de mulțumit, acești bolnavi vor îngloba treptat și nivelele cărora li se adresează în cadrul delirului lor, acesta căpătînd o extensiune din ce în ce mai largă. Ca și în alte tipuri de deliruri (de

gelozie, erotomanic etc.), bolnavii cu delir de persecuție reușesc de multe ori să dea aparența unei „normalități” care nu se deosebește atîta vreme cît tema delirantă nu este „ultragiată”.

402. PERSECUTIE SOMATICĂ^(D) delir ● Delir halucinator descris de H. EY → PERSECUTIE.

403. PERSEVERARE (cf. lat. *perseverare* „a persevera”) ● Persistența exagerată (pînă la anormalitate) a unei reacții, tendințe, acțiuni, idei, prin inerția focarului de excitație (P. POPESCU NEVEANU). La nivel de reacție fiziologică, fenomenul de perseverare este legat de prelungirea efectului stimulului, după ce, în mod obiectiv, acesta a încetat să mai acționeze. Această prelungire depinde de sensibilitatea receptorului (însușirile pragurilor de rezistență ale diferitelor modalități senzoriale, ale pragurilor absolute și ale pragurilor relative, deosebite ca valoare de la individ la individ).

La nivel psihologic, fenomenul de perseverare (manifestat prin reveniri la aceeași problemă, temă, idee) are implicații motivațional-afective, intensitatea și durata persistenței efectelor fiind și în funcție de caracteristicile structurale de personalitate ale subiectului (de exemplu, persistența unei culpabilități, prelungirea unei reacții anxioase, fixarea unei idei, revenirea la o temă sau la o problemă a cărei rezolvare nu este neapărat necesară).

Fenomenul de perseverare în testul Rorschach: persistența unor conținuturi interpretative, tendința lor de a se impune conștiinței (după E. BOHM este unul dintre cele 64 de fenomene particulare). Este caracteristic pentru atingerile organice (diverse forme ale sindromului psihoorganic), pentru epilepsie sau pentru complexe nevrotice.

404. PERSEVERARE^(T) teste ● Categorie de probe psihometrice, care pun în evidență, cuantificînd, fenomenele de perseverare din sfera proceselor senzorio-motorii, afective, intelectuale și comportamentale (ultimele exprimîndu-se prin persistența anormală a unor atitudini, acte, conduite). Este, după C. SPEARMAN, expresia unei inerții mintale, iar după R. B. CATTELL, manifestarea unei „rigidități dispoziționale”. Numărul și varietatea tehnicilor psihologice de „măsurare” a perseverării au crescut simțitor, prima de acest fel fiind elaborată în 1894, de psihiatrul HEISSER.

Se pot distinge teste propriu-zise de perseverare (create anume în acest scop) și teste de inteligență (ca subteste verbale și nonverbale în cadrul unor baterii), care, printre altele, pun în evidență și fenomene de perseverare. În categoria testelor de perseverare senzorială și motorie, se includ:

- tapping test — tehnici bazate pe înregistrarea timpului de reacție (TR) la diverși stimuli cu proprietăți diferite;

- testul desenului (scrierii) în oglindă ;
- testul Cattell (de alternanță motorie).

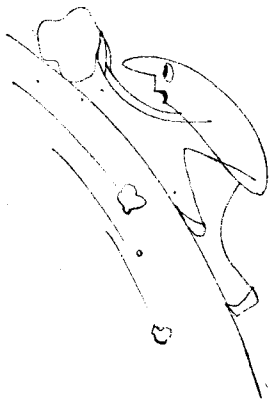
Dintre testele de perseverare asociativă, cel mai utilizat în practica curentă este testul Stroop (1935). Comutativitatea atenției și, implicit, abilitatea de a trece cu ușurință de la un tip de activitate la altul, sînt evaluate prin așa-numitele teste „Umstellbarkeit”.

405. **PERSEVERARE TONICĂ^s** semn ● Exagerarea reflexului de apucare forțată, cu semnificație în patologia prefrontală.

406. **PERSEVERARE VIZUALĂ^s** semn ● Extinderea peste limitele normale a unei imagini, cu semnificație în patologia occipitală.

407. **PERSEVERAȚIE** (cf. lat. *perseveratio* „perseverare”) ● Repetare exasperantă a unor acte motorii simple (percuție, grataj, rotație, flexie-extensie de segmente). Este urmare a proceselor lezionale de lob frontal, evidențiind regresia.

408. **PERSEVERENȚĂ** (cf. lat. *perseverantia* „perseverentă”) ● Capacitatea unei persoane de a rămîne fermă și constantă într-o acțiune. Termenul apropiat, tenacitatea, presupune continuitate și accentuare a efortului, simultan cu rezistența în fața obstacolelor. De reținut faptul că acest efort este puternic susținut afectiv (indiferent de sensul pozitiv sau negativ al afectelor). K. LEONHARD vorbește despre „firea hieerper-



severentă”, pe care o caracterizează prin persistența anormală a afectului, în special cînd sînt în cauză interesele personale sau cînd individul consideră că aceste interese au fost lezate din exterior.

Perseverența se corelează pozitiv cu ambiția (ca angajare voluntară puternică în atingerea scopului propus, indiferent de greutatea, angajare ce poate să nu țină cont de norme morale). Poate evolua în sens pozitiv sau negativ. În măsura în care ambiția perseverentului îl determină să se angajeze în activități utile din punct de vedere

social, perseverența este o trăsătură pozitivă și ea devine negativă, în cazul în care individul, pentru atingerea scopului, nu ține seamă de cei din jurul său, nu respectă libertatea și autonomia acestora, ba chiar îi discreditează pînă într-atît încît atrage asupra sa rezistența și chiar opoziția colectivității. O persoană perseverentă poate fi conștiincioasă, energetică, corectă, dreaptă (cu sine și cu ceilalți), poate avea un acut simț al datoriei, rigoare în ceea ce face ; se poate implica puternic în activități sociale care necesită efort continuu și rezistență la obstacole. Dar această persoană se poate simți nedreptățită, prejudiciată, ceea ce o poate împinge spre o luptă sterilă, permanentă, cu cei din jur. Indiferent de sensul ei, pozitiv sau negativ, accentuarea perseverenței degenerază în atitudini nevrotice sau în atitudini psihopatice.

409. **PERSIFLARE** (cf. fr. *persifler* „a ironiza”)
— sin. ZEFLEMEA^{sin.} → IRONIE.

410. **PERSISTENȚĂ** (cf. lat. *persistere* „a stăruii”) ● Termenul a fost utilizat de psihiatrul NEISSER (1894), pentru a atrage atenția asupra repetării sau continuării unor gesturi sau activități, „după ce acestea au fost terminate”. Ulterior, psihologul SPEARMAN, luînd în considerare aspectele de repetare și continuitate ale lui NEISSER, concepe persistența ca inerție a energiei mentale totale a unui individ, reprezentată de inteligența sa generală.

EYSENCK (1950), avînd drept criteriu testele utilizate de SPEARMAN pentru a măsura persistența, distinge cinci categorii :

- persistența senzorială — durată efectului produs de o stimulare senzorială ;
- persistența asociativă — tendința de apariție spontană a unor idei, după ce au fost evocate ;
- persistența motrică de efort creator — ușurința cu care un subiect se poate detașa de o deprindere formată ;
- persistența motrică alternantă — ușurința cu care subiectul poate executa două sarcini motrice opuse, în mod independent sau alternîndu-le ;
- persistența de tip „Umstellbarkeit” — ușurința cu care subiectul trece de la o activitate la alta.

GUIRAUD (1956) distinge trei tipuri de persistență, ilustrate prin exemplul unui bolnav psihic căruia i se cere să deseneze un cerc. Acesta poate continua desenarea cercului după ce a fost terminat (persistența simplă), poate desena, alături de cercul executat, alte cercuri (persistența imperativă), sau după ce a desenat un cerc și i se cere să deseneze o cruce, execută tot un cerc (persistența substitutivă).

În domeniul funcțiilor intelectuale, persistența se poate manifesta deseori, ca o insuficiență a flui-

dității, bolnavului fiindu-i imposibil să renunțe la ideea anterioară pentru a trece la alta. Este frecvent întâlnită în demențele senile, epilepsie, schizofrenie hebefrenică și în sindromul confuzional.

411. **PERSONA** (cf. lat. *persona* „mască, rol”) ● Ansamblu de manifestări care conțin, disimulat, o parte a psihismului colectiv și, în același timp, se constituie în iluzie a unei individualități. Termenul a fost introdus de JUNG.

Originar, „persona” înseamnă mască (mască purtată de comediant, conform personajului pe care acesta îl joacă). Sensul jungian al cuvântului nu este foarte îndepărtat de sensul originar. În accepțiunea lui JUNG, „persona” nu se reduce la rolul jucat, în acest rol manifestându-se și imperatiile psihismului colectiv. Persona nu are o realitate proprie, ci este o „formațiune de compromis între individ și societate”, în virtutea faptului că individul trebuie să apară într-un anumit fel în societate (orice individ este prins, delimitat, de cițiva parametri : nume, profesie, titlu, sarcini, responsabilități). Comparativ cu realitatea ființei, persona este o realitate secundară, un artificiu, o aparență construită nu atât prin angajarea individului în cauză, cât prin participarea și exigențele celorlalți. Totuși, în această construcție — identificare de care Eul este conștient — individualitatea ființei rămâne prezentă. Persona presupune o alegere în care intervine atitudinea conștientului, dar această atitudine suportă determinări din conștient și provoacă în inconștient reacții care modifică într-un anume fel dezvoltarea individuală. Aici intervin, după JUNG, fântasmele colective. În măsura în care individul se identifică total cu rolul său, el devine inconștient de acest rol, de semnificațiile sale profunde. În măsura în care, prin analiză, de pildă, individul conștientizează semnificațiile rolului și ale jocului în care rolul se exercită și se antrenează, el se eliberează de „intriga” inconștientă și reușește să-și trăiască posibilitățile reale.

În general, o ființă umană resimte dezechilibrul psihic ca o situație de abandon, de dezorientare, de vulnerabilitate, o spargere sau o lezare



a atitudinilor și a structurilor conștiente — există aici echivalențe ale unui „sfârșit de lume”; siguranța mai mult sau mai puțin iluzorie a conștientului este atacată de simțiri inconștiente; individul se simte amenințat, în el se instalează convingeri și interpretări morbide, idealurile sale și punctele de sprijin se zdruncină. Există două posibilități :

- individul aderă la conținuturile sale inconștiente, simte un fel de „iluminare”, de credință în acele forțe (paranoia și/sau schizofrenia) ;
- individul refuză, rejectează sau refulează aceste conținuturi (ceea ce favorizează regresivitatea).

Există și o a treia posibilitate, aceea a înțelegerii critice a situației — o asemenea comprehensiune, consideră JUNG, va determina „reconstituirea regresivă a ceea ce este persona”. Această reacție complicată se produce, de obicei, în cadrul tratamentului analitic, dar procesul se poate întâmpla și în alte circumstanțe existențiale, în special în situații limită. Dacă demersurile regresive, în scopul de a reconstitui persona, sînt ulterior depășite, individul ajunge la echilibru, la integrarea posibilităților sale reale.

Reconstituirea regresivă a persoanei este o soluție bună în experiențele dificile, pentru un subiect al cărui eșec decisiv se datorează unei tentative particulare (mai mult sau mai puțin îndelungate) de a-și depăși condiția psihică reală. Regresivitatea favorizează o reîntoarcere la adevăratele dimensiuni ale ființei, la proporțiile sale și deci la exigențele pe care este în stare, în mod real, să și le satisfacă, în funcție de care-și poate asuma un număr (limitat) de responsabilități.

În alte cazuri, regresivitatea antrenează (posibil și pe un fond de culpabilitate inconștientă) resemnare, devalorizare a înșușirilor proprii și elaborare a unor soluții care echivalează cu atitudini (conduite) de fugă.

412. **PERSONAJ** (cf. fr. *personnage* : vezi *persona*) ● Ansamblu de atitudini și conduite corespunzătoare rolurilor pe care subiectul și le asumă. Există trei sensuri ale noțiunii de personaj :

- Sensul social (personajul social) se referă la faptul că individul joacă rolul pe care societatea îl așteaptă de la el, conform poziției lui sociale. Este personajul legat de datoriiile individului, de ceea ce el trebuie să înfăptuiască. Din punct de vedere analitic, această accepțiune trimite la Supraeu sau la formațiunile reacționale.
- Personajul pe care subiectul dorește să-l joace, al cărui rol ar vrea să-i aparțină. Este personajul ideal la care individul aspiră, modelul său conștient sau inconștient. Analitic, acest sens trimite la procesul idealii-

zării, la identificarea cu obiectul idealizat (→ EU IDEAL, IDEAL AL EULUI).

- Personajul-mască, acela pe care subiectul îl alege și îl joacă în fața celuilalt. Unul dintre scopurile acestei alegeri poate fi dependența în relația cu altul sau refuzul în/din relația cu propria persoană. În general, personajul este căutat și găsit în mediul cel mai apropiat sau depărtat al subiectului. Originar, el se schițează în copilărie, se actualizează în adolescență (vîrsta la care alegerea personajului poate deveni problematică și conflictuală) și se fixează la maturitate. Alegerea personajului (personajelor) trimite, din punct de vedere analitic, la procesul identificării (→ IDENTIFICARE). O persoană poate juca (și poate asuma) simultan sau succesiv mai multe personaje.

413. PERSONALISM (cf. fr. *personnalisme* : vezi lat. *persona*) ● Curent eterogen în filozofia contemporană, care afirmă personalitatea umană ca valoarea supremă și criteriu absolut în desfășurarea discursului filozofic. Mesajul umanist al teoriilor personaliste este viciat însă de premisele lor idealist-metafizice, care întemeiază ființa pe o pluralitate de entități spirituale, înzestrate cu atributele persoanei (voință, autodynamism teleologic, conștiință de sine) și subordonate persoanei infinite a lui Dumnezeu. Considerînd omul concomitent o entitate autonomă și o creație a divinității, personalismul are un caracter antinomic, încercînd să concilieze o ontologie idealist-obiectivă (fundamentată teist) cu o gnozeologie idealist-subiectivă sau fatalismul religios, axat pe teoria predestinării, cu voluntarismul individualist, ce postulează deplina autonomie a voinței. Absolutizînd și ipostaziînd „persoana” ca principiu metafizic, filozofia personalistă trece pe lângă esența concret-istorică a personalității umane, ignorînd inserția acesteia în determinismul social-obiectiv, pentru a preconiza soluționarea dilemelor existențiale fie prin spontaneitatea creatoare a individualității, concepută abstract ca un atom social de esență spirituală, fie prin contopiarea Eului cu infinitatea persoanei divine. Inițiat în SUA, în secolul trecut (B.P. BOWNE, W.E. HOCKING, E.S. BRIGHTMAN, R.T. FLEWELLING), personalismul și-a mutat centrul de greutate în filozofia franceză. Reprezentat la începutul secolului de către Ch. RENOUVIER, după 1930, personalismul francez s-a dezvoltat în jurul revistei „Esprit”, condusă de E. MOUNIER și apoi de J.M. DOMENACH. În filozofia românească din perioada interbelică, C. RĂDULESCU-MOTRU a elaborat o variantă sui generis de teorie personalistă, numită de el „personalism energetic”.

414. PERSONALITATE (cf. fr. *personnalité* ; vezi lat. *persona*) ● Ansamblu de trăsături morale și intelectuale, de însușiri și aptitudini sau defecte care caracterizează modul propriu de a fi al unei persoane, individualitatea ei comparativ cu alte persoane. Încercările de definire a personalității, ca și acelea de circumscriere a conceptului, s-au lovit întotdeauna de dificultăți insurmontabile, generate, pe de o parte, de complexitatea problemei, pe de alta, de insuficiența instrumentelor necesare abordării unui subiect care comportă o infinitate de unghiuri din care poate fi privit. O definiție unanim sau cel puțin larg adoptată nu este în momentul actual decît o „utopie”, poate și pentru că, așa cum afirma J. NUTTIN în „Psihologia personalității”, „ne aflăm abia în faza de defrișare preliminară”.

Personalitatea a fost și va rămîne terenul de exercițiu maxim al multor discipline științifice, asertiunea goetheană, după care cunoașterea omului rămîne suprema performanță a științei, păstrîndu-și nealterate valoarea și sensul. Cu toate că volumul informațiilor a crescut, atîngînd dimensiuni greu imaginabile, în ciuda progreselor realizate în metodologia exploratorie, realitatea persoanei umane rămîne încă supusă unor abordări parțiale, care nu oferă decît modele limitate.

Personalitatea este considerată de psihologie drept o problemă centrală, dar același lucru este valabil și pentru psihiatrie, care, operînd cu modelul medical, trebuie să-și găsească punctul de sprijin într-o normalitate pe care trebuie să o opună bolii. Poate fi luat în considerație un set delimitat de noțiuni și date care aparțin acestor domenii, deși cu conceptul de personalitate operează și alte științe (antropologia, filozofia, psihofiziologia, sociologia, economia politică, etica, dreptul, istoria). Au fost elaborate numeroase definiții ale conceptului de personalitate, în contextul domeniilor de referință menționate mai sus (psihologie, psihiatrie), dintre care sînt de reținut următoarele :

- K. JASPERS, care afirma că nici o noțiune nu este utilizată în sensuri mai diverse decît aceea de personalitate, considera personalitatea drept mod particular de manifestare a tendințelor și sentimentelor unui om, modalitate în care individul este impresionat de situațiile în care se găsește și față de care reacționează, ansamblu al relațiilor comprehensive între stări psihice, în ceea ce ele au particular la fiecare individ.
- După K. SCHNEIDER, personalitatea este un ansamblu de sentimente, de aprecieri valorice, de tendințe și de acte voluntare (la care se adaugă personalitatea organică, cu tot complexul ei somatic, baza vitală a existenței).
- G.W. ALLPORT definește personalitatea ca organizare dinamică a sistemelor psihice

și individuale, care permit și determină adaptarea subiectului la condițiile sociale, într-un mod original.

- K. LEWIN consideră personalitatea ca o totalitate dinamică, un ansamblu de sisteme, de forțe, de procese psihice, în centrul cărora se află ca nucleu Eul intim, compus în mod dinamic din valorile fundamentale ale individului. Eul social „înconjoară” Eul intim, fiind, la rândul său, înconjurat la periferie de Eul public, regiune deschisă, angajată în sarcinile și contactele sociale.
- A. MURRAY vorbește despre personalitate ca despre o structură ipotetică a minții, care constituie viața persoanei, prin manifestările sale repetate, devine recunoscutibilă în timp, incluzând acele desfășurări interne (sentimente, fantezii, judecăți, anticipații, intenții) sau externe (adaptare la mediu).
- SHELDON, într-o definiție care sintetizează mai multe opinii, afirmă că personalitatea este „organizarea dinamică a aspectelor cognitive, conative, afective, fiziologice și morfologice ale individului”.
- Al. ROȘCA definește, tot descriptiv, personalitatea ca „îmbinare unitară non-repeticivă a însușirilor psihologice care caracterizează mai pregnant și cu un mai mare grad de stabilitate omul concret și modalitățile sale de conduită”, iar dintr-un unghi modern, P. POPESCU NEVEANU abordează personalitatea ca „un macrosistem al invarianților informaționali și operaționali exprimat constant prin conduită și caracteristicile subiectului”.

După cum se poate constata, între definițiile enumerate există mari diferențe, iar multiplicarea lor este doar o problemă de spațiu, putându-se inventaria tot atâtea definiții câte abordări teoretice există în psihologie. Totuși, se pot desprinde o serie de idei comune referitoare la conceptul de personalitate :

- Personalitatea este o *structură* posedind cele trei însușiri definitorii pentru acest concept : totalitate, transformare, reglaj (J. PIAGET, 1973):
 - totalitatea — nici un fapt psihic nu poate fi descris ca străin sau petrecându-se în afara personalității. Istoria (și geneza) personalității este însăși istoria devenirii individului, sub toate aspectele sale : biosomatic, psihic, socio-cultural. Prin însușirea sa de totalitate, personalitatea este un holon (A. KOESTLER), adică mai mult decât suma părților sale și în raport cu fiecare parte care o constituie ;
 - transformarea — personalitatea este într-o continuă și necesară transformare, lucru pe care JASPERS l-a definit ca „dezvoltare a

personalității”. „Formele progresive ale construcției persoanei nu pot fi concepute decât ca nivele dinamice de integrare, în care inferiorul face întotdeauna parte integrantă din ansamblul noii structuri” (H. EY). Personalitatea își păstrează în acest fel, în transformarea ei, caracteristicile fundamentale, iar istoria organismului psihic conține și „înfășoară” istoriile anterioare, desfășurându-se ea însăși ca o istorie continuă ;

- reglajul — în dezvoltarea sa, personalitatea este supusă în permanență unei continue determinări exterioare. Ea nu se dezvoltă numai în virtutea „entelechiei” (ARISTOTEL), ci și sub influența mediului cu care este în permanență „confruntare”. Personalitatea se autoconstruiește și autoformează, dar are și capacitatea de a se autoameliora și autoperfecționa, atât în sensul individualizării sale, cât și în cel al unei tot mai bune adaptări la lume, realizând o veritabilă unicitate în libertatea de ființare. Personalitatea poate fi văzută însă și ca posedind o arhitectură mai complexă decât aceea a unui sistem, ea reprezentând un arhem, „adică o realitate cu arhitectură mai completă decât aceea a unui sistem, prin funcțiuni fenomenologice” (M. DRĂGĂNESCU, 1984). În acest sens, personalitatea se structurează din concepția despre om a vremii sale, individul raportându-se în sens valoric la ceilalți oameni și la existența umană, căpătând conștiință morală. Personalitatea nu poate fi reprezentată decât ca un sistem hipercomplex, subsumat sistemului socio-cultural cu care este în permanență interrelație și întrepătrundere.

După PETRILOWITSCH, structura persoanei este un sistem de forțe formative (modelatoare), o corelație de însușiri înnăscute, reprezentări, predispoziții potențiale, instincte și aptitudini, care stau la temelie a tot ceea ce numim desfășurare și stări de conștiință. Conceptul este neutru, pentru că se extinde în egală măsură peste trup, suflet și spirit, în măsura în care acești trei factori colaborează la activitatea armonioasă a individului.

- Personalitatea are un anumit grad de *permanență*, o *dinamică* și o *conomie proprie*. Nu se poate vorbi despre personalitate fără a vorbi despre o anumită stabilitate a conduitelor, despre tendința lor de repetare în situații similare, ca și despre constanța atitudinilor într-o situație dată. Pe de altă parte, „aspectul temporal și ireversibil al dialecticii personalitate-ambianță” (J. FILLoux) asigură permanenta transformare și dezvoltare a personalității, o dinamică cu legi și economie proprii, care îi permit păstrarea unui coeficient de unitate, continuitate și rezistență de-a lungul istoriei individuale. În opinia lui H. EY, dinamica

personalității este legată de autoconstrucția Eului, ca subiect inteligibil al existenței sale, pe o cale proprie, care „este simultan contradicția și conformitatea cu Eul”.

● Personalitatea este compusă din *elemente a căror natură este diferită*. De fapt, această amalgamare de elemente este cea care ridică problemele cele mai importante în definirea personalității. A spune că personalitatea este „o sinteză a tuturor elementelor care concură la formația mintală a subiectului pentru a-i da o fizionomie proprie” (A. POROT, Th. KAMMERER, 1964), nu înseamnă decât a deschide calea unui descriptivism ale cărui limite sînt greu previzibile. Definițiile de tip schneiderian — „ansamblu de sentimente, aprecieri valorice, tendințe și acte voluntare” —, la care se adaugă persoana organică cu tot complexul ei somatic, ca bază vitală a existenței, chiar dacă ignoră în mod deliberat inteligența, ar oferi un material atât de vast analizei, încît, practic, sinteza lui ar deveni inoperantă. Problema nu este nouă : KLAGES (1910) cita 4000 de termeni care puteau contribui la descrierea personalității, pentru ca, în mai puțin de o jumătate de secol, numărul acestor variabile să ajungă la aproape 18 000 (ALLPORT și ODBERG). Încercarea de analiză factorială pe care unii autori au întreprins-o a redus acest material enorm la 16 trăsături de bază (R. R. CATTELL), ca și la stabilirea unor coordonate fundamentale ale temperamentului : extroversiune-introversiune și stabilitate-instabilitate afectivă (EYSENCK). Totuși, modelele propuse de ei, chiar prezentate într-o manieră eclectică unificatoare (M. YELA), sînt incomplete și statice, nu subliniază decît faptul că orice variantă a acestor factori se exprimă psihologic în configurații impredecibile.

În configurația personalității, oricare ar fi numărul de factori sau trăsături luat în discuție, aspectul afectiv joacă un rol mai important decît altele în delimitarea unei individualități, probabil prin plasarea sa într-o poziție bazală în orice ierarhie a componentelor personalității.

● Personalitatea este rezultatul unui proces genetic. Faptul că personalitatea nu este un dat, ci este „dobîndită”, modelată în raport cu timpul, implicînd schimbare, devenire și modificare, a trebuit să fie acceptat unanim. Dezvoltarea istorică și maturarea personalității se fac „în procesul interacțiunii sale active cu lumea obiectivă, în primul rînd cu mediul său social. În personalitatea individului se reflectă sistemul relațiilor sociale în care acesta se formează și se dezvoltă” (AL. ROȘCA). Personalitatea nu poate fi concepută ca dezvoltîndu-se printr-un simplu proces de creștere și maturizare în mod pasiv, ci activ, dezvoltîndu-se „numai în actele sale de conduită, în ceea ce omul face”.

Admițînd că, pentru o ordonare axiologică, trebuie să preexiste o cunoaștere suficientă a noțiunii de valorizat, pot fi trecute în revistă principalele grupe de teorii cu privire la personalitate, urmărind îndeosebi aspectul structural, dinamic și genetic puse în evidență de acestea, aspecte situate la interferența medicinei cu psihologia.

Teoriile neobehavioriste (obiectiviste) încearcă să explice fenomenele psihologice prin extrapolarea rezultatelor psihologiei experimentale și psihofiziologiei. Analizînd rolul structurant al mediului în construirea personalității, integrînd reflexologia pavloviană, behaviorismul watsonian și teoria învățării a lui THORNDICKE, neobehaviorismul elaborează, prin DOLLARD și MILLER, teorii ale personalității de tip stimul-răspuns. Ei consideră ca element structurant major al personalității obișnuința, care ar însemna o legătură între stimul și răspuns. Rezultatele obișnuințelor deprinse în cursul dezvoltării ar fi personalitatea individuală, a cărei dinamică ar fi asigurată de către pulsuni; acestea furnizează energia necesară activității, fără să fie determinate de un scop. Orientarea către un scop anumit se datorează învățării, aceasta fixînd ca scop obiectele, a căror obținere permite scăderea tensiunii pulsionale.

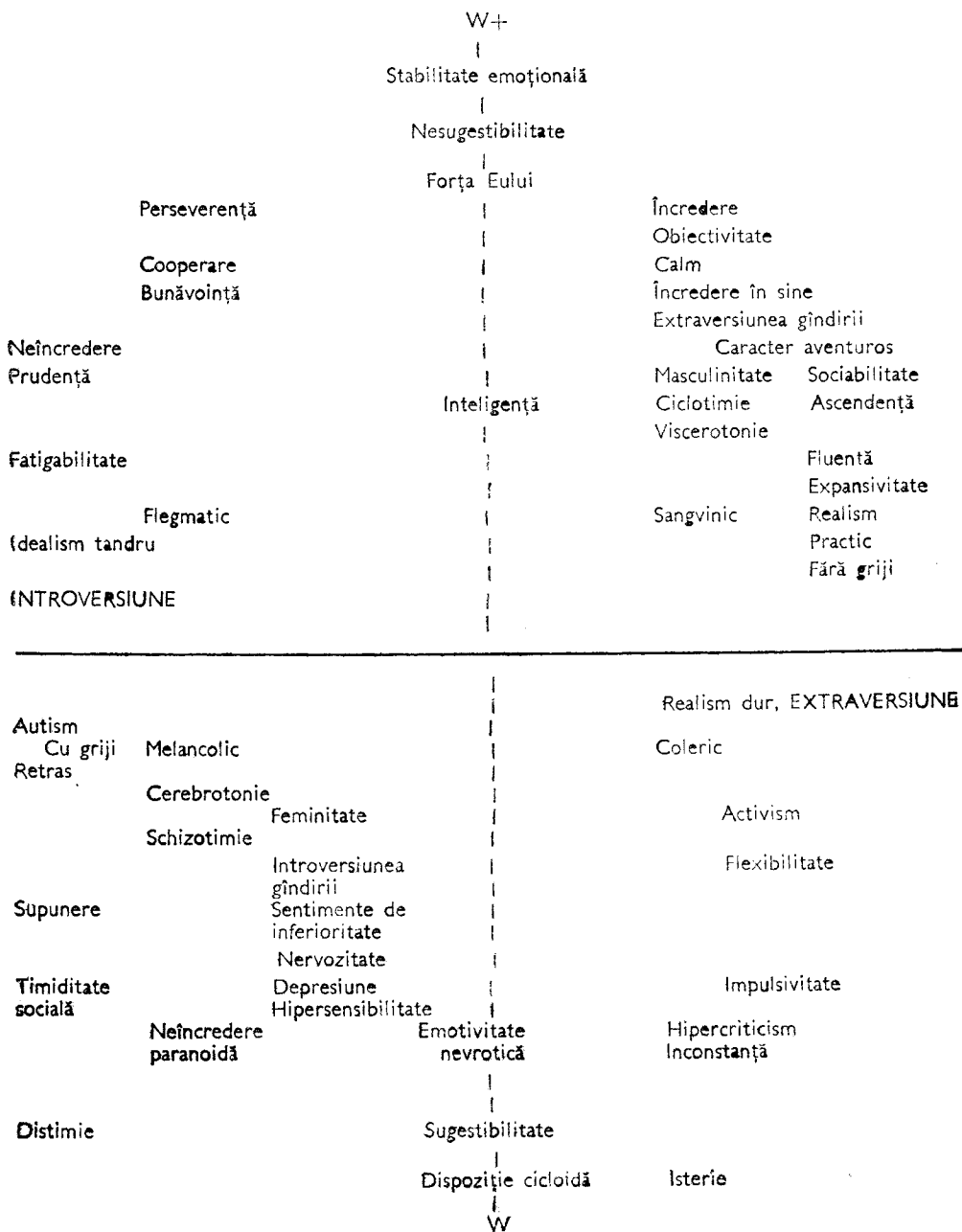
Dezvoltarea psihologică se supune, printre altele, legilor extincției (absența întăririi duce la dispariția obișnuinței) și generalizării (transferarea de răspunsuri unor semne asemănătoare cu semnul inițial). Folosirea limbajului ca vector al învățării leagă personalitatea individuală de factorii sociali și culturali, al căror produs este. Teoriile neobehavioriste accentuează rolul determinant al învățării precoce și al frustrărilor secundare, văzute ca obstacole în calea obținerii satisfacției și al noțiunii de conflict, acesta reprezentînd ei însuși un obstacol activ, intern sau extern, într-o situație frustrantă secundară.

Teoriile psihodinamice (psihanalitice) care analizează personalitatea ca o istorie a devenirii pulsuniilor primare, obținînd o viziune longitudinală a individului, coerentă în dinamica ei. În sistemul topic elaborat de FREUD în 1920, personalitatea este împărțită în trei instanțe :

- Id-ul polul pulsional al personalității, rezervorul dispozițiilor ereditare și al energiei pulsionale ;
- Ego-ul — instanța centrală a personalității, domeniul percepțiilor și proceselor intelectuale, avînd rol de autoconservare ; el funcționează după principiul realității și corespunde gîndirii colective, raționale și socializate. Este o instanță mediatoare, care armonizează influențele contrarii ale Id-ului și Superego-ului și elimină, dintre stimuli lumii exterioare, pe cei considerați periculoși pentru unitatea persoanei ;

Tabel nr. CIV

Modelul factorial al lui M. YELA



- Superego-ul — constituit din interiorizarea a tot ceea ce educația aduce individului : interdicții, ierarhii de valori, exigențe, care-l fac elementul cenzor al personalității ; își manifestă existența în conștiința morală, autocratică, în sisteme de valori și interdicții, rămânând totuși în parte inconștient.

Dinamica personalității este asigurată de modalitățile de distribuție a energiei între cele trei instanțe psihice enunțate, o distribuție corectă asigurând echilibrul personalității. Funcționarea corectă a Ego-ului, care-și utilizează energia pentru controlul Id-ului și Superego-ului, adică pentru îndeplinirea funcției sale de stingere a conflictelor, este asigurată și de o serie de mecanisme de apărare care îl ajută să evite angoasa generată de diferite conflicte cu care este confruntat. Aceste mecanisme ar fi : introiecția, proiecția, refularea, sublimarea, condensarea, fantezia. În această teorie, evoluția personalității este văzută ca stadială, (libidinală), conștient din următoarele etape : stadiul oral, stadiul sadic-anal, stadiul falic, perioada de latență, faza genitală. Fiecare etapă are o anumită dominantă (ale cărei caracteristici se găsesc și în etapele ulterioare, dar de importanță diminuată), evoluția realizându-se progresiv printr-o diversificare a modalității de funcționare.

Ulterior lui FREUD, cercetarea psihanalitică modernă s-a dezvoltat în mai multe direcții. Astfel, O. RANK, R. SPITZ și J. BOWLBY au acordat o importanță determinantă, în geneza angoasei la copil, traumatismului provocat de actul nașterii, prin care se pune capăt satisfacerii fără efort a tuturor trebuințelor. H. F. HARLOW, J. H. MASSERMAN O. H. MOWRER și S. RADO au încercat să integreze rezultatele experimentale ale psihologiei umane și animale, teoriei clasice psihanalitice, punând accent pe fenomenul învățării. Concepția lui JUNG reprezintă o extensie considerabilă a „simbolismului” și a „inconștientului” freudian. Pentru acest neofreudian, conținuturile psihice cele mai profunde fac parte din „inconștientul colectiv”, format din acumularea experienței generațiilor trecute, care este transmisă ereditar. Inconștientul cuprinde deci arhetipuri simbolizate prin mituri. O concepție originală privind dinamica personalității prin mecanismul identificărilor succesive o oferă un alt neofreudian : J. LACAN.

Teoriile sociale ale personalității care consideră mediul social și cultural ca factori predominanți ai organizării personalității. Pornind de la datele aduse de observațiile comparative ale interacțiunii dintre om și societate (studii pe gemeni, studii performanțelor de grup, studii unor grupuri etnice, sociale etc.), autorul acestor teorii încearcă să evidențieze și să cuantifice într-o oarecare măsură influențele socio-culturale asupra structurii personalității. Intervenția unor serii de factori

sociale, economici, axiologici, etico-morali, micro-sociologici, juridici și-ar pune amprenta comună pe toți membrii unei culturi, sub forma unei personalități de bază (KARDINER). Acest fond psihologic comun ar cuprinde :

- tehnici de a gândi, explica și înțelege realitatea ;
- sisteme de securitate (apărări contra angoasei născute din frustrare) ;
- un sistem de credințe, ritualuri, mituri.

Dinamica personalității ar fi creată de presiunea culturală și de dorința de securizare a individului în interiorul unei culturi anumite. Dezvoltarea personalității se realizează prin indentificarea treptată cu modelele grupului, către „personalitatea de bază”. Teoriile moderne părăsesc în primul rând viziunea statică asupra personalității, încercând să o explice prin structurile ei active. Ele abandonează determinismul rigid, biologizant sau socializant, acordând personalității caracter de sistem bio-psiho-social.

G. W. ALLPORT definește personalitatea ca organizare dinamică a sistemelor psihice și individuale care permit și determină adaptarea la condițiile sociale ale individului. K. LEWIN consideră personalitatea ca o totalitate dinamică, un ansamblu de sisteme, forțe, procese psihice, în centru aflându-se nucleul, Eul intim, compus în mod dinamic din valorile fundamentale ale individului. Acest nucleu este înconjurat de Eul social, care cuprinde sistemele de valori comune altor grupuri. La periferie se află Eul public, regiune deschisă, angajată în contactele și sarcinile sale sociale. Cele mai noi teorii care consideră factorii de cultură ca fiind decisivi în structura personalității sînt cele culturaliste, avîndu-i ca reprezentanți pe K. HORNEY, E. FROMM, A. ADLER, E. H. ERIKSON

Psihologia marxistă, axată pe studiul cît mai aprofundat și cuprinzător al individualității, nu consideră personalitatea ca un simplu derivat al socialului. Făcînd parte integrantă din societate, omul nu se depersonalizează ci, dimpotrivă, se integrează ca o structură psihică particulară, avînd un determinism social-istoric și o dezvoltare dialectică.

Toate aceste premise teoretice, ca și încercările de articulare coerentă ale unor modele de dezvoltare și funcționare, ilustrează caracterul structurant, unitar, sintetic și dinamic al personalității. Aceste caracteristici ale personalității umane se structurează în cadrul dezvoltării ontogenetice, dezvoltarea dialectică implicînd progresul, continua reînnoire, înlocuirea logică a vechiului prin nou. Se are în vedere faptul că în dezvoltarea fizică și psihică intervin factori biologici și socio-culturali.

Personalitatea umană nu se poate forma și dezvolta armonic fără o ereditate naturală, fără in-

fluente educaționale și culturale. În ceea ce privește factorul ereditar, nu se poate vorbi de o moștenire a unui conținut psihic (asemănările caracteriale dintre părinți și copii sînt rezultatul influenței durabile, conștiente sau inconștiente). Există însă predispoziții native sau naturale polivalente, care se pot dezvolta în diferite direcții. Mediul social influențează dezvoltarea psihică în mod direct, prin contacte personale în familie, școală, colectivități diverse, sau indirect, prin mass media. R. LINTON susține că, din punctul de vedere al individului, cultura societății în care se integrează constituie ereditatea lui socială. Pirghia de acțiune a mediului asupra formării personalității este educația. În aceste condiții, dezvoltarea psihică este nelimitată; orice experiență umană pe care copilul o asimilează nu se adaugă celor anterioare, ci le modifică pe acestea, fiind modificată la rîndul ei; rezultatul nu este numai o acumulare, ci o reorganizare, o modificare a raporturilor și perspectivelor. Dezvoltarea psihică poate fi privită ca o alternanță temporală de faze de echilibru, de stabilitate, cu perioade de criză caracterizate de modificări profunde.

Diferențierea conținutului de potențialitate acestuia, a fundalului de imagine, pare logică și întemeiată, pentru că personalitatea este structura de rezistență longitudinală a vieții psihice, actualizată în secțiune transversă de conștiință.

Noțiunea de personalitate își asumă referiri la organizarea interioară, unitară și individualizată a însușirilor psihologice, cognitive și atitudinale ale individului, reprezentînd sinteza particularităților psihoindividuale, în baza căreia ne manifestăm specific, deosebindu-ne unul de altul. A. T. BOGDAN descrie, sub aspect structural-dinamic și acțional, următoarele componente psihice interne ale personalității: latura intelectuală (sistem de informație și prelucrare cognitivă, structuri cognitive și operații intelectuale ale insului etc.); latura dinamic-energetică (temperament, afectivitate, motive); latura proiectivă (trebuințe, tendințe, dorințe, aspirații, scopuri, idealuri); latura efectorie sau instrumentală (deprinderi, priceperi, capacități, aptitudini); latura relațională (trăsături de caracter și interpersonale) și constituția biopsihologică a individului.

Noțiunea de temperament va reuni particularitățile înnăscute de reactivitate, la care se vor adăuga dispoziția și variabilitatea acesteia. Reactivității psihomotorii îi va imprima particularități de grad, ritm, rapiditate, ampoare, care în general sînt considerate a fi înnăscute, apropiindu-se de componenta constitutiv-organică a personalității. Toate acestea sînt considerate constitutive și deci în mare măsură ereditare (G. ALLPORT). O serie de autori consideră temperamentul ca latură dinamico-energetică a personalității, care ar constitui baza psihofiziologică a caracterului (ANA-

NIEV) sau premisa morfofuncțională a aptitudinilor (TEPLOV). Ereditari sau dobîndiți, factorii biologici (în care cei mai mulți autori includ și temperamentul) constituie însă numai un aspect al personalității și numai una din determinările sale (DELAY).

Nivel suprem de exprimare sintetică a existenței psihice, marcată de unicitatea ireductibilă și irepetabilă a ființei umane, personalitatea desemnează o „organizare unitar-dinamică a celor mai reprezentative trăsături ale individului plener dezvoltat și integrat” (PAMFIL, OGODESCU). Personalitatea reprezintă nu numai terenul vieții psihice normale, ci și pe cel al tulburărilor mintale cărora le va imprima amprenta proprie de unitate în diversitate.

415. PERSONALITATE ACCENTUATĂ ● Personalitate caracterizată prin însușiri speciale sau trăsături a căror intensitate depășește media, favorizînd o pregnanță a manifestării respectivei trăsături și a exprimării individualității. În lucrarea sa „Personalități accentuate”, Karl LEONHARD (1972) face o descriere și o analiză comparativă a acestor personalități, cu diferențieri între normal și patologic. Simpla deviere de la medie nu constituie un indiciu pentru o personalitate accentuată, ci numai o însușire temperamentală. Există și manifestări care, aparent, trimit la o trăsătură accentuată, dar nu se datorează cu necesitate unei astfel de trăsături, ci unor însușiri din sfera aspirației-inclinației, care se pot amplifica printr-o anume profesie, fără să genereze accentuări. Pentru LEONHARD, trăsăturile specifice accentuării sînt trăsături ale firii și ele reliefează puternic caracterul; aceste trăsături sînt invariabil operaționali, care generează manifestări pregnante nu numai în raport cu media, ci și cu abaterile de la medie. De pildă, simțul datoriei poate fi un derivat al sferei aspirației-inclinației, dar poate fi generat și de o trăsătură accentuată (personalitatea anancastă sau firea hiperexactă); în acest ultim caz, simțul datoriei și mai ales modalitatea sa de manifestare sînt însoțite de o tensiune anxioasă permanentă, persoana nefiind niciodată sigură că și-a îndeplinit datoria. LEONHARD consideră că există „trăsături fundamentale ale caracterului omenesc”.

Personalitățile accentuate au doar o tendință spre patologic. Dacă această tendință se realizează într-o activitate socială utilă (se sublimază), nu perturbă echilibrul personalității, bastrînd individul în limitele unei adaptabilități cu note speciale.

Personalitățile accentuate nu sînt, în mod necesar, personalități patologice. Patologia începe acolo unde se produce și se perpetuează un dezechilibru în structura personalității, a cărei expresie este perturbarea relației individ-lume. Accen-

tuat trimite la pregnanță, dar nu la anormalitate. În sens pozitiv sau negativ, accentuarea presupune o manifestare ieșită din comun în mod constant, indiferent de situație. Normalitatea, la nivelul mediu, se exprimă prin conduitele de serie. Omul normal mediu nu are activități și realizări neobișnuite, ci se manifestă într-un registru limitat de trebuințe și satisfacții, registru care se menține omogen din punctul de vedere al variațiilor energiilor de investiție. O trăsătură accentuată evoluează cu un grad mare de probabilitate în sens negativ când împrejurările de viață ale individului favorizează acest lucru (hiperperseverența evoluează ca asocial, hiperexactul devine obsesional simptomatic, demonstrativul devine un permanent nesatisfăcut, încercând să obțină avantaje care nu i se cuvin, inventând justificări pentru aceste avantaje). Când, prin trăsătura accentuată, se dezvoltă o personalitate dizarmonică, un dezechilibru constant cu sine și cu lumea, devierea este fundamentală și puternică, astfel încât, indiferent de împrejurări, adaptarea la realitate este semnificativ perturbată, individul având conștiința perturbării și justificând acest fapt în favoarea sa și în defavoarea lumii. Limitele între normal-mediu, accentuat și dizarmonic-psihiopatic nu sînt fixe; delimitările se fac în funcție de intensitatea și constanța manifestării ce exprimă o anume trăsătură, independent de împrejurările exterioare.

Urmărind această idee, K. LEONHARD delimitează drept caracteristici deosebite, care imprimă o notă particulară personalității, hiperexactitatea și demonstrativitatea și descrie personalitățile hiperexacte sau anancaste și personalitățile demonstrative sau isterice.

Personalitățile hiperperseverente sau paranoide se caracterizează printr-o persistentă a afectului. Instabilitatea nu ar intra în trăsăturile accentuate, întrucît ea nu generează structuri caracteriale puternice. Instabilitatea care trece în nestatornicie este însoțită și de alte trăsături deviate, anormale. Personalitățile ciclotime sînt acelea care manifestă variații timice între hiper-timie și distimie; variațiile timice extreme caracterizează personalitatea exaltată, derivată de LEONHARD din personalitatea ciclotimă. Autorul folosește noțiunile de extroversiune și introversiune într-un sens parțial diferit de acela dat de JUNG. Extroversiunea nu se identifică cu realismul sau cu obiectivitatea, iar introversiunea nu se identifică cu idealismul sau cu subiectivitatea. Faptul că în extroversiune predomină lumea percepută, iar în introversiune lumea imaginată, nu înseamnă că extrovertul este îndreptat în mod exclusiv spre exterior, iar introvertul în mod exclusiv spre interior. Frecvent, aprecierea extroversiunii și introversiunii se face, în mod greșit, luînd în considerație și unele trăsături temperamentale: astfel, de pildă, o personalitate hipomanială este apreciată ca extrovertită. Dar

tendința de extroversiune o poate avea și o personalitate subdepresivă. Precizările și diferențierile lui LEONHARD nu sînt totuși de natură să limpezească noțiunile de extroversiune și introversiune. Este drept că orice personalitate poate avea o trăsătură sau alta, dar există o probabilitate mică de manifestare a unui hipomanial ca introvert. De asemenea, LEONHARD afirmă că exteriorizarea și, în genere, capacitatea de a stabili contacte cu oamenii nu are legătură cu extroversiunea, un introvert putînd stabili ușor aceste contacte, uneori chiar mai ușor decît un extrovert. În mod normal însă, extroversiunea facilitează contactul cu oamenii, în timp ce în cazul introversiunii nevoia de a stabili acest contact este mai redusă. Dacă un extrovert întîmpină dificultăți în stabilirea contactului cu ceilalți, acest lucru se datorește, cel mai frecvent, unor tulburări nevrotice. În mod normal, extroversiunea se corelează pozitiv cu exteriorizarea, iar introversiunea cu interiorizarea. LEONHARD vorbește despre prezența sau absența capacității de exteriorizare, deși această capacitate există la toți oamenii; faptul că ea se realizează cu dificultăți se datorește unei perturbări în funcționarea psihismului (de obicei, tulburări nevrotice), iar motivele sale sînt parțial inconștiente.

LEONHARD folosește noțiunea de „fire”, mai exact „fire lăuntrică”, înțelegînd prin aceasta faptul că trăsăturile accentuate sînt profunde, înnăscute, putînd fi observate încă din copilărie.

După LEONHARD, principalele tipuri de personalități accentuate sînt: personalitatea demonstrativă, personalitatea hiperexactă, personalitatea hiperperseverentă, personalitatea nestăpînită, personalitatea hipertimică, personalitatea distimică, personalitatea labilă, personalitatea exaltată, personalitatea anxioasă, personalitatea emotivă, personalitatea extrovertă, personalitatea introvertă. Fiecare dintre aceste tipuri prezintă următoarele caracteristici (trăsături accentuate):

● FIREA DEMONSTRATIVĂ

Este concepută ca un grad mai redus al firii isterice. Esența lor comună o reprezintă capacitatea anormală de refulare a acestor indivizi, capacitate care la isterici este atît de profundă, încît ei pot realmente să uite complet ceea ce nu vor să știe, deci să mintă inconștient.

În acest mod, un neadevăr debitat de un isteric este cu totul altceva decît o minciună conștientă, acesta trăindu-și rolul cu toată personalitatea sa, adică cea a cărei haină a împrumutat-o, putînd uita, pe moment, chiar țelul pe care l-a urmărit. Stabilirea țelului se face într-un mod cel puțin semiconștient, hotărîrea fiind estompată prin refulări continue. Dorința istericului se referă totdeauna la eludarea unei situații dificile, a unui conflict, evitarea unui efort. Personalitățile demonstrative ar fi caracterizate, în opinia autorului,

prin : laudă de sine, însoțită de obicei de un comportament specific cu scop de afirmare, tendință de autocompătămire, pripeală în decizii, capacitate de a se face iubite.

În cazul când adaptabilitatea se menține la o intensitate moderată, personalitatea demonstrativă poate fi evaluată ca pozitivă, mai ales când se manifestă și unele talente artistice, dar firea isterică poate avea și rezultate negative în adaptare.

Patosul este considerat de LEONHARD forma tipică de comportament (patetism în vorbire, mimică, gesturi) a personalității isterice, un adevărat etalon.

Sînt subliniate, de asemenea, tendințele personalităților demonstrative și isterice de a înlătura din conștiință aspectele neplăcute care ar putea să stimuleze o gândire activă, subiecții menținîndu-se într-o atitudine detașată, lăsîndu-se în voia reprezentărilor ce se manifestă nestingherit, îmbogățind tezaurul fanteziei. Este amintit ca ilustrativ cazul scriitorului Karl MAY, ca exemplu tipic de personalitate demonstrativă, ce friza psihopatia prin practicarea unei adevărate „pseudo-logii fantastice” și a minciunii patologice.

● FIREA HIPEREXACTĂ

Reprezintă un grad mai redus al psihopatiei anancaste (obsesive) și inversul firii demonstrative, caracterizîndu-se prin lipsa capacității de refulare. Acest mecanism împiedică pe anancaști de a lua o hotărîre, neputîndu-se opri la unul dintre aspectele problemei, găsindu-l mereu pe celălalt mai bun și amînînd astfel acțiunea, indiferent de gradul său de importanță.

Pericolul de a proceda greșit îl frînează pe anancast în cele mai mici situații, dar atîta vreme cît poate învinge această temere prin prelucrări interioare, el se menține într-o adaptabilitate convenabilă. Nevroza obsesivă este condiția în care luarea hotărîrilor importante rămîne o problemă ; frămîntarea, îndoiala, veșnica oscilație între cei doi poli dă naștere fricii patologice a acestor bolnavi. Tema hipocondriacă este frecventă la acești nevrotici, examinările, analizele, tratamentele etc. menținîndu-i continuu între speranță și teamă.

Trăsătura de hiperexactitate se hipertrofiază într-atît în cazul psihopatiei anancaste, încît capacitatea de a lua hotărîri este mult prejudiciată și, în consecință, munca nu mai poate fi continuată în mod fluent.

Verificările nesfîrșite diminuează eficiența, individul trebuind să compenseze deficitul prin meticulozitate și ore suplimentare ; asigurările excesive (închiderea ușilor, a robinetelor etc.), minuțiozitatea exagerată în executarea treburilor gospodărești determină acțiuni inutile, care îl pri-

vează pe hiperexact și anancast de bucuria de a trăi și de posibilitatea de a savura clipele fericite.

Munca de răspundere sporește neliniștea acestor firi, hiperconștiinciozitatea asigurîndu-le un bun renume, o bună apreciere la locul de muncă, de care se simt foarte legați.

Efectele acestor trăsături pot fi exprimate și pe planul grijii exagerate pentru propria bunăstare care, în cazul unor condiții exterioare nefavorabile, poate genera dezvoltări hipocondriace.

Anancaștii suportă bine disciplina severă din armată, reușind uneori și în viața civilă să-și impună singuri o atare disciplină, dacă sînt psihoterapeutizați corespunzător.

● FIREA HIPERPERSEVERENTĂ

Substratul acestei firi, ca și al celei paranoide (avînd un grad mai mare de hiperperseverență și tendință spre idei fixe), îl reprezintă perseverența anormală a afectului, datorată gradului redus de estompere pe care îl au sentimentele. Ceea ce favorizează exprimarea firii hiperperseverente este atingerea scopurilor egoiste, legate de interesele personale, cele mai neînsemnate prejucții sau acte de opresiune declanșînd o reacție afectivă anormală, acești indivizi putînd fi caracterizați ca ranchiunoși.

Susceptibilitatea, predispoziția de a se simți cu ușurință jigniți, de a fi lesne ofensați, setea de prestigiu personal, exacerbarea sentimentului de dreptate, pronunțatul sentiment al propriei valori, continua bănuială, neîncredere față de ceilalți — reprezintă trăsături de bază ale firii hiperperseverente și paranoide.

Repetate experiențe de viață, de un anumit tip, pot declanșa dezvoltarea paranoică, provenită din intensificarea neîntreruptă a orgoliului patologic, în urma alternanței între succes și insucces. Persistența îndelungată a afectelor, caracterizate prin mare intensitate, va subjugă treptat gîndirea și va favoriza apariția ideilor prevalente.

Dezvoltările paranoide pot avea ca temă gelozia, urmărirea unui țel important, a unui mare succes. Datorită ideilor prevalente, acești subiecți apar celorlalți ca încăpățînați.

Aspectele pozitive de evoluție a acestor personalități se concretizează în ambiția cu care ei se mobilizează pentru atingerea țelului propus, o adevărată forță motrice pentru realizările personale. Atunci însă cînd acești indivizi discreditează și chiar înlătură alți oameni pe care îi percep drept concurenți periculoși, hiperperseverența are efecte negative, care se izbesc de rezistența colectivității. Ambiția și susceptibilitatea favorizează instalarea sentimentului de prejudiciu și declanșarea unor reacții de ostilitate față de tot ceea ce se împotrivesc pretențiilor subiecților.

În dezvoltarea paranoică, ambiția și lupta individului se canalizează spre o singură preocupare,

care-l acaparează cu totul. Frecvent, personalitățile hiperperseverente pot ajunge la dezvoltări hipocondriace, în care obținerea unor satisfacții personale se va răsfrișe și asupra sferei invalidităților pe care subiecții presupune că le are.

● FIREA NESTĂPÎNITĂ

Se caracterizează prin predominanța impulsurilor, instincțelor și sentimentelor asupra considerentelor raționale. Intensități mari ale acestor însușiri sînt realizate în psihopatia epileptoidă care, neavînd o legătură directă cu epilepsia, realizează o asemănare cu aceasta prin explozivitate, gîndire lentă și greoaie, detalierea exagerată și conformația atletică a corpului (frecvent).

Aceste personalități reacționează impulsiv, exprimîndu-și neplăcerea prin mimică și cuvinte, prin reacții chiar agresive, negîndindu-se la eventualele consecințe care le pot fi defavorabile în timp. Se caracterizează printr-o mare nestatornicie, care face ca personalitățile nestăpînite să-și schimbe frecvent locul de muncă, deși munca fizică și efortul nu le displac.

Predispoziția spre mînie, spre „o umflare excesivă a afectelor”, favorizează explozii bruște de furie. Impulsurile nestăpînite se manifestă și în viața instincțivă, prin faptul că acești oameni mîncă și beau tot ce le place ; este una dintre explicațiile pentru care printre marii alcoolici se găsesc numeroase personalități nestăpînite. Pe plan sexual, deficiența stăpînirii de sine poate antrena, la unele tinere, de obicei, practicarea prostituției.

Rolul redus al scrupulelor morale în viața acestor personalități facilitează trecerea cu ușurință la acte necinstite, iar cînd dominația impulsurilor este exagerată, criminalitatea capătă un caracter deosebit sub imperiul unei mari tensiuni afective.

Fuga impulsivă, fuga nemotivată sînt manifestări comportamentale ce apar încă din copilărie și adolescență.

● FIREA HIPERTIMICĂ

Reprezintă o formă diminuată a temperamentului hipomaniacal, ușor de recunoscut prin combinația veseliei cu dorința de acțiune și cu nevoia de a vorbi, precum și cu o înclinație spre digresiuni în gîndire, frizînd uneori fuga de idei. Pozitivist prin excelență, hipertimicul subestimează necazurile vieții, ia din ea numai aspectele plăcute, este mereu în acțiune și are toate șansele de succes, din rîndurile acestor personalități făcînd parte frecvent inovatorii, oamenii de acțiune și inițiativă.

Bogăția de idei se alătură bogăției de sentimente, ceea ce are efecte stimulative atît în profesie, cît și în reuniunile sociale, unde hipertimicul este nucleul antrenant pentru crearea unei bune dispoziții generale.

Accentuarea acestor trăsături afectează vectorul pozitiv al acestor personalități, determinînd o nedorită, dar inerentă superficialitate, manifestă atît pe plan acțional, cît și pe cel etic, veselie și nevoia de acțiune excesivă conducînd spre o activitate febrilă, dar sterilă prin aspectul de „împrăștiere” ludică pe care-l capătă.

Farmecul și fantezia, combinate cu un grad de iritabilitate, îi răpesc personalității hipertimice calitatea pozitivă, conferind activității sale caracterul de nerealizabilitate.

K. LEONHARD remarcă absența unui grad egal de reprezentare a afectivității, gîndirii și voinței în personalitatea hipertimicului, una sau alta dintre laturi dominînd în diverse momente. Se subliniază relația evidențiablea uneori între firea hipomaniacă și manie, fără ca apariția maniei să fie obligatorie la temperamentul hipomaniacal.

● FIREA DISTIMICĂ

Constituie un grad diminuat al temperamentului subdepresiv, contrariul temperamentului hipertimic, indivizii de acest fel fiind caracterizați prin severitate, investire afectivă puternică în evenimentele triste ale vieții, care, dacă sînt de intensitate crescută și durată îndelungată, pot declanșa depresii severe. Spre deosebire de hipertimic, distimicul are nevoie scăzută de acțiune și, ca urmare, ritmul gîndirii sale este mai scăzut, participarea sa la viața grupului este redusă. Aceste personalități sînt altruiste, sobre, lipsite de egoism, posedă un sistem etic riguros, care constituie o latură pozitivă a temperamentului lor, putîndu-le oferi condițiile unor realizări personale deosebite.

Diminuarea imboldului spre acțiune, cum se exprimă LEONHARD, constituie, în schimb, un factor inhibitor, atît în gîndire, cît și pe plan comportamental, scăzînd semnificativ randamentul.

Relația temperamentului distimic (subdepresiv) cu depresia endogenă nu se bazează pe o legitate precisă, acest tip de personalitate reprezentînd una dintre variantele normalității, deși indivizii din această categorie le apar celorlalți ca lipsiți de veselie, dominați de o oarecare deprimare, inerție și încetineală, impunerea pe plan social făcîndu-se, de obicei, cu oarecare greutate.

● FIREA LABILĂ

Presupune alternanța stărilor hipertimice cu cele distimice, alcătuiind tabloul unei labilități afective care, în condiții de accentuare, constituie firea ciclotimică. Uneori, sub influența unor factori exteriori, alteori în absența acestora, indivizii cu fire labilă se manifestă predominant depresiv sau predominant euforic. Caracteristic este că afectele capătă o intensitate și o coloratură spe-

cifice hipertimiei sau distimiei, cu răsunet atât pe planul gândirii, cât și pe cel al stării afective și acțiunii. Afectele sînt determinate nu numai de evenimente biografice, ci și de atmosfera generală a mediului înconjurător, indivizii labili împrumutînd starea afectivă a celor din jurul lor. Oscilînd între centrul și periferia grupului, personalitățile labile afectiv rămîn totuși în sfera normalității, atîta timp cît adaptabilitatea lor este satisfăcătoare. Corepondența acestui temperament cu boala maniaco-depresivă nu este susținută de un fundament științific riguros, nici în privința etiologiei, nici a psihopatologiei. Cercetările lui K. LEONHARD (1963) confirmă absența unei corelații directe între distimie și hipertimie în determinarea labilității afective, combinația ducînd mai degrabă la o echilibrare reciprocă, respectiv la o fire sintonă, caracterizată printr-o dispoziție uniformă la nivel mediu. La fel se pare că se se întîmplă în cazul combinației firii isterice cu cea anancastă. „După cum nu poți să fii în același timp isteric și anancast, la fel de imposibil este să fii în același timp distimic și hipertimic”. După părerea autorului, două trăsături accentuate sau chiar psihopatice nu produc prin confluența lor o accentuare mai pronunțată, respectiv o psihopatie, ci, din contră, duc la o fire medie normală, adică din două psihopatii asociate poate rezulta un om normal.

● FIREA EXALTATĂ

Reprezintă ceea ce, pe plan psihopatic, ar putea fi denumit, în accepțiunea lui K. LEONHARD, temperamentul anxios-fericit, în relație cu „psihoză anxietate-fericire” caracterizată prin oscilații extreme ale dispoziției, fără a atinge intensitatea maladiei, în mod determinist.

Ceea ce caracterizează personalitățile exaltate este reacția excesiv de intensă față de diferitele întîmplări din viața lor, astfel încît evenimentele pozitive sînt recepționate ca „entuziasmante”, iar cele negative ca „disperate”; aceste personalități se manifestă altruist, bucurîndu-se pentru prosperitatea și fericirea altora.

Pe plan profesional, exaltarea se poate canaliza spre sferele artistice, religioase, filozofice, spre natură, sport — domeniul în care aceste personalități se pot emoționa atît de puternic, încît pot atinge starea de extaz.

Evenimente cotidiene negative, decepții anodine, situații neplăcute sau boala vreunui prieten sau rude declanșează la individul exaltat o la fel de intensă stare de deprimare reactivă, ca și cum el însuși ar trece prin această situație.

Dintre personalitățile exaltate fac parte cel mai frecvent artiștii și poeții, la care se stabilește un puternic raport afectiv între individ și artă.

● FIREA ANXIOASĂ

Se manifestă încă din copilărie, cînd frica domină, modelînd un comportament infantil caracterizat prin teama de a rămîne seara singur în pat sau cu lumina stinsă, de a fi trimis în locuri întunecoase, de a se afla în preajma animalelor (cîini, de obicei). Copiii anxioși devin adevărate „șinte vii” pentru batjocura și bătăile celor puternici și curajoși sau victimele unor profesori lipsiți de finețe psihologică și pedagogică.

În perioada adultă, această slăbiciune este mai puțin evidentă, personalitățile anxioase frapînd însă prin timiditate, prin incapacitatea de a-și impune punctul de vedere în cazul unor divergențe de opinii cu alte persoane și prin docilitate. LEONHARD face distincția între timiditatea anxiosului și cea a anancastului, prin prezența temerării, în primul caz, și a jenei, în cel de-al doilea.

Ambele tipuri de personalități pot manifesta atitudini de supracompensare, ce sugerează siguranță de sine sau chiar aroganță (depistîndu-se, la o observație mai atentă, caracterul lor nenatural și voit) sau o atitudine plină de încredere (ce maschează dorința anxiosului de a nu apărea neprietenos).

LEONHARD observă că, la femei, timidității i se mai alătură o tendință spre spaimă, ca o frică resimțită subit, cu participarea spectaculoasă a sistemului neurovegetativ, care amplifică reacția fiziologică a spaimii și sporește frica.

● FIREA EMOTIVĂ

Reunește reacții de mare sensibilitate și profunzime în sfera sentimentelor subtile ale domeniului spiritual. Sentimentalismul acestor personalități diferă de modul de manifestare al exaltațiilor prin absența dozei de exagerare. Oamenii „cu inima sensibilă” pot simți profund în situații relativ minore, sînt miloși, înduioșați, se impresionează mai repede în fața artei, a naturii.

Mobilitatea mimicii reprezintă modul de comunicare neverbală cel mai caracteristic al emotivilor, lacrimile țîșnind cu ușurință în timpul unei conversații încărcate de tensiune afectivă, al urmării unei povestiri sau a unui film trist. După cum se exprimă LEONHARD, aceste lacrimi pot fi de bucurie sau de înduioșare și ele sînt observate atît la copii (cînd, ascultînd un basm, într-un anumit moment al acțiunii izbucnesc în plîns și refuză să-i mai cunoască urmarea), cît și la adulți care, bărbați uneori în toată firea, își motivează atitudinea înduioșată prin „sensibilitatea inimii”.

Intensitatea și durata unei traume psihice pot declanșa depresii reactive severe, urmate în unele cazuri de tentative suicidare.

LEONHARD operează cu finețe distincția între mecanismul apariției depresiei la emotivi, față de distimici sau ciclotimici. La prima categorie, gra-

vitarea depresiei merge paralel cu gravitatea evenimentelor exterioare, pe cînd la cea de a doua categorie, evenimentele exterioare provoacă dezvoltarea unei predispoziții înnăscute pentru depresie.

● FIREA EXTRAVERTITĂ

Se evidențiază prin orientarea dominantă spre lumea percepției și nu a imaginației, individul fiind mereu în căutarea unor impresii exterioare. Deosebit de sociabil, el se simte atras de o simplă conversație, de o emisiune TV sau o vizionare la cinema sau de un spectacol sportiv (fie ca participant, fie ca spectator). Îi place să schimbe mediul, să întreprindă călătorii, să colecționeze, să trăiască noi și noi evenimente, fără a simți nevoia să prelucreze, să integreze profund noile cunoștințe dobîndite.

Influențabilitatea și credulitatea, care derivă din slaba reprezentare a propriilor gânduri și excesiva deschidere spre afară, conferă personalității extravertite „șansele” unor acțiuni cu înrîurire negativă asupra propriei existențe; extravertitul își poate însuși cu ușurință părerile și ideile altora, pe care nu le filtrează prin propriul psihism.

Acțiunile impulsive care se manifestă la acești indivizi își au originea în aceeași puternică orientare spre exterior și aceeași slabă cenzură pe planul gândirii.

● FIREA INTROVERTITĂ

Se caracterizează prin preponderența reprezentărilor față de percepții și deci o mai scăzută influență a evenimentelor exterioare față de propriile gânduri. Gradarea introversiunii plasează individul pe o axă care pleacă de la normalitate, trece prin personalitatea accentuată și se poate opri (în anumite condiții) la psihoză.

După cum se exprimă LEONHARD, o anumită doză de introversiune favorizează formarea unor păreri juste, dar în cazul unei accentuări mai puternice, personalitatea introvertită se îndepărtează de realitate, construindu-și uneori o realitate subiectivă, lipsită de un suport obiectiv, o lume ireală a ideilor.

Înclinația spre viața lăuntrică poate fi modelată la nivelul inteligenței, personalitatea introvertită realizînd performanțe uneori remarcabile în domeniul unor profesii care îi permit elaborarea de planuri și inovații proprii, invenții. Chiar timpul liber este folosit în modalități care-i stimulează ideile, fie prin lectură, fie prin sport. S-a observat frecvența cu care este preferat jocul de șah de către persoanele introvertite, datorită ocaziilor pentru gândire pe care le oferă.

Filozofia, religia, politica constituie domenii în care introvertitul are posibilitatea de a reflecta îndelung; elaborările sale însă nu sînt totdeauna

ancorate în realitate, putînd determina proiecte irealizabile. Forța ideții face ca acțiunea să ocupe un loc secund în viața individului introvertit, deficiența apărînd atît în inițierea, cît și în susținerea unor activități. Înclinația accentuată spre gîndire și predispoziția minimă pentru acțiune determină la personalitățile introvertite o șovăială în acțiune; toate acestea pot duce la izolarea de semenii. Asocierea cu inaptitudinea primară pentru contacte, lipsa de expresivitate în gesturi și în modulația vorbirii apropie acești indivizi de personalitatea schizoidă (în accepțiunea altor autori).

În măsura în care trăsăturile accentuate se dezvoltă ca atare și generează dificultăți semnificative de adaptare (dezechilibru al personalității, manifestat în special în relațiile individ-lume), personalitățile accentuate devin dizarmonice (în opinia unor autori) în anumite condiții (vîrsta, traume majore).

Personalitatea nu poate fi modificată printr-un tratament medicamentos; posibilitățile de evoluție pozitivă pot fi influențate printr-o cură psihoterapeutică, ce nu modifică trăsătura în sine, ca variantă dinamică înnăscută, ci sporește capacitatea de control conștient a persoanei, precum și capacitatea sa de investire eficientă. Studiînd personalitățile accentuate, LEONHARD se înscrie în perspectiva tipologică asupra persoanei (în psihologie și în psihopatologie). O personalitate accentuată are o posibilitate crescută de evoluție psihopatologică, dar nu orice evoluție psihopatologică presupune, cu necesitate, existența unor trăsături accentuate ale personalității. Evoluția spre patologie, nu numai psihic, ci și somatic, depinde de un anumit coeficient de vulnerabilitate a organismului, pe de o parte, iar pe de altă, de primele forme de relație între părinți și copii, de primele schimburi de mesaje, în cadrul cărora copilului i se satisfac, într-un anume grad, trebuințele. Evoluția spre patologic este dată, așadar, de evoluția primelor momente conflictuale, de rezolvarea acestor momente și din punct de vedere economic, conflictul se modifică în funcție de forțele (energia) care participă aici; faptul că aceste forțe se leagă sau nu de trăsăturile accentuate, înnăscute, este mai puțin important; el devine esențial în măsura în care accentuarea se constituie într-un dezechilibru de nucleu, anomalia psihică fiind, în acest caz, analogă oricărei anomalii congenitale. Accentuarea în sine nu antrenează cu necesitate dizarmonia; accentuarea favorizează dizarmonia în măsura în care persoana se dezvoltă într-un cîmp de relații conflictogen, care potențează realizarea accentuării în sens negativ. Așadar, personalitățile accentuate ca atare nu fac obiectul psihiatric. Ele nu pot fi tratate psihiatric, iar evoluția lor ca personalități

dizarmonice implică, de asemenea, discuții în ceea ce privește atitudinea terapeutică.

Prin personajele pe care le creează, literatura oferă numeroase exemple de personalități accentuate, multe dintre ele situate la granița cu patologicul. Practic, însă este greu de găsit în literatură, ca și în existența obișnuită, o personalitate accentuată pură (tabel CV, CVI). În general, trăsăturile se combină între ele și, în multe cazuri, nu este vorba atât de trăsături înnăscute, cât de o anumită evoluție a personalității. Raskolnikov, din „Crimă și pedeapsă” (DOSTOIEVSKI), este considerat de LEONHARD o personalitate paranoidă. Totuși, Raskolnikov nu corespunde, în sens strict, acestei caracterizări. Problematizarea permanentă (referirul la dreptul său la putere, compararea cu NAPOLEON și negarea acestei comparații, „sofisticăria” care îl chinuie etc.) nu este specifică paranoidului, ci trimite mai degrabă la trăsături anancaste și, în ultimă analiză, la un puternic complex de inferioritate. În acest sens, Svidrigailov încearcă o explicație și o justificare pentru Raskolnikov (un om dotat, lipsit de condiții minime pentru valorificarea acestei dotări, ajungând la o teorie a superiorității și inferiorității umane pentru a-și rezolva, de fapt, un conflict originar). Othello, mai degrabă, se înscrie pe linia unei dezvoltări paranoide sau paranoiace (LEONHARD nu face o diferențiere precisă), manifestând o reacție de gelozie care se amplifică pînă la crimă. Săvîrșirea crimei de către Othello, și săvîrșirea crimei de către Raskolnikov sînt similare doar ca act, dar au la bază motive diferite. Ceea ce LEONHARD consideră specific unei personalități isterice, la anchetatorul Porfiri poate fi doar o strategie de anchetator și nu o trăsătură demonstrativă; faptul că Porfiri recunoaște în fața lui Raskolnikov că este prefăcut pledează împotriva prezentei „firii demonstrative”. El manifestă, mai degrabă perseverență sau tenacitate în a-l descoperi pe Raskolnikov, atitudinea sa fiind în mod constant și susținut premeditată (lucru mai puțin specific unui isteric). Smerdeakov, din „Frații Karamazov”, manifestă mai puternic trăsături isterice, el reușind să mimeze chiar o criză de epilepsie, deși grija cu care premeditează crima este puțin probabil să răspundă unui specific al personalității demonstrative. În literatură, în genere, și în opera lui DOSTOIEVSKI, în particular, este foarte greu de „diagnosticat” o personalitate ca fiind accentuată. Acest mod de a pune problema este simplificator, întrucît psihologia personajelor este profundă, cu multiple și diverse implicații motivaționale. De exemplu, Verhovenski, din „Demonii” de DOSTOIEVSKI, personaj care, printr-o intrigă complicată, ajunge să cîstrugă o comunitate semiurbană, fără să tre-

zească nici o bănuială, în tipologia lui LEONHARD, ar fi o personalitate în care se combină trăsături demonstrative cu trăsături hiperperseverente. Dacă l-am caracteriza pe Apostol Bologa, din „Pădurea spînzuraților”, de Liviu REBREANU, drept o personalitate hiperexactă în exclusivitate, aceasta ar însemna să operăm o reducere în psihologia personajului. Simțul datoriei la Apostol Bologa, ca și zgîrcenia lui Hagi Tudose, sînt trăsături care orientează spre un anumit tip de personalitate, dar o personalitate nu poate fi definită prin tipul căruia îi aparține, ci prin geneza manifestărilor sale. Psihologia este știința care analizează motivele actelor umane și doar în această perspectivă ea este știința conduitei, a proceselor și fenomenelor psihice.

416. **PERSONALITATE ADICTIVĂ** ● Personalitate ce presupune trăsături favorizante ale alcoolismului, dar care nu poate fi definită cu precizie. Se afirmă o predominanță a trăsăturilor orale și o predispoziție pentru depresii patologice. Adesea pot fi întîlnite trăsături de tip narcisiac, schizoid sau cele ale personalității borderline. Presupunerea că ar exista un unu tip de personalitate mai predispus la alcoolism decît altele nu și-a dovedit veridicitatea, o serie de autori insistînd asupra modelelor familiale și asupra deformării de tip sociopatic și deteriorării de tip organic pe care alcoolul o exercită asupra personalității.

417. **PERSONALITATE DE BAZĂ** — sin. EU DE BAZĂ; PERSONALITATE MODALĂ ● Model teoretic care explică relațiile individ-societate-cultură (respectiv, fenomenele de inculturație și aculturație) și, în același timp, obiect de cercetare pentru diverse formațiuni sociale, care se referă la o structură stabilă de elemente psiho-comportamentale și de situații „semnificative” socio-culturale (tendințe, valori, sentimente, aspirații, atitudini, convingeri), comune membrilor unei grupări sociale sau ai unei societăți determinate.

Conceptul este precizat și încetățenit în psihologia socială prin cercetările de antropologie culturală și psihosociologie întreprinse de MEAD, MALINOWSKI, ALLPORT, KELLY, DEFRENNE și, mai ales, de A. KARDINER, R. LINTON și J. DOLLARD. Echivalentă cu „personalitatea modală” sau „Eul de bază”, personalitatea de bază reprezintă matricea primară care dezvăluie raporturile membrilor unei colectivități cu o realitate socio-culturală istoricește determinată și preexistentă individului, acea constelație psihică proprie și comună membrilor unei societăți, în raport cu care indivizii își elaborează un anumit stil de viață. Prin contactul sistematic, încă de la naștere, între individ și mediul socio-cultural existent (prin educație și condiționare, prin modele culturale, folclor, norme, moravuri, „insti-

Tabel nr. CV

Combinații ale trăsăturilor de caracter accentuate	Probabilitatea combinației	Caracteristici	Evoluție
Personalitate demonstrativă + personalitate hiperexactă	Imposibilă		
Personalitate demonstrativă + personalitate hiperperseverentă	Posibilă	Hiperperseverența compensează slăbiciunea istericului	Frecvent spre dizarmonia de personalitate
Personalitate hiperperseverentă + personalitate nestăpinită	Posibilă	Suspiciune, gelozie, reacții afective violente	Frecvent spre dizarmonia de personalitate

Tabel nr. CVI

Combinații ale trăsăturilor de caracter și temperament accentuate	Probabilitatea combinației	Caracteristici
Demonstrative + hipertime	Relativ frecventă, în special în copilărie	Activitate creatoare: scriitori, ziariști, actori
Demonstrative + exaltate	Frecventă	Profesiuni artistice, în special actori
Hiperexacte + hipertime	Rară	Frecvent, efecte pozitive; evoluție socială bună
Hiperexacte + distimice	Relativ frecventă	Complexe de inferioritate; poțtențare reciprocă a trăsăturilor; evoluție spre dizarmonia psihastenică
Anxioase + hiperperseverente	Relativ rară	Anxietate marcată, susceptibilitate, ambiție; evoluție spre dizarmonic
Distimice + hiperperseverente	Rară	Manifestări depresive, disforice, asociate cu tendințe paranoide, gelozie, zgîrcenie; evoluție spre dizarmonic
Introvertite + hipertime	Rară	Mobilitate psihică, relații interpersonale stabilite cu ușurință, opinii proprii, înclinații spre filozofie

tuții" primare și secundare) se elaborează niveluri ale personalității de bază (structura Supraeului, strategii de gândire și acțiune, sisteme de securitate individuală, de convingeri și atitudini fundamentale), care la rândul lor vor reflecta trăsăturile fundamentale ale structurii societății care au influențat cristalizarea personalității de bază (A. KARDINER—„Individul și societatea sa”, 1939; R. LINTON—„Fundamentul cultural al personalității”, 1945). Așadar, un mediu socio-cultural dat modelează personalitatea de bază,

în care se reflectă și se concentrează atributele lui esențiale. Potrivit autorilor menționați, pe de o parte, studiind instituțiile sociale, se pot înțelege conduitele psihosociale ale indivizilor particulari, iar pe de altă parte, studiind personalitatea de bază, biografiile individuale, individul, mediul, care exprimă mai pregnant caracteristicile fundamentale ale culturii a căreia îi aparține, se pot face deducții asupra naturii, trăsăturilor și evoluției anumitor instituții sociale.

418. PERSONALITATE DIZARMONICĂ — tipuri ● Personalitatea structurată dizarmonic trebuie înțeleasă ca un rezultat al tulburării echilibrului trăsăturilor de personalitate, cu predominarea unora dintre ele. Efectul este disfuncționalitatea întregului ansamblu, iar consecința, incapacitatea de integrare armonioasă în mediul social.

Istoria umană și a indivizilor ei a inspirat dintotdeauna la realizarea unor „tipare”, a unor „modele” care să faciliteze accesul la studiul psihismului și al armonizării individului cu ceilalți semenii. Dintre cele mai cunoscute minți luminate care au avut asemenea preocupări, menționăm pe HIPOCRATE, părintele medicinei, de TEOFRAST.

Au urmat încercări de delimitare cât mai exactă a unor tulburări intuite de psihiatrii vremii ca nereprezentând o boală în sine, dovada fiind denumirile folosite: „mania fără delir” (PINEL, 1809), „mania instinctivă” sau „impulsivă” (ESQUIROL), „nebulnia degenerațiilor” (MOREL), „demență morală—moral insanity” (PRITCHARD). Desigur, teoriile epocii și-au pus amprenta și asupra conceptului tulburărilor de personalitate, dintre care cea a degenerescenței a avut un mare răsunet. De aceea, descrierea unor categorii de delincvenți (BABINSKI și CECIOTT, 1884) și a termenului de „inferioritate psihopatică” (KOCH, 1888) reprezintă demersuri către realizarea unui concept în psihiatrie care să răspundă necesităților nosologice din ce în ce mai stringente. După cum s-a mai întîmplat și în alte domenii, numele conceptului apare — cel de personalitate psihopatică (KRAEPELIN)—, dar fără ca acesta să reflecte deocamdată conținutul exact al tulburării; era conceput ca aparținînd unor stări isterice sau obsesivo-fobice cu prognostic nefavorabil.

Aiți autori vor încerca să scoată în evidență, pe cât posibil, criteriile de diferențiere și clasificare, apărînd din ce în ce mai evident rolul nefavorabil al mediului social în dezvoltarea personalității. Dacă DUPRÉ și DELMAS vorbeau de „constituție psihopatică”, KAHN, BIRNBAUM, LENZ, PARTRIDGE subliniază atît de pregnant influența pe care o au factorii de mediu în apariția psihopatiilor, încît ultimul propune chiar înlocuirea termenului cu cel de „sociopatii”. Urmează o pleiadă de psihiatri de mare valoare care, prin minuțioase observații clinice, dublate de o acuratețe științifică remarcabilă, vor publica lucrări de referință pentru istoria conceptului de psihopatie (personalitate dizarmonică). Astfel, în lucrarea sa „Körperbau und Charakter”, KRETSCHMER (1921) realizează nu numai o tipologie morfofizio-psihologică (opunînd schizotipul leptozom ciclotimului picnic), dar încearcă și construirea unei punți de legătură între normalitate și psihoză, creînd secvența: personalitate nor-

mală — personalitate patologică și — psihoză, (schizotim-schizoid-schizofren; ciclotim cicloid-maniaco-depresiv).

K. SCHNEIDER descrie în cartea sa „Die psychopathischen Persönlichkeiten”, apărută în 1932, un număr de personalități care, prin caracterul lor anormal, patologic, se diferențiază de cele considerate normale. „Normalul mediu” reprezintă axa față de care abaterile pot fi mai mici sau mai mari, conferind caracterul de anormalitate. Extremele ar reprezenta, în concepția autorului, personalitățile psihopatice caracterizate prin faptul că ele însele suferă și fac să sufere și societatea din cauza anormalității lor.

Ceea ce rămîne din sfera personalităților anormale, ar putea corespunde „personalităților accentuate”, descrise peste două decenii de LEONHARD. K. SCHNEIDER face importante observații de ordin psihopatologic privind personalitățile psihopatice, stabilind criteriile de definire, completate ulterior de GANNUŠKIN. Școala sovietică își aduce contribuții prin susținerea existenței unei posibile microorganicități, făcînd distincția între psihopatiile propriu-zise și stările psihopatoide (pseudopsihopatii).

Prin specificul teoriei sale, psihanaliza a încercat să ofere explicații în constituirea personalităților psihopatice, prin fixarea excesivă a mecanismelor de apărare utilizate contra anxietății, a tipului de relație cu obiectul, stabilite în timpul dezvoltării stadiale, psihologice. Pornind de aici, autorii americani au ajuns în situația extremă de negare a psihopatiilor și de considerare a lor ca simple reacții nevrotice și psihogene, poziție definitiv abandonată în zilele noastre prin apariția celei de a treia ediții și a celei revizuite a acesteia, din „Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor psihice” (1980, 1987).

Capitolele referitoare la tulburările de personalitate reflectă apropierea de conceptele europene, dar și preocupările pentru delimitarea unor noi tipuri de personalități (borderline, pasiv-agresivă, evitantă, dependentă, sadică și autodestructivă).

După cum s-a putut observa, pe măsura dezvoltării sale, psihiatria a încercat să ofere, prin reprezentanții săi cei mai de seamă, tipologii și clasificări ale tulburărilor de personalitate, care se doresc a fi din ce în ce mai apropiate de natura umană, ilustrînd-o cît mai bine. În cele ce urmează vom menționa descrierile și clasificările cele mai semnificative, aparținînd lui HEYMANS și WIERSMA, K. SCHNEIDER, E. KAHN, PETRILOWITSCH, PREDESCU, I.C.D.9 (OMS), D.S.M.III și D.S.M.III R (revizuit).

Încă din antichitate, diferențele observate între indivizi au suscitât interesul marilor gînditori ai vremii, care, dincolo de experiența empirică, au încercat o fundamentare științifică a acestora.

Astfel, HIPOCRATE a imaginat un cvartet tipologic avînd la bază chimismul organic, mai exact cele patru umori : sînge, flegmă, fiere neagră și fiere galbenă, pe care le-a corelat cu cele patru elemente constitutive ale lumii (aer, apă, foc, pămînt), din concepția cosmogonică a lui EMPEDOCLE, precum și cu cele patru anotimpuri.

Au rezultat patru tipuri de temperamente, și anume : *sangvinicul*, determinat de predominanța sîngelui, reprezentînd primăvara și avînd ca semn aerul ; *colericul*, determinat de bila galbenă, reprezentînd vara și focul ; *melancolicul*, determinat de bila neagră, avînd drept corelate toamna și pămîntul, și *flegmaticul* (sau limfaticul), determinat de flegmă, reprezentînd anotimpul hibernal și avînd ca element apa.



În legătură cu temperamentele, se pune problema bivalenței trăsăturilor caracteristice fiecărui tip temperamental (fiecare tip avînd avantaje și dezavantaje sub aspectul adaptării), precum și a probabilității foarte scăzute de existență a tipurilor „pure”, așa cum vor fi ele descrise în continuare (practic, întîlnindu-se indivizi cu trăsături temperamentale mixte, cu predominanța unui tip sau a altuia).

● *Tipul sangvinic* se caracterizează prin bună dispoziție, optimism, sociabilitate, reactivitate accentuată, hiperactivism (se angajează ușor în activitate, este energic, curajos, spontan în decizii), adaptabilitate crescută, înclinație spre excese de orice gen (în alimentație, profesiune, în plan comunicațional și interpersonal).

Valențe opuse ale trăsăturilor enumerate ar fi : superficialitatea și inegalitatea în sentimente, în atitudinile față de sine și semenii, lipsa de cumpătare, expresivitatea exagerată, sugestibilitatea, insuficiența mecanismelor inhibitorii. Somatic, ar corespunde constituției robuste. Are predispoziție la infecții, migrene, colici hepatice, reumatism și mai puțin la boli psihice.

● *Tipul melancolic* prezintă durabilitate, profunzime și autenticitate în trăiri și atitudini, seriozitate și conștiințozitate, hiperemotivitate, un crescut simț al datoriei și al responsabilității, dar slabe disponibilități relaționale (este nesociabil, retras) și reacționale, ceea ce-i asigură o adaptabilitate mai redusă. Fire interiorizată, orgolioasă și-n genere pesimistă, el tinde să-și mascheze defectele printr-o atitudine reținută sau de subordonare față de semenii (ceea ce acutizează sentimentele de inferioritate, de nesiguranță și neîncredere). Melancolicul este predispus la boli psihice (nevroze anxioase, compulsive, hipocondriace etc.), la nevralgii, tulburări digestive și vasculare. Somatic, ar corespunde cerebrotonului.

● *Tipul coleric* sau bilios se caracterizează prin accentuate trăsături volitive, rezistență la eforturi sau dificultăți, temeritate, hiperreactivitate emoțională (tip pasional) și comportamentală (tip susceptibil, excitabil, agresiv), mergînd pînă la reacții clastico-cverulente. Așadar, voluntarismul lui poate degenera în acte agresive, opoziționale sau în tendințe dominatoare. Este predispus la tulburări digestive și corespunde constituției înalte și slabe.

● *Tipul flegmatic* sau limfatic se caracterizează prin trăiri și reacții mai puțin intense, pare calm, calculat, tolerant și răbdător, bine dispus și încrezător, echilibru aparent care se spulberă în situația de boală (suportă greu durerile și, în general, bolile). Sub raport somatic, ar corespunde constituției picnic, supraponderale.

Tipologia clasică hipocratică, deși naivă, preștiințifică în determinismul ei (reflectînd nivelul atins de cunoașterea științifică la acea dată) a dăinuit pînă în epoca modernă, cînd i s-a conferit o fundamentare teoretică riguros-științifică și un conținut mai bogat, grație cercetărilor și observațiilor realizate în domeniile psihologiei și psihofiziologiei, endocrinologiei și psihopatologiei.

Operă celebră (supranumită „cartea de aur” — LA BRUYÈRE), dar singulară, „Caracterele” lui TEOFRAST (372?—287? î.e.n.), discipol al lui ARISTOTEL, poate reprezenta pentru psihiatru și psiholog primul tratat despre diferențele caracteristice ale tipologiei umane, ca și despre dizarmoniile personalității, prezentate sistematic.

Cu toate că autorul și-a propus urmărirea sistematică a planului moral, descrierea sa arată o profundă cunoaștere a naturii omenești și a „tainei firii omenești” (TEOFRAST).

Filozoful grec, format la școala marelui său dascăl, este un om de știință meticolos, iar lucrarea sa, scrisă în ultima parte a vieții, nu este singura care vizează aspecte ce interesează psihiatrul (din cele peste 200 de lucrări pe care DIOGENE LAERTIU le-a atribuit lui TEOFRAST); el a mai scris despre oboseală, despre destinderea nervilor, despre leșin etc.



„Caracterele” rămân totuși o încercare structurată de analiză, în care aspectele comportamentale, dificultățile de relaționare, modificările timiei sînt surprinse cu finețe de psihopatolog, constituind un argument de excepție în favoarea tezei că psihopatia a fost, este și va rămîne doar o „patologie socială” și niciodată una strict medicală.

Din cele treizeci de „portrete” originale, nu ne-am oprit în prezentarea noastră decît la douăsprezece: prefăcutul, flecarul, grosolanul, neobrăzătorul, guralivul, născocitorul de știri, zgîncitul, moicjul, brutalul, nemulțumitul, neîncrăzătorul și înfumatul, alegerea noastră vizînd acele portrete a căror „patologie” este mai accentuată.

● **PREFĂCUTUL** : „Am putea înfățișa cusurul acesta ca fiind o lipsă de sinceritate atît în ceea ce spunem, cît și în ceea ce facem. Prefăcut este omul care de față cu dușmanii lui se ferește să le arate ura ce le-o poartă. În taină se năpustește asupra lor, iar cînd sînt de față îi ridică-n slăvi. Cînd dușmanii lui au pierdut un proces, prefăcutul este gata să le arate părerea lui de rău. Nu arată că ar pătimi din pricina celor ce-l bîrfesc,

iar vorbele lor de ocară nu le pune la inimă. Vorbește cu blîndețe cu cei nedreptățiți și care vin la el să-și arate nemulțumirea. Celor ce vin cu diverse treburi le recomandă să nu-l ocolească. Nu destăinuie altora nimic din ceea ce pune la cale, ci spune că mai are de gîndit. Se prefacă abia a sosit, că e prea tîrziu ca să poată pune treburile la cale, că nu e în apele lui. Cînd este rugat să sprijine un prieten aflat la nevoie (*ajutorul bănesc acordat cetățenilor lipsiți se practica în mod curent în antichitate : de stat, prin contribuții fixe de un obol, doi, pe zi, ca și prin donații particulare*) sau să-l împrumute spune că are ce vinde pentru a-l ajuta, și chiar dacă nu are ce vinde, susține că are. Cînd a aflat o veste, se face că n-a aflat ; tăgăduiește c-ar avea cunoștință de unele lucruri ; zice că nu-și amintește să fi ajuns la o înțelegere. Uneori răspunde că problema îl preocupă, alteori că habar n-are de ea sau că i se pare ciudat cazul, iar alteori, în sfîrșit, că și el a ajuns să fie acum de aceeași părere.

Într-un cuvînt, putem spune că e dibaci în a născoci răspunsuri de felul acestora : „Nu am convingerea ; nu cred ; mă surprinde ; ai zice că s-a transformat. La drept vorbind, nu mi-a prezentat lucrurile astfel. Ciudat! S-o spuși altuia! Nu mă lasă inima să-ți dau ție crezare, dar nici să-l condamn pe el. Fii cu băgare de seamă ; nu fii prea credul!”

Iată ce fel de vorbe și de vicleșuguri știe să descopere omul prefăcut și cum se dezice el. De aceste apucături dubioase și dușmănoase trebuie să te ferești, mai mult chiar decît de otrava vipelelor”.

Se pot remarca următoarele trăsături psihopatologice : secretivitate, disimulare permanentă, lipsa rezonanței afective, megalomanie, nesiguranta de sine.

● **FLECARUL** : „Flecăreala este o înșirare lungă de vorbe fără rost. Flecar este omul care, sînd alături de un necunoscut, începe să-și laude nevasta, îi povestește ce-a visat, îi înșiră bunătățile cu care s-a ospătat la cină. Apoi, întinzîndu-se la vorbă, zice : „Oamenii din zilele noastre sînt mai vicleni ca cei de pe vremuri ; nu s-a ieftîniț grîul pe piață ; au năpădit străinii în oraș ; e plăcut să călătorești pe mare după sărbătoarea Marilor Dionysii (*Marile Dionysii sau Dionysiile urbane — Dionysia ta en astei —, care prilejuiau manifestări dramatice deosebite, se celebrau în luna Elapfebolion — martie-aprilie — și aveau un caracter panelenic. În lunile de iarnă, pînă la Marile Dionysii, navigația era întreruptă*) ; dacă se îndură Zeus să ne trimită ploaie, o să avem grîne din belșug ; la anul își va ara și semăna singur ogorul ; o povară mare e viața. Damipos a aprins o torță mare la sărbătoarea Misterelor de la Eleusis (*Misterele de la Eleusis — azi Elefsina —, tîrgușor în preajma Ateiei, erau închinat zeitelor Demeter și Persephone*

și aveau la bază rituri agrare, în vederea obținerii unei fertilități sporite a solului. Zeița Demeter era preamărită ca ocrotitoare a muncilor agricole, ca ocrotitoare a căsătoriilor și chiar ca ocrotitoare a legilor. Femeile participante își impuneau un post de trei zile). Fiecarul vorbește apoi de numărul coloanelor Odeonului. (Odeonele erau teatre descoperite, destinate audițiilor muzicale. În textul de față este vorba de Odeonul ridicat de PERICLES în anul 441 î.e.n. și descoperit în sud-estul Acropolei, în 1921. Un alt Odeon celebru la Atena este al lui Herodes Atticus — secolul al II-lea e.n. —, care dăinuie și astăzi și servește pentru același scop). Mai spune că a avut vătășuri, că nu știe ce zi este, că Misterele se serbează în luna Boedromion. (Lună corespunzând intervalului 15 septembrie — 15 octombrie). Apaturirile în luna Pyanepsion (sărbătoare în cinstea Atenei și a lui Hephaistos, luna a patra a anului atic, corespunzând cu a doua jumătate a lui octombrie și prima jumătate a lui noiembrie), iar Dionysiile rurale în luna Posideon (Dionysiile rurale se celebrau la țară, de obicei în cursul lunii Posideon — aproximativ decembrie-ianuarie. Piesele jucate cu acest prilej nu erau inedite, cele mai multe fiind o reluare a celor reprezentate la Atena). Dacă se încumetă cineva să-l asculte, fiecarului nu-i vine să plece de lângă el.

Dacă nu vrei să te apuce durerea de cap, e bine ca pe flecar să-l alungi din preajma ta, și s-o iei la picior, căci e greu să faci pe plac unor oameni care nu știu cât prețuiește munca și nici odihna!"

Se pot remarca următoarele trăsături dizarmonice: hipertimie, lipsa cenzurii morale, extroversiune, inflația Eului, incapacitatea de a stabili relații umane durabile.

● **GROSOLANUL**: „Grosolanul pare să fie necunoașterea buneii-cuviințe. Grosolanul este omul care vine la adunarea publică chiar și în ziua în care s-a îmbătut cu kykeon (amestec savurat de țărani atici, în a cărui compoziție intra miere, făină și izmă. În formă compactă servea ca aliment, iar în formă lichidă ca băutură); este omul care poate să susțină că parfumul (prin parfum se înțelege orice fel de ulei parfumat. Era apreciat cel extras din mirt.) nu e mai plăcut la miros ca usturoiul. Poartă încălțăminte mai mare decât piciorul lui. Vorbește cu glas tare. Nu are încredere în prieteni și rude, în schimb destăinuie slujitorilor lui cele mai importante secrete. Zilierilor care-i muncesc pământul le povestește tot ce a auzit în adunarea poporului (gr. *eclesia*, organul suprem de conducere a statului atenian). Când se așează pe scaun, ridică haina mai sus de genunchi și i se vede goliciunea (costumul grec se baza pe principiul drapării, nefiind cusut). Pe stradă, nu admiră și nu rămâne mirat de nimic, afară numai dacă ea cu ochii de vreun bou, un măgar ori un țap. Atunci se oprește și rămâne cu ochii la ei. În cămară,

îmbucă grăbit de ici și de colo și bea numai vin curat (a bea vin curat era un indiciu de lipsă de cumpătate. Vinurile erau foarte tari, și în societatea elenă beția era disprețuită). Face curte slujnicei care frământă piinea, dar se ferește să fie văzut; apoi îi dă o mină de ajutor ca să macine făina trebuincioasă pentru el și ai lui. Se ridică de la masă, ca să dea nutreț vitelor. Când bate cineva la ușă, aleargă el cel dintii; cheamă cîinele și, apucându-l de bot, spune: „Lui i-am încredințat spre pază moșia și casa". Când încasează bani de la cineva, se uită la ei cu neîncredere, de teamă că n-ar avea greutatea cerută (a examina atent moneda nu putea fi decât o deprindere josnică, proprie cămătarilor); pretinde apoi alții în schimb. Dacă a dat cuiva cu împrumut un plug, un coș, o coasă ori un sac, nu-l părăsește gândul nici noaptea și nu poate dormi. Se scoală din așternut și pleacă în căutarea lor. Când coboară la oraș întreabă pe fiecare drumeț cât costă peștele, cu cât se vînd pieile și dacă începînd cu luna nouă vor avea loc concursuri tragice. Îl informează că îndată ce va ajunge la oraș se va tunde (grosolanul, venind în oraș, șine cu tot dinadinsul să-și îngrijească părul la frizerul de acolo, ca fiind mai priceput) și că va cumpăra pește sărat de la Archia, fiindcă are drum pe la el.

La baia publică, îi vine să cînte; poartă ghete bătute în ținte".

Se pot remarca următoarele trăsături psihopatologice: dezinhibiția instinctuală, impulsivitate, turbulență, incapacitate de autostăpînire, nerespectarea regulilor și uzanțelor obișnuite.

● **NEOBĂZĂTUL**: „Înseamnă neobrăzare îndrăzneală pe care o arăți spunînd și făcînd lucruri dezgustătoare. Neobrăzat este cel ce jură cu ușurință pentru orice fleac și se lasă lesne defăimat și ocărit, are o fire josnică și este în stare de orice obrăznicie. Să nu te mire faptul că se apucă să danseze cordaxul (dans de origine lydiană, constînd din mișcări lascive, practicat mai întîi în teatru și apoi cu prilejul banquetelor) cînd nu e încă amețit (și, deci, nu are nici un fel de scuze). La serbările de la bilci se pune bine cu spectatorii, doar o face rost de ceva bani. Neobrăzatul se ia la ceartă cu cei fără bilet, care dau năvală să vadă un spectacol gratuit. Nu se dă în lături să deschidă o cârciumă sau o casă de desfrîu, să strîngă dările (incasatorii de impozite nu se bucurau de stimă, din pricina lipsei lor de scrupule) și nu este meserie oricît de josnică de care să nu se apuce.

Neobrăzatul face pe crainicul public, face pe bucătarul și joacă la jocurile de noroc. Refuză să-și întrețină mama (eschivarea de la obligația întreținerii părinților atrăgea la eleni grave penalități), este urmărit pentru furt și-și petrece timpul mai mult în pușcărie decît acasă. Parc-ar fi din rîndul aceluia care atrag mulțimile, le adună roată în jurul lor, le vorbesc cu glas tare și răs-

nător, le acoperă de ocări, și la rîndul lor sînt ocăriți. În jurul lui, lumea se adună ca la bîlci; unii vin, alții pleacă, fără să-l ia în seamă; unii ascultă începutul flecărelii, alții citeva cuvinte, iar



cîteva sfîrșitul. Neobrăzatul crede de cuviință să-și dea în vileag nemernicia ca să o cunoască lumea, ca la un spectacol. E mereu în proces — cînd acuzator, cînd acuzat. Cînd este pîrit, jură strîmb. Cînd acuză, vine la proces ținînd la piept cutia cu dosare (este vorba de o cutie de metal sau de argilă, avînd forma unui arci, în care erau păstrate toate documentele privitoare la proces și care puteau fi utilizate în caz de apel) și cu mîinile pline de hîrtiuțe. Îi place să fie în fruntea unor gură-cască, le dă bani cu împrumut, cerînd o dobîndă de trei jumătăți de obol (obolul era moneda greacă care valora mai puțin decît un gram de aur — 0,72 gr.) la o drahmă pe zi (dobînda legală la Atena era de 12—18% pe an). Dobînda o încasează colîndînd cît e ziua de mare prin cîrciumi, prin halele cu pește proaspăt ori sărat, și banii adunați de pe urma șmecheriilor îi bagă în gură (obicei al oamenilor din popor de a introduce banii în gură, obicei ironizat adesea de scriitorii comici).

Astfel de oameni sînt obositori, abia așteaptă prilejul să te ocărăscă și strigă cît îi ține gura, făcînd zarvă prin ateliere și piețe'.

Se pot remarca următoarele trăsături psihopatologice: agresivitate, dispreț față de orice sistem de valori, predispoziție spre criminalitate, cverulentă, megalomanie.

● **GURALIVUL** : „Dac-am vrea să definim năra-vul acesta, am putea spune că este neputința de a-ți stăpîni gura, iar guralivul este omul care, indiferent de ce i-ar spune cel ce-i iese în cale, îi răspunde că nu prezintă importanță, că el le știe pe toate și că-i stă la dispoziție cu informații.

Cînd cineva vrea să continue conversația, guralivul îl întrerupe zicîndu-i : „Bagă de seamă să nu uiți ceea ce aveai de gînd să spui; îți mulțumesc că mi-ai amintit tocmai ceea ce intenționam eu să-ți comunic. Ce mult ai de cîștigat cînd mai stai cu cîte cineva de vorbă! Uitasem tocmai de acest lucru. Ai sesizat repede totul. Te urmăresc de mult ca să văd dacă vei ajunge la aceleași concluzii ca mine”. Guralivul se pricepe să facă și alte intervenții asemănătoare și nu îngăduie celor cu care se întreține nici să răsuflie. Și după ce a plictisit, rînd pe rînd, pe fiecare, este în stare să se îndrepte și spre oamenii pe care-i vede adunați în grup și-i obligă să se împrăștie, măcar că aveau de discutat lucruri importante. Guralivul își face drum prin școli și palestre (școli de gimnastică prevăzute cu un teren, cu arbori și peluze, adesea situate în preajma unei ape curgătoare), tulbură lecțiile copiilor, pălăvrăgînd cu profesorii și paidotribii (paidotribii aveau ca sarcină principală supravegherea tineretului). Pe cei ce invocă un motiv ca să se despartă de el este în stare să-i însoțească pînă acasă. E destul să-i pui o singură întrebare, că e capabil să-ți înșire nu numai ce s-a petrecut în adunarea poporului, ci să-ți vorbească și de disputa dintre cei doi vestiți oratori (DEMOSTHENE și ESCHINE; procesul la care face aluzie scriitorul este cel numit „Cu privire la coroană”, care a avut loc pe vremea arhontelui ARISTOPHON — 330 î.e.n. În discursul „Cu privire la coroană”, DEMOSTHENE atacă pe ESCHINE, care se ridicase împotriva decernării unei coroane onorifice oratorului DEMOSTHENE, pentru serviciile aduse patriei) iscată pe vremea lui ARISTOPHON și (fraza care urmează pare incompletă. Este cu puțință ca în partea care lipsește să fi existat o aluzie la restabilirea regimului celor treizeci de tirani la Atena, sub presiunea Spartei, după războiul peloponeziac) ... despre succesul discursurilor sale în fața poporului.

Între timp, nu uită să strecoare cîteva ocări la adresa mulțimilor, obligînd în felul acesta pe ascultători să nu-i mai dea atenție. Unii adorm, iar alții pleacă, lăsîndu-l singur. Cînd face parte dintr-un juriu de judecată, împiedică cu pălăvrăgeliile lui pe colegii lui să judece; dacă asistă la un spectacol, împiedică pe ceilalți să privească, iar dacă se află la o masă cu un altul, nu-i dă răgaz să mănînce; susține că tăcerea e o pedeapsă pentru guraliv și că limba lui alunecă așa cum alunecă peștele în apă, și n-ar putea să tacă, chiar dac-ar fi să ajungă mai gureș decît rîndunelele (Mai gureș ca rîndunelele — este un proverb). Guralivul îndură pînă

și batjocura copiilor lui; voind să adoarmă, îi cer să le spună o poveste: „Tăticule, spune-ne o poveste ca să adormim mai degrabă”.



Se pot remarca următoarele trăsături psihopatologice: impulsivitate, megalomanie, hipertensiune, absența oricărui sistem de valori.

● **NĂSCOCITORUL DE ȘTIRI**: „Nărvul acesta te îndeamnă să plămuești știri și fapte care să fie luate drept bune de alții. Născocitorul este omul care întâlnindu-și un prieten își schimbă glasul și-l întreabă cu surâsul pe buze: „Dincolo? Ce mai zici? Ce noutăți? Cum se face că n-ai nici o veste nouă? Și cu toate astea, se aud lucruri bune”. Fără să aștepte un răspuns, continuă: „Ce spui? Cum de n-ai auzit nimic? Mi se pare că acum o să te sature de noutăți.” Începe apoi să povestească că tot ce va spune sînt lucruri auzite de la un soldat ori de la sclavul flautistului ASTEION (*un flautist cu renume*), ori de la antreprenorul LYKON, care a sosit de la război. Sursele lui de informații sînt de așa fel, încît nimeni n-ar putea să le atace. Pe baza acestor informații povestește că POLYPERCHON (*regent al Macedoniei, unul dintre generalii lui ALEXANDRU cel Mare; s-a războit cu CASANDROS, fiul predecesorului său, ANTIPATROS, timp de zece ani — 319—309 î.e.n.*) și regele (regele amintit aici pare să fie FILIP al II-lea, tatăl lui ALEXANDRU cel Mare — 386—336 î.e.n.) au ieșit din luptă victorioși, iar despre CASANDROS (*fiul lui ANTIPATROS, om cu o fire violentă, a luat puterea în Macedonia după lupte acerbe împotriva lui POLYPERCHON și a domnit pînă în anul 296 î.e.n.*) că a

căzut prizonier, iar dacă vreunul dintre ascultători intervine întrebîndu-l „Tu crezi în toate acestea?”, el răspunde: „E un lucru pe care-l știe întreaga cetate; vestea s-a răspîndit pretutindeni și toți povestesc la fel. Fiecare știe amănunțit cum s-a dat lupta și că a fost o adevărată vărsare de sînge. De altfel, și fețele celor ce conduc treburile publice parc-ar vorbi despre asta”. Mai spune că a auzit de unul care le știe pe toate cum s-au petrecut; omul a sosit de cinci zile din Macedonia și stă ascuns pe undeva. Și în timp ce înșiră toate astea, strigă cu o voce tare și convingătoare: „Nenorocitul Casandros, om fără noroc! Nu vezi cum lovește soarta în tine? Dar, ce-i drept, s-a văzut vitejia ta”. Apoi îi adresează rugămintea de a păstra taina pentru el. Și tot el aleargă să împrăștie noutățile prin tot orașul.

Tare mă mir de ce or fi născocind oamenii ăștia astfel de știri! Ei nu numai că spun lucruri false, dar mai au de tras și ponoase. S-a întîmplat de multe ori ca astfel de oameni să fie înconjurați de mulțime în băile publice, și în timpul acesta să rămîna fără haine. Alții au fost condamnați în lipsă, fiindcă în momentul judecării lor se aflau în Portic, unde înșirau izbînzile repurtate pe mări și pe uscat. Alții au uitat de masă, cucerind cu vorba cetățile.

Apucătură mai rea ca asta nu cunosc. Există oare vreun portic, vreo prăvălie, vreun colțișor în piață în care să nu-și piardă vremea născocitorul de știri? El nu face decît să-i obosească pe cei ce-l ascultă și să-i plictisească de moarte prin minciunile lor”.

Se pot remarca următoarele trăsături psihopatologice: tahitimie, megalomanie, confabulații, incapacitatea de a stabili relații reale cu ceilalți.

● **ZGÎRCITUL**: „Zgîrcenia este o economie ce întrece orice măsură. Zgîrcit este omul care înainte de a se fi împlinit luna bate la ușa datornicului și-i cere dobînda, chiar dacă aceasta nu face măcar o jumătate de obol. Cînd se află la o masă pregătită pe socoteala celor ce iau parte la ea (*mesele comune pregătite prin contribuții individuale sau date de diferite asociații și corporații erau frecvente la greci*), zgîrcitul numără cîte pahare a băut fiecare, iar zeiței Artemis (*zeiță cu multiple atribuții, care este menționată ca divinitate a pădurilor și ca patroană a corporației vîndătorilor. La romani, Diana*) îi jertfește mai puțin decît oricare altul dintre cei prezenți. Dacă un cunoscut i-a procurat un obiect pe un preț scăzut, zgîrcitul consideră că e îngrozitor de scump. Dacă sclavul i-a spart o oală ori o farfurie, îi scade din hrană. Dacă nevasta a pierdut un bănuț, cotrobăie prin oale, răscolește paturile, lăzile, caută pînă și în așternuturi. Dacă are ceva de vînzare, preține un preț atît de ridicat, încît cumpărătorul abia nu are nici un fotos. Din grădina zgîrcitului nu poți lua nici măcar o smochină. Nici pomeneală

să te lase să treci prin livada lui sau să ridici de pe jos o smochină ori o curmaiă. Zi de zi este cu ochii pe semnele de hotar și stă cu frica-n sân să nu i le miște careva din loc. Cum a trecut termenul dobânzii, începe să urmărească pe datornic și-i pune la socoteală dobîndă peste dobîndă. Cînd are la masă invitați din același demos (în textul grec, comuna este redată prin termenul demos, care, în antichitate, însemna și popor, dar și o simplă comună) cu el, are grijă să taie carnea în bucăți cît mai mărunte. Se duce în piață cu gîndul de a tîrgui, dar se întoarce cu mîna goală. Nu îngăduie nevastei să dea cuiva cu împrumut sare ori un capăt de fitil, un vîrf de chimion, maghiran (*chimionul* — gr. *kymion* — și *maghiranul* — gr. *origanon* — erau plante aromatice, întrebuițate drept condimente) ori orz; el nu ți-ar da nici cordelute (în timpul sacrificiului, grăunțele de orz erau aruncate o parte în flacăra care ardea pe altar, și o altă parte presărată deasupra capului victimei. Cordelutele serveau la împodobirea animalului jertfit și a altarului) pentru jertfă și nici făină. Măcar că e vorba de nimicuri, își face socoteala că ele valorează mult la sfîrșitul unui an.

Casetele zgîrciților de felul ăsta sînt dadora de bani! Mucegaiul stă prins pe ele, iar pe chei s-a pus rugina. Zgîrcitul poartă haina mai sus de genunchi, iar la baie aduce uleiul în sticle mitite; se tunde la piele, îl găsești desculț și la prînz, iar cînd dă haina la curățat îndeamnă pe meșteri să întrebuițeze argila din belșug, ca să nu se păteze prea repede (*curățirea veșmintelor se făcea cu apă în care erau dizolvate substanțe degresante, ca pămînt argilos și săruri alcaline*)".

Se pot remarca următoarele trăsături psihopatologice: rigiditate psihică, avariție, disforie, anxietate și obsesivitate.

● **MOJICUL** : „Nu e greu să cuprinzi în cîteva cuvinte năravul ăsta. Mojicia este, de pildă, o glumă necuviincioasă, spusă pe față, fără ocolișuri, și care se cuvine condamnată. Mojic este omul care atunci cînd se află în tovărășia unor femei de condiție liberă este capabil să-și ridice haina ca să i se vadă golicuinea. La spectacol, e singurul care continuă să aplaude atunci cînd toți ceilalți spectatori s-au oprit, și tot el este cel ce fluieră pe actorii pe care ceilalți spectatori îi urmăresc cu admirație. Cînd în teatru domnește tăcerea, mojicul își dă capul pe spate și sughite, atrăgînd atenția celor din jur. Cînd tîrgul este în toi, mojicul se apropie de taraba unde se vînd nucile și mirtul. Stă în picioare, se apucă să ronțăie nuci ori boabe de mirt și caută prilej de vorbă cu negustorul. Pe u nii dintre trecători, pe care abia i-a cunoscut, îi stă rigă pe nume. Dacă-i vede grăbiți, îi obligă să-l aștepte. E în stare să se ducă și să strîngă mîna unuia care a pierdut un proces de seamă, chiar în clipa cînd omul părăsește tribunalul. Tîrguielele și le face singur (*la Atena, efectuarea cumpărăturilor*

lor și transportarea lucrurilor cumpărate erau încredințate sclavilor sau unor persoane anume), angajează flautiste (flautistele erau considerate



artiste și curtezane în același timp. Pentru fiecare ședință muzicală erau retribuite cu 2 drahme), invită trecătorii la petrecere, arătîndu-le tot ce a cumpărat.

Proptit în fața unei frizerii sau parfumerii, povestește că are de gînd să se îmbete".

Se pot remarca următoarele trăsături psihopatologice: dezinhibiție instinctuală, impulsivitate, familiarism, hipertimie cu paratimie.

● **BRUTALUL** : „Brutalitatea constă în folosirea unui ton aspru, iar brutal este omul pe care dacă l-ai întrebat „unde e Cutare” îți dă replica : „Nu mă plictisi”. De-l saluți nu-ți răspunde. De are ceva de vîndut, nu anunță cumpărătorilor prețul, ci-i întrebă pe ei cît valorează obiectul. Celor ce-l apreciază și-i trimit daruri de sărbători (era un obicei ca la sfîrșitul unui ospăt să se trimită prietenilor daruri) le răspunde că darurile primite nu rămîn fără răsplată (*brutalul se gîndește că trebuie să se revanșeze. Gafa constă în faptul că nu este în stare să aprecieze delicatețea gestului*). Nu se pomenește nicicînd să treacă cu vederea greșeala de a-l fi atins, de a-l fi împins sau de a-i fi călcat pe picior. Cînd îl rogi să ajute cu bani pe un prieten, la început refuză, pentru ca apoi să-ți aducă banii; nu uită însă să se plîngă că sînt bani aruncați pe gîrlă. Dacă s-a împiedicat pe drum, e în stare să blesteme piatra de care s-a poticnit. Dacă ai întîrziat, nu te așteaptă peste ora stabilită.

Nu-i face plăcere nici să cînte și nici să danseze. E în stare să nu se roage nici zellor (*synpozionul*, care urma după masa propriu-zisă, prilejului audii muzicale, recitări de poezii, discursuri și discuții pe teme serioase sau ușoare și începea totdeauna cu o rugă către zei)''.

Se pot remarca următoarele trăsături psihopatologice: disforie, explozivitate, incapacitate de a se bucura, iritabilitate și irascibilitate.

● **NEMULȚUMITUL** : „Nemulțumirea este subestimarea fără o cauză întemeiată a darurilor primite. Nemulțumitul este omul care atunci cînd un prieten îi trimite bunătăți de la un ospăț spune aducătorului : „Nesuferit om e stăpînul tău ; nu m-a invitat la masă ca să nu gust și eu ciorba și vinișorul lui”. (*Participanții la ospăț erau de două categorii : unii care participau efectiv, iar alții cărora li se expediau acasă bunătățile. Nemulțumitul lui TEOFRAST își arată amărăciunea de a nu fi considerat printre cei dinții.*) În locul îmbrățișărilor spune hetairei (în gr., *cuvîntul hetaira înseamnă o femeie de moravuri ușoare, care — fără a fi o prostituată propriu-zisă — este concubină sau curtezană. În mentalitatea greacă, este opusă aceleia de soție legitimă. Hetairele nu erau disprețuite în societate ; adesea, femeii culte și de spirit, erau foarte căutate. Situația de inferioritate a femeilor legitime față de hetaira a fost subliniată de ENGELS în „Originea familiei”)*

„Nu-mi vine să cred că mă iubești din toată inima”. Nemulțumitul cîrtește împotriva lui Zeus (Zeus, căpetenia zeilor, pe lângă numeroasele lui atribute, de apărător al statului — Zeus Polieus —, eliberator de suferințe — soter —, purificator de orice pîngărire — catharsios —, de păzitor al jurămintelor făcute — horkios —, de protegitor al ospitalității — xenios —, îl avea și pe acela de a dirija fenomenele naturii : era zeul norilor și al fulgerelor, al ploii și al vînturilor), nu fiindcă nu trimite ploaie, ci pentru că ploaia vine cu întîrziere. Dacă găsește pe drum o pungă cu bani, spune : „N-am avut norocul să dau nicidecum peste o comoară !” Dacă a cumpărat un sclav pe un preț ieftin (*cum serviciul domestic era destul de complicat în antichitate — țesut, măcinat, cumpărarea de alimente etc. —, revenea sclavilor, al căror număr era de la 3 la 12, în casele cetățenilor cu venituri mijlocii. Prețul unui sclav varia după calitatea lui. Cei mai scump plătiți erau sclavii sirieni, fiindcă erau pricepuți, provenind dintr-o țară cu o veche tradiție*), în urma stăruințelor vânzătorului, nemulțumitul zice : „M-aș mira să fie bun la ceva, căci prea e ieftin”. Iar față de acela care-i aduce vestea bună că a dobîndit un fiu, are replica : „Dacă ai avea în vedere că odată cu acest eveniment s-a dus pe giră jumătate din averea mea, ai spune adevărul” (*obligățiile de întreținere și educare la care urma să se supună indispon pe părinte, nemulțumit din fire*). După ce a cîștigat un proces, și încă cu majoritate de voturi, învinuiește

pe acela care i-a compus discursul că a scăpat din vedere multe argumente care i-ar fi venit în sprijin (*legea obliga la Atena ca fiecare cetățean să-și susțină singur dreptatea. Dar cei mai mulți apelau la serviciile unui logograf, adică ale unui profesionist, care redacta discursul în schimbul unei retribuții, iar în cel în cauză urma să-l învețe și să-l debiteze în fața forului judecătoresc*). Dacă-l felicită careva pentru că a început o afacere datorită prietenilor, care au pus mîna de la mîna ca să-i vină în ajutor, nemulțumitul răspunde : „Pot oare să fiu vesel, de vreme ce am datorii să înapoiez fiecăruia banii și le rămîn pe deasupra și recunoscători ?”

Se pot remarca următoarele trăsături psihopatologice : senzitivitate, neîncredere patologică, dispoziție tristă, incapacitate de relaționare, megalomanie disimulată.

● **NEÎNCREZĂTORUL** : „Neîncrederea este desigur convingerea greșită că toți ne înșeală. Neîncredător este omul care după ce și-a trimis sclavul după cheltuieli trimite pe un altul pe urma lui ca să controleze cît a plătit. În timpul călătoriei își păstrează banii la el (*în mod obișnuit banii erau încredințați unui sclav*), și din stadiu în stadiu (*gr. stadion — măsura 177,6 m.*) se oprește și-i numără ca să vadă cîți sînt. După ce s-a suit în pat își întreabă nevasta dacă a încuiat lădița, dacă a pecetluit dulapul, dacă a tras zăvorul porții din ogradă. Chiar dacă femeia îl asigură că a încuiat peste tot, omul neîncredător părește așternutul și, așa dezbrăcat și desculț, aprinde lampa, colindă și cercetează fiecare locșor cu grijă. Cu toate acestea, abia-l prinde somnul. Cere ca dobînda să i se plătească de față cu martori, pentru ca datornicii să nu poată tăgădui condițiile. Nu dă haina la curățat meseriașului celui mai priceput, ci aceluia care-l poate despăgubi mai bine. Dacă vine cineva să-i ceară cu împrumut cîteva pahare de argint, de obicei refuză ; dacă este vorba de o rudă sau de un prieten apropiat le împrumută, după ce a încercat mai întîi metalul în foc, după ce le-a pus la cîntar ; parc-ar fi vrut și o garanție pentru ele (*Împrumutarea veselei prețioase era frecvent practică cu prilejul meselor fastuoase*). Poruncește sclavului care duce paharele să nu meargă în urma lui, ci să treacă înainte, ca să fie cu ochii pe el, de teamă să nu fugă pe drum (*sclavul rău tratat era în continuu tentat să-și părăsească stăpînul. Se știe că în timpul războiului peloponezic, peste 20.000 slavi, din care mai mulți lucrau în minele de la Laurion, unde erau tratați rău, au dezertat în tabăra macedoneană. Pentru sclav, fuga era un risc, care-l expunea la pedepse crunte. Războaiele erau bune prilejuri de fugă, adică de fapt de schimbare a stăpînului*). Celor ce au cumpărat un obiect de la el și-i cer să precizeze locul unde să depună banii, nedispunînd în momentul acela de timp, le răspunde : „Nu fii

Îngrijorat de aceasta, căci te voi urma pînă vei găsi răgazul necesar”.

Se pot remarca următoarele trăsături psihopatologice : obsesivitate, fobii, anxietate bazală, rigiditate psihică.

● **ÎNFUMURATUL** : „Înfumurarea este goana după onori cîştigate pe urma unor lucruri meschine. Înfumuratul este omul care invitat la un ospaț caută cu orice preț să se așeze în apropierea gazdei. Își duce singur feciorul la Delfi (oraș în Focida, la poalele muntelui Parnas, sediul celui mai cunoscut oracol al lui APOLLO) ca să-și tundă (era un obicei la vechii greci ca în pragul adolescenței să-și tundă pletele, închinîndu-le unei divinități, de cele mai multe ori zeului APOLLO de la Delfi ; ulterior, pe vremea lui TEOFRAS, obiceiul a fost abandonat din pricina dificultăților unei călătorii pînă la Delfi. Înfumuratul prezentat de TEOFRAS persevera în vechiul obicei) pletele și veghează ca însoțitorul lui să fie neapărat de prin părțile Etiopiei (atenienii bogați își alegeau sclavii dintre negrii africani). Cînd are o datorie de o mină (gr. mina — reprezenta deopotrivă o măsură de greutate — 606 grame — și o monedă — 100 drahme), are grijă să înapoieze numai bani de argint nou-nouți. Are acasă o gaită domesticită, pentru care nu pregetă să cumpere o scăriță și să-i facă un scutuleț de bronz, ca atunci cînd țopăie să pară gata de luptă (stînd în colivie, gaita este silită să țopăie și să croncăne, atrăgînd atenția trecătorilor și prilejuind discuții cu privire la proprietarul acesteia). Cînd sacrifică un bou, îi leagă de coarne cununi mari și atîrnă căpățîna animalului de stîlpul porții, pentru ca cei veniți să-și dea seama că a jertfit un bou (animalele ce urmau să fie sacrificate aveau coarnele împodobite cu cununi de măsline și cu panglici ce erau purtate pe umeri pînă în preajma altarului). Cînd ia parte la un cortegiu de călăreți (corpul de cavalerie amintit era format din 1.200 de oameni recrutați dintre cetățenii bogați și lua parte la ceremoniile organizate de cetate) încredințează costumul de călărie sclavului spre a-i duce acasă, iar el, îmbrăcat în haine obișnuite și cu pîntenii la picioare, se plîmbă prin piața publică. Și dacă i s-a prăpădit un cățeluș de Malta, îi ridică un monument și o coloană funerară, pe care gravează cuvintele „Rasă de Malta” (cîinele de Malta — gr. Melitaion Kynidion — mic, cu fruntea lată și botul ascuțit, cu urechi ridicate drept, părul lung și des, coada stufoasă și ridicată, exact spitzul de azi, era deosebit de căutat și de răsfățat, ca orice cîine de salon). Iar dacă aduce ca dar de închinare în templul lui Asclepios (templul lui Asclepios amintit aici, este situat la nord de Acropolă, unde Înfumuratul închină un deget de aramă drept recunoștință pentru vindecarea propriului său deget) un deget de aramă, se duce zi de zi să-l împodobască cu cununi și să-l ungă cu uleiuri parfumate. Cînd e de rînd în pritaneu (pritaneul era sediul

Sfatului — bure —, care conducea treburile statului, întocmind decretule, ce urmau a fi sancționate în Adunarea Poporului. Pritanii care compuneau Sfatul erau aleși pe un an, cite 50 de fiecare din cele 10 triburi antice, deci în total 500. Serviciul nu-l făceau toți odată, ci reprezentanții unui singur trib, adică 50. Împărțind anul în zece părți, fiecare trib îi venea rîndul la 36 de zile. În acest timp, pritanii luau masa în pritaneu.), se face luntre și punte ca să aducă poporulul vestea sacrificiilor. Atunci, îmbrăcat în mantie strălucitoare și cu cununa pe cap, pășește în fața mulțimii și vorbește astfel : „Voi, cetățeni ai Atenei, aflați că Galaxia (sărbători în cinstea Mamei Zeilor, cu prilejul cărora se pregătea o prăjitură din orz și lapte numită galaxia), pe care noi pritanii le-am închinat Mamei Zeilor (Mama Zeilor era Rhea sau Cybele, în al cărei templu erau păstrate actele publice), sînt priincioase. Facă zeii să aveți parte de bine.” După ce a săvîrșit acestea, Înfumuratul se întoarce acasă și povestește nevestei despre succesul lui de pomină. Se tunde des, are grijă ca dinții să-i fie albi, își schimbă hainele, deși le-ar mai putea purta ; se parfumează. În piața publică se învîrtește mai ales în fața tarabelor zarafilor (zarafii își exercitau meseria în agora, în fața tarabelor) și frecventează în special gimnaziile (gimnaziile erau instituții de cultură fizică) în care se antrenează efebii, iar la reprezentațiile de la teatru își caută loc în apropierea strategilor (locurile cele mai bune în teatre erau rezervate arhoșilor, slujitorilor lui Dionysos, strategilor și altor persoane oficiale, cît și unui număr de cetățeni străini). Din piață nu îr-guiește nimic pentru sine. Face doar comisioane pentru străini : expediază măsline la Bizanț (oraș pe țarmul european al Bosforului, azi Constantinopol sau Istanbul), cîini de Laconia (cîinii din Laconia, din rasa oșarilor de zi, erau apreciați la vînătoare pentru agerimea lor) la Cizio (Cizik sau Cyzicos, oraș pe coasta asiatică a Propontidei) și miere de Himet (mierea de Hymetos se bucura de faimă) la Rodos (cea mai mare insulă din Marea Egee, celebră prin statuia uriașă de bronz reprezentînd pe zeul Apollo). Și tot ce pune la cale povestește concetățenilor lui. Desigur că e în stare să-și aducă în casă o maimuță și un tityros (tityros, după cei mai mulți comentatori, era un soi de maimuță, după alții o pasăre necunoscută), porumbei din Sicilia (porumbeii sicilieni erau vestiți prin eleganța formelor lor, așa cum rezultă din diferite fragmente ale poeziilor comici păstrate la scriitorul ATHENAIOS), zaruri din oscloare de gazelă, sticlețe de parfum din cele bombate de la Thuri (colonie a Atenei în sudul Italiei în golful Tarent), bastoane încovoiate din Laconia (bastoanele din Laconia, încovoiate și grosolan confecționate, erau la modă la Atena) și covoare țesute cu chipuri de persani. Are acasă și o mică palestră cu nisip și un loc amenajat pentru jocul cu mingea, loc pe care-l pune la dis-

poziția sofștilor (sofștii — secolul al V-lea f.e.n. — erau propagatori ai unor teorii sociale pentru emanciparea individului din legăturile lui gentilice și cei dinții învățați care pun problema cunoașterii. Cu excepția câtorva, aveau o concepție materialistă despre lume. Ei au inaugurat dialectica și au rămas celebri prin latura negativă a activității lor: abuzul de premise false și de silogisme greșite), luptătorilor și cîntăreților pentru spectacolele lor.

În timpul reprezentațiilor își face și el apariția, ca să dea prilej spectatorilor să spună: „Iată stăpînul palestreii”.

Se remarcă următoarele trăsături psihopatologice: megalomanie, teatralism, confabulații, filantropism isteric.

Notă: Prezentarea textelor „Caracterele” s-a făcut după traducerea și notele datorate Mariei MARINESCU HIMU, Editura pentru literatură, 1968. Notele apar în text în paranteză, cu litere cursive.

Inspirată de lucrările lui Otto GROSS (1902), privitoare la funcția primară și cea secundară a dinamicii psihice, școala de la Groningue — G. HEYMANS și E. WIERSMA (1907) — s-a bucurat de audiență, avînd numeroși continuatori în psihologia și psihiatria occidentală, în special în cea franceză, reprezentată de R. LE SENNE (1920), G. BERGER (1950), A. LE GALL.

Cele trei axe fundamentale propuse de acest sistem sînt: activitatea, afectivitatea și repercutivitatea.

Activitatea (A) este definită ca „mai mult o dispoziție spre acțiune decît un comportament activ” (G. BERGER), deci noțiunea se referă la ușurința cu care subiectul se inseră în activitate. „Activ este acela care nu are opreliști interioare; uneori, totuși, el renunță să acționeze, dar o face atunci cînd este oprit de un obstacol exterior (...). El nu acționează sacadat, ci cu suplețe, cu regularitate, cu plăcere și fără oboseală. Nu simte nevoia de a-și valoriza efectul” (L. MILLET).

Activitatea „reprezintă cantitatea de mișcare fabricată” de un individ (de la strigăt pînă la imaginarea unui sistem cibernetice — E. PAMFIL, S. OGODESCU) și, în același timp, tendința permanentă de a descoperi, a căuta sau a crea ocazii de a acționa.

Conform clasificării bipolare, există o perseverare activă (A) și inactivă (nA).

Emotivitatea se referă la capacitatea individului de a investi afectiv în situațiile exterioare, de a reacționa mai mult sau mai puțin intens la un eveniment dat. În aprecierea gradului de emotivitate pot fi luate în discuție (după R. MUCCHIELLI) ușurința cu care se declanșează reacțiile și șocurile emoționale, rapiditatea ivirii unor bufee emoționale, ca răspuns la unele percepții, frecvența și importanța așa-numitelor stări de „tensiune nervoasă”, modificarea acțiunii de către emotivi-

tate. PAMFIL și OGODESCU consideră că emotivitatea este modul de angajare afectivă care dublează toate variațiile, insolite sau bruste, de situație sau de acțiune. Ea nu are limite tranșante și nici momente de anulare.

Emotivul (E) este acea persoană care se tulbură cînd cea mai mare parte a celorlalți nu se tulbură deloc sau este mult mai violent emoționată decît media celorlalți în circumstanțele date (G. BERGER).

Prin contrast, la polul opus, nonemotivul (nE) va fi mult mai rar și mai superficial emoționat de evenimente.

Repercutivitatea este capacitatea psihismului de „a se curăța” mai mult sau mai puțin rapid de consecințele trăirilor prezente și, consecutiv, de a se redeschide spre o secvență ulterioară. În concepția autorilor, ea se realizează prin factorii bipolari primar-secundar.

Pentru indivizii primari (P), prezentul este trăit în și la nivelul intensității sale, pentru secundarii (S), prezentul este „amînat” în trecut pentru a fi folosit la construcția viitorului. Primarii reacționează exploziv, energic, imediat și pe un interval scurt de timp, în timp ce secundarii pun întotdeauna trecutul în rezonanță, descărcîndu-se lent, nonemotiv.

Primarii trăiesc mai frecvent sub semnul acomodării, secundarii sub cel al asimilării (L. PÉPIN).

În funcție de cele trei coordonate descrise și de bipolaritățile arătate, au fost delimitate următoarele opt tipuri posibile de personalități:

nA	nE	P	—	amorf
nA	nE	S	—	apatice
nA	E	P	—	nervos
nA	E	S	—	sentimental
A	nE	P	—	sanguin
A	nE	S	—	flegmatic
A	E	P	—	coleric
A	E	S	—	pasionat

Autorii amintiți mai adaugă la acești factori fundamentali o serie de factori complementari, cum ar fi lărgimea/îngustimea cîmpului de conștiință, polaritatea Venus/Marte (feminin/masculin n.n.), precum și o serie de așa-numiți factori de tendință: aviditatea, interesele senzoriale, tandrețea, pasiunea intelectuală, care complică modelul pînă la un număr infinit de tipuri.

● **Amorul** (nonemotiv, inactiv, primar):

- „ansamblul comportamentului său este marcat de pasivitate; este remarcabilă adaptarea sa pasivă față de situații deosebit de dificile” (R. MUCCHIELLI);
- este centrat pe propriul corp, pe interesele sale organice, ceea ce creează noi dificultăți de adaptare, alături de cele generate de lentoarea caracteristică;

- fără emotivitate, este ponderat, calm, fără demonstrativitate, se încadrează cu ușurință în colective, în care însă joacă rolul unei „curele de transmisie”, fiind incapabil de orice inițiativă;
- are o gândire în care experiența empirică este suverană, pare satisfăcut de mediocritatea sa, nu are ambiții și se lasă purtat de viață, avînd drept valoare majoră plăcerea corporală.

Exemple istorice: nu este paradoxal că mediocritatea absolută nu poate fi decît în mod inutil exemplificată; din punct de vedere al patologiei psihiatrice, hipocondria este domeniul în care acest tip excelează.



- **Apaticul** (nonemotiv, inactiv, secundar):
 - „forța apaticului constă în inerția lui” (MESNARD), este ca un tăvălug căruia nu i se poate modifica traiectoria;
 - maniera lui de adaptare: indiferența și „politica struțului” (G. BERGER);
 - apaticul este gol în interior, fără nici o luptă internă; conștiința de sine nu are nici un fel de tensiuni;
 - dispoziția sa este neutră, egală cu ea însăși, apaticul poate face cel mult „implozie” (prăbușindu-se în propriul vid interior);
 - este crud, încăpăținat, lipsit de capacitate de conciliere și de relaționare socială;

- nu este interesat de nimic, nici măcar de propria-i activitate;
- avariția și aviditatea devin, uneori, refugiul însingurării sale;
- este conservator, pozează în înțelept, știe să facă totul pentru a trece neobservat și a fi lăsat „să stea liniștit”;
- „oamenii de acest tip știu să se facă mici, să evite indignarea, uzurile și emoțiile violente, să aștepte sfîrșitul furtunii și să reziste acolo unde alții se pierd printr-un exces de încordare și prin efortul de a schimba starea lucrurilor, care, ar fi mai înțelept să fie acceptate, cel puțin momentan” (R. VERDIER).

Exemple istorice: Ludovic al XVI-lea, Xavier de Maistre.

Patologia psihiatrică se ilustrează cu astfel de personalități mai ales în domeniul perversiunilor sexuale.

- **Nervosul** (emotiv, inactiv, primar):
 - trăiește sub semnul clipei, este lipsit de obiectivitate, se integrează cu dificultate, este instabil, simte nevoia aventurii;
 - inconsecvent, nu face cu plăcere nici o profesiune în care ordinea să aibă valoare; are conștiința discontinuității și suferă pentru aceasta;
 - se refugiază în imaginar și, destul de frecvent, își biciaie imaginația cu diverse droguri;
 - are în permanență nevoie de impresii și emoții noi, are „o sensibilitate exclamativă” (R. LE SENNE);
 - cei foarte dotați intelectual se realizează adesea pe plan artistic, dar duc o viață boemă.

Exemple istorice: Byron, E. Allan Poe, A. de Musset, Lenau, Hoffmann.

Patologia psihiatrică a acestui tip se conturează în jurul nevrozelor afective (anxioasă, depresivă), isteriei și mitomaniei.

- **Sentimentalul** (emotiv, inactiv, secundar):
 - are o emotivitate excesivă, care-l face deosebit de vulnerabil;
 - „mai mult decît ceilalți, are sentimentul unei vieți interioare, al misterelor și profunzimilor sale și, de asemenea, al bogăției ei intime, ca și al originalității personale” (R. MUCCHIELLI);
 - timid și scrupulos, își alimentează sentimentele din viața interioară și din rumițiile trecutului; este incapabil de a interrelaționa cu ceilalți și este predispus spre mizantropie;
 - are o dispoziție variabilă, este introvertit, meditativ, se autoanalizează excesiv, analiza constituind o acțiune ce-l oferă alibiul

existențial care să justifice inacțiunea, anulată prin „puritatea idealului sau rigoarea exigenței” (G. BERGER);

- se poate acuza pentru defectele sale, pe care le cunoaște bine; are o anxietate crescută; se resemnează, deoarece este incapabil de a trece la acțiune, de a se corija prin fapte;
- este incapabil de a acționa la momentul oportun, pierde toate ocaziile, nu suportă ironia și umorul.

Exemple istorice: Rousseau, Robespierre, Amiel, Kierkegaard, Thackeray.

Patologia psihiatrică circumscrisă acestui tip, este mai ales neurastenia, depresiile nevrotice, depresiile majore, psihastenia și schizofrenia.

● **Sanguinul** (nonemotiv, activ, primar):

- individul cel mai bine înzestrat pentru cerințele vieții moderne; rapiditate și suplețe adaptativă (L. PÉPIN);
- anemotiv, fără anxietăți, capabil oricând „să intre în situație”, să o stăpânească; nu se lasă niciodată depășit de evenimente (dar este și incapabil de suferință);
- simțul practic caracterizează în cel mai înalt grad sanguinul, care în probleme concrete este de un realism excepțional;
- „punе punctul pe i” în toate situațiile, are claritate de spirit, rezolvă cu diplomatie orice situație socială;
- este vesel, sinton, se bucură de viață, nu se lasă descurajat;
- anturajul „de cursă lungă” al sanguinului remarcă superficialitatea, egoismul și, adesea, vanitatea sa;
- poate deveni, uneori, victima unei căutări exagerate a succesului social sau material.

Exemple istorice: Montesquieu, Bacon, Voltaire, Talleyrand, Giradoux, Lessing.

Patologia psihiatrică mai frecventă la acest tip este legată de unele dezvoltări de tip paranoic și de abuzurile toxice.

● **Flegmaticul** (nonemotiv, activ, secundar):

- are un simț înnăscut al legii și ordinii, este puternic dar, în același timp, slab caracterial; activitatea sa nu este dublată de afectivitate (este un tip „glacial”);
- ocupat în permanentă, perseverent, este omul principiilor, de o obiectivitate absolută, căutând un permanent acord între vorbe și fapte;
- se interesează mult mai frecvent de lucruri, evenimente sociale și instituții, decât de persoane; este incapabil de empatie;

- preferă „o nedreptate unei dezordini”; este îngrozit de imprevizibil și nu știe să se adapteze nici unei situații noi;
- alege soluții „mecanice”, care corespund unei reguli și nu unei realități;
- se află într-o tensiune permanentă, care nu se descarcă prin „crize”, dar nici nu conduce la drame;
- sînt spirite puternice ce excelează în domenii în care sinteza și coerența au un rol primordial (științe exacte, filozofie), dar ideile preconceptuate blochează adesea capacitatea de creație;
- este omul convențiilor stabile, prieten sigur și fidel, deși prietenia lui începe uneori să facă parte din „sistemul de obișnuințe” (P. MESNARD);
- conștiința profesională are o importanță majoră în organizarea vieții flegmaticului, care acționează ferm și metodic;
- se adaptează cu dificultate din cauza mobilității anturajului, pe de o parte, iar pe de alta, din cauza lipsei de imaginație, privind lumea cu luciditate, dar în mod abstract.

Exemple istorice: Kant, Bergson, Gauss, Taine, Buffon, Darwin, Franklin, Th. Morus.

Din punct de vedere psihopatologic, flegmaticii reprezintă grupa de elecție a raționalismului morbid.

● **Colicul** (emotiv, activ, primar):

- acționează cu rapiditate și energie, dar acțiunile sale nu sînt întotdeauna foarte structurate și direcționate;
- are o vitalitate inegalabilă, este tipul omului de acțiune, pentru care viața pare ușoară; „bucuria de a realiza” îl face să treacă ușor peste orice obstacol;
- folosește toate posibilitățile care i se oferă, dar este un supraadaptat, un specialist al „improvizatiei”;
- voluntar și exuberant, se angajează în numeroase acțiuni, trece spontan în fruntea grupurilor, este sociabil și deschis, încrezător în propria capacitate;
- nu poate urmări acțiuni și scopuri pe termen prea lung, deoarece este sedus de noi și noi perspective;
- trebuie să se apere uneori de efervescența gândirii sale și de dorința de a transpune totul imediat în acte, dar nu este omul deciziilor definitive.

Exemple istorice: Danton, Gambetta, Georges Sand, W. Scott, Beaumarchais, Huxley și Casanova.

Patologia psihiatrică se orientează în cazul colicilor preponderent către episoadele maniacale.

● **Pasionatul** (emotiv, activ, secundar) :

- din punctul de vedere al forței caracterologice, se află deasupra tuturor celorlalte caractere (R. LE SENNE) ;
- sacrifică tot ceea ce nu consideră valoare esențială, consacându-și viața unor scopuri deosebite, oricât de dificil i-ar fi acest lucru ;
- are o capacitate deosebită de previziune și stăpânire de sine, știe să organizeze acțiuni și planuri de mare anvergură ;
- uneori, orgoliul îi poate conduce spre deviații nedorite care frizează patologicul ;
- R. MUCCHIELLI descrie o largă gamă de personalități : pasionatul binevoitor, fanatic, agitat, neliniștit și „ardentul”.



Exemple istorice : Flaubert, Napoleon, Michelangelo, Zola, Newton, Nietzsche, Pasteur, Pascal, Ludovic al XIV-lea, Goethe, Hegel.

În sfera psihiatrică poate exista o alunecare către paranoia.

Lucrarea lui Kurt SCHNEIDER, „Die psychopathischen Persönlichkeiten” (1923), reprezintă un demers fundamental în separarea personalităților normale de cele anormale, psihopatice. Autorul formulează celebra definiție : „persoanele psihopatice” sînt „persoane anormale care, prin anormalitatea caracterului lor, suferă ele însele sau fac să sufere societatea”. Deși definiția este destul de vagă, s-a impus prin evidențierea tulburării relaționale pe care o implică dizarmonia personalității („psihopatul

ajunge în toate împrejurările la conflicte interne sau externe”).

K. SCHNEIDER subliniază defectualitatea sferei instinctiv-afective și voliționale a psihopatului și arată că debilitatea mintală nu poate fi considerată în raport cu tulburările psihopatice. El stabilește principiul interrelaționării factorilor ereditari cu influențele mediului, dinamica acestui echilibru și criteriile definitorii ale dezvoltării personalității psihopatice, pe care o delimitează net de conceptul de boală („psihopatia nu este o boală, este numai o anormalitate a personalității”).

K. SCHNEIDER evidențiază, de asemenea, limitele tipologiilor propuse de specialiști, subliniind imposibilitatea existenței unor tipuri pure, precum și faptul că viața modelează și metamorfozează psihopatiile.

Lucrarea sa, care s-a bucurat de o unanimă apreciere și numeroase reeditări, are o deosebită finețe psihopatologică și o remarcabilă acuratețe, descriptivă.

Tipurile personalității (dizarmonice/psihopatice) în opinia autorului, au fost clasificate astfel :

- abulic
- explozivul
- instabilul
- megalomanul
- fanaticul
- anancastul
- hipertimicul
 - hipertimicul echilibrat
 - hipertimicul frământat
 - hipertimicul cverulent
 - hipertimicul pseudolog
- depresivul
 - depresivul posac
 - depresivul morocănos
 - depresivul paranoid
- astenicul
 - astenicul corporal
 - astenicul psihic
- apatic

● **PSIHOPATUL ABULIC** : caracteristica de bază a acestor psihopați este lipsa de voință și de rezistență la orice fel de influență. Sînt indivizi care se lasă ușor influențați de alți oameni și de situații, sînt docili, ascultători, ușor de mulțumit. Aparent, metodele terapeutice și pedagogice de corecție ar fi ideale în cazul acestor indivizi, dar, din păcate, corecția sub influența acestora este de scurtă durată.

— Acești subiecți se schimbă în funcție de mediu, niciodată în funcție de propria lor interioritate (BLEULER), fiind un fel de „trestii în bătaia vîntului”.

— Actele lor sînt determinate de influențele instantanee ; ei sînt total sub influența situației în care se angajează.

- Ei sînt influențați mai ales de factori negativi : „după cum buretele absoarbe apa, abulicul absoarbe orice exemplu rău dintr-un mediu dat”.
- Acest tip de psihopatie se întîlnește în mod egal la ambele sexe și se manifestă din tinerețe.



- Corelația cu celelalte psihopatii este marcată, în primul rînd, de marea număr de hipertimi care sînt și abulici ; BLEULER găsește și abulici apatici ; de multe ori, apar combinații depresiv-abulic sau astenic-abulic.
- Mulți abulici sînt debili mental și, în acest caz, incapacitatea lor de previziune și observație este cea care-i conduce spre conduite neelaborate și spre aderarea lor la influențe străine ; au fost descriși însă și abulici dotați intelectual.
- Alcoolismul și toxicomaniile sînt complicații frecvente ale acestui tip de psihopatie.
- Implicațiile medico-legale ale acestor indivizi constau în furturi, delapidări, plagieri, dar rar fraude importante, pentru că abulicul este lipsit de premeditare, precum și de energia necesară susținerii îndelungate a unei acțiuni.
- Din categoria acestui tip de psihopati pot face parte prostituate, femeile ușor de sedus.
- Maturitatea poate aduce o oarecare cristalizare caracterială sau o desprindere de tendințele infracționale.
- În cadrul diagnosticului diferențial cu schizofrenia, trebuie remarcat că unii subiecți etichetați drept hebefreni sînt de multe ori abulici.
- Tratamentul este foarte dificil ; în acest context, anturajul are mare importanță : un mediu de prieteni buni poate face pentru abulic mai mult decît un mediu familial prost structurat.
- Abulicul trebuie abordat cu calm și seriozitate, cu multă înțelegere, dar și cu recunoașterea faptului că eșecurile pot fi frecvente ; numai abulicul debil mental este lipsit de orice perspectivă optimistă în ceea ce privește succesul terapeutic.
- **PSIHOPATUL EXPLOZIV** : explozivitatea, ca formă de reacție nespecifică, primitivă, este o însușire care apare la mulți psihopați.
 - Nu pot fi considerați ca echivalenți termenii „exploziv” și „iritabil”, deoarece psihopatul iritabil „se descarcă” în „interior”, pe cînd explozivul se descarcă în afară ; depresivii și senzitivii pot fi iritabili fără să fie explozivi.
 - Explozivul se înfurie pentru motive minore, lovește fără premeditare, are „reacții de scurtcircuit” (KRETSCHMER), impulsivni suidare.
 - Trăsăturile explozive pot apărea și la copil, dar ele nu reprezintă un indiciu că respectivul va fi un psihopat exploziv, deoarece imposibilitatea de a-și domina sentimentele, precum și incapacitatea de autocontrol sînt o caracteristică infantilă.
 - Studiile ereditare referitoare la psihopatia explozivă nu au condus la rezultate concludente.
 - Raporturile cu celelalte psihopatii sînt multiple, putînd fi menționate cele cu hipertimul, depresivul, instabilul.
 - Se poate stabili o corelație între explozivitate și crizele convulsive psihogene.
 - Alcoolismul poate fi o complicație frecventă a acestei psihopatii, ingestia de alcool apărînd ca o necesitate de diminuare a tensiunii intrapsihice, declanșată de stările conflictuale ; comportamentul agresiv, violența apar la acești subiecți la cantități mici de alcool.
 - Traumatismele craniocerebrale sînt un factor agravant, în sensul creșterii intensității și a frecvenței descărcărilor explozive ; o reactivitate crescută a acestor indivizi față de incitățile exterioare apare și în cursul convalescenței, al maladiilor consumptive, în stări tensionate, surmenaj.
 - SCHNEIDER observă o frecvență a mare asocierii dintre explozivitate și debilitate mentală (mai mare decît cea remarcată de alți autori) ;

- Explozivul întreține o atmosferă familială tensionată, greu de suportat, oferă un model educațional prost pentru copii; implicațiile medico-legale ale acestor indivizi sînt frecvente și grave, chiar omucidare.
- Potențialul infracțional al explozivului (crime, acte de violență, scandaluri cu mari pagube materiale) este accentuat întotdeauna de alcool; în stare de ebrietate, explozivul devine extrem de dificil, nu mai ascultă de nimeni și de nimic.
- Terapia, în măsura în care este posibilă, ar trebui canalizată spre învățarea unor conduite de evitare a descărcărilor; succesele terapeutice sînt condiționate de nivelul intelectual.

● **PSIHOPATUL INSTABIL**: tip psihopatic a cărui afectivitate bazală nu este în mod durabil depresivă, caracterizîndu-se prin instabilitatea dispoziției și apariția de tente depresive într-o manieră imprevizibilă și incalculabilă.

- Uneori, un excitant minor poate declanșa reacții de intensitate maximă, după cum, un fapt grav, care ar dezechilibra un individ normal, poate fi suportat de instabil aproape fără nici o reacție; este posibilă o tendință de periodicitate endogenă, predispozantă pentru depresii accentuate, melancoliforme sau iritabile.
- Instabilul autentic ajunge, de obicei, în clinica psihiatrică în urma unei beții, a unei fugi sau a unei risipe enorme de bani și bunuri materiale, sau după un act de incendiere sau un furt de aspect cleptomaniac.
- Comportamentele impulsive (considerate de fapt descărcări impulsive) au loc pe fondul instabilității datorate unei dereglări a emotivității.
- Excesele periodice de băutură, dromomania, vagabondajul, piromania și cleptomania pot fi explicate prin instabilitate emotivă, fără ca aceasta să poată fi însă incriminată în toate cazurile.
- Uneori, instabilii sînt indivizi care, deși în tinerețe căutau în mod instinctiv noul, schimbarea, cu timpul apar ca suferinzi de o boală subit instalată, indiferenți sau nesiguri și neliniștiți.
- Alți psihopați care au unele trăsături comune cu instabilul sînt: hipertimul, depresivul, mitomanul, abulicul, dar numai în anumite situații.
- În ceea ce privește repartitia pe sexe, se pare că sexul masculin este mai frecvent incriminat în acest tip de psihopați; vîrsta de evidențiere a acestei psihopatii este de obicei peste 25 de ani.
- Cea mai frecventă complicație a psihopatiei instabile este alcoolismul; relația cu epi-

lepsia, susținută de unii autori ai epocii respective, în opinia lui SCHNEIDER este doar o afirmație teoretică.

- Delictualitatea acestei grupe de psihopați este destul de ridicată; subiecții suportă foarte greu serviciul militar (dezertează) și, de altfel, orice alt tip de constrîngere.
- Abordarea psihoterapeutică, cu calm, indulgență și afecțiune poate avea de multe ori efect benefic asupra instabilului aflat într-o perioadă critică.

● **MEGALOMANUL**: reprezintă o categorie de psihopați care simt nevoia să se pună în valoare, plasîndu-și Eul în centrul tuturor preocupărilor, într-o manieră indecentă; au permanent vanitatea și orgoliul de a se face remarcați (K. SCHNEIDER respinge sistematic termenul de isteric — n.n.).

- Rezonanța afectivă ridicată, lipsa de perseverență, atracția pentru tot ceea ce este nou, curiozitatea, bavardajul, imaginația, fanfaronada, excitabilitatea excesivă, oscilațiile timice, hipersensibilitatea, originalitatea excentrică, egoismul, ostentația, autoaprecierea exagerată, angajarea la sacrificii lipsite de orice sens, influențabilitatea, bogăția reprezentărilor hipocondriace și lipsa totală a dorinței de vindecare sau reechilibrare (în cazul că sînt bolnavi), romanțiozitatea, impulsivitatea pînă la suicid, complete cu descărcări afective spectaculoase, alcătuiesc tabloul general al acestei psihopatii.
- Sugestibilitatea acestor subiecți este exagerată; amorul propriu excesiv, anxietatea față de boală și oscilația permanentă între slăbiciunea constituțională și dorința de a face excese și tururi de forță le sînt specifice (REIMANN).
- Sînt o ciudată mixtură între răceală și incendiu afectiv, între amabilitate și ură, între maleabilitate și încăpăținare, cu o vădită lipsă de autenticitate, întregită de egoism și răutate (ASCHAFFENBURG).
- JASPERS a formulat pentru caracterizarea lor următoarea sintagmă definitorie: „a părea mai mult decît ești”.
- Pentru a reuși să producă efectul scontat, acești indivizi joacă roluri care-i pun într-o ipostază falsă, chiar cu riscul propriei reputații și sănătăți; ei pornesc de la minciuni care, repetate, devin certitudini proprii, dezvoltă atitudini teatrale, pînă la pierderea oricărei capacități de a mai avea sentimente autentice, transformă experiențele reale în simple scenete, în imitații fără conținut.
- Dorința de a părea mai sociabil decît este în mod real se realizează în diverse maniere, fără ca motivele care duc la acest mod de

manifestare să fie clare, atât pentru un observator exterior, cât și pentru persoana în cauză.

- Una dintre modalitățile de manifestare este excentricitatea care poate părea, la o analiză superficială, complet nemotivată, dar care de fapt are la bază dorința de a ieși din comun, de a deveni punct de atracție.



- Orgoliul excesiv, lăudăroșenia și fanfaronada constituie un alt mod de exprimare a megalomaniei; conținutul discursului este fad, prozaic.
- O altă formă de expresie este mitomania, în care dorința de a trece în prim plan este servită de resorturile puterii de imaginație; simptomul cardinal al mitomaniei este hiperimaginația (ZIEHEN); mitomanul caută aglomerările de oameni ca să-și debitezze fanteziile.
- Mitomania poate fi apanajul unor „vizionari” care visează bani, acte eroice și decorații, care trăiesc într-o lume a lor, paralelă cu cea reală, în care se cufundă mai ales înainte de a adormi; reveria poate fi supravvalorizată; personajele luate din lecturi, ca și din viață, capătă rol de Superego, de model de imitat.
- KRONFELD a studiat relația vizionar-mitoman, ajungând la concluzia că: vizionarul falsifică valoarea lumii pentru sine, mitomanul falsifică propria sa valoare pentru

lume; vizionarul se păcălește pe sine însuși, mitomanul încearcă să-i păcălească pe ceilalți, iar dacă uneori se trage pe sfoară singur, acesta este doar un eșec secundar.

- Laitmotivul tuturor cazurilor de mitomanie este vanitatea, dorința de a se evidenția, de a entuziasma prin fabulații.
- Nu se poate trage o linie de demarcație categorică între anumiți escroci sau șarlatani și mitomani (referirea nu se face la escrocheria care apare doar din simpla necesitate de câștig).
- La mitomani, invenția nu este un scop în sine, ceea ce se caută nu este un câștig material; ea este utilizată pentru satisfacerea dorinței de evidențiere (în realitate, și mitomanii pot avea câștiguri materiale, iar mitomanul este ultima persoană care ar refuza mici „găinării” din care ar avea un profit material).
- În practica curentă, este destul de dificil să stabilim o demarcație între escroc și mitoman; de exemplu, așa-numiții „escroci de spitale” cerșesc mila, nevizând un avantaj material, ci dintr-o tendință conștientă de a se face interesați, precum și din dorința de a fi ajutați, rezultând astfel o mixtură din care nu se mai poate discerne patologia reală.
- Escrocul mitoman găsește mereu novici care să-l creadă; modul în care-și asigură succesul este garantat de amabilitatea sa, de felul de a ști să se facă plăcut și să lingusească oamenii, de manierele sale alese.
- Megalomanii excentrici și nepăsători, cum ar fi așa-numiții martiri liniștiți, au de asemenea o altă proprie, teatrală, care se modifică în funcție de statutul lor social.
- Megalomania se poate observa din prima copilărie, deosebindu-se de lăudăroșenia tipic infantilă; GROSMAN a descris o mitomanie compensatorie la copii cu leziuni corporale sau cu afectivitate bolnăvicioasă.
- În decursul vieții, mitomania poate diminua, dar KRAEPELIN consideră că acest lucru se poate întâmpla numai până la 35 de ani.
- În ceea ce privește relația cu celelalte psihopatii, se pot observa corelații cu fanaticul, astenicul, nesigurul și hipertimicul; la hipertimi însă, dorința megalomanică rămâne pe planul doi, umbrită de necesitatea acțiunii.
- Individul care folosește boala cu scopul de a atrage atenția asupra sa, folosește nu boala însăși, ci doar modalitatea psihogenă necesară în producerea ei.
- Inteligența megalomanilor este variabilă, productivitatea mitomanică fiind în raport direct cu gradul de inteligență.

- Diagnosticul diferențial, uneori dificil, se face cu unele delirurile de aspect parafreniform, cu ideile megalomanice din manie ; deosebirea dintre delirul megalomanic și mitomanie este că aceasta din urmă încetează brusc în momentul în care transferul a reușit .
 - Din punct de vedere infracțional, mitomanii se pretează frecvent la escrocherii în legătură cu căsătorii, ciștigurile litigioase și așa-numitele „escrocherii de caritate” ; mitomanele tinere sînt deosebit de periculoase prin incriminările false de răpire și viol, în care interpretarea prodigioasă a rolului tinerei cinstite, seduse și abandonate, poate crea situații sociale dificile.
 - KOCH vorbește despre egoismul drapat în altruism al megalomanului care, în dorința de a-și uimi semenii, poate face opere de caritate extravagante sau sacrificii excepționale.
 - Datorită inautenticității caracteristice, care face dificil orice contact afectiv (chiar atitudinea față de psihiatru este neautentică, schimbătoare, idolatrizarea fiind înlocuită cu indiferența sau chiar cu injurii), mitomania este inabordabilă terapeutic.
 - Mitomanul grav trebuie internat și pus sub interdicție ; uneori, în activitățile de ergoterapie, nu scapă ocazia să se evidențieze prin falsuri, să se angajeze în scandaluri inoportune și intrigi mărunte.
- **FANATICUL** : se caracterizează prin idei prevalente care diferă de cele ale depresivului și nesigurului prin faptul că ele nu au nevoie neapărată de un suport de negație a unor fapte, conducînd la lupte externe sau, ca în cazul astenicului, la declarații.
- Supraevaluarea care privește persoana proprie, așa cum se întîmplă la cverulent, se repliază și se proiectează asupra semenilor, a ființelor din imediata apropiere ; cînd supraevaluarea este mai puțin personală, cum este cazul sectanților, ea se proiectează dilatăată în necunoscut.
 - Fanaticul este o persoană activă și stenică care atrage de multe ori în jurul său prozeliti, așa-numiți „fanatici liniștiți”, străini de realitate, incolori și insipizi.
 - Nu poate fi acceptată identificarea termenului de paranoid cu cel de fanatic, pentru că primul indică o predispoziție pentru introspecție și repliere spre sine, și nu o supraevaluare și o prevalență pusă în slujba apărării unor complexe.
 - De asemenea, nu poate fi acceptată folosirea termenului de psihopat expansiv, care, pe de o parte, a fost demonizat prin utilizarea lui în opoziție cu dispoziția depresivă,
- iar pe de altă parte, acest termen vrea să acopere și noțiunea de stenic, activ, puternic, convingător.
- „Kampffanatik” sînt fanaticii expansivi, caracterizați prin retentivitate crescută, printr-o elaborare rapidă și descărcare vijefioasă, care poate fi numită fanatism de luptă ; ei devin veritabili psihopați în momentul în care creează dificultăți sociale din cauza cverulenței lor sau dacă se erijează în apostoli ai adevărului pur. În aceste cazuri, credem că termenul de paranoia este inadecvat și ar fi mai bine să vorbim despre dezvoltări reactive paranoide, schizofrenie paranoică și parafrenie, în ultimele două entități menționate putînd apărea episodice cverulentă și deliruri cu cverulentă.
 - „Matte Fanatiker”, fanaticii pasivi, au în comun cu grupa celor luptători numai prevalența unilaterală extremă în apărarea și ilustrarea unei idei, dar fac acest lucru mult mai puțin activ, apărînd foarte rar cauze personale. Dintre acești fanatici fac parte cei mai mulți sectanți, care pot să se manifeste uneori ca personalități active, dar care de-a lungul existenței lor își urmează un „drum” personal, arogîndu-și superioritatea ; acest tip de sectanți, desculți, cu părul lung, cu față hieratică, folosind un limbaj onctuos și extravagant, a fost descris de numeroși autori : ei pot fi vegetarienii, originali, „autentici” etc. ; diagnosticul diferențial cu schizofrenia este uneori destul de dificil.
 - Repartiția „xos ad atit în ceea ce-i privește pe fanaticii activi, cît și pe cei pasivi, înclină net în favoarea bărbaților ; o oarecare predominanță feminină se găsește în rîndul fanaticilor pasivi din sectele erotice ; fanaticul activ, agresiv, luptător este întotdeauna adult.
 - Raportul cu alte psihopații este frecvent și complex ; mulți fanatici agresivi sînt și explozivii ; cu hipertimicul, fanaticul are în comun orientarea spre exterior, dar fanaticul este mai rigid și mai perseverent ; cverulentii pot fi întîlniți în ambele grupe de fanatici ; se menționează că între fanaticii pasivi se găsesc mulți debili mintal.
 - Diagnosticul diferențial este dificil între fanaticii pasivi bizari și schizofrenii, diagnosticul diferențial al bizarierilor schizofrenici cu cele nonschizofrenice putîndu-se face numai în raport cu rezonanța afectivă, care este mult mai mare în cazul psihopatului ; mania poate fi, în formele ei delirante, greșit etichetată ca un fanatism agresiv, de luptă.
 - Fanaticul activ, dacă este și exploziv, creează conflicte sociale derutînd uneori justiția și autoritățile, dar numai pentru moment ;

fanaticii cverulenti pot fi și severi logicieni, lipsiți de orice umor, care nu percep limitele dreptului individual în fața necesităților colective.

- Din punct de vedere infraccional, fanaticii sînt de obicei dezertori, atît în timp de război, cît și în timp de pace, datorită convingerilor lor religioase exagerate, pornite adesea de la concepte obscure, în contradicție flagrantă cu obligațiile cotidiene.
- Fanaticul activ nu se lasă tratat, nu cere și nu are nevoie de ajutor; cverulentul simte nevoia să scrie reclamații, și nu să primească răspuns; acest lucru este relevat de faptul că el se apucă să redacteze memorii și plîngeri fără a lăsa să treacă intervalul de timp strict necesar primirii răspunsului la primele sale intervenții.
- Doar fanaticii bizari ajung să fie uneori internați.

● **ANANCASTUL**: caracterul anancast nu poate fi înțeles decît pornind de la starea de neliniște și nesiguranță; ASCHAFFENBURG considera că aceste două stări nu lipsesc din nici o neurastenie.

- Obsesivitatea este una din caracteristicile majore ale acestui tip de psihopatie.
- Obsesia apare atunci cînd subiectul nu-și poate refula conținuturile din conștiință, cu toate că, în același timp, apreciază drept patologice aceste conținuturi sau consideră că predominarea și persistența lor nu au nici o rațiune; conținuturile de conștiință vin din interior (deci nu au exogenitate); în obsesie este vorba de o constrîngere interioară; ea nu poate apărea pe terenul unei vieți sufletești suple, fluente.
- Reprezentările obsesive, în sensul strict al cuvîntului, sînt numai formal obsesii, deoarece nu sînt însoțite de sentimentul de așediere a conștiinței.
- Ideile obsesive pornesc la anancast din sentimentul permanent de culpabilitate sau de insuficiență; subiecții trăiesc în permanență cu frica că au făcut ceva nepotrivit, greșit sau că se va întîmpla sau se întîmplă ceva nefast.
- Acești indivizi sînt opusul a ceea ce se numește „o conștiință robustă”.
- Temele obsesive sînt în strînsă legătură cu impulsunile și scara axiologică a persoanei, deci în raport cu istoria sa individuală.
- După FREUD, alegerea unei teme obsesive ar fi rezultatul dorinței sexuale refulate, iar fabulația obsesivă — un simbol în care dorința nesatisfăcută se descarcă și se epuizează în forme „inocente”; mecanismele prin care apare corelația sex-obsesie pot

surveni doar în cazul unei structuri de personalitate neliniștită și nesigură, avînd o atitudine specifică față de sexualitate.

- Anancastul este pedant, corect, minuțios, neliniștit, nesigur, precaut, predispus spre ceremonii și rituri, care pot părea neautentice și bizare.
- Repartiția pe sexe nu este clar stabilită, deși KRAEPÉLIN consideră această psihopatie ceva mai rară la femei; caracterul anancast poate fi decelat încă din copilărie (foarte rar obsesivitatea apare după 40 de ani).
- Studiile făcute pe familiile acestor psihopați îndreptățesc ipotezele referitoare la un anume rol al eredității.
- Există o înrudire destul de strînsă a obsesivului cu depresivul și astenicul; procese obsesive pot apărea în faza depresivă a psihozei maniaco-depresive, chiar și la persoane care nu au prezentat anterior trăsături anancaste.
- Obsesia psihopatică poate fi, la rîndul ei, periodică din cauze pur endogene, dar nu sînt excluse nici crosete obsesive reactive la indivizi la care fondul caracterial anancast este permanent.
- Diagnosticul diferențial este dificil, mai ales în formele grave de obsesivitate („psihoză obsesive progresive” — HEILBRONNER), cu procesul schizofrenic; ceea ce este specific anancastului, chiar în formele cele mai grave ale psihopatiei, este dorința lui de a fi ajutat, spre deosebire de refuzul autist al schizofrenului.
- S-a încercat stipularea unor interferențe între schizofrenia latentă și nevroză obsesivă (BLEULER), între unele forme de epilepsie și dezvoltările anancaste (FUCHS), iar BURGER le apropie din punct de vedere etiopatogenic de encefalita letargică.
- În general, actele obsesive sînt modalități inocente de descărcare instinctivă, dar obsesivul grav devine incapabil de orice activitate utilă.
- Orice act obsesiv autentic este onest și socialmente necondamnabil, exemplele care contrazic acest fapt fiind etichetate greșit ca „acte obsesive”.
- Dintre metodele psihoterapeutice, hipnoza poate suprima temporar ideile obsesive; psihanaliza nu a dat decît foarte limitate rezultate, din cauza rezistenței extraordinare a subiecților față de tratament, prin care ei cred că li s-ar răpi necesitatea vitală cea mai dragă, aproape sacră (un obsesiv convalescent afirma: de cînd am pierdut obsesiile, am pierdut un univers fabulos).

- **HIPERTIMICUL** : are dispoziție bazală veselă, temperament sanguinic, grad de activitate ridicat.
- Caracterul dominant este dispoziția veselă, așa că alte formulări ca : „agitație constituțională”, „constituție maniacă”, „eretism”, nu sînt suficiente de ample pentru a cuprinde esențialul.
- Hipertimicul este vesel, binevoitor, activ, de un optimism indestuctibil, incorijibil prin experiențe triste.
- Nu are profunzime, este imprudent, lipsit de simț critic, cu excesivă siguranță de sine, rapid, categoric, inconstant.



- Nepăsător, optimist, incapabil să aprecieze dacă poate realiza tot ceea ce promite, el amîna mereu îndeplinirea promisiunii.
- Este superficial, dar veselia îl face agreabil ; el îi consideră prieteni pe toți oamenii cu care vine în contact.
- Este capabil de a regreta, dar regretul este repede uitat.
- Incapabil de a persevera, se angajează ușor în activitate, dar nu termină nimic ; aparent, totul este ca o joacă.
- Hipertimicul este adesea un picnic, a cărui conduită trădează o lipsă de „stil”, familiaritate excesivă, sentiment naiv al propriei valori.
- Pot fi descrise mai multe tipuri de hipertimici :
 - hipertimicul echilibrat ;
 - hipertimicul neînfrînat ;

- hipertimicul cverulent ;
- hipertimicul pseudolog.

● **Hipertimicul cverulent** este cel care ajunge cel mai des la internare, deoarece vine în conflict cu ceilalți ; integrarea și adaptarea sa sînt aproape imposibile ; este prompt în lamentații, reclamații și certuri, dar și dispus la „eterne” împăcări ; nu se poate stăpîni, nu știe să fie ferm și să lupte cu consecvență pentru un scop ; de multe ori vorbește cu multă bunăvoință despre foștii dușmani.

● **Hipertimicul neînfrînat** (haltlose) poate fi delimitat mai mult de coordonate sociologice ; temperamentul sanguin și buna părere pe care o are despre sine, optimismul și hiperactivitatea îl fac să treacă cu ușurință peste toate experiențele referite, trăite superficial, să uite orice hotărîre înțeleaptă, să fie inconstant, agitat, instabil din punct de vedere social.

● **Hipertimicul pseudolog** pune în prim plan autovalorizarea exagerată ; prin maniera în care își exagerează importanța, hipertimicii pseudologi sînt înclinați spre impostură și fanfaronadă ; ei au o hiperadaptabilitate socială, un talent inventiv excepțional, o abilitate de a exploata slăbiciunile celorlalți și de a-i escroca.

- Repartiția pe sexe nu a fost lămurită (femeile ar fi mai puțin „vizibile”, datorită faptului că se „macină” în scandaluri casnice — BLEULER).
- Evoluția vieții hipertimicului nu este nici ea suficient de cunoscută ; se pare că, cu vîrsta, hipertimicul ajunge să se controleze mai bine și să evite o serie de conflicte ; hipertimicul juvenil este adesea și un intelect liminar, care creează mari probleme de adaptare școlară (agitați, bătauși, tiranizează colegii mai slabi sau mai timizi, se joacă violent).
- O serie de autori subliniază gradul și rolul important pe care ereditatea îl joacă în dezvoltarea personalității hipertime.
- Sînt posibile corelări cu alte psihopatii : cu megalmanul, cu explozivul, cu „moral imbecility” ; se poate trece către forme de cverulență „vera”.
- Combinația hipertimie-debilitate-mintală este bine cunoscută și are importanță socială, cesecri hipertimicul ascunzîndu-și prostia față de un examinator mai puțin

atent (care o poate considera ca mobilitate spirituală); debilitatea mintală iese la iveală numai când individul hipertimic nu mai face față unei situații în care elanul său grandoman l-a împins (așa-numita „idiotie de relaționism”; „smălțul social”); învățarea mecanică, neîndeminarea maschează adesea intelectul liminar, pe care doar hiperactivitatea lipsită de randament la care îl împinge dispoziția îl pune în evidență.

- Hipertimia se combină adesea cu alcoolismul, dînd naștere unui tip caracteriologic definit ca sociabil, lăudăros, care nu caută „uşurare” afectivă și anxioză în alcool și nu trece către alte toxicomanii mai dure (morfină, somnifere).
- Raportul hipertimie-psihoză maniaco-depresivă este frecvent și greu demonstrabil; hipertimia pune dificile probleme de diagnostic diferențial cu hipomania, debutul schizofreniei, debutul P.G.P., stările psihopatoide posttraumatice și postencefalitice.
- Potentialul infracțional se concretizează în: mici delictе și furturi, înșelătorie, escrocherii, vagabondaj, delictе sexuale.
- Abordarea terapeutică pare facilă și „ghidajul” psihoterapeutic poate face „minuni”, dar, din păcate, el trebuie să fie continuu (lucru imposibil).

● **DEPRESIVUL:** caracterizat prin pesimism (în cel mai bun caz, scepticism), lentoare, tonalitate afectivă sumbră.

- Viața este știrbită de plenitudinea expresiei ei, privită ca „o dragoste nefericită”, în care „bucuria vieții” lipsește.
- Orice experiență sumbră este trăită intens, preocupările hipocondriace, precum și îndoiele referitoare la sensul existenței sînt cauze care conduc la permanente situații de criză.
- Uneori, depresivul își „camuflează” trăsăturile, pîrînd un fals hipertimic sau un neliniștit anxios.
- Unii depresivi sînt oameni ai datoriei pînă la severitate, infatigabili, fără ca vreun succes să-i bucure și fără ca deștînderea și ođihna să le poată atenua depresia.
- Depresivul poate deveni îngîmfat și încrezut, considerînd depresia ca o trăsătură „aristocratică”; alți depresivi consideră depresia ca o suferință sau ca o ispășire dată din exterior și își construiesc ulterior, pornind de la acest punct, concepții religioase sau filozofice în acest sens.
- Din cauza unui grad mai mare de metamorfozare, a unor „măști” mai variate, psihopatia depresivă este mai puțin unitară decît hipertimia.
- Mimica și pantomimica depresivului nu sînt caracteristice decît atunci cînd acesta este

obosit; scrisul este adesea caracteristic; îmbrăcămîntea și stilul de viață pot merge pînă la manierism; rareori subiectul este dezordonat și neglijent.

- Depresivul se preocupă numai de aspecte minore, ceea ce are cu adevărat importanță pîrîndu-i-se nesemnificativ și inutil. Există cîteva subtipuri de depresivi, mai clar delimitate:

- *Depresivul posac* este cel mai apropiat de melancolic; este bun, tandru, sensibil, plin de înțelegere și atenție față de cei din jur și în special față de suferințele și necazurile acestora; este ezitant, lipsit de inițiativă, incapabil de a face față cerințelor vieții practice.
- *Depresivul morocănos* este nervos, rece, egoist, supărăcios, iritabil, cicălit, pesimist, mai ales în legătură cu destinul propriu; se bucură cînd ceva nu merge bine și este împotriva oricărei schimbări; se simte mereu nemulțumit și mereu jignit.
- *Depresivul paranoid* are o tendință de permanentă repliere în sine și o atitudine neîncrezătoare; există posibilitatea apariției unor idei delirante.
- Repartiția pe sexe nu este cunoscută; firul existențial al depresivului este marcat încă din copilărie de trăsături tipice; cu vîrsta, manifestările depresivului posac se atenuează, iar ale celui nervos și paranoid se agravează.
- Combinațiile cu alte psihopatii sînt frecvente, separarea de neliniștiți, senzitivi și anancști fiind foarte dificilă: *depresivul morocănos* are dese corelații cu *explozivul*, *apaticul*, *instabilul* și *hipertimul excitat*; *depresivul paranoid* poate evolua către fanatic.

● **PSIHOPATUL ASTENIC:** în această categorie se înscriu cei care au o anumită constituție fizică, coroborată cu anumite trăsături caracteriale, și persoanele care-și resimt capacitatea psihică ca insuficientă; așadar, se poate vorbi de astenici corporali și astenici psihici.

- Nu se poate accepta folosirea termenului de psihastenici, din cauza rezonanțelor sale istorice, și nici cel de neurastenici, care a căpătat o extensie extremă.

● *Astenicii corporali* își controlează și își examinează continuu funcțiunile corporale și astfel le perturbă, deoarece organismul funcționează perfect numai în afara controlului conștiinței. Individul privește în sinea lui prea mult, în loc să privească în afară, în așa fel încît micile dureri cotidiene, micile indispoziții somatice, care la indivizii normali vin și trec neabăgate în seamă, sînt

atent analizate, reținute și fixate prin introspecție ; fixarea introspectivă este generată de teama de a nu fi bolnav ; în genere, nu se poate vorbi în cazul psihopatului astenic despre neurastenie, neuropatie și nevroză, nici despre isterie, din următoarele rațiuni :

- există o labilitate somatică fără anomalii psihice, fără ca experiența trăită să aibă un rol causal ; un asemenea somatopat poate fi concomitent și psihopat, fără să existe o legătură între somatopatie și psihopatie ;
- în fața tulburărilor corporale ale unei constituții somatopatie, o constituție care nu este în sine psihopatică poate reacționa sub forma hipocondriei, nesigurății, anxietății sau depresiei ;
- în cazul în care persoana care reacționează are o structură psihopatică, reacțiile ei vor fi psihopatie în aceeași măsură și în aceeași manieră ;
- ceea ce este primar este psihic, sub forma experienței trăite și a reacțiilor psihice normale, care au însă drept consecință tulburări funcționale, vegetative : cu cât reglările corporale sînt mai instabile, cu atît mai ușor se va produce simptomele ;
- în cazul în care persoana psihopată este un dat primar, ea se dezechilibrează prin intermediul controlului ei hipocondriac, printr-o introspecție continuă a unui organism care în sine nu era definit de o reglare stabilă ; în acest fel se produc tot felul de tulburări corporale psihogene ; putem vorbi, în acest caz, de psihopatia pur astenică, în care astenicul va fi cu atît mai afectat de introspecția și de autoanaliza sa corporală, cu cît preexistă un grad mai mare de instabilitate somatopatică.
- Simptomele astenice corporale îmbracă forme infinite de expresie : oboseală inexplicabilă, insomnie, cefalee, tulburări cardio-vasculare, dismenoree, astfel încît tipul psihopatului astenic pur este rar întîlnit.
- O serie de autori sînt de acord că psihopatul astenic este în mod efectiv și obiectiv bolnav, că anumite tulburări sînt favorizate de această structură ; au fost demonstrate modificări ale excitabilității musculare (HOFFMANN), ale atitudinii corporale (JAHN și GERVING), ale echilibrului acidobazic și metabolismului glucidic etc.
- Astenicul nu își pierde încrederea numai față de funcțiunile corporale, ci și față de cele psihice, alături de tulburările corpo-

rale întîlnindu-se și plîngerii referitoare la scăderea capacității intelectuale, incapacitate de concentrare, tulburări de memorie (toate în evidentă legătură cu permanentul autocontrol și introspecție).

- Ca și funcțiile corporale, cele psihice sînt tulburate, devenind nesigure prin autoobservație și control continuu, iar acest mecanism este rareori conștientizat de bolnav.
- Stranițetea lumii și a oricărei trăiri, irealitatea, îndepărtarea și estomparea oricărui fenomen, răceala relațională și neautenticitatea sentimentelor conduc la o lipsă de vitalitate, de ingenuitate, de simplitate și de sinceritate față de propria existență.
- Astenicul nu reușește să obțină acea semiobscuritate psihică, absolut necesară funcționării normale.
- *Astenicii psihici* prezintă o sensibilitate psihică, au hematofobie, acusticofobie, sînt profund impresionati de orice eveniment nou, pierzîndu-și controlul ; prin repetarea stărilor de dezechilibru, apare repede un „filament corporal”, în fond, tulburări corporale psihogene care conduc acest tip către astenicul corporal.
- Copilul știe să folosească în favoarea sa slăbiciunile astenice ale structurii sale : durerile apar doar în zilele de școală (niciodată duminica sau în vacanță), devenind un adevărat „bolnav de școală” ; copiii unici și mezinii învață mai repede să imite anxietatea mamelor hiperanxioase, să beneficieze de atenția exagerată pe care acestea le-o acordă ; psihopatia astenică evoluează cu vîrstă, deși nu există o relație precisă între evenimentele dificile și agravarea asteniei.
- Raporturile cu celelalte psihopatii sînt numeroase, foarte mulți depresivi anancaști și nesiguri fiind astenici ; megalomanii și abulicii pot fi, de asemenea, astenici.
- Nu există o corelație între nivelul intelectual și apariția asteniei, dar psihopatia astenică se metamorfozează în funcție de acest nivel.
- Deseori, psihopatia astenică se combină cu morfinomania și cu abuzul de somnifere.
- Diagnosticul diferențial este destul de dificil, trebuind făcut în primul rînd cu depresiile ciclotimice și cu stările care intervin după boli organice consumptive.
- Experiența unei boli organice oarecare poate face ca un individ sigur de sine pînă la apariția bolii să devină brusc nesigur de sine, neliniștit, mereu atent la propriul corp ; o atitudine astenică poate apărea reactiv în condiții grele de existență, cînd individul devine, în mod secundar, repliat către sine și mai atent la propriul corp.

- Astenicii provoacă perturbări sociale prin faptul că trebuie să aibă mereu sprijinul altora, al unor organizații publice și de prevederi sociale.
- Eventualul tratament trebuie să fie psihoterapeutic, dar trebuie să cuprindă și eliminarea spinelor iritative somatice, ori de câte ori ele există.
- Mulți astenici doresc și revendică să fie tratați doar corporal, deoarece în acest fel pot avea o dovadă palpabilă a bolii lor.

● **PSIHOPATUL APATIC:** se caracterizează printr-o hebetudine afectivă (tocire), lipsiți de compasiune, lipsiți de milă, fără onoare și conștiință morală, incapabili de căință, brutali în orice comportament social, reci, morocănoși



- Lipsiți de simț moral, deși cunosc legile morale, nu acționează după ele (SCHOLTZ).
- După KRAEPELIN, puterea de judecată, raționamentul se pot dezvolta mai mult sau mai puțin în limitele practice ale vieții, dar lipsa de simț moral nu poate fi redusă numai la această limită de dezvoltare; nu putem asocia această „malformație psihică” debilității mintale, alături de care poate exista uneori o dispoziție morală bună.
- Nu se poate vorbi despre debilitate morală sau afectivă, în același sens în care vorbim despre imbecilitate sau idiotie; în cel mai bun caz am putea considera drept debil moral un individ care nu știe să judece din punct

- de vedere al moralității, care nu știe să construiască raționamente sau concepte morale;
- Dezvoltarea puterii de judecată și a rațiunii poate camufla foarte bine și deficitul sentimentului moral (BERZE).
- Apaticul imoral este mai ales bărbat; acest fapt se poate explica prin poziția bărbatului în societatea modernă și prin mai marea sa accesibilitate la criminalitate. Cei mai mulți autori consideră că minusul de sentiment moral apare foarte precoce și că apaticul și imoralul pur pot fi recunoscuți din copilărie.
- BINSWANGER descrie apaticii infantili ca pe niște călăi de animale, care acționează în mod deliberat.
- Este indiscutabil că un comportament dur, fără milă, poate fi condiționat la copil de un mediu defavorabil. La acești copii, sentimentele sînt doar sărace și tocite, dispoziția afectivă fiind normală.
- În cazurile în care mediul nu poate influența favorabil o psihopatie, ci mai mult camuflează deficiența, prognosticul cel mai nefavorabil îl au asociații care sînt și debili mintal: după 20 de ani, la aceștia nu se mai poate spera nimic.
- Apaticul pur există rar, mixtura cu hipertimicul este frecventă; apaticul rece și brutal se combină des cu abulicul; combinația cu mitomania este destul de frecventă; mai pot exista corelații cu depresivul posac, egoist și rece și cu unii instabili.
- Sub numele de hebeidofrenie, KAHLBAUM a descris forme înrudite cu hebefrenia, în care există o prăbușire a moralității, precum și tendința spre acte criminale, dar care nu sînt însoțite de confuzie mintală.
- După traumatisme cerebrale, se pot structura personalități apatice; actele de brutalitate ale copiilor encefalitici se deosebesc de actele criminale ale apaticilor prin caracterul lor impulsiv.
- Nu toți apaticii comit acte criminale; criminalii apatici se pot întîlni însă în anumite grupuri sociale a căror deviză este „a călca peste cadavre”. Acest tip de criminal apatic nu are neapărat un scop personal, egoist; el poate fi și un idealist, dacă inteligența sa este bună sau foarte bună.
- Una dintre caracteristicile apaticilor este imposibilitatea lor de a se îndrepta; nu există terenul pe care educația să poată construi ceva.
- Singurele măsuri de prevenție sînt legate de plasarea acestor indivizi la adăpost față de situații în care să poată deveni criminali; responsabilitatea acestor indivizi nu trebuie evaluată doar din punct de vedere criminalistic.

Lucrarea lui Eugen KAHN, „Die psychopathischen Persönlichkeiten“ (1923), introduce o tipologie a psihopatiei bazată pe analiza structurală multidimensională, evitând analiza statică și de suprafață și tinzând spre analiza dinamică și evolutivă a psihopatiei. Structura persoanei este construită pe nivele succesive, în care instinctul, temperamentul și caracterul sînt treptedul fundamental, cuprins într-o minuțioasă analiză.

Domeniul psihopatiei se întinde între granița superioară a normalului (mental) și cea inferioară a bolii mintale (psihoză). Esența psihopatiei trebuie căutată în tulburări ale dispoziției și ale voinței, în dizarmonii de integrare a instinctului, temperamentului și caracterului. Autorul nu recunoaște categoria nevrozelor pe care le consideră tot psihopatii.

Clasificarea lui Eugen KAHN este foarte complexă, cu numeroase subgrupe, încercînd să facă față tuturor realităților pe care clinica le pune în fața psihiatrului. Autorul admite existența unor variate intricații în diferite tipuri de personalitate, orientate pe marile axe: instinct, caracter, temperament; această clasificare va fi în mare măsură punct de plecare pentru DSM III și DSM III R.

Tipurile clasificate și descrise de E. KAHN sînt:

● PSIHOPATIILE INSTINCTIVE

- psihopatii impulsiv
- hipoinstinctivii
- psihopatia sexuală

● PSIHOPATIILE TEMPERAMENTALE

- hipertimicii:
 - tahitimicul
 - excitabilul
 - explozivul
 - iritabilul
 - certărețul
 - euforicul
- hipotimicii:
 - flegmaticul
 - apaticul
 - indolentul
 - moral insanity
 - anxiosul și fobicul
 - pesimistul
 - tristul
- poikilotimicii:
 - instabilul emotiv
 - instabilul autohton
 - instabilul emotiv reactiv
 - senzitivul

● PSIHOPATIILE CARACTERIALE

- egolatrilor:
 - autistul activ
 - egocentricul
- autodeprecativii:
 - autistul pasiv
 - introspectivul

● ambitendenții:

- stenicul
- astenicul

● PSIHOPATIILE COMPLEXE

- nestatornicul
- schizoidul
- autistul rece pasiv
- autistul rece activ
- anancastul
- senzitivul
- istericul:
 - fanfaronul
 - pseudologul
 - scriitorii de anonime
 - otrăvitoarele
- hipocondriacul
- cverulentul
 - „Eristhiker“ (arțăgosul)
 - cverulentul euforic hipomaniacal
 - cverulentul propriu-zis
- bizarul:
 - activ
 - pasiv
- astenicul.

- PSIHOPATIILE INSTINCTIVE: instinctul este un impuls vital care urmărește satisfacerea unei necesități biologice; psihanalizii disting instinctele Sinelui și instinctele sexuale și, mai târziu, așa-numitele instincte ale morții; motorul primordial al persoanei sînt instinctele; se poate admite existența a trei instincte de bază: conservarea de sine, dezvoltarea de sine și conservarea speciei.
 - în cazurile în care instinctele nu se satisfac în tiparele lor naturale, care sînt oprite să se desfășoare în modalitatea lor stereotip-automată, avem de-a face cu acțiuni impulsive; acțiunea impulsivă este un surogat, un succedaneu, care realizează o falsă satisfacție.
 - Transformarea de scop, care are loc de la instinctul normal la acțiunea impulsivă, este caracteristică pentru orice instinct care se satisface prin deviere, chiar și în cazul sublimării.
 - în cazul acțiunii impulsive, calea de la instinct la acțiune este mult mai lungă și mai ocolită decît în cazul satisfacerii normale a instinctului; acțiunea instinctivă poate să se combine cu acțiuni voluntare (omul mîncă și atunci cînd nu-i este foame sau are contact sexual și fără apetit sexual); acest lucru se întîmplă și atunci cînd forța instinctului este slabă și nu ar duce prin ea însăși la acțiunea instinctivă. În aceste cazuri, voința este cea care se impune și realizează conștient un act instinctiv, care ar trebui să se desfășoare automat; procesul de socializare și civilizare a instinctelor presupune o combinare a actelor instinctive cu cele voluntare.
 - în special în cazul psihopatului impulsiv, nu trebuie să ne imaginăm că afecțiunea este de-

terminată de intensitatea instinctelor, ci este vorba de o rezultantă a incongruenței dintre instinct și voință.

● **Psihopatul impulsiv** ; în psihopatia impulsivă, KRAEPELIN include într-un prim grup risipitorii, dromomanii și dipsomanii, iar într-un al doilea grup (impulsives Irresein) — piromanii, femeile careucid copii (ai lor sau ai altora), otrăvitoarele, scriitorii de anonime, cleptomanii, pe cei care au mania de a face cumpărături și pe cei care au mania de a face datorii.



- Dromomanul este cel la care studiul instinctului în stare pură poate fi cel mai bine realizat, deoarece instinctul spre mișcare absolută (vizibil chiar la animal) poate fi bine evidențiat ; instinctul spre mișcare servește toate celelalte instincte, pentru că el ajută la procurarea hranei, la retragere în cazul atacului, la căutarea partenerului sexual, la mișcarea în sine. Dromomania diminuează odată cu vârsta, dar de multe ori se combină cu alcoolismul secundar. La copil, problema dromomaniei trebuie analizată atent, pentru că de multe ori fuga nu este nemotivată și deci nu este psihopatică (mai ales în cazul copiilor care fug de frica pedepsei sau de teama unuia dintre părinți). Această stare afectează mai mult bărbații decât femeile, pentru că în mod firesc femeia nu este predispusă spre vagabondaj, acțiune care implică singurătatea și nu compania ; printre prostituate se întâlnește un anumit procent de poriomane, dar „ocupația” lor

acoperă atât de bine simptomul, încît el nu se mai observă.

- Risipitorii și dipsomanii nu aparțin unei grupe unitare ; deși punctul de plecare este specific instinctiv, acțiunile care urmează nu mai sînt pur instinctive ; nu orice psihopat anxios care-și calmează anxietatea cu alcool este dipsoman ; toate actele nechibzuite de descărcare tensională, printre care consumul de alcool și dorința de a risipi, țin de psihopatia impulsivă.
- Scriitorii de anonime și otrăvitoarele sînt dificil de încadrat în grupa psihopatiilor instinctive, deoarece acțiunea voluntară este aici implicată preponderent.
- Cleptomania, considerată de KRAEPELIN drept o accentuare în dezvoltarea instinctului comun al fiecărui copil de a-și însuși tot ce-i cade în mînă, este mult diferită de psihopatia impulsivă, deoarece implică însușirea unui lucru despre care subiectul știe că nu este al său ; sugarul, idiotul și dementul nu fură, nu pentru că ar fi dincolo de bine sau de rău, de orice apreciere morală, ci pentru că nu au conștiința Eului propriu și a Eului celorlalți ; așa-zisii cleptomani nu sînt lipsiți de conștiința Eului, iar acțiunea lor nu este o acțiune instinctivă, pentru că un instinct al furtului pur și simplu nu există. Cleptomania coexistă cu un mare grad de lăcomie, care apare mai ales la femei, ducîndu-le la furt mai ales în fazele critice : pubertate, menstruație, climacteriu, graviditate ; „hoatele de magazine” sînt uneori astfel de psihopate, actele lor avînd la bază lăcomia patologică ; ele nu aparțin psihopatiei impulsive, ci sînt psihopate de cele mai diverse specii, iar furtul este doar unul dintre simptome ; hoțul impulsiv savurează mult actul furatului în sine, lacomul și fetișistul, obiectul furat ; zgîrciții, colecționarii și colecționarii de fetișuri nu trebuie să fie încadrați la psihopatii impulsivi.
- Conceptul de psihopatie impulsivă trebuie judicios judecat, cu atât mai mult cu cît conceptul de impulsivitate a fost tratat cu ușurință de către psihanalisti, care văd în fiecare nevrotic un impulsiv.
- Toate prognosticurile asupra corelației dintre anumite simptome endocrine și psihopatia impulsivă sînt cel mai adesea neîntemeiate, iar în cele mai bune cazuri nespecifice.
- **Psihopatul sexual** : FREUD nu a sesizat sau nu a acordat suficientă importanță corelației dintre instincte, în special corelației dintre instinctul dezvoltării Eului, instinctul de conservare și instinctul sexual, care poate fi uneori atât de puternică încît nu se poate vorbi de un instinct separat, ci numai de manifestări instinctive globale ; există o accentuare a unor instincte în funcție de vîrstă : sexualitatea la adolescent, hrana la bătrîni.

- Sugarul are potențialitatea tuturor instinctelor, dar ideea lui FREUD că sugarul este un pervers pare cel puțin șocantă.
- Nu atât intensitatea instinctului sexual are importanță la copil, ci felul cum acesta este direcționat de mediu atunci când pot apărea manifestări care prefigurează psihopatia.
- Este exagerat să se vorbească despre patologia vîrstelor critice (pubertate, adolescență), deoarece nu orice sexualitate precoce înseamnă că individul respectiv va deveni un psihopat sexual; mai mult, uneori tocmai cei care au avut o hipodezvoltare sexuală în adolescență pot să se încadreze în această grupă.
- Oricîtă importanță s-ar acorda factorilor de mediu și celor educaționali în dezvoltarea psihopatiilor sexuale, rolul major îl are ereditatea.
- Tipurile hedonice de satiriazis și nimfomanie, deci de donjuanism și mesalinism, sînt la limita dintre psihopatia sexualis și sexualitatea normală.
- **Masturbatorii:** copilul nu are nevoie pentru satisfacțiile sale erotice nediferențiate de un partener; centrarea atenției asupra propriului corp poate fi rezultatul unei educații greșite, precum și al unui răsfăț exagerat; în prima fază de dezvoltare, copilul este oral, pentru că obține plăcerea la sînul mamei, iar apoi autoerotic, concentrîndu-și atenția asupra zonelor erogene (gură, anus, uretră); chiar dacă masturbarea din perioada de sugar (așa-numita onanie a sugarului) trece neobservată, masturbarea din perioada de sexualitate autoerotică și narcisică (2—5 ani) este diferită de aceasta calitativ: are caracterul unei reacții de ciudă și este aproximativ de aceeași natură intențională ca și enurezisul nocturn; copiii cu tente psihopatic se vor masturba și în intervalul de timp dintre 5 ani și pubertate; copiii care încep să se masturbeze în așa-numita perioadă de latență sînt mai puțin susceptibili de un viitor psihopatic, fiind vorba de cele mai multe ori de imitația colegilor mai mari, de proaste obiceiuri din colectivități (internate), neputîndu-se totuși neglija faptul că este necesară o anumită predispoziție pentru imitarea comportamentelor sexuale ale copiilor mai mari; masturbarea puberală nu este un indiciu de psihopatie: se pare că băieții se masturbează mai intens decît fetele, dar rezultatele statisticilor trebuie apreciate cu multă rezervă; masturbarea la pubertate nu dă pețea psihopatiei de mai tîrziu, dar psihopatia colorează într-un fel specific masturbarea puberului; pubertatea este vîrsta la care se definește alegerea obiectului sexual, dar numărul celor care eșuează în această alegere de obiect și rămîn la masturbare după pubertate este

totuși destul de mare, aici putînd fi incriminați și alți factori în afara tarelor psihopaticе (frica de boli venerice, ideea de a începe căsătoria virgin și pur, prejudecățile sociale); notonania (onania de necesitate) nu este semn de boală, dar poate deranja sexualitatea adultă atât la bărbați, cît și la femei; masturbarea postpuberală, care este un indiciu de psihopatie, poate apărea la cele mai diverse tipuri de psihopați și depinde nu numai de energia instinctivă simplă, ci și de componente temperamentale și caracteriale; masturbantul rămîne singur cu sine însuși, dar marcat de situația tragică de a nu-și fi suficient niciodată sieși; masturbantul cronic va fi, în mod obișnuit, și un timid cu femeile, de care îi va fi în permanență frică, simțîndu-se asigurat doar în prezența mamei, sorei sau surogatelor acestora (personal de îngrijire, vîrstnic); masturbantul își epuizează întreaga energie psihosexuală în fantezii; masturbantul curajos este, cel puțin fenomenologic, un Don Juan care excită femeile în jocuri erotice, lascive, pentru că apoi să se poată masturba; cel fricos recurge numai la fotografii pornografice sau la picturi; există și masturbanți cronici care se căsătoresc și, pe lîngă o activitate heterosexuale chinută și defectuoasă, se masturbează în continuare, simțînd întotdeauna o plăcere mai mare în masturbare decît în actul sexual pe care, chiar dacă-l practică normal, o fac automat, cu orgasm redus; masochismul nu este rar la masturbanții cronici, după cum nu rare sînt combinațiile masturbare cronică-fetișism; masturbarea este, de obicei, un simptom secundar, dar totuși foarte important, al oricărei perversiuni sexuale; KRONFELD înțelege prin masturbare psihică, starea acelor indivizi care ajung la excitație și descărcare sexuală fără nici un fel de intervenție mecanică, prin simplă excitare psihosexuală (în această categorie intră cei care scriu scrisori cu conținut obscen, amatorii de literatură licențioasă și de lucrări clasice cu conținut frivoli).

- **Narcisiștii:** reprezintă categoria cea mai apropiată atât de autoerotism, cît și de masturbare, fiind fixați erotic și sexual față de propriul corp și masturbîndu-se în fața oglinzii; narcisiștii au colecții de fotografii ale propriului corp, în fața cărora se masturbează, sau se fotografiază în cele mai variate costume obscene, de obicei în costume de copil; nu este o întîmplare că masturbanții cronici devin foarte ușor hipochondriaci, tocmai pentru că narcisismul îi face să se preocupe de propriul corp; nu cărțile de popularizare sexuală (de o calitate mai mult decît îndoielnică) fac din masturbant un hipochondriac, ci mai ales faptul că, prin definiție, masturbantul are, datorită narcisismului său,

predispoziția spre interpretări hipocondriace, ajungând la ceea ce s-a numit „paranoia masturbatorie”.

- **Transvestiții:** ca și narcisiacii, se joacă „de-a costumatul”, pentru că plăcerea sexuală se obține doar cu ajutorul hainelor sexului opus; KRONFELD atrage atenția că nu este vorba numai de a purta hainele sexului opus, ci și numele unei anumite persoane de sex opus; toți transvestiții au o predispoziție spre autodescriere, autoobservare, iubire de sine, cultul propriului corp goi; dacă sînt lăsați să poarte liber hainele și numele sexului opus, le place să se exhibeze și să se facă interesați cu propria lor (dar atît de tragică) „dublă natură”; biotipologic, transvestiții sînt astenici, eunucoizi, gînoizi sau hipofizari acromegali; transvestitismul la naștere din conlucrarea unor factori intersexuali constituționali cu factorii de mediu.
- **Homosexualii:** în teoria etiologică a homosexualității au existat întotdeauna două tendințe: cea care acordă rolul important mediului (deci seducerii) și cea a determinării constituționale. Opinia cea mai plauzibilă este calea de mijloc, ce e două componente, cea ereditară și cea de mediu, fiind doar extreme. Dintre factorii favorizanți, toxicele (alcoolul, morfina, cocaina) accentuează deseori trăsături preexistente, constituționale, dar latente. O serie de autori (KRETSCHMER, KRONFELD) arată că majoritatea homosexualilor sînt autiști astenici și sînt rareori picnic-cicloizi; homosexualitatea autentică nu înseamnă numai contact sexual cu un individ de același sex, ci mai ales trezirea sentimentelor erotice numai în prezența unei persoane de același sex. ADLER vede în homosexual tipul nevrotic care, prin ambiția și orgoliul lui nemăsurat, neagă orice valoare socială, orice valoare care ar fi cuprinsă în relația sexuală normală, un poltron care ridică osanale relației homosexuale și disprețuiește normalul; unii homosexuali ajung la contact sexual propriu-zis, cei mai mulți însă se rezumă la sărutări, dezmierdări, îmbrățișări, iar homosexualul larvat și laș se masturbează numai cînd rămîne singur, pe baza unor fantezii sau reminiscențe homosexuale. Homosexualul autentic este cel care nu a avut niciodată o înclinare spre sexul opus și care este, în același timp, excesiv de masturbator; nu există o corelație între tipurile de homosexuali activi și pasivi și habitusul feminin sau viril; homosexualitatea feminină rămîne, în ceea ce privește datele, obscură, deoarece lesbienele ajung rar la medic; foarte puține femei lesbiene ajung la relații sexuale propriu-zise, rămînînd, ca și bărbații, la stadiul ludic de sărutări, dezmierdări, îmbrățișări; lesbienele active sînt și transvestite;

în evoluția civilizației, apariția de mode feminine cu trăsături masculine a fost totdeauna de rău augur, reflectînd creșterea frecvenței lesbianismului; dar modele feminine masculinizate nu sînt doar expresia femeii care se vrea bărbat, ci exprimă și dorința bărbaților de a vedea femei tunse scurt, cu cravată, fuste-pantaloni, așadar, ilustrează dorința homosexuală a bărbaților de a avea în jurul lor femei în travesti. Războiul este, de asemenea, vinovat de oscilațiile homosexuale ale modei, pentru că după fiecare război mai lung (perioadă în care bărbații sînt siliți să stea mai mult între ei, iar femeile rămase singure acasă să practice lesbianismul), s-au observat exacerbări ale modei feminine masculinizante; această modă poate fi deci interpretată ca un fel de reziduu al femeii lesbiene din timpul războiului, care vine în întîmpinarea perversității accidentale la care a fost supus bărbatul pe front (este demonstrabil cu exemple din istorie că grosolănia și duritatea din timpul războiului declanșează reactiv, după război, perioade în care bărbații devin gracili, efeminați, înclinați spre homosexualitate; după revoluția franceză din 1789 a existat o perioadă în care bărbații s-au îmbrăcat foarte feminin și, invers, au apărut multe femei cu trăsături masculine în manifestările lor sociale). Atitudinea homosexualului față de perversiunea sa este foarte diversă, el oscilînd între a o considera o pedeapsă a naturii sau o calitate deosebită care trebuie exhibată.

- **Metatropismul:** este o atitudine erotică vi-rilă la femei și feminină la bărbați, care nu duce



la homosexualitate; în relația dintre un bărbat gracil și o femeie masculinizată și mai în vîrstă se vor putea pune în evidență, la bărbat, componente masochiste, iar la femeie, note sadice.

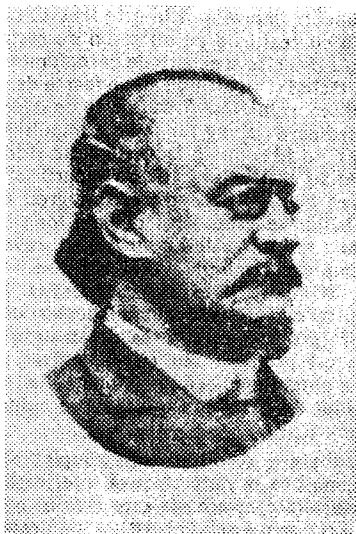
- Bisexualitatea: este tendința individului de a avea impulsii, excitații și relații în mod egal cu ambele sexe; bisexualii sînt labili, slab diferențiați sexual, reacționează fatic și paradoxal; există cazuri de indivizi la care pubertatea a fost homosexuală, urmată de o perioadă de heterosexualitate absolut normală; explicația completă a bisexualității nu a putut fi dată.
- Pedofilia: se manifestă la indivizi care nu pot avea satisfacții sexuale totale cu indivizii de vîrstă potrivită lor, ci numai cu persoane pe care le știu cu certitudine inferioare (copii sau tineri); pedofilii sînt, de obicei, timizi, cu energie instinctivă redusă; nesiguranța pedofilului generează anxietate, teama că nu va suporta o persoană mai robustă; insuficiența senilă poate duce la pedofilie; în același context sînt frecvente cazurile oligofrenilor pedofili. KRONFELD a evidențiat factori sociali și de mediu, precum și un fundal de infantilism psihosexual în determinarea pedofiliei.
- Infantilismul psihosexual: apare la indivizi cu stigmat infantile, atît psihice, cît și fizice; sînt indivizi dependenți, iritabili, sugestibili, superficiali, nesușinuți în acțiune, lipsiți de inițiativă și perseverență, cu instinctele infantile prelungite anacronic dincolo de maturitate; legătura instinct sexual-genitalitate este laxă, în locul actului normal apărînd surrogate care sînt, de obicei, parafilii, jocuri sexuale, exagerarea curiozității sexuale.
- Gerontofilia: se bazează pe oprirea la dezvoltarea prepuberală a instinctului sexual; legăturile incestuoase și mai ales reprezentările de acest tip joacă aici un rol important. Apropierea de normal este foarte mare în acest caz, pentru că sînt bărbați care fac căsătorii cu femei mai în vîrstă, care durează un timp îndelungat. În cuplurile gerontofile, dorința de a juca rolul de copil și de a reedita situația copil-părinți este în prim plan.
- Zoofilia: este un surogat sexual pentru anumiți indivizi izolați social sau o expresie a saturației și rafinamentului sexual în unele țări orientale; în civilizația europeană, survine mai ales la oligofreni. Zoofilia are tangența cu fetișismul, exprimîndu-se mai ales prin atașamentul unor femei pentru cîini decorativi și minusculi; este vorba despre proiectarea unor dorințe sexuale impracticabile în realitate, aceste femei avînd instincte slabe sau intersexuale.
- Fetișismul: în dragostea normală, anumite obiecte și complexe de obiecte joacă rolul unui excitant erotic: atitudinea persoanei iubite, vocea, părți ale corpului, părți ale îmbrăcămîntii, obiectele din jurul persoanei iubite. În fetișismul major, partenerul sexual dispăre în întregime în spatele simbolului care-i ia locul și care își pierde valoarea de simbol, transformîndu-se în excitant sexual propriu-zis; gama obiectelor fetiș este nesfîrșită: suvițe de păr, pantofi, albituri, batiste, blănuți, lenjerie intimă, mînuși etc. KRONFELD este de părere că fetișismul este mai frecvent la bărbați, amintind de preferințele acestora pentru uniforme, decorații, rase străine, care ar reprezenta forme de trecere de la micul către marele fetișism. De fetișism țin și acele cazuri în care erecția se produce numai dacă partenerul sexual poartă asupra lui fetișul respectiv. Există și un fetișism negativ (*horror sexualis partialis*): o repulsie sexuală față de anumite particularități, obiecte sau părți ale corpului (ochelari, barbă, culcarea tenului). Adevărații fetișiști se satisfac masturbîndu-se cu sau în prezența fetișului; cauza fetișismului major este obscură, dar la majoritatea fetișiștilor se notează infantilism psihosexual și faptul că obiectul fetișului ar putea avea legătură cu reminiscențe infantile; fetișismul are de multe ori implicații legale: fetișii își fură fetișul, și aceasta nu numai pentru că de multe ori el este inaccesibil, ci și pentru că furtul în sine este cel care produce uneori excitația sexuală și orgasmul. Expertiza medico-legală necesită o atenție sporită, deoarece în nici un domeniu nu se face atîta caz de patologic pentru a scăpa de responsabilitate.
- Exhibiționismul: este obținerea satisfacției sexuale prin expunerea organelor genitale în public. La bărbați există o formă rară de exhibiționism, numită adamism; actul exhibiționist este, din cauza caracterului său de surogat, un act sexual care rămîne în fază rudimentară; se consumă cu spectatori, care au rolul doar de excitare a eroticii bolnavului, fapt din care reiese limpede natura infantilă a exhibiționismului. Exhibiționismul se agravează sub influența unui tată sever, a unei mame prea tandre, ca un fel de protest, ca un fel de dorință de a atrage atenția asupra sa și de a face vîlvă. Exhibiționismul are și o componentă sadică, deoarece cel care se exhibă crede că produce un prejudiciu moral celor care-l privesc, el apelînd uneori chiar la injurii și agresivitate. O formă particulară de exhibiționism este triolismul sau plăcerea de a avea contact sexual cu mai multe persoane sau în fața mai multor persoane, care, de obicei, sînt și ele perechi sexuale.

- **Algolagnia:** are două forme, activă și pasivă, descrise de KRAFFT-EBING sub numele de sadism și masochism, și constă în obținerea satisfacției sexuale prin suferință sau prin producerea ei altcuiva. Deoarece în mod obișnuit sadismul se însoțește de masochism, termenul de algolagnie este mai întemeiat; important este faptul că sadismul și masochismul, chinuirea și suferința, nu se referă, la acești indivizi, strict la actul sexual, ci se extind la toate manifestările corporale și mai ales la toată viața psihică a acestora. În cazurile pur patologice de algolagnie avem de-a face cu indivizi cu instincte slabe, care generează o nesiguranță ce se cere supracompensată prin instinctul de putere și curcerire, sau cu o totală impotență, pe care masochismul o presupune. În cel mai umil act masochist se poate observa o excepțională megalomanie, pentru că fiecare masochist este conștient că savurează erotica altfel decât omul obișnuit, că el este altfel decât normalul banal. Sadismul și masochismul extinse în sfera psihică ne pun în fața unor indivizi infantil construiți, a unor bărbați cu trăsături feminine și femei cu trăsături virile. Numim algolagnie impulsivă, sadismul care merge pînă la crimă sau grave lezări corporale sau masochismul care ajunge pînă la suportarea celor mai mari umiliri și răniri. În cazul în care jocul sadic-masochist se desfășoară numai la nivel psihologic, se poate vorbi despre algolagnii distone (BÖSTROEM), bazate pe fixații infantile și complexe de incest. La aceiași psihopat coexistă, adeseori, mai multe perversiuni: la scriitorii de anonime coexistă autoerotismul, exhibiționismul, sadismul, masochismul; la homosexuali — sadismul sau masochismul; la fetiști — sadismul (tăietorii de păr, spintecătorii de fuste); la pedofili, de obicei, sadismul (pedagogii bătauși); homosexualitatea, exhibiționismul, fetișismul și algolagnia coexistă, de multe ori, la aceeași persoană, fiind bazate pe infantilism psihic și ilustrînd teza lui KRAEPELIN, potrivit căreia psihopatiile sînt opriri în dezvoltarea instinctelor la un nivel infantil.
- **PSIHOPATIILE TEMPERAMENTALE (DISTIMILE)**
- Psihiatria clinică a tratat întotdeauna psihopatiile distimice cu vitregie, iar psihanaliza s-a ferit de o circumscriere precisă a distimicilor.
- În orice clasificare care folosește drept criteriu tipul de temperament, trebuie să se țină seama de pluridimensionalitatea acestuia, de factorii care stau la baza temperamentului așa-zis normal.
- Ritmul, forța și forma în care individul își exteriorizează temperamentul se numește fire; grupul distimicilor poate fi împărțit în hipertimici, hipotimici și poikilotimici. Această împărțire este pur didactică pentru că atît în domeniul normalității, cît și în cel al patologicului, hipo-, hiper- și poikilotimia se amalgamează în cele mai diferite proporții.
- **Hipertimicii:** limbajul comun le atribuie un temperament vioi; întreaga grupă are o excitabilitate crescută, o emotivitate reactivă extremă, un ritm de modificare a timiei foarte rapid.
- **Tahitimicii** este vioi, plin de viață, are o hiperkinezie constantă, neputînd sta locului prea mult timp, este mereu în mișcare, are o mimică veselă și mereu mobilă; vorbește mult, repezit și tare, însoțindu-și expunerea cu gesturi largi, iar atunci cînd vrea să demonstreze ceva o face cu „peripatetism”; mișcă totul în jurul său, schimbă locul obiectelor pe birou, pe masa de lucru sau la locul de muncă, fără ca aceste mișcări să compenseze o anxietate sau o jenă socială; hipertimicul autentic face mișcări absolut inutile și lipsite de semnificație, se mișcă în mod absolut gratuit, unele mișcări devenind automate, stereotipe, aproape ticuri; din punct de vedere timic, tahitimicii nu constituie o grupă unitară, unii fiind bine dispuși, alții disforici; adaptarea lor socială este destul de bună, chiar dacă uneori superficială din cauza hipermobilității lor patologice; tahitimicul nu este niciodată „nervos”, pentru că hiperkinezia lui nu-i permite acumulări afective prea importante; poate fi picnic, dar și longilinstenic; la tahitimic se creează un fel de cerc vicios al mișcării: nu este hipermobil numai pentru că temperamental nu poate fi altfel, ci violciunea lui este de multe ori stimulatată la maximum de hiperkinezia musculară, care pare să nu se epuizeze niciodată; deși nu caută conflictele sociale, le provoacă fără să vrea prin înegalitatea și discontinuitatea comportamentului lui; cînd supraorganizarea caracterială a tahitimicului este bună și puternică, el poate reprezenta un element social pozitiv, dînd ideilor sale, mereu schimbătoare, forme variate, utile; cînd mobilitatea excesivă a tahitimicului se exprimă mai ales în mimică, el poate fi un foarte bun comic sau clown; între hipomaniacal și tahitimic există deosebiri majore (deși pot exista tipuri mixte); diferența constă în faptul că tahitimicul se exteriorizează mai mult prin firea sa, hipomaniacalul mai mult prin dispoziția sa bazală.
- **Excitabilul** are o foarte pronunțată emotivitate reactivă, o permanentă excitație afectivă, care irumpe la cele mai mici incidente; extrem de rar, cînd organizarea caracterială este mai pu-

ternică, excitabilii știu să salveze aparențele, să pară oameni liniștiți ; în aceste cazuri, tensiunea afectivă se transferă în plan somatic, trădând excitabilitatea (paliditate sau roșeață, tremor, hiperpnee, simptome motorii) ; unii excitabili se stăpinesc într-un mediu social străin, dar în mediul familial (în special în propria familie) provoacă scandaluri, țipă, sparg, devin chiar agresivi : ei explodează doar în acele medii în care știu că nu vor fi pedepsiți ; unii excitabili își stăpinesc atât de bine defectul, încât îl pot demonstra la nevoie aproape după un mecanism isteric (fără ca aceste crize să fie pură simulare, pentru că, odată declanșate, nu mai pot fi oprite de bolnav) ; dacă mediul îl ignoră, criza se atenuază, stingându-se încet ; dispoziția de bază a excitabilului este, de cele mai multe ori, indiferentă ; viața lor interioară este destul de nediferențiată, crizele de excitație avînd aspectul unor acte biologice ; unii excitabili au remușcări pentru crizele pe care le fac și își cer iertare și scuze ; deși firea excitabilului este de cele mai multe ori dinamică, nu lipsesc cazurile în care scandalul este zgomotos dar fără agresivitate ; excitabilul are o fire slabă, exteriorizată prin crizele de excitație ; există deseori combinații de psihopat tahitmic cu excitabil, în cazul cărora crizele par mai firești decît la excitabilul pur, avînd un plus de rapiditate în desfășurare.

- **Explozivii** au multe asemănări cu excitabilii, dar au în plus capacitatea de a reacționa la cele mai mici incidente ale mediului exterior sub forma unor explozii (adevărate „baloane de săpun”), care apar brusc, durează puțin, se termină abrupt ; ei pot comite acte impulsive grave, pentru că debutul brusc și evoluția acută a unei explozii determină o oarecare îngustare a conștiinței ; criza explozivă este declanșată de cele mai banale conflicte sau incidente, existînd o disproporție categorică între excitant și reacție ; la tipurile primitive, criza explozivă nu are coloratură afectivă, dar la tipurile mai complexe pot apărea furie și anxietate ; în cazurile grave apar crize explozive de furie oarbă, cu un mare potențial de pericolozitate socială, însoțite de auto— sau heteromutilare.

- **Iritabilii** pot fi sau excitabili sau explozivi ; au o dispoziție de bază iritabilă, cu o tensiune interioară mereu reînnoită, cu tendință de descărcare (care lipsește atât explozivilor, cît și excitabililor) ; tensiunea iritabilă mărește reactivitatea și înmulțește numărul ieșirilor necontrolate ; din punct de vedere biotipologic, clinica arată că nu doar picnicii (așa cum cred unii autori) este iritabil ; există mai multe forme de iritabilitate : poikilotimică, ciclotimică, epileptică, maniaco-depresivă sau iritabilitate pură.



- **Certăreții** : tip psihopatic temperamental cu direcție comportamentală precisă ; certăreții au multe puncte comune cu iritabilii ; își concentrează toată energia în certuri și scandaluri cu anumite persoane sau instituții, deci cu societatea ; se deosebesc de iritabilii puri, care au o iritabilitate difuză și primară, descărcată anarhic pe primul obiect care le iese în cale ; certărețul caută „cearta cu lumînarea” și își alege adversarii.

- **Euforicii** : sînt tipuri temperamentale dintre cele mai pure ; sînt optimiști structural, cu o fire rapidă, puternică și mobilă, dar cu afectivitate superficială ; sînt mereu dispuși la orice activitate, au umor, sînt greu de indispus ; biotipologic, euforicii sînt, de cele mai multe ori, picnici ; apar uneori combinații excitabil-euforic și foarte rar euforic-exploziv.

- **Hipotimicii** : constituie tipul situat la polul opus al tuturor tipurilor hipertimice, paralelismul mergînd pînă la imaginea „în oglindă” a tuturor trăsăturilor.

— Hipotimicii care se caracterizează printr-o excitabilitate scăzută sînt numiți atimici, iar cei cu o dispoziție scăzută, disfiorici.

- **ATIMICII** sînt de trei feluri : flegmatici, apatici și moral insanity, cu două subgrupe : indolentul și moral insanity propriu-zis (Gemütlose).

- Flegmaticul constituie tipul opus tahitmicului, cu o motricitate săracă și lentă ; au multă răbdare, sînt dificil de dinamizat, au mimica redusă,

dînd uneori impresia că le este lene să și rîdă ; pot sta cu ceasurile pe un scaun de restaurant pentru a bea cîteva pahare de bere, fumînd 2—3 țigări, tîcînd și ascultînd ; au un foarte dezvoltat simț al umorului, însă firea le este de o lentoare extraordinară ; ajung rar la acte impulsive, dar atunci cînd le comit o fac sistematic și întemeiat ; nu au o structură atît de superficială cum ar părea la prima vedere, ci sînt greu excitabili, lăsîndu-se greu scoși din ale lor ; fiecare flegmatic are un „cîlcii a lui Ahile”, ceva legat de complexe, amintiri vechi care se actualizează, o inferioritate somatică trăită intens, pentru care poate face scurte izbucniri de furie teribilă (probabil este vorba de amalgamări cu psihopatul excitabil sau cu explozivul) ; flegmaticul autentic nu-și iese niciodată din limitele felului lui de a fi și are o dispoziție indiferentă sau senină.

- **Apaticul** : are o dispoziție complet ștearsă, tocită, nu are o viață afectivă interioară decît în măsura în care aceasta este absolut necesară pentru o minimă relaționare socială ; este lipsit de capacitatea de comunicare afectivă, iar încercarea de empatie cu el este imposibilă ; nu știe să își comunice afectiv stările emotive ; este indiferent, greu de influențat și rigid ; dacă moral insanity respinge contactul social, apaticul îl evită ; are o afectivitate globală incoloră și o dispoziție neutră.
- **Moral insanity** : are tulburări temperamentale foarte grave, care ajung, în mod secundar, la tulburări morale ; nu are de loc viață interioară ; creează o senzație de răceală și distanțare afectivă, în aparență neconcordanță cu firea acestui psihopat, care poate fi rapidă și mobilă ; are o construcție psihică primitivă ; ieșirile acestor psihopați sînt de o brutalitate rece, sadismul crimelor lor este cumplit ; există combinații cu explozivul, excitabilul ; din punct de vedere biotipologic este mai frecvent leptosom sau athletic decît picnic.

● **DISFORICII** cuprind următoarele trei tipuri : anxioșii, cu două subgrupe : timizii și fobicii, pesimiștii și depresivii.

- **Anxioșii** sînt persoane umide, la care anxietatea este liber flotantă, permanentă, fără conținut precis ; sînt nesiguri, în neîntreruptă stare de așteptare, incapabili de a se asigura împotriva anxietății ; au sentimente de inferioritate ; apărută primar, anxietatea se manifestă încă din copilărie, avînd puternice rădăcini biologice, numai secundar puțînd căpăta conținuturi fobice sau hipocondriace ; anxietatea timidului nu poate fi explicată numai prin factori sexuali, așa cum încearcă psihanaliza să facă.
- **Fobicii** au o anxietate secundară, țintită ; sînt slabi și nesiguri ; anxietatea are rol de vector,

fiind un fel de scut al celui slab ; fobicul temperamental face crize paroxistice de anxietate, dar în afara acestora poate fi mobil și puternic dispoziția lui bazală reprezentînd un amestec de anxietate și irascibilitate.

- **Pesimiștii (Missmütige)** au o dispoziție generală dezagreabilă, neplăcută, complementară unel tensiuni afective ; se situează între irascibili și depresivi, fiind mai puțin activi decît primii, dar mai puțin pasivi decît ultimii ; dispoziția lor bazală este un amestec de iritabilitate și depresie ; fără să fie trist, pesimistul nu știe să se bucure, să fie fericit, nu este multumit de nimic, dar nu-și exteriorizează această nemulțumire și nu îi caută cauze exterioare ; pesimistul pare că este supărat pe sine însuși ; are o fire lentă, slabă, încăpățînată ; umorul acestui tip este veninos, arțăgos ; are multe tangențe cu flegmaticul ; în combinație cu anxiosul timid, creează un tip cu mare dispoziție spre interpretări hipocondriace ; atunci cînd se supraadaugă irascibilitatea, se manifestă ca un individ chinuit și chinuit, care terorizează pe cei din jur cu fanteziile sale hipocondriace, cu felul lui de a fi ; la acest tip, raționalizarea anxietății dă naștere unor fobii bizare.
- **Depresivii** au o afectivitate tulbure, o concepție despre viață sericăsă și severă, în care viitorul este perceput ca sumbru și plin de pericole ; ruminează pesimist pe orice temă, se subapreciază, se simt slabi și nesiguri de sine, sînt ușor vulnerabili, aproape senzitivi ; au o incapacitate de a derula rapid trăirile, o stagnare și o ațătare de orice sentiment neplăcut ; au tendința de disimulare a depresiei, astfel că, din exterior, ei pot părea doar persoane serioase și reținute ; sînt sceptici, au un simț critic acut și o viață interioară bogată ; combinația depresiv-atică creează un individ distant și rece ; combinația cu psihopatul excitabil sau cu pesimistul creează un tip de depresiv rigid, egoist, certăreț, cu o ironie mușcătoare, care se bucură de necazurile altora ; nesiguranța sa internă îl poate conduce secundar la reacții anxioase.
- **Poikilotimicii** : tipică pentru acest grup este permanenta instabilitate a dispoziției bazale, a excitabilității și a modalităților de exteriorizare a afectivității. Schimbarea este legea de bază a acestor personalități, dar ea nu este legată strict de un eveniment, iar disproporția cauză-efect este întotdeauna evidentă.
- **Instabilii emotiv autohtoni** sînt, de obicei, combinații între euforici și depresivi : fie depresivi cu faze de scurtă durată de bună dispoziție, fie euforici cu scurte faze în care sînt depresivi ; în aceste faze, instabilul nu arată totuși ca un depresiv și, respectiv, ca un euforic tipic, pentru că periodicitatea endogenă îl învață cu

timpul pe individ că depresia va fi totdeauna coroborată de speranța euforiei, iar euforia va fi mereu voalată de depresia iminentă; faza euforică a instabilului nu este una tipică, semănând în miniatură cu o manie inhibată, iar faza depresivă este una neliniștită, anxioasă, o miniatură de melancolie agitată; între cele două faze, instabilul emotiv autohton este, de obicei, un irascibil, la care pot apărea multe manifestări psihosomatice (tahicardii, precordialgii, insomnii, disconfort abdominal); dispoziția în fazele de irascibilitate este una de umor macabru (Galgenuhumor); periodicitatea instabilului emotiv este variabilă, dar există o predominanță a fazelor euforice primăvara și vara, iar a celor depresive toamna și iarna (unii instabili vorbesc despre hibernarea lor); instabilii emotivi autohtoni se simt mai rău dimineața, se dispun după-amiază, pentru ca spre seară să aibă o timie normală; există un grup aparte de instabili emotivi, care la serviciu și printre străini fac față onorabil, dar odată ajunși acasă devin brusc depresivi; afectivitatea instabilului emotiv este superficială, mai ales în faza euforică; această psihopatie își găsește o expresie paradoxală la artiști, care creează debordant în faza euforică, corectînd și revenînd critic în faza depresivă, dînd astfel la iveală opere de artă de mare echilibru.

- Instabilii emotivi reactivi au drept caracteristică predispoziția pentru oscilații afective mari, sub influența factorilor externi: dintr-o dispoziție neutră, sub influența unor excitații neplăcuți, pot trece în depresie sau, dacă excitația a fost plăcută, în euforie; instabilul reactiv are multe direcții în care poate să străbată cu o repeziune extraordinară o gamă de stări foarte întinsă: euforie, depresie, anxietate, irascibilitate, excitabilitate, explozivitate; constituie terenul de predilectie al reacțiilor depresive; biotipologic, instabilul emotiv autohton este, de cele mai multe ori, pnicic, iar cel reactiv nu are o predispoziție constituțională; K. SCHNEIDER este de părere că nu există două tipuri distincte de emotivitate instabilă.
- Sensitivii: senzitivul propriu-zis nu aparține numai patologiei temperamentului, ci este și un psihopat distimic, la care temperamentul bazal rămîne permanent vizibil, în ciuda dantelăriei de idei prevalente și quasidelirante în care se înfășoară; are o mare înclinare pentru reacții depresive și foarte rar spre cele euforice, dispoziția bazală a senzitivului fiind cea a unui disforic depresiv; stagnarea la o trăire ofensatorie, incapacitatea de a depăși o stare afectivă sînt comune depresivului și senzitivului; senzitivul este un irascibil a cărui energie nervoasă se dirijează spre interior, se repliază spre sine,

pe fondul unei dispoziții bazale depresive, anxioase, pesimiste; este incapabil de descărcare: reținînd la infinit trăirile ofensatorii, le exteriorizează lent, aproape viscos; orice senzitiv poate descărca materialul afectiv acumulat vreme îndelungată prin reacții de scurtcircuit, care nu sînt în mod obligatoriu semnuri unui temperament de tip excitabil sau exploziv; senzitivii pot fi hip-, hiper- și foarte rar atimici.

● **PSIHOPATIILE CARACTERIALE (DISTONIIILE):** instinctele sînt direcționate; temperamentul este un dat global, difuz, nedirecționat; caracterul este fundamental finalist, axat pe direcție și scop.

- Caracterul poate lua două direcții precise: către propria persoană (asupra Eului), către lumea înconjurătoare (non-Eul).
- Finalitatea caracterului se poate deduce din jocul celor două direcții, Eu și lume, corelația dintre acestea avînd drept rezultată randamentul și eficiența activă; creația și valorificarea sînt scopurile principale ale persoanei; randamentul și eficiența activă sînt centrate pe valori.
- Persoana normală are scopuri, finalități și valori autentice, care se încadrează armonios în scopurile, finalitățile și în scara de valori a societății.
- Pentru psihopat, lumea nu este un cîmp al acțiunii constructive: scopurile și finalitățile sale sînt false, valorile sînt pseudovalori, iar lumea o scenă a vanității sale.
- Caracterul este o realitate fondată biologic, care se poate modela prin influența mediului; educabilitatea este proprie caracterului.
- Persoana normală se poate defini astfel: știi cine sînt, știi ce sînt, urmăresc anumite valori și scopuri autentice.
- Persoana psihopată din punct de vedere caracterial are abateri de la normă, sub raport cantitativ și calitativ, în aprecierea Eului și a lumii, în stabilirea valorilor, a scopurilor și a relației dintre Eu și lume.
- Psihopatiile caracteriale sînt descrise în raport cu următoarele cinci coordonate: corelația Eu-lume, autoaprecierea, aprecierea lumii, scopul urmărit, influența lumii asupra persoanei (deci patru factori legați de persoană și unul legat de mediul propriu-zis).
- Urmărind aceste coordonate, se pot descrie trei categorii de psihopați caracteriale: psihopații egolatri, cu subgrupele autiștii activi și egocentricii, psihopații autodepreciativi, cu subgrupele autiștii pasivi și introspectivi, și ambitendenții, cu variantele stenic și astenic.

● **Psihopații egolatri**: egolatria trece spre psihopatie în momentul în care afirmarea egolatră a Eului devine lege, constantă a existenței și mai ales atunci când, din cauza ei, individul ajunge mereu în conflict cu societatea; în aceste cazuri, toate valorile și scopurile pe care individul le creează și pe care și le propune sînt centrate asupra Eului; pe măsură ce egolatria crește, valoarea și considerația pe care Eul o acordă mediului social scade invers proporțional; egolatrii sîrșesc prin promovarea Eului lor suveran, manifestat prin voința de putere cu orice preț.



● **Autiștii activi**: principala caracteristică a acestor psihopați pornește de la considerarea Eului propriu drept foarte puternic, aceasta conducîndu-i la desconsiderarea completă a relației Eu-lume; autistul activ respinge lumea și orice relație cu ea, o disprețuiește, se izolează de ea, în măsura în care războiul permanent împotriva tuturor conduce la izolare; autistul activ se vrea un cuceritor, dar în lupta cu societatea pierde în mod firesc, fără să se considere vreodată învins, rămînînd într-o atitudine implacabilă și ireconciliabilă; cu cît nivelul intelectual al autistului activ este mai redus, cu atît el se avîntă într-o luptă mai îndrîjită; este în întregime lipsit de intuiție socială, nu are sentimentul relației interumane, considerîndu-i pe ceilalți inferiori și lipsiți de drepturi; nu are

niciodată prieteni, pentru că nu se poate strădui să înțeleagă un semen; supune orice activitate umană dorinței sale de putere, după formula „în afară de mine, nu mai există nimic”; nu caută în societate nici un fel de rezonanță a acțiunilor sale, nu simte nevoia de aprobare din partea societății, dorește puterea numai pentru sine; judecata societății nu-l interesează, orice sancționare a valorilor pe care le urmărește îl lasă indiferent; se consideră fanatic apărător a dreptății, evident al unei dreptăți foarte personale; scopurile pe care autistul activ și le propune sînt selectate dintre scopurile obișnuite ale societății (creație artistică sau științifică, poziție socială), cu diferența că nu realizează niciodată randamentul necesar pentru atingerea lor.

● **Egocentricii**: randamentul egocentricilor scade la zero, este mult mai redus decît la autiștii activi, în primul plan trecînd megalomania, satisfacerea dorinței de poză și semnificație socială, de prestigiu, toate axate pe pseudovalori sociale; egocentricul are un Eu slab, care poate genera complexe de inferioritate, este nesigur pe sine și supraaprecierea Eului este un mecanism de hipercompensare în fața recunoașterii intime a slăbiciunii Eului; egocentricul nu poate refuza în întregime societatea, așa cum face autistul, avînd nevoie de ea pentru a-și satisface exigențele ambiției sale nemăsurate; deviza egocentricului este „să mă comport cît mai bine în fața celorlalți, pentru a mă putea afirma”; egocentricul are nevoie de societate pentru a putea povesti succesele sale (de obicei false); egocentricul face din propriul său Eu un idol cărui i se închină, iar această divinizare a Eului merge în paralel cu desconsiderarea tuturor valorilor din jur; scopul social al egocentricului este unul fals, iar existența îi este inautentică, devenind o poză în slujba orgoliului și a ambiției; egocentricul savurează puterea aparentă prin admirația pe care societatea i-o acordă, spre deosebire de autistul activ, care savurează puterea în sine; slăbiciunea Eului egocentricului face ca acesta să caute indivizi mai tari decît el, cu care apoi, din necesități de consolidare, se identifică; egocentricul este doar o exagerare patologică a egoistului normal; limitele dintre egocentric și autistul activ sînt destul de imprecise: colecționarul autist și bizar este o mixtură de acest fel.

● **Psihopatul autodepreciativ**: spiritul de dăruire, de supunere și renunțare caracterizează orice acțiune normală, ajungînd să fie considerat drept patologic doar cînd subaprecierea Eului și supraaprecierea lumii se potentează la maximum.

— Există două posibilități de manifestare a tipului autodepreciativ : autistul pasiv, la care predomină frica de dăruire, și introspectivul, la care dăruirea ajunge la paroxism.

● Autistul pasiv are o teamă de propriul Eu, rezultată din slăbiciunea Eului și nesiguranța de sine, care-l conduc la reacții particulare față de lume, iar în cazuri extreme, la o retragere totală și fugi ; lumea este percepută ca dușmănoasă (aceasta rezultând dintr-un fel de refulare a nostaigiilor după lume), izolarea devenind o atitudine de asigurare împotriva vicisitudinilor mediului ; atitudinea față de lume este astenică și pasivă, rarele tentative de a depăși izolarea soldându-se cu eșecuri lamentabile ; viața socială și contactul afectiv cu lumea sînt fragmentare, pentru că el este preocupat doar de asigurarea securității Eului, astfel încît autistul pasiv apare ca neputincios și plin de resentimente ; nu știe niciodată să se aprecieze la justa valoare ; fiind silit mereu să se autodeprecieze, trăiește resentimente și o invidie extraordinară, care duc la scurte bufeuri stenice.

● Introspectivii au același Eu slab ca și autiștii pasivi, dar nu caută izolarea de lume, pentru că modul în care încearcă să-și consolideze Eu este pasiv, prin dăruire și supunere, dorind să fie înglobați și acceptați de lume ; ei vor să-și anihileze personalitatea prin înregimentarea pe care multitudinea de Euri ale lumii o presupune ; introspectivul realizează o dăruire patologică, transformată în scop în sine, cuprinzînd elementele unei jertfe făcute prea găgăgios, după formula : „nu sînt bun de nimic, iată pentru ce mă jertfesc, sînt făcut pentru a fi victimă, priviți-mă cum mă jertfesc” ; acest tip îmbracă o serie de nuanțe, de la subalternul de profesie, pînă la martirul din vocație (are legături subterane cu tipul masochist, așa cum autistul activ poate fi pus în relație cu sadicul) ; se feagă afectiv de semenii săi cu o ardoare extatică, dar în această legătură, introspectivul se caută pe sine însuși, propriul Eu, și ignoră reciprocitatea pe care orice relație o presupune : simpatia sa este falsă, lipsită de un real conținut comunitar ; în mod ultraparadoxal, introspectivul poate avea dorința de neputință (așa cum autistul activ are voința de putere) : anularea propriului Eu îl poate conduce la sinucidere, la care recurge în momentul în care nici o construcție interioară nu mai poate fi întreprinsă, cînd viața interioară se pulverizează prin analiză ; în cazuri cu totul excepționale, la persoanele dotate cu extremă inteligență, introspecția poate duce la realizarea unor valori sociale pozitive.

● Psihopații ambitendenți : la ambitendent, totul este bipolar : oscilează între autoapreciere

exagerată și depreciere, între ambiție patologică și umilință, între Eu și lume.

— Nu realizează niciodată nimic, pentru că orice joacă rolul indiferentului cinic ; orice hiperacțiune este anihilată de ambivalența lui absolută privind scopul și valoarea.

— Ambivalența duce la conflicte cronice, la tensiuni interioare mereu reînnoite.

— Ambivalentul nu ajunge niciodată la vreo hotărîre, la rezolvarea unui conflict sau, cînd o face, aceasta necesită multe jertfe în ceea ce privește integritatea scopurilor propuse și a valorilor urmărite.

— Există un ambitendent stenic, a cărui dorință de putere este dublată de un fel de ambiție egoistă, bazată pe un Eu slab, și un ambitendent astenic.

— Ambitentent este orice psihopat care-și amestecă în existență următoarele coordonate : voința de putere, dorința de a poza, resentimentele și teama de neputință.

— Mecanismul cel mai frecvent al psihopatiilor ambitendente este hipercompensarea, care ia naștere din dorința de a masca o nesiguranță internă și care ajunge, de obicei, la atitudini reprezentînd exact opusul situației care a generat-o : astenicul se simte puternic, timidul joacă rolul indiferentului cinic ; orice hiperdevine violent și coleric, nesigurul iritabil compensează este în directă legătură cu ambiția și megalomania ; prin hipercompensare, persoana capătă cel puțin o atitudine exterioară și un stil existențial, inexistentă dacă s-ar fi conformat adevăratului ei fond interior ; hipercompensarea oferă individului un rol și o mască ; în hipercompensare se observă întotdeauna ambitendentă.

● **PSIHOPATIILE COMPLEXE** : realitatea clinică arată că toate cele trei coordonate, instinct, temperament și caracter, sînt implicate în proporții diferite în structurarea unor personalități psihopatiche. Analiza care urmează privește cazurile cel mai frecvent întîlnite în realitatea clinică obișnuită.

● **Nestatornicul** : este acel individ care nu se poate încadra în limitele determinate de societate și nu poate avea și păstra un echilibru.

— Nu are resurse energetice pentru a respecta și urmări scopurile sociale pe care și le propune.

— Nestatornicii nu pot fi considerați (denumiți) abulici sau hipobulici, pentru că tuiburarea de voință este doar „polul cauzal” în etiologia psihopatiei.

— Coordonatele esențiale ale nestatornicului încep dincolo de problematica voinței, fiind legate de labilitatea persoanei, inconstanța și intensitatea redusă în urmărirea scopului.

— Nestatornicul are dese inițiative, dar nu le poate duce la îndeplinire, chiar dacă-și păs-

trează neatins un mic capital volitiv ; abulia sau hiperbulia nu sînt elemente simple ale persoanei (personalității), ci mecanisme complexe, născute din cooperarea instinctului și temperamentului, sub influența caracterului.

- Nestatornicul se demoralizează și este deziluzionat de societate, dar numai în mod secundar, ca o consecință a comportamentului său (referirea se face la cele afirmate de ADLER).
 - Nestatornicul manifestă imaturitate afectivă, este un slab instinctiv (în cel mai bun caz, un impulsiv), un astenic care poate fi pus ușor în mișcare de factori externi, este tipul omului care se „lasă dus de curent”.
- Combinția hipertimicului cu nestatornicul este periculoasă, configurînd tipul de individ care de la început nu se încadrează în disciplina școlară și familie, are mici acte de delincvență din copilărie ; la vîrsta adultă, din această categorie, după opinia autorului, se recrutează cartoforii, traficanții, proxeneții, prostituatele.
- Combinția nestatornic-poikilotim conduce la un tip care oscilează între hipertimie instinctivă și inhibiție.

● **Schizoidul :** în viziunea autorului, folosirea termenului de schizoid în mod extensiv este la fel de dăunătoare ca și încercările lui KRETSCHMER de a redeschide dihotomia schizofreniei/psihoză maniaco-depresivă. El are următoarele caracteristici :

- Psihopatul schizoid este un psihopat diston, cu autism activ sau pasiv, introspectiv sau ambitendent (ambivalent), mai rar egocentric, cu o predispoziție constituțională spre reacții sau „îmbolnăviri schizofrene”, și biotipologic nu este picnic.
- Nu orice psihopat care vine dintr-o familie „greu tarată” schizofrenic trebuie să fie în mod obligatoriu un psihopat schizoid.
- Este o eroare să se considere că psihopatia schizoidă este o schizofrenie abortivă, vindecată sau reprezintă sechelele lăsate de un episod schizofrenic.
- Psihopatia schizoidă nu este un diagnostic clinic, ci unul genealogic-psihopatologic.

● **Autistul rece :** temperamental este atimic, caracteriologic este autist, instinctiv poate fi tare sau slab. Este insensibil, apatic, tocit afectiv, are „daltonism moral”.

● **Autistul rece activ** este construit simplu și primitiv, este lipsit de simțul simpatetic al comunicării sociale și de cel al valorilor sociale. Rădăcina insuficienței morale a autistului rece activ se află în temperament, care este un dat biologic ; este iritabil, activ, tahitim, un fel de hipomaniac „rece ca gheața” ; trăiește pe picior de război cu toată lumea, atacă fără milă pe oricine, pentru orice motiv ; ostili-



tatea lui față de societate se îndreaptă rapid spre delincvență ; nu are scrupule, „călcînd peste cadavre”, e tiranic și incoruptibil, are umor macabru, rece și absurd ; cînd sînt foarte inteligenți, subiecții pot fi conducători de mase absurzi și fanatici ; se apropie de ceea ce LOMBROSO definea drept criminal înnăscut ; autistul rece activ este practic ineducabil, fiind „un caz cronic de la debut” ; cu vîrsta, devine mai puțin periculos, dar periculozitatea socială a acestui tip nu dispare niciodată.

● **Autistul rece pasiv**, în afara sărăciei afective, este caracterizat printr-o inerție sufletească foarte pronunțată și hipoexcitabilitate ; este incapabil să facă eforturi, nu are nici un fel de interese care să depășească cercul redus al necesităților de moment ; dau cel mai mare procent de delincvenți și criminali ; sînt înclinați spre toxicomanie, în special alcoolică, sînt brutali, primitivi, inerti ; este alcoolicul care, datorită slăbiciunii sale instinctive, devine poltron și gelos, terorizîndu-i pe cei mai slabi decît el ; sub influența alcoolului poate ajunge la cele mai diverse perversiuni și crime sexuale ; slab instinctiv, își satisface înclinația spre obscenitate pe căi ocolite, de surogat ; este încăpățînat, arogant, invidios la un nivel patologic ; subiecții sînt tirani familiari, care-și tracasează soția și copiii ; nu respectă și nu înțeleg necesitățile afective ale celor din jurul lor, iar cînd

li se impun anumite restricții, se lamentează și se simt frustrați; sînt predispuși pentru trăsături senzitive.

● **Anancastul** : cei mai mulți anancaști sînt astenici; terenul anancast se naște din reunirea unei particularități instinctive cu un anumit temperament, care poate fi disforic, dar și senzitiv.

- În lipsa unui temperament anxios-senzitiv, fenomenul obsesiv nici nu are cum să apară, elementul anxios-senzitiv dînd prilejul structurării sentimentului de vină, care conduce la nesiguranța senzitivă; din trăirea sentimentului de vinovăție ia naștere tendința de autopedepsire, dar și revolta împotriva culpei și a pedepsei, adică rădăcinile ambitendenței obsesive.
- Anancastul are următoarele caracteristici, care se adaugă fundalului instinctiv și temperamental: Eul slab, introversiunea, nesiguranța, subaprecierea Eului propriu, tendința spre fenomene de hipercompensare.
- Obsesivul gîndește astfel : „sînt sortit să fiu mereu chinuit, sînt destinat suferinței; pentru aceasta, obsesia vine la timplu oportun; prin suferința mea mă ridic deasupra celorlalți, celor care nu suferă, și astfel merit mila și atenția lor”.
- HOFFMANN arată că una dintre caracteristicile bazale ale obsesivului este, alături de scindarea antinomică, dragostea sa pentru obsesie; obsesivul are impresia că prin obsesie plătește tribut unei forțe superioare și că responsabilitatea sa față de semenii este mai ipsisită de importanță decît cea față de forțe oculte superioare.
- Obsesivul se teme de forța superioară, pe care o bănuiește prezentă în fiecare fenomen obsesiv, nerealizînd că se identifică cu această forță externă, autopedepsindu-se.
- Nu există un singur tip de anancast, singurul criteriu comun fiind nesiguranța generală, care însă este caracteristică și altor tipuri psihopatice.
- Anancastul vrea cu orice preț să rămînă mic și copil, dar copilul unei forțe mari, supranaturale; de aceea, nu apare eronată apropierea dintre mentalitatea obsesivului și cea religioasă, paralelă; această apropiere nu se limitează numai la asemănarea ritului și a cultului cu ceremonialul obsesiv.
- Obsesia ajută anancastul „să fie în același timp sclav și stăpîn”, „copil și părinte”, roluri pe care le mimează ca pe un joc; morala riguroasă, tirania etică a multor anancaști poate rezulta din ambitendență și supracompensare; obsesivul este în situația vulpii din fabulă, care vede strugurii, dar neputîndu-i ajunge, îi declară acrii.

— Anancastul nu este criminal, nu pentru că morala sa îl oprește de la crimă, ci pentru că topește instinctele criminale în forul său interior, dizolvîndu-le într-o magmă în care el singur este „delincvent și judecător”.

● **Senzitivul** : caracterial, senzitivul este un nesigur și un ambivalent, oscilînd între subapreciere și supraapreciere.

- La toți senzitivii există un „ghimpe stenic” (KRETSCHMER), care este motorul acțiunilor lor.
- Senzitivul pozează frecvent atît în fața sa, cît și în fața celorlalți, exhibîndu-se ca un sensibil, delicat și rafinat : „sînt atît de fin și de sensibil, încît toți ceilalți sînt niște brute în comparație cu mine; viața este brutală și ordinară, eu sînt un om excepțional, o excepție”.
- Caută să-i depășească pe ceilalți într-un fel oarecare, are un deosebit talent „să aleagă” din mediul înconjurător acele situații care-i sînt favorabile.
- Are instincte slabe sau nesigure; mulți senzitivi au infantilism psihosexual.
- Tipul cel mai interesant de senzitiv este revendicativul, care este activ, stenic, autist, hipercompensator.

● **Istericul** : caracteristica principală a istericului este neautenticitatea; este un om care vrea enorm de multe roluri, dar nu are talent pentru nici unul (KLAGES).

- Fiecare psihopat care urmărește un cîștig din boala sa produce simptome isterice.
- Persoana isterică este, într-o anumită măsură, psihopatul în stare pură; în concepția autorului, isteria nu există ca boală, există doar manifestări isterice și persoane isterice.
- Psihologic, istericul protestează împotriva rolului său sexual; este greu să spuie dacă istericul este un hiperinstinctiv sau un hipoinstinctiv, dar poți să spuie cu certitudine că, din punct de vedere instinctiv, ceva este în neregulă, fie și numai o nesiguranță a trăirii sexuale; frigiditatea feminină este cel mai frumos mecanism de protest împotriva rolului sexual determinat de structura biologică.
- Istericul nu știe să facă compromisul necesar și social indispensabil, între apetitul instinctiv și renunțarea instinctivă; din această cauză, este silit să recurgă la surrogate și refulare.
- la o atitudine narcisic-infantilă pentru a evita lucrurile neplăcute din lume, dar într-un mod diferit de copil, care profită de orice lucru plăcut.
- Din punct de vedere temperamental, istericul este de cele mai multe ori rece, incapabil de sentimente autentice, străin de o lume afectivă bogată (deși există și isterici iritabili, disforici sau chiar hipomaniaci).

- Din punct de vedere caracterial, istericul este un egocentric.
- Anancaștii și senzitivii doresc să rămână copii și-și construiesc lumea proprie ca și cum ar fi copii; istericii rămân copii, dar au pretenția să pară adulți, să joace rolurile acestora, dar și pe cel al copilului.
- Pentru isteric este importantă întotdeauna evidențierea persoanei proprii în raport cu publicul și rezonanța pe care o trezește în acesta.
- Fanfaronul isteric: vorbește mult, se laudă enorm, nu este un intelect liminar, dar este cu siguranță un „geniu pustiu” (genialoid — KRISCH); este prima treaptă spre pseudolog.
- Pseudologia este forma cea mai caracteristică a psihopatiei isterice. Minciuna este expresia unei nemăsurate dorințe de-a juca un rol, de-a poza; cei mai mulți pseudologi sînt foarte activi și cu o instinctualitate puternică (logodnicul de meserie, Don Juanul escroc), dar sexualitatea lor este lipsită de un scop precis; au multe înclinații spre perversiune. Pseudologul este un tahitim cu imixtiuni activ-austiste, este rece afectiv, lipsit de spirit comunitar; fabulația și escrocheria sînt situațiile în care pseudologul se simte cel mai bine: este mîndru de fabulațiile sale, ca un „artist de opera sa”; este un artist al falsului, fiind atît de încîntat de propriile sale minciuni, încît le crede reale (BIRNBAUM). Există mulți filantropi isterici, la care actele filantropice sînt făcute din simpla dorință de a se face cunoscut, de a se vorbi în societate despre ei (→ PAPPENHEIM Berta); de asemenea, există escroci la care mobilul criminalității este de aceeași natură.
- Trebuie amintite două tipuri speciale de psihopați isterici, așa-numitele canale isterice: scriitorii de anonime și otrăvitorii. Aceștia au o dublă existență, jucînd rolul unor oameni binevoitori și filantropi, pentru a-l putea chinui pe semenii la infinit și a ajunge la acțiuni criminale, de multe ori cu substrat sexual. Scriitorii de anonime etalează o deosebită corectitudine, poate „prea corectă”, tocmai pentru a putea masca mai bine (consideră ei) acțiunile lor; îmbracă masca unor corecți puritani, care își trimit scrisorile în cel mai mare secret, cu extrem de severe precauțiuni; dorința lor de a se afirma social, precum și impulsul lor de a juca un rol în societate se satisfac simultan: prin scrisorile anonime reușesc să răstoarne destine, să încurce lumea, joacă un rol care le dă senzația că posedă o putere secretă, prin care manipulează pe oricine. Otrăvitoarele pot părea normale, vesele, tonice, adaptate social, pot fi chiar filantroape,

bigote, celălalt versant arătîndu-le însă ca orgolioase, mincinoase, perfide, viclene, răutacioase, false: ideea de a otrăvi din întineric, în secret, este cea mai teribilă modalitate de agresiune în mîna unui individ slab și nepuțincios.

- **Hipocondriacul**: hipocondria este o scuză a Eului în fața lumii și în fața propriei persoane pentru randamentul realmente scăzut sau pentru un randament scăzut iluzoriu; comportamentul hipocondriac este un subterfugiu, prin care viața obișnuită, cu problemele ei, este eludată.
- Hipocondriacul este un individ cu un corp devitalizat, care nu suportă efortul, dar mai ales își refuză sistematic orice antrenament care l-ar putea întări și vitaliza.
- Instinctualitatea hipocondriacului este slabă, în special cea sexuală și, de obicei, hipocondriacul fabulează asupra faptului că diminuarea capacității sexuale a fost produsă de boala sa imaginară; uneori, în spatele scuzelor hipocondriacilor pentru slaba lor sexualitate stă o homosexualitate mai mult sau mai puțin latentă.
- Temperamental, hipocondriacul este morocănos, distimic, iritabil, depresiv sau anxios; se autoanalizează la infinit, pentru că este nesigur, pasiv, repliat mereu în fața vieții.
- Hipocondria este un fel particular de a căuta mereu întărirea propriului Eu, ca și o sursă de resentimente față de cei considerați sănă-



toși, un mod de a aștepta de la lume protecție, curățare și asistență.

- Caracterial, hipocondriacul este un autist pasiv, dar deseori se combină cu megalomanul și egocentricul și, în aceste cazuri, hipocondria devine o unealtă a dorinței de evidențiere.
- Debutul hipocondriei are loc, de regulă, în floarea vârstei, dar mai ales la climax și senium; îmbătrânind, individul este predispus să se analizeze, să-și observe corpul, mai ales pentru că viața instincțivă scade în intensitate; iatrogeniile apar la această vîrstă, pentru că fiecare hipocondriac senil va interpreta în manieră proprie sfaturile medicilor prea grijulii în legătură cu tensiunea arterială și scleroza vasculară.
- **Cverulenti:** instincțivi, aceste persoane deosebit de active nu sînt totdeauna puternice, cverulența putînd semnifica chiar o instincționalitate slabă sau nesigură.
- Majoritatea cverulenților sînt hipertimi și senzitiv, tensiunea interioară a cverulentului apărînd din combinarea irascibilității hipertime cu senzitivitatea.
- Cverulentul este în impact permanent cu lumea; este incapabil de relații sociale armonice și datorită sărăciei sale afective, coloritului său afectiv sărac; doar puțini cverulenți sînt normali afectiv și, chiar dacă întrețin relații afective normale cu cei din imediata apropiere, ajung la scandaluri violente cu alți indivizi din mediul social.
- Sărăcia afectivă îl împiedică pe cverulent să aibă spirit comunitar, să înțeleagă nevoile celor din jur; este un egocentric autist activ, care consideră că, în afara lui, nu mai există nimic valoros pe lume.
- Își satisface orgoliul și megalomania ca „luptător cu cavaler al unei justiții imanente”, se autoadulează, depreciază lumea, consideră că oricare dintre semenii săi trebuie să aibă o parte de vină.
- Cverulentul atacă societatea rigid, cu prejudecăți, violent și rece, convingîndu-se repede de tot ceea ce voia deja să se convingă; își formează repede idei prevalente, de care senzitivitatea îi împiedică să se mai detașeze.
- Cînd cverulentul renunță la ideile sale prevalente schimbînd „tema”, o face pentru că temperamentul hipertim sau tahitim îl împinge către acestea.
- Pot fi descrise trei subtipuri de cverulenți: Eristhiker (artăgoși) (termen creat de KRAEPELIN, de la Eris, zeita discordiei în mitologia greacă), cverulenții euforici hipomaniacali și cverulenții propriu-zisi.
- **Artăgoșii (Eristhiker)** au un temperament irascibil, care se asociază cu un caracter egocentric cu trăsături autist-active; sînt energici, încăpăținați, egolatri, încrezuți, circotași, lipsiți de scrupule; ei sînt „certăreții” obișnuiți.
- **Cverulentul euforic hipomaniacal** se deosebește de artăgos prin faptul că are, umor, se ceartă cu poftă și plăcere, ca și cum ar face sport, și nu totdeauna între patru ochi, nu ia în serios scandalurile pe care le face la fiecare pas; dacă ajunge la reclamații sau procese, dă dovadă de mare superficialitate, de necunoașterea spiritului legii.
- **Cverulentul propriu-zis** se deosebește de tipurile anterioare prin faptul că ajunge să construiască rapid idei prevalente fixe; se autoapreciază în mod deosebit, deprecînd pe toată lumea. Sub imperiul caracterului lor autist-activ, cverulenții duc lupte și susțin procese pentru o singură cauză, neglijînd toate celelalte valori care fac viața colorată și bogată în evenimente afective; ei nu doresc „să facă dreptate, ci doresc să li se facă dreptate”; nu au în nici un caz ceea ce se numește un spirit al justiției prea dezvoltat, pentru că vor să satisfacă cu orice preț, absolut și fanatic, legea, așa cum și-o imaginează ei (visează o lege perfectă, dar legea, atît timp cît este făcută de oameni, nu poate fi așa); sînt mereu în luptă cu societatea, procesele lor lungi epuizînd justiția.
- **Bizarul (excentricul):** este o categorie socială destul de răspîndită, bizarerii „obișnuiți” gîndu-se la hipoinstincțivi, nesiguri, anxioși, senzitiv, depresivi, anancaști, hipocondriaci, la care bizareria este în strînsă legătură cu nesiguranța lor originară, exteriorizată, prin hipercompensare comportamentală, în excentricitate.
- Bizarii au frecvent inferiorități ergenice (în special, hipoacuzie), care agravează maniera lor pasiv-autistă de a vedea lumea și viața și care-i conduce acesea la reacții paranoide.
- Bizarul este instincțiv neechilibrat, instincțele sale fiind slabe, în cel mai bun caz nesigure.
- Bizarerile fetelor bătrîne sînt generate de frica „de trăiri violente”, dar și de nostalgia după ele, nesiguranță și în același timp impertinență rigidă; se poate spune că, în mod paradoxal, aceste perscane sînt născute fete bătrîne.
- Pentru a motiva ciudățeniile lor instincțive, mulți bizari susțin că deficiențele lor își au originea în evenimente externe.
- Din punct de vedere temperamental și caracterial, se pot recunoaște două tipuri de bizari: bizari activi și bizari pasivi, primul caracterizat prin hipertimie stenic-activă, celălalt — prin hipotimie astenic-pasivă.
- Bizarul este mai mult sau mai puțin în opoziție cu lumea, marginalizîndu-se din cauza slăbului său contact social.
- Are tendința de a elabora o formă particulară de gîndire autistă, mixtură de logică prea

rigidă și discontinuități, care o fac incompre-hensibilă.

- Bizarrii activi sînt persoane care se identifică în întregime cu o idee prevalentă; această idee în sine poate fi acceptabilă pentru anturaj, dar maniera în care este îmbrățișată este unilaterală și lipsită de aplicabilitate, astfel încît ajunge să fie compromisă; bizarul activ își atacă dușmanii, lipsit de simț critic, cu tot felul de acuze posibile și imposibile; temperamentul este irascibil, iritabil, tahitmic, cîrpanos; este lipsit de umor; din această categorie fac parte inventatorii sterili, inițiatorii de proiecte falimentare, fanaticii expansivi; sînt oameni care vor mult, dar pot puțin.
- Bizarrii pasivi sînt astenici; devenind sclavii diverselor secte, urmează pînă la eșafod un conducător abil; părăsesc politica lor de non-rezistență numai dacă ideile lor prevalente sînt atacate direct; din această grupă fac parte vizitorii și fantezii bizari, suspicioșii geloși cronici; au aplicație deosebită pentru misterios și ocult, sînt predispuși să creadă, cu toate că nu sînt creduli; spirițiștii și superstițioșii sînt amestecuri de bizar cu anancast. Mai poate fi descris un bizar liniștit, singuratic și senzitiv, care-și ordonează viața după principiul absurd, dar inatacabil din punctul lui de vedere, manifestînd cele mai extravagante stupidități. Acești bizari sînt moralisti, pedanți, ascetici, ermiți, care pot ajunge, din teama de singurătate, în secte sau mănăstiri.
- Astenicul: constituțional, astenicul poate fi astenic propriu-zis, infantil, hipoplasic. Deci somatic, astenicii sînt gracili și slabi, cu oase subțiri, musculatură slabă, turgor redus al țesuturilor, cord în picătură, sistem nervos vegetativ hiperexcitabil, predispuși spre atacuri vegetative, puternic influențați de orice boală corporală, predispuși la o îmbătrînire rapidă, hipersensibili la orice efort psihic și orice trăire.
- Instinctiv, sînt slabi sau nesiguri, uneori evoluția lor sexuală stagnînd la perioada adolescenței; au o constituție psihosexuală infantilă; mulți dintre ei se mulțumesc cu propriile lor fantezii sexuale, care nu se exteriorizează niciodată, rămînînd doar dorințe neîmplinite.
- Temperamental, astenicul este mai ales un depresiv, cu un amestec de trăsături poikilotime și senzitive.
- Afectiv sînt reci, dar știu să mimeze simpatia; imixțiuni de irascibilitate și excitabilitate sînt frecvente, dar tahitimia nu există niciodată.
- Nu au elan vital, nici o trăire nu are plenitudine.
- Din cauza slăbiciunii sale constituționale, astenicul este în inferioritate în lupta sa cu lumea, fiind silit să ia o atitudine pasiv-artistă și introspectivă.

- Este un anxios în fața existenței, de care fuge sau căreia i se supune ca un sclav, dar poate ajunge și la resentimente atunci cînd megalomania sa larvară este călcată în picioare; în aceste cazuri, el se conduce după formula: „dacă și așa trebuie să sufăr, cel puțin să sufăr și voi cu mine”.
- Nu părăsește niciodată relația copil-părinte și de aceea cere de la semenii ajutor, milă, protecție; își întrebuințează toate micile inferiorități somatice, exagerîndu-le pentru a putea să-i domine pe cei din jur.
- Cei mai mulți astenici sînt, „ab ovo”, anxioși și timizi, încercînd să domine mediul din jur prin elaborarea secundară a acestei anxietăți, ajungînd la stări anxioase, fobii, nevroze, care intră în recuzita lor.
- Sloganul astenicului este „eu nu pot”; de aceea, astenicul este predestinat nu să-și trăiască viața, ci să o sufere.
- Astenicul este unul dintre psihopații care-și joacă cu plăcere rolul de martir.
- Trăsăturile masochiste sînt evidente în asemenea situații, dar și membrul cuplului familial care suportă un partener astenic nu este străin de mentalitatea masochistă.
- Toți cei care-și schimbă prea des meseria, locul de muncă, se plîng că au de lucru prea mult sau prea greu sînt, de obicei, astenici, cu imixțiuni de tip nestatornic.

Lucrarea lui N. PETRILOWITSCH, „Abnorme Persönlichkeiten” (1966), este o tentativă de clarificare, „în formă contemporană”, a conceptului de personalitate anormală. Autorul aplică în studiul său teoria structurii emisă de KRUGER-WELLES, urmărind corelația structură-situație-trăire. El afirmă programatic: „tipologia noastră, ca și oricare altă tipologie, nu este un răspuns definitiv la problemele puse, ci doar un îndreptar folositor pentru a ne descurca în jungla clinicii psihopatiei”. Consecvent acestui principiu, PETRILOWITSCH nu va da o nouă sistematică, ci va aduce adăugiri, corecții (implicate de modul de abordare structuralist) și nuanțări marii clasificări date de Kurt SCHNEIDER. El va descrie următoarele tipuri de „personalități anormale” (evitînd termenul de psihopatie):

- ANANCASTUL: Nesiguranța este principala caracteristică a acestui tip, rezultat al structurii particulare a personalității sale: suspiciune și scrupulozitate;
- Dispoziția anancastă se transformă în simptom pentru că obsesivul preia obligații pe care le consideră nerezolvate în momentul în care pentru persoanele normale sînt de mult încheiate;

- 1 Anancastul este lipsit de un „fundal pasnic”, fapt care-i menține într-o stare de „hipertrezire” conștiința morală (von GEBSATTEL) — nu poate face față niciodată cerințelor acestei conștiințe morbide ;
- Ultraconștiințiozitatea anancastului conduce la pierderea oricărei spontaneități : orice act, oricât de neînsemnat, care în mod normal se petrece aproape spontan sau, în orice caz, preconștient, este problematizat ;
 - Există o „scădere a pragului pentru problema-tizare”, conștiința morală devenind centrul persoanei ; anancastul este lipsit de încredere în propria afectivitate, a pierdut orice candoare sub povara unui complicat sistem de siguranțe și frâne, controlat de biruitoarea dar și inu-mana conștiință morală ;



- Rigiditatea anancastului se manifestă și prin exagerarea intensității emoțiilor, precum și prin incapacitatea de desprindere de orice trăiri (ceea ce conduce la diminuarea ariei de manifestare a emoțiilor) ;
 - Anancastul are un sentiment formal al datoriei foarte accentuat, dar acesta nu izvorăște din sentimente autentice, ci din pedanterie, toate lucrurile trebuind să fie la locul și la nivelul lor ;
 - Există un gen de anancasti al căror egoism se manifestă feroce, terorizând anturajul prin spiritul lor de dreptate și justiție, impunându-i propria ordine ;
 - Dispoziția bazală a anancastului egocentric este tristă, uneori disforică ; este total lipsit de umor, prin absența plasticității și stabilitatea Eului ;
 - Conștiința propriei valori este foarte ridicată (contrar părerilor exprimate de alți autori), dar și ea îmbracă același aspect static și formal : fanatism al adevărului, spirit absurd al datoriei împlinite, precizie milimetrică a unor acțiuni neimportante ;
 - Conștiința forței interioare este foarte scăzută, iar acest fapt se manifestă prin lipsă de spontaneitate, prin anxietate și descurajare, labilitate, timiditate ;
 - Anancastul prezintă terenul caracteriologic pe care se dezvoltă obsesiile manifeste (explicațiile psihanalizei privind legătura acestora cu sexualitatea neputând fi acceptate în cazul structurii anancaste) ; între sexualitate și obsesii nu există decât o legătură indirectă, care se corelează cu nesiguranta caracteriologică generală ;
 - Conținuturile obsesiilor sînt departe de a fi atât de obscene pe cît sînt interpretate ; ele par a fi mai ales legate de bipolaritatea „sfînt-desfrînat” ;
 - Pentru normali, bipolaritatea obișnuită a oricărei asociații „pur-obscen” nu este luată în seamă și nu este fixată ; anancastul nu reușește să se mai debaraseze de ideile care intră în sfera conștiinței ;
 - O eroare a psihanalizei a făcut să se ajungă la formulări ca : „anancastul este un odios plin de impulsuri criminale” (STEKEL) ; dar conținutul unei idei obsesive poate fi o crimă, însă și un lucru neînsemnat ; orice poate să cadă sub lupa analizei scrupuloase a anancastului, deoarece conținuturile obsesive sînt hiperflocante în jurul anancastului și doar întîmplarea îi valorizează pe unul sau celălalt ;
 - Sloganul după care se desfășoară viața anancastului pare să fie „cauze mici, efecte mari” ;
 - Studiile ereditare au arătat că, la psihopatie anancastă, există o mult mai clară contribuție a factorilor genetici decît în cazul altor psihopatii ; aceasta s-ar putea datora și faptului că
- „Ab ovo”, anancastul are o viață instinctuală nesigură sau săracă : dezvoltarea excesivă a conștiinței morale „și a rolului ei” se face pe fundalul unei crescute capacități de retenție a trăirilor afective ;
 - Distractibilitatea atenției pentru restul lumii conduce la scăderea capacității de contact cu lumea, dar în mod paradoxal, anancastul este incapabil de a crea relațiile sociale superficiale cerute în mod necesar de activitatea cotidiană ;
 - Este capabil de prietenii profunde, dar întemeiază greu altele noi, pentru că nu cunoaște drumul (sau dacă îl cunoaște, îl străbate cu extremă dificultate) de la amiciție socială la prietenie autentică ;

- din punct de vedere tipologic, obsesivul este un tip mai pur ;
- FREUD, în teoria sa asupra sexualității infantile, vede semnificația obsesiei într-o oprire în dezvoltarea sexualității în stadiile libidinale precoce ; în opinia sa, dezvoltarea obsesiilor se face în patru faze :
 - imoralitatea infantilă, în care trăirile libidinale sînt fixate ;
 - faza reproșurilor, în care amintirile plăcute din faza infantilă se asociază cu o culpabilizare, eliminată din conștiință prin mecanisme de apărare ;
 - faza sănătății aparente, în care neîncrederea în sine, scrupulele, timiditatea sînt singurele simptome (care rezultă din tipul apărării) ;
 - faza maladivă propriu-zisă, în care apărările cedează și amintirile refulate reapar ; obsesiile manifeste sînt un fel de compromis între conținutul refulat și reprezentările refulante ;
 - Psihanaliza clasică nu ține seama (sau atribuie un rol minim) de particularitățile persoanei în apariția obsesiilor, insistînd în explicarea lor în cadrul mecanismelor de apărare ; în acest fel este pusă în valoare „ficțiunea atît de dragă psihanalizei, conform căreia există o egalitate originară a tuturor indivizilor” ;
 - „Egalitatea” psihanalitică are drept consecință supraevaluarea influenței mediului social, postularea unei vulnerabilități egale a tuturor oamenilor la aceleași noxe ;
 - Punctul de vedere psihiatric pune un accent redus pe evenimentele copilăriei și traumele infantile, insistînd pe configurația structurii persoanei ; conținutul obsesiei la naștere din relațiile multiple ale structurii persoanei cu lumea, iar tematica reprezentărilor obsesive este în raport cu evenimentele trecute și prezente ;
 - Au putut fi observate trăsături anancaste la toți bolnavii obsesivi, deși nu se poate spune cum și cînd se face virajul de la predispoziție la boala obsesivă ; se pare că ar exista o dispoziție obsesiv-anxioasă lipsită de conținut obiectual, care este resimțită de individ ca un fel de tensiune ciudată, de indispoziție, de care nu se poate debarasa ;
 - Spre deosebire de normal, obsesivul trăiește ca și cum nu ar fi terminat completarea unui test, pe care de fapt l-a terminat de mult (are senzația neterminatului) ; în clipa în care începe o frază a testului, el descarcă o tensiune, dar incomplet, chiar dacă problema a fost pe deplin rezolvată ;
 - Tot ceea ce normalul trăiește ca terminat este pentru obsesiv un lucru nedus la capăt, o tensiune nerezolvată, o problemă încă deschisă ;
 - Începutul oricărei acțiuni este trăit ca o tensiune, oricît de banală ar fi acțiunea, iar anancastul alege un mod inefficient de a îndepărta această tensiune : începe altă acțiune (în acest fel, tensiunea se mărește și mai mult, prin angajarea într-o mulțime de acțiuni neterminate sau resimțite ca atare) ;
 - „Rezervorul de acțiuni neterminate” devine o periculoasă acumulare de dinamită, pe care orice scînteie o poate aprinde, provocînd debutul exploziv al bolii obsesive ; momentele critice ale existenței (pubertate), condiționările endogene (distimie, cicloidie) pot fi factorii favorizanți ai „erupției” obsesive ;
 - Perseverarea anancastă este uneori atît de mare, încît ajunge la veritabile cercuri vicioase care nu mai lasă loc nici unui alt conținut de conștiință ; persoana psihopată, în situații afective grave, poate face reacții foarte intense și psihotiforme.
 - **MORAL INSANITY (Gemütlos)** : Defectul esențial al acestei personalități ține tocmai de nucleul cel mai intim al structurii caracteriale care este „amorfa” ;
 - Din punct de vedere social, indivizii cu „moral insanity” sînt cel mai des implicați în acte criminale ;
 - De cele mai multe ori, acest psihopat este un abulic, un exploziv, un om al instinctelor, neserios și nestatornic pe plan social ; la acești indivizi nu este vorba de o deficiență intelectuală cum s-a presupus inițial (PRITCHARD, WESTPHAL, SCHLÖSS), ci doar de o defec-tualitate în ceea ce privește formarea sim-țului moral ;
 - Există opinia că psihopatul antisocial trebuie să fie un dușman al societății în orice clipă și în orice situație, afirmație inexactă care sim-plifică în mod nepermis problema ;
 - Psihopatul antisocial are o continuă „excitație afectivă”, în care apar și rare perioade cînd este capabil să stabilească legături sociale, cu alura unei minime sociabilități : „ieșiri senti-mentale vecine cu brutalitatea” (WELLEK) ;
 - Psihopatul antisocial ajunge la acte criminale pentru că firea sa dezordonată lucrează anarhic, fără contratipul conștiinței morale (care este sub- sau astructurată) ; rațiunea practică va influența totdeauna mai mult conștiința morală decît sentimentele și firea (care au determinări biologice sau imuabile) ;
 - În corelația „moral insanity” — criminalitate, gradul de inteligență al psihopatului se evi-dențiază adesea în maniera de comitere a furtului sau a crimei (dacă acestea se produc) ;
 - Antisocialul cu nivel sublimdrii ridicat și cultivat are posibilitatea sublimării instinctelor sale criminale (acceptate pînă la un punct de societate), devenind „tipul omului care dă

din coate", trăindu-și imoralitatea doar în acest tip de impulsivitate neplăcută ;

— Se poate chiar spune că, în funcție de cultură și de dorința de a se cultiva, antisocialul poate să se oprească la următoarele trei ipostaze :

- homo economicus fără scrupule
- impulsivul dornic de putere, care „trece peste cadavre”
- criminalul autentic ;

— La psihiatrie sau la tribunal ajung doar o mică parte din antisociali, cei evident conflictuali ;

— Nu orice adolescent cu „ieșiri amurale” devine psihopat antisocial, dar orice adult cu note de „moral insanity” are prognostic negativ ;

— Metodele de influențare și/sau tratament ale acestei psihopatii sînt foarte limitate ; psihanaliza a avut asupra societății (este vorba despre societatea contemporană autorului — n.n.) a opiniei publice, un efect nefast în sensul slăbirii frînelor privitoare la educația adolescentului, care a devenit „liberaloidă” — „educație” nu înseamnă libertate absolută, ci educare spre conștiința morală și spre sentimentul răspunderii.

● **TIMIDUL (SENZITIVUL)** : Este un individ cu o capacitate de înregistrare emotivă excepțională, dar lipsit de cea de exprimare a emoțiilor, mai precis, lipsit de capacitatea de descărcare a lor ;

— Contradicția dintre posibilitatea de înregistrare și cea de exprimare a emoțiilor conduce la un mod astenic de a trăi ; timidul este fragil, ușor de rănit, modest, cu mult bun simț, dar inhibat și complexat ;

— Timiditatea poate apărea și la alte tipuri de psihopatii, cum ar fi cea depresivă și cea astenică ;

— Complexele timidului nu sînt complet inconștiente, în sens strict freudian, evenimentele afective care rămîn aglutinate în conștiința bolnavului acționînd ca niște corpuri străine, cu potențial distorsionant deosebit ; complexul timidilor nu este decît o trăire înăbușită a sentimentelor, conștientizată de bolnav ;

— Timidul are un orgoliu care-l poate aduce în opoziție tranșantă cu mediul ; vulnerabilitatea sa rezultă tocmai din exagerata conștiință de sine ; complexul orgoliului lezat nu are posibilitatea de a se descărca în exterior ;

— Trăirile banale, pe care un individ normal nu le sesizează afectiv, pot deveni pentru timid tot atîtea prilejuri de consternare ;

— Rădăcinile psihopatologice ale timidității nu se rezumă doar la nesiguranța vitală a individului și la condițiile de mediu, în structurarea sa intră în joc : conștiința de sine, conștiința puterii proprii și conștiința valorii proprii ;

— Timidul este incapabil să se adapteze ritmului și discontinuităților din viața cotidiană, eșecurilor și succeseilor pe care, de altfel, le exage-



rează în ambele direcții, dar mai ales spre polul negativ, cel al eșecului ;

— Timizii sînt lipsiți de forță vitală, dar extrem de orgolioși ; ei mută accentul de pe conștiința puterii de sine pe conștiința valorii de sine ; „o valoare care călătorește în gol pentru că nu are sprijinul puterii — iată definiția timidului” ;

— Randamentul foarte scăzut pe care îl au timizii îi face să se refugieze la adăpostul conștiinței valorii proprii, mult mai dificil de măsurat ;

— Conștiința exagerată a Eului conduce la creșterea puterii de introspecție, făcînd dificilă relația cu mediul și determinînd la timizi conflicte bazate pe neîncrederea în ordinea ierarhică în care se situează ;

— Timidul se visează foarte des în centrul atenției sociale și deseori își imaginează că este desconsiderat în anumite medii (cînd, în realitate, mediile respective nici nu l-au observat), că nu i se acordă locul cuvenit în ordinea valorilor sociale ;

— Cu cît apare mai nesigur și mai sfios în exterior, cu atît va deveni mai sigur de propria valoare în interiorul său ; mulți timizi își cultivă sfiiciunea și pudoarea tocmai pentru a demonstra cu ajutorul ei, ostentativ, că sînt neînțeleși de lumea din jur ;

— Se pot diferenția următoarele tipuri de timizi :

- **timidul depresiv** : este predispus la auto-flagelare, oriunde și oricând ; pentru orice întâmplare minoră se găsește și se declară vinovat ; are o activitate intrapsihică deosebit de bogată, care reține și prelucreează orice stare afectivă timp îndelungat ; face crize de conștiință și transformă în probleme morale toate nimicurile ; oglindește puternic lumea din afară în propriul Eu, fără ca ulterior să descarcă această imagine, prelucrând la infinit materialul introiectat ; timidul depresiv nu ajunge niciodată în conflict serios cu lumea, pentru că drama lui este pur interioară ;

- **timidul iritabil** : își exteriorizează declamativ încrederea scăzută în forțele proprii, iar atunci când „paharul se umple” cu conflicte anodine, declanșează un scandal monstru care, intrat ulterior în faza de latență, va furniza material crizelor de conștiință și remușcărilor ;

- **timidul megaloman** : este un tip care ajunge la situații tragice în viață, deoarece la el se observă mai clar discrepanța dintre conștiința exagerată a valorii proprii și randamentul nul pe care îl are ; face dese reacții stenice, ca un fel de „revanșă” pentru lipsa de randament ; este în veșnic conflict cu lumea care nu îl înțelege ;

— Timidul este predispus spre comportamente paranoide, deoarece este înclinat să creadă că toți cei din jur îi observă conflictele interioare și îi cunosc slăbiciunile ;

— Maniera senzitivă de a reacționa nu este specifică doar timidului, putînd fi întîlnită și la astenic, depresiv, instabil emotiv, fanatic, anacast și exploziv ;

— Pentru timid, nu este indiferent în ce moment istoric și în ce tip de structură socială trăiește, acest tip de psihopatie fiind cel mai dependent de factorii de mediu social (decî și tratabil, dar și cu posibilități de evoluție spre agravare, la orice vîrstă) ;

— Copiii unici sînt mai predispuși spre acest tip de psihopatie, ca și spre interpretări prevalențiale și spre complexe de inferioritate rezultate din slăbirea sentimentului propriei puteri a Eului ;

— Caracterile timide apar, de obicei, ca rezultate ale unei îndelungate acțiuni tiranice și autoritare, exercitate de părinți dominatori, de regulamente pedagogice prea severe, care împiedică libera dezvoltare a persoanei și pot conduce spre apariția psihopatiei chiar în absența unui capital ereditar specific.

- **MEGALOMANUL ISTEROID** : Dorința de prestigiu social apare atît la omul normal, cît și la psihopații expansivi, la timizi, depresivi, avînd rădăcini foarte variate ; megalomania nu este o formă unică de psihopatie ; din punct de vedere caracteriologic, megalomanul, care dorește cu orice preț să joace un rol însemnat, este foarte apropiat structural sau superpozabil caracterului isteric ;

- Megalomanul isteroid caută în permanență excepționalul, indiferent că acesta se numește glorie sau abjecție (există megalomania minusului, a non-prestigiului social) ;

- Modalitatea isterică de reacție poate fi specifică pentru o anumită epocă istorică, dar nu este specifică pentru un anumit tip caracterial, deoarece oricine poate reacționa isteric (opiniile pentru folosirea cît mai restrînsă în clinică a termenului de isteric — PETRILOWITSCH) ;

- Marele grup al megalomanilor are o organizare caracterială care corespunde așa numitei „structuri lipsite de structură” (Strukturlosigkeit) ;

- Megalomanul prezintă o mobilitate a afectelor atît de mare, o inconstanță a manierelor de a reacționa atît de accentuată, încît poate pune în scenă orice ipostază de a fi social (fără a adera la vreuna) ;

- Salturile afective ale megalomanului isteroid se petrec într-o imensă gamă de tonuri, între cei doi poli ai afectivității ; el dezvoltă „o mie de simțăminte, dar nici un sentiment” (JANESCH) ;

- Megalomanul joacă rolul omului interesat de orice în cea mai înaltă măsură, fără a pătrunde nimic în mod serios, iar actele sale de voință nu au nici un efect real ; ele devin un joc în sine, deoarece nu sînt orientate spre un scop real, ci spre unul „făcut”, fals, neautentic, superficial ;

- Megalomanul isteric lasă întotdeauna impresia că nu este în stare să ia distanță față de evenimentele cotidianului și de erupția dorințelor sale ; el nu știe să facă o ierarhie vitală, să-și selecteze propriile simțăminte și acțiuni ;

- Gîndirea lui este spumoasă, de o superficialitate excepțională, dublată de grandilocvență ; dacă este corelată cu o inteligență bună, subiectul devine un bun causeur care cunoaște și stăpînește magia cuvintelor, inducînd în eroare pe ceilalți, manipulîndu-i cu îndemîinare ;

- Va pune totdeauna preț pe „cum spune”, fără să acorde importanță la „ceea ce spune” ; formalul va precumpăni în dauna conținutului, iar frumusețea propoziției va prețui mai mult decît adevărul conținut în ea ;

- Dorința de a brava îl va face să jertfească conținutul discursului de dragul unui efect (deseori ieftin) și să alunece spre pseudologie prin absența corelației cuvînt-realitate (căreia nu-i mai acordă nici o importanță);
- Este indiferent la stringența logică a expunerii și la respectarea faptelor reale, care sînt sacrificate în favoarea unor formulări frumoase, care conțin puțin adevăr, dar care acționează sugestiv asupra publicului;
- Megalomanul isteroid este o față bine lustruită, lipsită de orice conținut: opera „savanților” megalomani face mare vîlvă și există atît timp cît există „savanții” respectivi, care îi dau strălucire prin propria lor structură, după dispariția acestora, din ea nemairămînd nimic, pentru că, de fapt, nici nu a fost nimic;
- Acțiunile megalomanului isteric evoluează în afara conceptelor de scop sau valoare și sînt totdeauna lipsite de orice apreciere general umană; inconsistența afectivă generează o amplă gamă de libertăți comportamentale care îl conduc pe megaloman la adaptare în cele mai excepționale și bizare situații, la metamorfozare în cele mai ciudate constelații sociale;
- Trăiește la unison cu orice situație, cu orice parteneri, firește un timp scurt și, în mod obligatoriu, foarte superficial; relațiile megalomanului isteroid, oricît de bogate ar fi, nu au nici o valoare, pentru că sînt superficiale și nu se realizează în contemporaneitatea faptelor, ci în fantezia formelor;
- În ciuda adaptării sociale rapide, istericul nu știe să se adapteze niciodată trainic și cu scop, pentru că este lipsit de consensul interior care să-l umanizeze și să-i permită o comunicare autentică cu orice om;
- Spiritul de falsă libertate al istericului îl aduce în situația tragică de a fi prea liber, fără a se putea vreodată fixa nici în sinea lui, nici în trecutul propriilor sentimente; este ca o navă pe o mare în furtună, care nu poate ancora;
- Reversul goliciunii interioare este exagerarea machiajului și vestimentației, cu multe culori violente, țipătoare;
- Megalomania se combină deseori cu lipsa de scrupule și de afecte profunde, megalomanul rămînd surd la orice voce a conștiinței (J. WAGNER), „binele și răul nu sînt la el valori serioase” (von GEBSATTEL);
- Lipsa de conștiință morală este frecventă la megalomanii isteroizi, dintre care se recrotează mitomanii, șarlatanii, escrocii și escrocii internaționali;
- Exteriorizarea falselor sentimente îi răpește tot timpul iar viața sa interioară este nulă, ca și capacitatea de introspecție;
- Din punct de vedere clinic, se disting două tipuri:
 - *impulsiv-exaltatul*: instabil, pornit pe acțiuni dezordonate și fanteziste, afișînd o emotivitate stridentă, scontînd pe efecte și poze de scurtă durată;
 - *blazatul*: cu acțiuni reduse, cu lene față de orice inițiativă, afișînd o emotivitate intenționat „obosită”, o superioritate „obosită” (care, de fapt, nu ascunde nimic în spațiile ei), poze care pot merge atît de departe, încît să pară grimase.
- **FANATICUL ȘI PARANOICUL**: Intricarea dintre fanatici și paranoici este atît de mare, încît nu pot fi prezentați decît împreună, caracteristica lor comună fiind perseverența cu care sînt susținute propriile convingeri, ca și extrema rigiditate cu care afirmă că propriile păreri sînt adevăruri absolute;
 - Nu percep și nu înțeleg polimorfismul corelațiilor și condiționărilor realității și nici importanța factorilor ocazionali sau stabili de determinare, deoarece subordonează realitatea principiilor lor rigide și imuabile;
 - Legea după care se conduc paranoicii este că „din realitate trebuie culese doar acele date care convin propriei persoane, iar părerile celorlalți interesează doar în măsura în care se suprapun peste și pot fi încadrate în propriile păreri”;
 - Par indivizi „simplificați”, pentru că nu au libertatea interioară de alegere și opțiune, nu au o perspectivă critică a realității, nu pot face niciodată abstracție de propriile convingeri;
 - Paranoicul este omul limitărilor categorice, a hotărîrilor definitive, dușmanul oricărui compromis; convingerile sale sînt apriorice, expuse „ex cathedra” și nu lasă decît un loc infim mișcării motivaționale, adică a tot ce definește libertatea operațională a individului;
 - Acordă prioritate unor conținuturi de conștiință, subordonează toate planurile și acțiunile unor idei dominante;
 - Viața fanaticului și a paranoicului este săracă, meschină, pentru că acești indivizi nu acordă nici o importanță plenitudinii vitale a existenței, ei nu se pot bucura din plin de ea;
 - Sînt unilaterali, rigizi, lipsiți de dinamism, predispuși de a face din orice stop un scop în sine, incapabili de a vedea ceva din viață în afara propriilor idei prevalente;
 - Prin energia formidabilă pe care o investesc, prin centrarea asupra unor scopuri unice, paranoicii și fanaticii pot semăna, uneori, cu individul normal, energic și dinamic, care urmărește la un moment dat un scop într-o anumită sferă de activitate profesională: dar ei nu rămîn decît o caricatură con-

torsionată a normalității, dînd impresia că își „cultivă” unilateralitatea fanatică pentru a compensa și pentru a ascunde incompetența și incapacitatea lor profesională sau din sfera intimă („impotența paranoicilor”);

- Perseverența cu care este urmărită ideea unică este doar un mod de hipercompensare, prin care paranoicul reușește să uite sărăcia vieții sale interioare, lipsa de adaptare socială, falimentul interior;
- Un model psihopatologic al mecanismelor paranoiei îl oferă paranoia senilă: imposibilitatea de adaptare la situații noi este cea care generează idei paranoide; nesiguranța duce la suspiciune și la convingerea că în spatele fiecărei nereușite poate sta reaua voință a celorlalți (cf. „L'enfer sont les autres” — J. P. SARTRE);
- Slab cunoscător al firii umane, incapabil de empatie și simțonie, paranoicul se înșingurează și se izolează; este atît de încrezător în forțele sale, încît susține adesea că este clarvăzător, că are orizonturi atît de largi, încît scapă umanului simplu;
- Pentru paranoic contează doar speculația intelectuală și adevărarea ei într-o „realitate parțială”, pe care nu pregetă să o considere universală; „plusul de înțelegere logică a



paranoicului este dublat de un groaznic minus în ceea ce privește înțelegerea semenilor” (WETZEL);

- Sloganul paranoicului este: „doar cutezanța nebunească dă măsura adevărului”; a încerca să convingi paranoicul de incorectitudinea aserțiunilor sale este o muncă sisifică care se soldează, pentru cel care o face, cu înglobarea sa în „banda dușmanilor denigratori”;
- Paranoicul are o lipsă de umor și o incapacitate de autoironie ieșite din comun, este intolerant, are „o sensibilitate de mimoză și o seriozitate feroce”;
- Pentru paranoic, buna cuviință socială și auto-stăpînirea, necesare în jocul complex al relațiilor sociale, nu există, acest lucru fiind generat de hipertrofierea Eului, incapabil de orice modelare sau concesie;
- Trăsăturile de caracter paranoide se accentuează cu vîrsta, la aceasta contribuind „osificarea” obișnuințelor, rigidizarea vieții afective;
- Paranoicii fac ușor tulburări somatice psihogene, ca și cum nu ar avea încredere în propriul corp, propriile funcțiuni vitale devenind obiect al neîncrederii; prelucriile hipocondriace sînt, de asemenea, frecvente;
- De multe ori paranoicul este un fanatic, iar ori de cîte ori realizarea ideilor proferate de fanatic întîmpină greutăți, acesta devine paranoic;
- Dintre variantele psihopatiei fanatice și paranoice se pot individualiza:
 - *paranoicul obsesiv*: nu este condus de nici un fel de idee dominantă, este doar în permanență defensivă, luînd poziție de atac față de orice eveniment extern; este senzitiv, scrupulos, suspicios; ideile de influență se cuplează cu trăiri afective, astfel încît toate modificările mediului exterior provoacă acestor indivizi adevărate furtuni afective;
 - *paranoicii și fanaticii schizoizi*: sînt persoane extrem de rigide, bizare, manieriste, pedante, cu o dispoziție disforică (cel mai adesea, prost dispuși); scopurile pe care și le propun acești indivizi sînt iluzorii și stranii, argumentarea ideilor este mai puțin „logică”; contactul cu realul este nul și ei lasă impresia că, deși luptă pentru idealul lor, nu sînt absolut convingiți că acesta poate fi transpus în real; sînt idealisti, străini de lume și de plăcerile ei (reformatori, sectanți, apostoli ai păcii universale etc.), într-o gamă deosebit de largă, de la fanaticul luptător la acolitul lipsit de forță:
 - *fanaticul schizoid* este plin de resentimente, autist, egoist, avar, predispus spre o tematică de reformă socială; cel mai adesea aparține biotipului leptosom;
 - *cverulentul* este expansiv, uneori hipo-manicacal, activ, plin de dinamism social, cu energie debordantă, exteriorizîndu-se

prin discursuri și scrieri acuzatorii împotriva inamicilor, pe care, dacă nu-i are, îi inventează ; temele sale fiind mai bogate decât cele ale fanaticului, este și mult mai periculos din punct de vedere social, făcându-i pe cei din jur să se simtă permanent amenințați și expuși. Are deseori o megalomanie exagerată, corelată cu un puternic instinct de proprietate ;

- pseudocverulentul „inofensiv” se aseamănă cu cverulentul, dar este în stare, din oportunism, să revoce toate infamiile, pentru ca, la prima ocazie, să revină cu noi acuzații, dacă situația îi este mai favorabilă.

● **HIPERTIMUL** : Are o bună dispoziție crescută și o predispoziție spre permanentă acțiune ; uneori, cele două caracteristici diferă ca intensitate sau una dintre ele lipsește ;

- Hipertimul cu activitate debordantă este întotdeauna luat drept anormal ; prin permanentele sale inițiative, încurcă pe toată lumea ;
- Hipertimul care are doar dispoziția crescută este deseori considerat normal, un optimist necesar societății ; el înclină mai mult spre intensitate decât spre profunzime (în unele condiții, poate sintetiza ambele aspecte) ;

— Criterii de diferențiere față de maniacal :

- excitația nu este elementară
- siguranța de sine este mai labilă, deci poate fi influențată de către evenimentele exterioare
- ajuns la spital, „se liniștește”
- poate fi influențat psihoterapeutic ;

— Optimismul fără critică, credulitatea și încrederea naivă fac din hipertim un individ periculos social.

● **EXPANSIVUL** : Este mereu în acțiune, mereu bine dispus, tipul omului „care știe să se bucure și să râdă” (dar „râde cam mult” — susțin ceilalți) ;

- O analiză mai atentă arată că risul expansivului este o descărcare tensională care, redusă la esența ei, este o trăire neplăcută ;
- Expansivul este numai „senin” niciodată vesel autentic ; are o vitalitate spumoasă (dar superficială) ; lucrează mereu și râde într-una ;
- Este adeseori lipsit de voință ; face multe meserii, dar niciodată o profesiune ;
- Abulia pronunțată, combinată cu lipsa de frânăre în comportamentele sociale și deseori cu megalomania îl conduc uneori către pseudologie ;
- Expansivii sînt, de multe ori, tirani egoiști, altruismul fiind exclus în cazul acestor persoane ; sînt adesea certătoreți, pot face reacții paranoide sau cverulente și constituie

contingentul cel mai important de pseudocverulenți ;

- Finalul evoluției expansivului este deseori un alcoolism secundar grav ;
- Dezinhibiția expansivilor este datorată faptului că viața lor afectivă nu este niciodată supusă controlului rațiunii și nici nu este sub semnul valorii morale ;
- Gîncirea lor este asemănătoare afectelor : au un fel vital de a gîndi, cu asociații bogate și numeroase idei noi, de o mobilitate debordantă, depășită doar de superficialitatea acestora ;
- LERSACH descrie două subtipuri ale expansivului :

● **veselul („lustig”)** este sinton, în acord cu mediul, dar și dependent de el ; are nevoie de lume pentru a-și desfășura optimismul ;

● **seninul („heiter”)** are nevoie numai de sine însuși, pentru a vedea într-o lumină pozitivă orice mediu ; respectă doar rareori sau niciodată pe cei cu care vine în contact un timp mai mult sau mai puțin îndelungat.

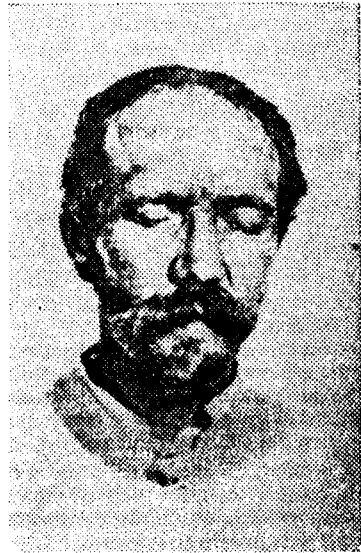
● **DEPRESIVUL** : Definiția cea mai bună este cea dată de KRAEPELIN : „oameni care își însușesc toate evenimentele vieții cu o coloratură afectivă tulbură, foarte apropiată de tristete și foarte susținută” :

- Un fundal depresiv pot avea și psihopatul nesigur, astenicul, obsesivul, megalomanul ;
- Sînt adinamici, astenici, ratigabili ; psihopatul depresiv nu are niciodată idei de autoacuzare, în schimb are frecvent prelucrări hipocondriace ;
- Dispoziția depresivă evoluează paralel cu astenia ; dificultatea de a trece la acțiune este expresia unei tulburări a conștiinței subiective, care instituie o cenzură de netrecut între intenție și acțiune ;
- Autoobservație exagerată, care duce la „fabricarea de măști” ; depresivul nu se mai recunoaște pe sine, analizînd pînă la pulverizare aceeași fațetă depresivă ;
- Face mai frecvent decât alți psihopați dezvoltări nevrotice ; sublimarea (în sens freudian) este unul dintre mecanismele de apărare predominante la acest tip ;
- „Depresivul autentic” (adică acela care nu este și astenic) este nesigur de sine, șovăitor, nehotărît, timid ;
- Depresivul astenic are o viață afectivă lipsită de culoare, este predispus spre interpretări, în sensul credinței că acceptarea micilor plăceri ale vieții ar fi urmată de pedepse mult mai grave ca depresia ;

- Mulți depresivi au trăsături anancaste, ceea ce îi împiedică să producă ceva în plan profesional ;
- Unii dintre ei, atunci când au faze depresive, se retrag în locuința proprie, în așa fel încît suferința lor rămîne necunoscută ;
- Evoluția depresivilor este diferită : unii merg din eșec în eșec, iar la bătrînețe devin agresivi, plini de resentimente, alții se adaptează social la un nivel mai scăzut, fără probleme deosebite ;
- Depresivii pot face reacții nevrotice secundare ; sensibilitatea deosebită a vieții lor afective, ancorată de nucleul central al personalității, îi împiedică să se descarce prin reacții violente, explozive ;
- Gîndirea depresivului cu note anancaste este greoaie, resemnată, lipsită de vitalitate, cenușie (WELLER), „senilă fără să fie bătrînă” ;
- Când depresia este caracterizată prin descușajare (și nu prin tristețe), psihopatul depresiv apare ca veșnic nemulțumit, lezat în orgoliul propriu, nesatisfăcut de propriul destin, pizmuitor și invidios ;
- Psihopatul depresiv este lipsit de umor, ceea ce îl conduce cu ușurință către reacții paranoide ;
- Dispoziția depresivă a acestui psihopat este indiscutabil ereditară, factorii de mediu avînd un important rol modelator : mediul nefavorabil influențează puternic depresia, făcînd ca unele tablouri să pară depresiv-psiho-tice.

● **ASTENICUL** : „Psihopatia astenică” acoperă aproape în întregime nervozitatea constituțională (konstitutionelle Nervosität) :

- Astenicii ajung repede în impas, atît din cauza caracterului lor, cît și din cauza structurii particulare a personalității lor ;
- Se poate vorbi de o „astenie ca dorință” (cei care se doresc astenici), o „astenie anxioasă” (cei care sînt obsedați de teama asteniei — astenofobi) și de o „astenie simplă”, rezultat al unui biotonus scăzut, ale cărui rădăcini se află în structura persoanei, ca un dat primitiv ;
- Astenia, manifestată prin simptomele epuizării, scăderii randamentului, impasului total, este caracterizată prin permanentizarea ei ;
- Randamentul astenicului este foarte redus și înclină spre scădere perpetuă ; „slăbiciunea vitală” este evidentă, dar uneori astenicii și-o compensează printr-o inteligență excepțională, ale cărei rezultate însă se manifestă fizic ;
- Astenicii nu prezintă de obicei interes clinic, decît atunci cînd sînt puși în situații deosebite fața de activitatea lor rutinieră : randamentul lor în situațiile respective fiind extrem de scăzut, fac reacții de tip anxios deosebit de grave ;
- O sarcină, la care normalul răspunde prin adaptare sau prin sporirea efortului, duce la astenic la o totală epuizare, care este doar „o alarmă teribilă la nivelul tuturor structurilor personalității” ;
- „Epuizarea nervoasă” este deviza unor persoane slabe, la care gîndirea și afectele sînt paralizate de sentimentul insuficienței, la care complexul de inferioritate se impune în conștiință ca o forță primară ;
- Prăbușirea critică a astenicului este punctul terminus al unui șir lung de conflicte cronizate, la care subiectul a fost supus ;
- Randamentul redus, rămîinerea în urmă permanentă, iluzia unei false motivații cu privire la aceste evenimente, chiar dacă parțial realitatea este cunoscută și acceptată de bolnav, conduce la agravarea crizei ; ea este cu atît mai dureroasă, cu cît nivelul intelectual al bolnavului este mai ridicat ;
- Deși pot face față unor situații excepționale (război, izolare), în momente de impas existențial, atunci cînd traiectoria vieții lor trebuie să se modifice, eșuează lamentabil, evoluînd cel mai adesea spre dezvoltări de tip hipochondriac ;
- Astenicul are un orgoliu nemăsurat pe care însă slaba sa forță vitală nu-l ajută să se satisfacă prin realizări și care îl împinge spre refugiul în boală ;



- Astenicul bine compensat este mai mult un caz psihologic decît unui psihopatologic ;

- Sînt astenici care procedează în fața vieții așa cum o fac copiii în fața unui text greu: îl încep de 100 de ori, fără a-l finaliza, oprindu-se la jumătatea paginii;
 - Apare uneori situația paradoxală că astenicii se orientează către situațiile cele mai grele, către meserii dificile, au planuri mărețe (generate de nemăsuratul lor orgoliu), prăbușindu-se în mod lamentabil;
 - WELLEK vorbește despre așa-numitul „fals elan vital”, care este doar dorința de a compensa un deficit;
 - Astenicul poate fi atât de copleșit de insuficiența sa vitală, încît cade pradă unei neliniști motorii dezordonate, începînd nenumărate acțiuni care rămîn nefinalizate;
 - Există și o „pseudoastenie” apărută în unele familii care, atunci cînd au un copil cu un nivel intelectual scăzut, preferă din orgoliu excesiv să-l declare astenic și să-i imprime și lui această convingere: reorientarea profesională pune rapid diagnosticul și elimină bănuita astenie;
 - Pierderea „naivității” față de propriul corp este o caracteristică a astenicului care devine hipocondriac: cu cît este mai inactiv, cu atît este mai hipocondriac, filozofînd în permanentă asupra funcționării defectuoase a organismului său (perfect normal în cele mai multe cazuri); introspecția patologică devine un simptom de bază al asteniei;
 - Corelația cu instabilii emotivi pare, așa cum arată și WILMANS, foarte strînsă; la fel și corelația cu megalomanii și fanaticii „pasivi” (matte Fanatiker);
 - Astenicul este un individ cu pragul de excitabilitate scăzut, în primul rînd față de senzațiile psihosomatice pe care le recepționează; fac ușor „false fobii”, cel mai frecvent fobii și/sau acusticofobii;
 - Gradul de luciditate a conștiinței pare uneori modificat, la acești indivizi aparînd depersonalizare și derealizare; instabilitatea emotivă (mulți instabili sînt și astenici) poate fi interpretată ca un fel de impresionabilitate reactivă;
 - Corelația instabilitate emotivă-astenie este mult mai puternică decît corelația astenie-depresie; numai în situații foarte grave depresia apare ca o stare reactivă (reacția obișnuită a astenicului fiind instabilitatea);
 - Reacțiile depresive ale astenicului (atunci cînd apar) sînt slab delimitate în timp, sînt trenante, de lungă durată, avînd la un moment dat o evoluție necaracteristică patologiei psihogene (ștergerea nu mai urmează o funcție lineară), iar raportul intensitatea evenimentului declanșator/gravitatea depresiei este incompreensibil; așa-numita „distimie endoreactivă” (WEITBRECHT) este probabil o stare de acest tip; „depresiile vegetative” (LEMKE) sînt tot reacții depresive ale astenicului;
 - Psihoterapia nu reușește să obțină rezultate decît la categoria așa-zisilor „astenici activi”, adică cei care se străduiesc, în ciuda capacităților reduse, să realizeze ceva; cei pasivi (impăcați cu condiția lor de astenici) sînt improprii pentru orice tentativă psihoterapeutică;
 - La astenici este important, afirmă FRANKL, să se evidențieze sensul și scopul pe care bolnavul își centrează existența: ținta psihoterapiei este de a pune de acord situațiile în care se înscrie subiectul cu forțele de care dispune;
 - Este important ca bolnavul să-și schimbe atitudinea față de propria astenie; reconsiderarea axiologică îl pune pe subiect în situația de a face eforturi de gîndire (pe care le suportă), care să-l conducă la o evaluare mai reală a resurselor;
- **INSTABILUL EMOTIV: WILMANS (1914)** introduce termenul de „instabilitate emotivă constituțională”;
- instabilii sînt tipuri cu reactivitate slabă, foarte sensibile, care sînt ușor influențabile;
 - Sînt sensibili-reflexivi, foarte apropiați de psihopatii astenici, depresivi;
 - Instabilitatea emotivă este, la această categorie de psihopați, mult superioară celei a normalului mijlociu, pus în aceleași condiții de climă, mediu, mediu social și avînd aceleași caracteristici somatice; reacționează paradoxal la noxe pe care ceilalți abia le sesizează;
 - Dispoziția instabilului emotiv oscilează între seninătate, veselie, speranță, sentiment de plenitudine a forțelor, certitudini și distimie, incapacitate de decizie, abulie, nesigură, fără ca aceste variații să aibă vreo explicație acceptabilă;
 - Este ușor influențabil, dependent, dispus la ruminări asupra nimicniciei sale; o parte din instabilii emotivi sînt apropiați structural de anancaști și fobici;
 - Dispoziția lor de bază este absentă, fiind înlocuită prin dispoziția momentană, influențată din exterior;
 - Instabilii se înrudesc cu astenicii prin faptul că modificarea permanentă și instantanee a dispoziției în funcție de evenimentele mediului îi conduce către o stare de oboseală cronică;
 - Predispoziția crescută pentru apariția simptomatologiei de tip fobic coexistă cu hiperestezie senzorială extremă; senzațiile sînt dihotomizate după modelul plăcut/replăcut (chiar și cele care pentru indivizii normali sînt imperceptibile sau indiferente);

- Instabilul emotiv are un fel particular de a cumula reacțiile mici din timpul zilei, după modelul „paharului care se umple” ;
- Caracteriologic, instabilul emotiv este : adaptabil, agil, dotat cu o sensibilitate de seismograf ; frecvent, astenicii sînt leptosomi ; psihopatia este mult mai răspîndită la femei.

● **EXPLOZIVUL** : Are drept caracteristică comportamentul inegal și reacțiile afective disproporționate ; comportamentul său este de tip scurtcircuit : necalculat, abrupt, discontinuu, plin de contradicții ;

- După un acces de furie oarbă, urmează un comportament în care pocăința plină de regrete este generată de nevoia de a relua contactele sociale ;
- În viața de familie predomină aceeași notă de scandaluri violente și bătăi singeroase, alternînd cu perioade de deosebită gingășie și calm, care creează impresia unui menaj ideal (la baza acestui comportament se află conștiința victoriei și nu sentimente reale ; el este dictat de nevoia aplanării cît mai rapide a situației create) ;
- Expansivul este lipsit de capacitatea de analiză și de sobrietate, incapabil să iasă „la rece” din situații complicate ;
- În termenii polari ai Eului și Sinelui, se poate spune că explozivul este omul Sinelui, adică al infrastructurii, al bazei endotimice ;
- Nu cunoaște posibilitatea rațională de a frîna emoțiile, fiind adesea mai puțin dotat intelectual ;
- Numărul celor care ajung în clinică crește în raport cu vîrsta ; motivele pentru care explozivii se internează sînt tentativele de suicid, bătăile acute și alcoolismul cronic, scandalurile violente, prezența lor fiind mai rar datorată acuzelor corporale ;
- Fac uneori reacții și interpretări paranoide, al căror mecanism psihopatogenic este distrugerea de către furtuna afectivă a oricărui ierarhie valorice și întreruperea oricărui relații cu mediul ;
- Combinația dintre explozivitate și alcoolism conduce la reacții paranoide sau megalomane compensatorii ;
- Corelația exploziv-epileptic nu este cu nimic mai semnificativă decît corelațiile cu orice alte tipuri de personalitate, chiar dacă între personalitatea psihopatică explozivă și personalitatea epilepticului se pot stabili o serie de paralele ;
- Așa cum în cazul psihopatului depresiv nu trebuie să neglijăm posibilitatea unui debut de depresie (endogenă), nici la psihopatul explo-

ziv posibilitatea unei epilepsii nu poate fi exclusă, dar rezultatele EEG nu pledează pentru o specificitate sau pentru modificări evocatoare în psihopatia explozivă ;

- Caracterial, explozivul este primitiv, dur, lipsit de capacitatea de adaptabilitate spirituală ; biotipologic, explozivii sînt adesea atletici sau displastici, și, în marea majoritate a cazurilor, bărbați.

● **ABULICUL** : Este tipul omului care se lasă influențat total de circumstanțele mediului exterior, fără a ajunge vreodată la un conflict creator mediului, deoarece individul este predispus spre o supunere pasivă față de orice voință străină ;

- Nu are spirit de opoziție, fiind la discreția tuturor, cu rare reacții de scurtcircuit, dar și cu recăderi rapide în starea de plasticitate patologică în fața oricărei voințe mai puternice decît a sa ;
- Este, în mod primar, incapabil de a desfășura acțiuni cu scop, la această incapacitate adăugîndu-se nestatornicia în urmărirea sistematică a unui scop, în caz că el a existat ;
- Sînt indivizi cu randament scăzut, nesiguri, timizi, descurajați și deziluzionați de viață, resemnați ; abulicul autentic este lipsit atît de voința internă, cît și de cea pentru acțiunea exterioară ;
- „Fierb la flacără mică”, se mulțumesc cu o viață foarte modestă, se lamentează cu privire la destinul lor și la nedreptatea lumii, dar nu mișcă un deget pentru a schimba ceva din situația lor ;
- Uneori, abulia se asociază cu indiferența, care conduce spre reacții minime față de orice modificare a mediului, spre o existență desfășurată sub deviza „îmi este egal” ;
- Au fost descrise diverse tipuri de abulici : abulicul indiferent, abulicul infantil, abulicul egoist, femininul, disforicul, anxiosul, șovăitorul, cel care ratează întotdeauna, abulicul fără simț critic etc. ;
- Abulicul are cel mai adesea și alte defecte mari ale structurii personalității, la care se poate adăuga inferioritatea intelectuală ; uneori este absentă orice structură de personalitate (personalitate amorfă), „moral insanity”, fapt care produce dificultăți diagnostice în raport cu hebefrenia cu evoluție torpidă ;
- Abulicul este incapabil să rămîină pe o direcție fixată, în urmărirea unui „fir roșu” de ghidaj ; se lasă ușor deviat de la un drum pe care l-a avut eventual jalonat în minte, spre alte scopuri (la care, inițial, nici nu se gîndise), pe care le va părăsi, de asemenea, în curînd ; nu se poate opune nici factorilor de mediu social, nici

- indivizilor în parte, nici propriilor viraje afective ;
- Trebuie „împins” spre orice activitate care poate să fie absolut necesară, dar acționează fără entuziasm, lipsit de interes și delăsător, indiferent la recompensă sau pedeapsă ;
 - Abulicul este complet lipsit de originalitate și profil personal, este tipul de persoană mediocră și plictisitoare; cu toate acestea, ei ajung rar în conflict, pentru că sînt în imposibilitate de a lua atitudine, trec neobservați ;
 - Cu toată supunerea lor extremă pot apărea și situații conflictuale, generate de faptul că nu pot face nici cel mai mic efort cînd li se cere ;
 - Lipsa de inițiativă și comoditatea lor, frizînd lenea, îi fac inadecvați pentru orice meserie ;



- „Copil problemă” pentru orice familie, abulicul încearcă să iasă din situație căutînd să aranjeze totul în modul cel mai comod posibil, folosind mijloace ilegale : înșelăciunea, fraudă, furtul sînt delicturile cele mai frecvente ale abulicilor ;
- Nu se poate stabili o corelație între un tip temperamental și abulic, doar depresivul astenic fiind uneori înrudit cu el ;
- Printre alte caracteristici se numără și înclinația abulicilor spre a se lăsa seduși și spre a nu rezista tentațiilor, cazul tipic fiind cel al toxicomanilor, la care impetuoșitatea instinc-

tivă coexistă cu o extraordinară lipsă de voință ;

- La adolescență se poate înregistra uneori o „abulie pasageră”, generată mai mult de neclaritatea scopurilor existențiale și de lipsa de cristalizare a personalității, specifice acestei perioade.

Organizația Mondială a Sănătății a adoptat, la cea de-a 29-a Adunare Mondială a Sănătății, la IX-a revizie a Clasificării Internaționale a Bolilor (I.C.D. 9), valabilă pentru perioada 1978—1988, în care tulburările de personalitate sînt incluse la codul 301 (301.1—301.9) ; în concepția echipei de experți care a elaborat acest capitol, tulburările de personalitate sînt grupate astfel :

- personalitatea paranoică (301.0) ;
- personalitatea distimică (afectivă) (301.1) ;
- personalitatea schizoidă (301.2) ;
- personalitatea epileptoidă (explozivă) (301.3) ;
- personalitatea obsesională (301.4) ;
- personalitatea isterică (301.5) ;
- personalitatea astenică (301.6) ;
- tulburarea de personalitate cu predominarea manifestărilor sociopate sau asociale (301.7) ;
- altele (excentrică, imatură, pasivă, agresivă, psihonevrotică) (301.8) ;
- fără precizare (301.9).

Aceste tipuri de personalitate pot fi caracterizate, în maniera în care au fost formulate de Comisia de experți OMS, astfel :

Tulburări de personalitate (301) — moduri de comportare neadaptată, profund înrădăcinate, de obicei ieșite la iveală în momentul adolescenței sau mai devreme ; persistă în cea mai mare parte a vieții de adult, cu toate că deseori devin mai puțin evidente către vîrsta mijlocie și bătrînețe. Personalitatea este anormală fie în echilibru, în calitățile ei, în exprimarea comportamentelor sale, fie chiar global. Această alterare este cauza suferinței pentru bolnav sau pentru mediul său înconjurător și are consecințe nocive pentru individ societate. Aceste tulburări sînt cîteodată semnalate cu denumirea de personalitate psihopatică. Dacă sînt datorate mai cu seamă unei disfuncții cerebrale, atunci ele nu vor fi plasate în această categorie, ci în aceea a sindroamelor cerebrale organice nepsihotice (310). Atunci cînd bolnavul prezintă o anomalie a personalității în raport direct cu nevroza sau cu psihoza sa, de exemplu personalitatea schizoidă la un schizofren sau personalitatea anancastă la un obsesional, atunci trebuie înregistrat în plus diagnosticul nevrozei sau psihozei corespunzătoare.

- **Personalitatea paranoică (301.0)**: tulburare a personalității în care există o sensibilitate excesivă la eșecuri, la înfrîngeri sau la ceea ce

este înțeles ca umilire sau refuz. Există o tendință de a deforma realitatea, interpretând ca ostile sau disprețuitoare acțiunile neutre sau binevoitoare ale altora, precum și o concepție agresivă și încăpăținată asupra drepturilor personale. Poate exista și o tendință spre gelozie și supraestimare a Eului. Unii din subiecți se pot simți iremediabil umiliți și dominați, iar alții, de o sensibilitate excesivă, se manifestă agresiv și inoportun. În toate aceste cazuri apare o tendință interpretativă exagerată.

Sînt exceptate, în viziunea OMS : accesele (bufeurile) delirante (298.3), stările delirante (297), paranoia alcoolică (291.5), schizofrenia paranoidă (295.3).

- **Personalitatea distimică (afectivă) (301.1):** tulburare a afectivității caracterizată prin existența în decursul întregii vieți a unei alterări a dispoziției, care poate fi constant depresivă, constant euforică sau să oscileze între ambele. În timpul perioadelor euforice, subiectul este de un optimism neclintit, are dorința de a trăi și o activitate neînfrînată, pe cînd în perioadele depresive este preocupat, pesimist, fără energie și dezinteresat de toate. Sînt exceptate, în viziunea OMS : ciclotimia (296.2 — 296.5), depresia nevrotică (300.4), neurastenia (300.5), psihoza afectivă (296).
- **Personalitatea schizoidă (301.2):** tulburare a personalității, caracterizată printr-o retragere de la toate contactele afective, sociale etc., cu preferință autistică pentru activitatea fantasmatică și introspecție. Comportamentul subiecților poate fi ușor excentric și exprimă tendința de a evita situații competitive. Răceala și detașarea aparente pot masca incapacitatea subiectului de a-și exprima sentimentele. Este exceptată, în viziunea OMS, schizofrenia (295).
- **Personalitatea epileptoidă (explozivă) (301.3):** tulburare a personalității, caracterizată printr-o instabilitate a dispoziției, cu tendință spre accese necontrolate de mînie, ură, violență sau afecțiune. Agresivitatea se poate exprima verbal sau prin acte violente. Aceste accese sînt greu controlate de bolnavi, care de altfel nu tind spre un comportament antisocial. Sînt exceptate, în viziunea OMS, nevroza isterică (300.1), personalitatea disocială (301.7).
- **Personalitatea obsesională (301.4):** tulburare a personalității, caracterizată prin sentimente de nesiguranță, de îndoială și de incompletitudine, ce antrenează scrupule, verificări, o obstinție și o prudență excesivă. Pot exista gînduri și compulsiuni obsedante și inopor-

tune, dar ele nu ating gradul de gravitate al nevrozei obsesionale. Nevola de verificare repetate încearcă să satisfacă tendința spre perfecționism, spre o precizie meticuloasă. Rigiditatea și îndoiala excesivă pot fi manifeste. Sînt exceptate, în viziunea OMS, starea fobică (300.2), sindromul obsesional (300.3).

- **Personalitatea isterică (301.5):** tulburare a personalității, caracterizată printr-o afectivitate superficială și labilă, dependență, nevoie de a valorifica și de a atrage atenția, sugestii-



bilitate și atitudini teatrale. Deseori există o imaturitate sexuală (de exemplu, frigiditate) și hiperreactivitate la stimuli. Sub acțiunea stresului se pot dezvolta simptome isterice (nevroză). Este exceptată, în viziunea OMS, nevroza isterică (300.1).

- **Personalitatea astenică (301.6):** tulburare a personalității, caracterizată printr-o supunere pasivă la dorințele celor mai în vîrstă sau ale altora, și prin răspuns nehotărît și neadecvat la exigențele vieții cotidiene. Lipsa energiei poate să se manifeste în domeniul intelectual și afectiv; capacitatea de a simți plăcere este redusă. Este exceptată, în viziunea OMS, neurastenia (300.5).
- **Tulburarea de personalitate cu predominarea manifestărilor sociopatiei sau asociate (301.7):** tulburare a personalității, caracterizată prin ignorarea obligațiilor sociale, indiferență față de alții, violență impulsivă sau instabilitate rece. Există o mare discrepanță între

comportament și normele sociale stabilite. Comportamentul este puțin modificabil prin experiență, inclusiv prin sancțiuni. Subiecții de acest tip sînt, de cele mai multe ori, inafectivi și pot fi anormal de agresivi și nechibzuți. Ei suportă greu frustrările, acuză pe alții, furnizînd explicații amăgitoare cu aparență de adevăr pentru actele care-i pun în conflict cu societatea. Sînt exceptate, în viziunea OMS, personalitatea epileptoidă (301.3), tulburările de conduită fără tulburări specifice de personalitate (312).

● **Altele (301.8):** este exceptată, în viziunea OMS, personalitatea isterică (301.5).

● **Fără precizare (301.9)***

În opinia școlii românești (PREDESCU), la mijlocul deceniului șapte, conceptul de psihopatie și descrierea anumitor tipuri de personalități psihopaticе au fost abordate într-o manieră eclectică, dar și riguros selectivă. Aderînd la principiile lui GANNUȘKIN de definire a dizarmoniei, după principiile totalității, constanței, intensității și dinamicii, precum și la cele ale lui KERBIKOV, de conturare a psihopatiei marginale, PREDESCU definește dizarmonia, preluînd constructiv și ideile schneideriene și cele ale lui PETRILOWITSCH, construind astfel, într-o manieră proprie și originală, un context al asimilării psihopatiilor — ca dizarmonii de personalitate. În descrierea lor aduce o nouă coloratură referirilor făcute de clasiци, pe care o împletește cu cea rezultată din experiența proprie.

Astfel, în 1976, PREDESCU recunoaște și descrie următoarele tipuri de psihopatii:

● **Psihopatii excitabili (explozivi) și dezvoltările dizarmonice psihopaticе de tip excitabil:**

Autorul definește această dezvoltare dizarmonică ca apărînd încă din copilărie și fiind caracterizată printr-o atitudine voluntară, îndărătnică, greu corijabilă prin măsuri educative și pedagogice, față de care astfel de copii sînt refractari; dezvoltarea se accentuează cu vîrsta, deoarece acești copii sînt atrași, mai ales, de exemplele negative.

— **Violenți, agresivi** la cele mai mici contrarii, acești copii vor deveni explozivi la vîrsta adultă, descărcările apărute la incitații minime fiind adesea de o intensitate dezastruoasă. Uneori, ele sînt urmate de sentimente de regret, căință, ceea ce-l deosebește pe exploziv de imoral (lipsit de conștiința răului făcut); alteori însă, aceste regreturi nu se manifestă, rămînd un fond dispozițional ostil, morocănos, de permanentă ranchiună, manifestarea explozivă în acest caz neavînd efectul „de răcorire” realizat prin descărcarea

afectelor primare, așa cum se întîmplă în primul caz.

— Rigid, stenic, egoist, egocentrist și violent, explozivul este greu de suportat în familie și societate. Implicațiile medico-legale ale faptelor sale sînt frecvente, mai ales că una din cele mai grave complicații ale explozivității este asocierea alcoolismului.

● **Psihopatii instabili — dezvoltările psihopaticе de tip instabil:** Definiția adultului instabil adoptată de autorul citat este cea a lui K. SCHNEIDER, care consideră că pe fondul dispoziției bazale constant depresive a acestor subiecți, orice întîmplare, oricît de lipsită de importanță ar fiea în mod obiectiv, declanșează conduite anormale și chiar antisociale: fugi patologice, risipirea unor sume mari de bani, înstrăinarea unor obiecte, dezertări din serviciul militar, vagabondaj, prostituție, incendieri.

— Autorul consideră că trebuie făcută diferențierea netă între dispoziția instabilului și cea a ciclotimului, acesta din urmă decompensîndu-se mai ales endogen, în timp ce primul se decompensează mai ales reactiv.

● **Psihopatii astenici — dezvoltările psihopaticе de tip astenic:** se definesc încă din copilărie printr-un complex de trăsături asemănătoare cu cele ale instabilului, dar la care se adaugă subaprecierea propriilor posibilități, izolarea, timiditatea, care-i ține la distanță de ceilalți copii. Constituțional au o capacitate de efort redusă, un prag extrem de scăzut al epuizabilității.

— De altfel, această trăsătură de fatigabilitate constituțională este caracteristică și patognomonică astenicului adult, alături de natura senzitivă, extrem de vulnerabilă, dînd aspectul de „slăbiciune iritabilă”, ceea ce va conduce, prin elaborări senzitive, la dezvoltări hipocondriace, apărute în urma unei introspecții perpetue și patologice.

— Deși capabili, pentru o scurtă perioadă de timp, de eforturi mari, ei nu pot menține aceste eforturi în timp, mai ales dacă astenia se împletește cu abulia.

— Deși apropiat clinic de depresiv, astenicul, din punct de vedere afectiv, este un neutru; apropierea poate fi făcută mai repede de psihastenie, mai ales prin apariția trăirilor de derealizare-depersonalizare.

— Deși mulți autori moderni au considerat schizoidul ca un fel de subdiviziune a astenicului, PREDESCU nu aderă la acest punct de vedere, recomandînd chiar folosirea mai judicioasă a termenului de schizoid.

● **Psihopatii psihastenici și dezvoltările psihopaticе de tip psihastenic:** sînt definiți de autor pornind de la clasiца afirmație a lui Pierre JANET că aceștia au drept trăsătură esențială „pierderea simțului realului”, ca o conse-

* Text preluat din „Manualul de clasificare internațională a bolilor”, București — 1978

cință a unei scăderi a „tensiunii psihologice”, care împiedică unificarea percepției cu elaborarea, sinteza și afectivitatea, astfel încât elaborarea unei acțiuni deliberate devine aproape imposibilă; psihastenicul este „omul acțiunilor care presupun automatism”.

— Dispoziția acestor indivizi este obsesiv-anxioasă, constituind un teren propice, prin intensitate, apariției fobiilor, obsesiilor, dubitațiilor și verificărilor, care, ele însele, creează un mare disconfort psihic.

— Psihastenicul, structură rigidă, are o patologică conștiință morală, ceea ce generează hiperconștiințozitatea, scrupulozitatea sa, dar și suspiciunea și nemulțumirea față de cei din jur, chiar o intransigență exagerată față de acțiunile proprii și ale celorlalți.

— Prezintă și șirul elaborării unui act într-o nesfârșită și sterilă elaborare dubitativă, el este incapabil (prin nesiguranță și neîncredere) de a lua hotărâri. Bun, chiar agasant de bun executant, perfecționist, el este un incapabil conducător.

— Glisarea spre ritualism, cu note bizare, egocentrice și egodistonice, predispune psihastenicul spre derealizare, depersonalizare, diferențierea de autist nefiind uneori deloc ușoară. Psihastenicul încearcă însă cu disperare menținerea contactului cu mediul, el cere ajutorul, pe care autistul îl refuză, atunci când îi este oferit.

● **Psihopatul isteric și dezvoltările psihopatie de tip isteric:** Tabloul acestei psihopatii, după autorul amintit, se conturează de la pubertate, când subiecții isterici apar capricioși, egoiști, dornici de afecțiune, de a fi mereu în centrul atenției, sensibili la laudă și nesuportând critica, la care reacționează prin zgomotoase și spectaculoase atitudini psihomotorii, fiind nestatornici și incapabili de o activitate constantă (doar dacă prin aceasta își pot atrage admirația).

— Încă din această perioadă, istericul devine un adevărat actor, înscenând situații în care are rolul principal, fiind un mincinos care, însă, crede în propriile minciuni.

— Istericul vrea să apară așa cum nu poate, și nu va putea fi niciodată. Constituția mitomaniacă îi poate fi uneori fatală, deoarece pentru a putea dovedi „adevărul” fabulațiilor sale, el poate recurge la orice mijloace.

— Imatur în afectivitate, gândire și sexualitate, el este incapabil de a înțelege trăirile celor din jur.

— Alături de mitomani, pseudologi, PREDESCU mai include în această categorie pe renumiți și (citindu-l pe KAHN) pe asociați (sau antisociați), care, din dorința de a se evidenția cu orice preț, pot deveni criminali, precum și pe „escrocii de spitale”.

— Apropiat de psihopatia isterică, autorul consideră a fi și sindromul Münchhausen.

● **Psihopatii timopați și dezvoltările dizarmonice de tip timopat:** Denumirea este preluată după POPOV, descriindu-se două tipuri de timopați:

● timopatul euforic, caracterizat printr-o afectivitate bazală mereu optimistă și nemodificată de inerențele dezamăgiri și obstacole existențiale, constituit astfel încă din copilărie când, neastâmpărat, superficial și instabil, este greu de abordat educațional și pedagogic.

— Puni de inițiativă, ei pornesc multiple acțiuni, având aspect de „tonic”, „stenic”, dar superficialitatea lor îi împiedică să le finalizeze. Sociabilitatea lor este numai aparentă, stabilesc ușor relații, dar tot atât de ușor renunță la ele. Sînt într-o permanentă mișcare sterilă, fără randament.

— Lipsiți de condiționalism și conformism, sentimentele lor sînt superficiale, de mică intensitate și scurtă durată; promit mereu, dar nu se pot ține de cuvînt. Reacțiile lor pot fi extrem de violente, agresive, dar rareori cu implicații medico-legale, hipertimii fiind ușor tolerați de mediu.

— O complicație frecventă este alcoolismul, care apare nu ca o nevoie internă de anxioliză, ci ca o nevoie de sociabilitate: hipertimul bea în anturaj.

— Dacă la isteric expresivitatea este un „instrument” pe care-l folosește pentru a ieși în evidență, la hipertim ea este constituțională, lipsită de scop, de beneficiu secundar. El își supraestimează Eul, dar pentru că acest adevăr este de la sine înțeles, el nu încearcă să „demonstreze”, ca istericul, această superioritate.

● timopatul depresiv se caracterizează prin dispoziția bazală pesimistă a afectivității este neîncrezător în el și în cei din jur, nimic și nimeni neputîndu-l mulțumi.

— Selectează din viață numai aspectele ei neplăcute și minimalizează sau ignoră pe cele plăcute.

— Această trăire poate fi însă, la un anumit nivel, ascunsă sub masca unei jovialități sau hiperactivități.

— El apare ca un orgolios, mereu rănit de ceilalți.

— Este un anxios care, destul de frecvent, își cupează anxietatea cu alcool.

— Capacitatea lui de autoanaliză este mult mai redusă decît la psihastenici.

— Aceasta „receptare sumbră” perpetuă a vieții poate aduce acestei psihopatii o coloratură astenică în reacțiile vitale, dar ceea ce-l deosebește pe timopatul depresiv de astenic este intensitatea trăirilor dureroase față de micile și inerențele impasuri existențiale.

— Timopatul depresiv, mai ales în perioadele de vîrstă critică ale evoluției sale, poate avea în mo-

mentul dezcompensării un veritabil, și deloc negli-
jabil risc suicidal.

● **Psihopații paranoici**: se conturează ca atare
mai ales după perioada adolescenței.

— Paranoicul se formează ca un psihorigid cu
sistem valoric propriu, cu un orgoliu excesiv,
lipsit de orice fel de maleabilitate la ideile și tră-
irile altora, inaccesibil contraargumentelor, cău-
tînd și găsind în oricare din experiențele vieții lui
argumente a unei dreptăți proprii și absolute



— Perseverența lui este fantastică, la fel ca și
intensitatea luptei sale, dar inadecvată ca scop.
Lipsit de tact, el va păstra aceeași atitudine, indif-
ferent dacă aceasta este sau nu încununată de suc-
ces.

— Din insucces paranoicul „nu a învățat”
decît să fie și mai perseverent în atitudinea care
l-a adus aici. De vină nu este el, ci ceilalți. Ade-
vărul îi aparține în exclusivitate, este unic și este
numai acela gîndit de el.

— Este un „rece afectiv”, lipsit de empatie și
simpatie, un orgolios care se iubește numai pe
sine; este incapabil de modelare față de reac-
țiile mediului.

— Nu este numai un luptător pe plan ideativ:
trece frecvent la acțiuni, nu neapărat agresiv-vio-
lente, dar revendicativ-averulente (frecvent re-
clamă, face memorii, cere anchete, face scandal).

— Ca luptător, el rămîne totuși în limitele
verosimilului, ceea ce-l deosebește de psihotic,
a cărui luptă este pentru un scop ce depășește
cu mult frontiera realului.

● **Psihopații impulsivi (perversiunile impulsive)**:
Preluînd și reevaluînd critic părerile lui KRAE-
PELIN, KAHN, GUREVICI, PREDESCU consideră
că impulsivii sînt subiecți la care acțiunea impulsivă
imediată, intempestivă, este o nevoie imperioasă
a descărcării unei reacții și tensiuni intrapsihice.

El include în această categorie:

● piromania, mai frecventă la femei și, se pare, mai
ales în perioada catamenială și la pubertate →
PIROMANIE;

● cleptomania, frecventă la copii și la femei,
manifestată episodic; lucrurile furate nu au o
utilitate practică, ci simpla lor privire declan-
șează apariția impulsivității → CLEPTOMANIE;

● mitomania, în care există o evidentă compo-
nentă isterică, dar care nu are rolul de a
denatura, de a induce în eroare, subiectul de-
scriind „pe viu, ca și cînd ar rememora, întîm-
plări trăite în realitate”. Mitomanul nu se
mulează după anturaj, el minte pentru că este
dominat de impulsivitatea de a minți, de a se lega
mai mult de ireal decît de real;

● dromomania, poriomania, vagabondajul apar
dintr-o necesitate periodică, dar imperioasă,
de a-și schimba locul, subiectul părăsindu-și toate
obligațiile, domiciliul, relațiile, poziția socială.
El pleacă de obicei „așa cum este”, fără bani
sau fără lucruri strict necesare — este o impul-
siune a cărei necesitate rapidă de a fi îndepli-
nită ignoră aceste accesorii. Desigur, aici se
impune diferențierea cu vagabondajul de alte
etiologii → DROMOMANIE, VAGABONDAJ.

— Aceste impulsivități nu presupun o îngustare
a cîmpului de conștiință de tip crepuscular, urmată
de amnezie, așa cum se întîmplă în automatismul
epileptic sau psihoza acută de șoc.

● **Psihopații perversi sociali (perversiunile se-
xuale)**: PREDESCU consideră că menținerea acestor
personalități în cadrul larg al psihopatiilor
este argumentată de existența unor „anomalii
caracteriale adînci, ce nu se reduc la o simplă ano-
malie de satisfacere a instinctului sexual”.

— El adaugă că „putem vorbi de perversiune
(psihopatie) în adevăratul înțeles al cuvîntului
atunci cînd devierea sexuală constituie o trăsătură
individuală a unei vieți”.

— Stabilește ca trăsături psihopatologice ale
acestor psihopați următoarele:

● precocitatea — apariția comportamentului
sexual deviat încă de la pubertate;

● facilitatea condiționării — un singur even-
iment determină schimbarea ireversibilă
a întregului comportament sexual;

- asocierea cu alte trăsături de tip hipersten (hipererotism, paranoism etc.) sau hiposten (răceală, nesigurantă de sine etc.);

- existența anomaliilor calitative, asociată uneia cantitativă (impotență, frigiditate).

În descrierea perversiunilor sexuale, PREDESCU adoptă clasificarea lui EY → PERVERSIUNI SEXUALE.

Manualul de diagnostic și statistică medicală al Asociației Americane de Psihiatrie, la cea de-a III-a sa ediție (DSM III), abordează problema tulburărilor de personalitate într-un mod mai puțin obișnuit pentru psihiatria din Statele Unite, făcând o „trănslație în sens invers”, către valorile psihiatriei și psihopatologiei europene. Autorii americani evită folosirea termenilor de psihopatie, personalitate dizarmonică, dezechilibrare etc., mulțumindu-se cu termenul imprecis, dar puțin angajant, de „tulburare” (disorder). Tulburările de personalitate nu reprezintă pentru autorii americani un diagnostic în sine, ci constituie a doua axă a diagnosticului multiaxial.

Modelele de gândire și de relaționare cu mediul social și cu propria individualitate a subiectului se exprimă în trăsături de personalitate. Prin tulburări de personalitate, autorii înțeleg acele trăsături inflexibile și dezadaptative care provoacă fie perturbări în funcționalitatea socio-profesională a individului, fie disconfort subiectiv. Tulburările personalității sînt ușor de recunoscut încă din adolescență (sau anterior acesteia) și persistă toată viața, atenuându-se de obicei cu vârsta.

Tentativa de europeanizare a psihiatriei americane rămîne totuși marcată de pragmatismul și funcționalismul specific acesteia. Autorii subliniază că multe din trăsăturile caracteristice diferitelor tulburări de personalitate, ca de exemplu tipul dependent, paranoid, schizotipal sau borderline pot fi întîlnite și în cursul unui episod aparținînd altei tulburări psihice, ca de exemplu depresia majoră. De aceea, diagnosticul de tulburare de personalitate nu va fi pus decît în prezența trăsăturilor respective de-a lungul unei perioade îndelungate din existența individului și nicidecum în cazul unor episoade limitate de boală.

Redăm mai jos concepția autorilor americani privind tulburările de personalitate.

Referitor la copil și adolescent, anumite tulburări de personalitate corespund entităților menționate în DSM III, la capitolul „Tulburări care apar de obicei în mica și marea copilărie sau

în adolescență”. Tulburările corespunzătoare sînt corelate după cum urmează :

Tulburări în copilărie sau adolescență	Tulburări de personalitate
--	----------------------------

- | | |
|---|---|
| ● tulburare schizoidă la copil sau în adolescență | ● tulburare de personalitate de tip schizoid |
| ● tulburare evitantă în copilărie sau adolescență | ● tulburare de personalitate de tip evitant |
| ● tulburare de comportament | ● tulburare de personalitate de tip antisocial |
| ● tulburare opozițională | ● tulburare de personalitate de tip pasiv-agresiv |
| ● tulburare de identitate | ● tulburare de personalitate de tip borderline |

Dacă trăsăturile specifice unei tulburări schizoide sau evitante din perioada copilăriei sau adolescenței continuă și în viața de adult, după vârsta de 18 ani, diagnosticul va trebui să fie schimbat în tulburare de personalitate corespunzătoare. Unii copii sau adolescenți prezentînd tulburări de comportament, în special tipul subsocializat agresiv, pot întruni criteriile de diagnostic ale tulburării de personalitate de tip antisocial a adultului, caz în care diagnosticul va fi schimbat corespunzător. La fel, unii copii cu tulburări opoziționale pot manifesta la vîrsta adultă un tablou încadrabil în tulburarea de personalitate de tip pasiv-agresiv, iar alții, cu tulburări de identitate, se vor putea încadra ulterior în tulburarea de personalitate de tip borderline. Celelalte categorii de tulburări ale personalității se pot aplica în cazul unor copii sau adolescenți la care se evidențiază caracterul stabil al unor trăsături dezadaptative ale personalității, exprimate în situații deosebite, și care, foarte probabil, vor rămîne nemodificate în timp.

În ceea ce privește adultul, individul care prezintă tulburări ale personalității se arată nemulțumit de impactul pe care îl realizează pe plan comportamental asupra celorlalți sau de propria neputință de a se adapta în mod eficient. În unele cazuri se realizează un ego-sintonic (atunci cînd trăsăturile respective nu sînt considerate ca indezirabile de către individ) sau, în alte cazuri, un ego-distic (individul este incapabil să se modeleze, în ciuda depunerii unui mare efort). Se întîlnesc deseori tulburări ale dispoziției, inclusiv depresie sau anxietate, constituint principalele acuză pe care individul o prezintă în

fața psihiatrului. Tulburările de personalitate își au, prin definiție, debutul în copilărie sau în adolescență și persistă cea mai mare parte a vieții adulte.

Afectarea activității pe plan social și profesional se produce în mod pregnant și de obicei susținut, deși poate fi evidențiată uneori numai episodic sau îmbrăcând forma unor episoade repetate de reducere a capacității de muncă. Cu excepția tulburărilor de personalitate de tip antisocial, schizotipal și borderline, indivizii cu tulburări de personalitate necesită numai rareori spitalizare, cu excepția situației asocierii unei alte tulburări, ca de exemplu toxicomania sau depresia majoră.

● **Tulburările de personalitate și tulburările psihotice.** În cazurile lor bolnavi psihotici suferind de schizofrenie sau paranoia, autorii americani admit posibilitatea existenței unei tulburări anterioare a personalității (premorbidă), pe care o recomandă a fi menționată în formularea diagnosticului psihozei respective.

● **Tulburări de personalitate specifice.** Autorii remarcă faptul că, în mod tradițional, clinicianul se orienta în diagnosticarea tulburărilor de personalitate spre găsirea unei singure și specifice tulburări, care să definească, în modul cel mai fidel, dezadaptarea individului. Deseori, acest lucru se poate realiza cu mare greutate, deoarece mulți indivizi prezintă trăsături care nu pot fi încadrate unei singure tulburări de personalitate. Autorii americani recomandă ca aceste cazuri să fie diagnosticate separat, cu condiția îndeplinirii criteriilor respective.

Precizând că există o mare variabilitate în modul de descriere și de stabilire a criteriilor de diagnostic ale tulburărilor de personalitate, autorii grupează tulburările de personalitate specifice în trei grupe:

- tulburări de personalitate de tip paranoid, schizoid și schizotipal;
- tulburări de personalitate de tip histrionic, narcisistic, antisocial și borderline;
- tulburări de personalitate de tip evitant, dependent, compulsiv și pasiv-agresiv.

În fine, mai există tulburarea atipică, mixtă sau încadrabilă la categoria „altele”, în care pot fi incluse acele tulburări de personalitate ale căror caracteristici nu corespund tulburărilor specifice de personalitate descrise de DSM III.

● **Tulburarea de personalitate de tip paranoid.** Trăsătura de bază a acestei tulburări de personalitate constă într-o persistentă și nejustificată suspiciune și neîncredere în oameni, hipersensibilitate, afectivitate redusă, în absența vreunei alte afecțiuni psihice (de exemplu schizofrenia sau tulburarea paranoidă). Deși nejustificată, atitudinea suspicioasă se exprimă în multe situații dificile din timpul vieții. Astfel, un individ cu tulburări de personalitate de tip paranoid ignoră evidența

unor contraargumente convingătoare și poate deveni chiar bănuitor în fața încercărilor cuiva de a-și lătura suspiciunile. Acești indivizi manifestă hipervigilență și, în consecință își iau precauții excesive față de orice posibilă amenințare. De obicei, nuși recunosc vina, chiar dacă este dovedită, apărând în ochii celorlalți ca reținuți, închiși, nesinceri și schematici. Pun sub semnul întrebării sinceritatea și „credința” altora, așteptându-se tot timpul să li se întindă capcane (punct de plecare pentru apariția geloziei patologice). Ivrirea unei situații noi determină la acești indivizi căutarea intensă și insistență a confirmării propriilor așteptări, ignorând contextul global. Concluzia finală este, de obicei, exact aceea care fusese preconizată de la început. Sînt preocupați de găsirea unor motivații ascunse și a unor semnificații deosebite. Deseori pot apărea idei de relație, avînd un caracter pasager. Indivizii prezentînd aceste tulburări sînt de obicei argumentativi, exagerînd greutățile („fac din țîntar armăsar”), neputîndu-se deconecta și neelimînd tensiunile, pregătiți mereu de contraatac la cei mai mic semn de amenințare pe care îl percep. În ciuda faptului că sînt deosebit de critici cu ceilalți, generînd deseori litigii, ei acceptă cu greu criticarea lor. Afectivitatea este redusă, dînd impresia de tipi „reci”. Nu au simțul umorului și manifestă multă seriozitate, făcînd deseori o virtute din trăsăturile de obiectivitate, raționalitate și absența a modulării emoțiilor. Rareori manifestă sentimentalism, tandre. Indivizii cu acest tip de personalitate sînt considerați deseori de ceilalți ca energici, ambițioși și capabili, dar și mai frecvent, dușmănoși, încăpățînați și în continuă apărare. Au tendință la rigiditate și nu vor să se compromită. Sînt preocupați să nu-și piardă independența sau puterea; încearcă să modeleze evenimentele în funcție de propriile lor dorințe. Evită intimitatea, exceptîndu-i pe cei în care au absolută încredere. Acceptă participarea la activitățile de grup numai dacă ocupă o poziție dominantă. Sînt interesați de invenții mecanice, de electronică, automatizare. Sînt preocupați de putere și rang, devenînd invidioși și geloși pe cei ce ocupă posturi importante. Disprețuiesc pe cei slabi, bolnăvicioși sau pe cei fără apărare. În general, nu sînt interesați de artă sau de estetică. În timpul perioadelor de stres maxim pot apărea simptome psihotice tranzitorii, insuficiente pentru diagnosticul altei entități nosologice. Dezadaptarea este în general redusă, deoarece acești indivizi își dau seama că este mai prudent să-și păstreze pentru sine propriile idei. Totuși, mai apar dificultăți, de obicei în cadrul relației șef-subalterni sau cu colaboratorii. În cazurile mai severe apare deteriorarea gravă a tuturor tipurilor de relație.

Autorii americani evidențiază neclaritatea care mai există în stabilirea unei relații dintre acest tip de tulburare a personalității cu tulburările



paranoide și schizofrenia paranoidă, admitând totuși rolul predispozant al trăsăturilor de suspiciune și hipersensibilitate în dezvoltarea tulburărilor menționate. Nesolicitând aproape niciodată un ajutor, indivizii cu acest tip de tulburare a personalității vin rareori în contact cu clinicianul psihiatru. Ei se regăsesc, datorită tendinței lor la moralizare, grandoare și revendicare, printre conducătorii unor grupări religioase ezoterice, pseudoștiințifice și cvasi-politice. Se pare că tulburarea se întâlnește mai frecvent la bărbați.

Diagnosticul diferențial se face cu tulburările paranoide și schizofrenia paranoidă, în care persistă simptomele psihotice (ideile delirante și halucinațiile), ceea ce nu se întâlnește în tulburările de personalitate de tip paranoid. Câteva caracteristici ale acestei tulburări se întâlnesc și la tulburarea de personalitate de tip antisocial.

Criteriile de diagnostic pentru tulburarea de personalitate de tip paranoid sînt următoarele:

- A. Suspiciunea constantă, nejustificată și neîncrederea în ceilalți, indicate de cel puțin trei dintre următoarele manifestări:
- bănuiala de a fi înșelat (capcane) sau lezată;
 - hipervigilența, manifestată printr-o cercetare continuă a mediului, în vederea depistării unor semne de amenințare, sau prin luarea de măsuri inutile;

- reticența și discreția;
 - evitarea acceptării propriei vinovății, chiar cînd aceasta este dovedită;
 - punerea la îndoială a loialității altora;
 - intensă preocupare pentru confirmarea supozițiilor sale, cu pierderea aprecierii contextului global;
 - excesiva tendință de a găsi motivații ascunse și semnificații deosebite;
 - gelozie patologică.
- B. Hipersensibilitate, indicată de cel puțin două dintre următoarele manifestări:
- tendință de a disprețui cu ușurință pe alții și de a se simți repede ofenșati;
 - exagerarea dificultăților („face din țînțar armăsar”);
 - la orice amenințare percepută este gata să contraatace;
 - incapacitate de a se deconecta.
- C. Afectivitate redusă, indicată de cel puțin două dintre următoarele manifestări:
- aparență de tip „rece” și lipsit de modulație afectivă;
 - ridicarea la rang de virtute a obiectivității, raționalității și lipsei modulației emoționale;
 - lipsa simțului umorului;
 - absența sentimentelor de blîndețe, tandrețe, gingășie.
- D. Simptomele nu sînt datorate unor alte tulburări psihice, ca schizofrenia sau tulburarea paranoidă.

● Tulburarea de personalitate de tip schizoid.

Trăsătura principală a acestei tulburări o reprezintă capacitatea defectuoasă de a forma relații sociale, evidențiată de absența sentimentelor de căldură și gingășie pentru alții și indiferență față de critica, lauda și sentimentele celorlalți. Diagnosticul nu se va putea pune în prezența excentricității discursului, comportamentului sau modului de gîndire specifice tulburării de personalitate de tip schizotipal și nici a simptomelor definitorii pentru schizofrenie. Indivizii cu tulburările descrise manifestă un interes scăzut sau chiar absent față de implicarea pe plan social, preferînd singurătatea și avînd foarte puțini sau nici un prieten. Par rezervați, retrași, închiși în sine, urmărind de obicei interese solitare sau avînd diverse hobby-uri. Sînt lipsiți de umor și indiferenți sau insensibili la situațiile care ar trebui, în mod normal, să le declanșeze emoții. Deseori sînt etichetați ca „reci” și distanți. Indivizii cu această tulburare de personalitate sînt în general, incapabili să-și exprime agresivitatea sau ostilitatea. Nu au scopuri precise, sînt indeciși în acțiunile lor, detașați de mediu, excesiv de visători. Din cauza lipsei abilității sociale, bărbații sînt incapabili de a face curte unei femei și foarte rar se căsătoresc. Femeile însă pot accepta în mod pasiv să li se face curte și pot realiza căsătoria.

Alterarea relațiilor sociale este, prin definiție, severă. Activitatea profesională poate fi stinjenită, dacă necesită o implicare interpersonală. Pe de altă parte, în condiții de izolare, subiecții pot obține realizări profesionale maxime.

Autorii americani menționează disputa care există încă între susținătorii teoriei că schizofrenia poate apărea ca o complicație a tulburării de personalitate de tip schizoid și cei care afirmă că ultima reprezintă numai faza prodromală a schizofreniei. Se admite că tulburarea schizoidă din copilărie sau adolescență reprezintă un factor predispozant pentru tulburarea de personalitate de tip schizoid.

Deși practic prevalența nu este cunoscută, se consideră că o parte semnificativă a indivizilor care lucrează în locuri de muncă ce implică puține (sau absente) contacte cu alți oameni suferă de aceste tulburări. Nu se cunosc date legate de repartiția pe sexe și transmiterea familială.

Diagnosticul diferențial se face cu tulburarea de personalitate de tip schizotipal, evitant și cu tulburarea schizoidă din timpul copilăriei sau adolescenței. Criteriile de diagnostic pentru tulburarea de personalitate de tip schizoid sînt următoarele :

- A. Răceală și detașare emoțională, absența sentimentelor de gingășie, de căldură față de alții.
- B. Indiferență față de critica sau lauda celorlalți, sau față de sentimentele acestora.
- C. Relații apropiate cu nu mai mult de una sau două persoane, incluzînd membrii familiei.
- D. Absența unor ciudățenii ale limbajului și comportamentului sau gîndirii, caracteristice tulburării de personalitate de tip schizotipal.
- E. Manifestările nu se datorează unei tulburări psihotice ca schizofrenia sau tulburarea paranoidă.

● Tulburarea de personalitate de tip schizotipal.

Caracteristica cea mai importantă a acestei tulburări de personalitate este prezența diferitelor ciudățenii, bizarerii în gîndire, percepție, limbaj și comportament, dar avînd un grad de severitate insuficient pentru a concorda cu criteriile de diagnostic ale schizofreniei. Niciuna din trăsături nu este prezentă în mod constant. Tulburarea în conținutul gîndirii poate fi de tipul gîndirii magice (la copii, fantezii sau preocupări bizare), idei de relație sau ideeație paranoidă. Tulburările percepției pot cuprinde iluzii periodice, depersonalizare sau derealizare (neasociate crizelor de panică). Deseori, limbajul are unele particularități : noțiunile sînt lipsite de claritate sau sînt expuse ciudat, cuvintele sînt folosite în mod neadecvat, dar neatingînd niciodată nivelul disociației sau al in-

coerenței. Fără să fie o regulă, tulburările pe plan comportamental includ frecvent izolarea socială și inadecvarea relațiilor interpersonale (prin afectivitatea redusă și inadecvată). În cadrul acestei tulburări de personalitate se regăsesc de multe ori amestecuri variabile de anxietate, depresie și dispoziție disforică. Pot fi prezente și caracteristicile tulburării de personalitate de tip borderline, ceea ce face ca în astfel de cazuri ambele diagnostice să fie justificate. În timpul perioadelor de stres maxim pot apărea simptome psihotice tranzitorii. Din cauza stranietății în gîndire, indivizii cu tulburări de personalitate de tip schizotipal sînt înclinați spre formarea unor convingeri bizare (fanatism, bigotism).

Activitatea socio-profesională este de obicei alterată. Autorii menționează prezența crescută (față de populația generală) a tulburărilor de personalitate de tip schizotipal în familiile bolnavilor cu schizofrenie cronică.

Diagnosticul diferențial se face cu :

- schizofrenia de tip rezidual, în care a existat în antecedente o fază activă de schizofrenie. Chiar dacă apar simptome psihotice în tulburarea de personalitate de tip schizotipal, ele sînt temporare și nu atît de severe ;
- tulburarea de personalitate de tip schizoid și evitant, în care nu se întîlnesc bizareriile comportamentale în gîndire, percepție și limbaj, prezente în tulburarea de personalitate de tip schizotipal ;
- tulburarea de depersonalizare, în care nu sînt semnalate bizareriile gîndirii, limbajului ori comportamentului (deși rareori, ambele tulburări pot coexista).

Criteriile de diagnostic pentru tulburarea de personalitate de tip schizotipal sînt următoarele :

- A. Cel puțin patru dintre următoarele aspecte :
 - gîndire magică (superstiții, premoniții, telepatie, „al șaselea simț”, „alții îmi pot simți emoțiile, sentimentele mele”), fantezii sau preocupări bizare la copii și adolescenți ;
 - idei de relație ;
 - izolare socială : subiecții nu au prieteni sau confidenți apropiați, contactele sociale fiind limitate la sarcinile cotidiene esențiale ;
 - iluzii periodice, perceperea prezenței unei forțe sau a unei persoane absente, depersonalizare sau derealizare, neasociate cu crize de panică ;
 - vorbire bizară (fără pierderea asociațiilor sau coerenței), de exemplu, limbajul poate fi digresiv, circumstanțial, metaforic, supraelaborat ;
 - inadecvare în relațiile interpersonale, datorată unei afectivități reduse (de exem-

plu, detaşare, răceală, indiferenţă afectivă);

- suspiciune sau idee paranoidă;
- anxietate socială neadekvată sau hiper-sensibilitate faţă de critică (reală sau imagină).

B. Nu sînt înlunite criteriile necesare pentru diagnosticul de schizofrenie.

● Tulburarea de personalitate de tip histrionic.

Trăsătura esenţială este dată de un comportament reactiv supradramatizat, puternic exprimat, şi de modificări caracteristice în relaţiile interpersonale. Indivizii cu această tulburare sînt plini de viaţă şi dramatism, căutînd în permanenţă să atragă atenţia asupra lor. Sînt înclinaţi spre exagerare şi deseori joacă în mod „inconştient” rolul de „victimă” sau de „prinţesă”. Comportamentul este excesiv de „reactiv” şi este exprimat cu multă intensitate. Stimuli minori pot da naştere unei excitabilităţi emoţionale pînă la furie („tunete şi fulgere”), fără a exista o motivaţie raţională. Aceşti indivizi rîvnesc în permanenţă la stimulare şi la crearea de noi şi noi emoţii, plictisindu-se repede de aspectele rutiniere. Relaţiile interpersonale sînt tulburate în mod caracteristic. Iniţial, subiecţii sînt etichetaţi ca superficiali, lipsiţi de autenticitate, în ciuda farmecului şi puterii de atracţie. Îşi fac prieteni de cele mai multe ori rapid dar, odată stabilită relaţia, încep să devină egocentrice, solicitînd afecţiunea permanent şi în mod nechibzuit; tentativele suicidare cu caracter demonstrativ sînt posibile. Există o nevoie constantă de a cere securizare afectivă faţă de sentimentele de slăbiciune şi dependenţă, cele două aspecte putînd coexista, în unele cazuri instalîndu-se între ele chiar o relaţie de interdependenţă. Actele acestor subiecţi sînt foarte frecvent superficiale, lipsite de consistenţă şi pot fi interpretate eronat de către ceilalţi. Sînt caracterizaţi printr-o deosebită capacitate de atracţie şi seducţie, încercînd fie să exercite o funcţie de control asupra sexului opus, fie să intre cu acesta într-o relaţie de dependenţă. Incursiunile în domeniul romanticului, al fantasticului sînt ceva obişnuit; indivizii aparţinînd ambelor sexe afişează un comportament deschis, sincer, dar feminin, caricatural. În ceea ce priveşte calitatea relaţiei sexuale, care poate fi stabilită de subiecţii cu această tulburare de personalitate, ea poate avea o variabilitate pornind de la promiscuitate, trecînd prin naivitate şi iresponsabilitate, pînă la o aparentă normalitate. Autorii menţionează suprapunerea acestei tulburări de personalitate cu ceea ce în alte descrieri se înţelege prin personalitate isterică.

Pe lîngă cele descrise, se poate adăuga că indivizii cu această tulburare trăiesc adeseori perioade de intensă nemulţumire, exprimată deseori prin stări disforice, de obicei legate evident de

schimbările vizibile din mediul exterior, de exemplu, ruperea unei legături sentimentale poate ocaziona acte sau tentative de suicid. De obicei, aceşti indivizi manifestă un interes redus pentru realizări intelectuale şi nu au o gîndire analitică, deşi sînt adesea creativi şi imaginativi. Sînt impresionabili şi se pot lăsa uşor influenţaţi de alţii, sînt sugestibili şi reacţia lor este pozitivă faţă de o forţă autoritară despre care presupun că le poate rezolva problemele în mod miraculos. Deşi îşi însuşesc convingeri repede şi cu putere, judecăţile lor nu sînt solid construite. Sănătatea acestor subiecţi este mediocră (slăbiciune, dureri de cap sau fenomene de depersonalizare). În timpul perioadelor de stres maxim, pot apărea simptome psihotice tranzitorii, de o durată şi severitate care nu justifică însă un diagnostic suplimentar. Cînd tulburarea este prezentă la bărbaţi, se observă uneori asocierea comportamentului homosexual.

Relaţiile interpersonale sînt, de obicei, furtunoase şi lipsite de satisfacţie. Se citează tendinţa la toxicomanie (în special la femei) şi grefarea altor tulburări psihice, ca depresia majoră, tulburări distimice, psihoza reactivă de scurtă durată, tulburările de conversie şi somatizare. În ceea ce priveşte prevalenţa şi repartiţia pe sexe, tulburarea de personalitate de tip histrionic este diagnosticată mult mai frecvent la femei decît la bărbaţi, avînd şi un grad de transmitere ereditară.

Diagnosticul diferenţial se face cu tulburarea de somatizare şi de personalitate de tip borderline. Criteriile de diagnostic ale tulburării de personalitate de tip histrionic sînt următoarele:

- A. Comportament reactiv dramatic, exteriorizat cu intensitate, indicat de cel puţin trei din următoarele manifestări:
 - autodramatizare, de exemplu, exprimarea exagerată a emoţiilor;
 - atragerea permanentă a atenţiei asupra sa;
 - căutarea ardentă a diversificării activităţii şi emoţiilor;
 - hiperreactivitate la evenimentele minore;
 - izbucniri iraţionale de minie sau furie.
- B. Tulburări specifice în relaţiile interpersonale, indicate de cel puţin două din următoarele manifestări:
 - dau aparenţă de superficialitate şi inautenticitate, chiar dacă sînt prietenoşi şi fermecători la un contact de suprafaţă;
 - sînt egocentrice, autotoleranţi, nepăsători faţă de alţii;
 - sînt revendicativi şi orgolioşi;
 - dependenţi, neajutorăţi, solicită în permanenţă securizare;
 - înclinaţi să manevreze anturajul prin ameninţări sau tentative suicidare.

● **Tulburarea de personalitate de tip narcisistic.**

Caracteristica esențială a acestei tulburări este prezența unui sentiment grandios de hipervalorizare sau de unicitate a propriei persoane, individul construindu-și fantezii despre un succes nelimitat, simțind nevoia „exhibiționistă” de a atrage atenția și admirația celorlalți; reacționează în mod caracteristic când simte că autostima i-ar putea fi pusă în pericol. Manifestă perturbări specifice în relațiile interpersonale (autoatribuirea unor drepturi, exploatarea sentimentelor altora, alternanță între extremele supraidealizării și ale devalorizării, absența capacității de comprehensiune empatică). Sentimentul exagerat al propriei importanțe poate lua forma unei preocupări excesive de sine. Subiectul tinde să-și supraestimeze în mod nerealist aptitudinile și realizările, dar frecvent, acest sentiment alternează cu cele de devalorizare, de depreciere. Fanteziile sînt legate de scopuri nerealizabile, cum ar fi dobîndirea unor calități, putere, strălucire, frumusețe sau dragoste ideală. Cînd aceste scopuri sînt totuși atinse, ele aparțin adesea unei realități „depășite” și nu produc sentimentul plăcerii, apărînd imediat alte ambiții imposibil de satisfăcut.



Stima, respectul față de sine sînt adesea fragile, individul fiind preocupat nu de cît de bine face, ci de cît de mult este apreciat de ceilalți în ceea ce face. În fața atitudinilor de critică, apărare sau dezaprobare, individul reacționează fie prin indiferență rece, fie prin sentimente de furie, inferioritate, umilință sau depreciere.

Relațiile interpersonale sînt invariabil alterate, fapt generat de capacitatea scăzută de empatie. Este abuziv în relațiile interpersonale, profită de pe urma altora, în scopul atingerii dorințelor sale și al autorealizării. Relațiile cu cei apropiați tind să alterneze între idealizare și devalorizare.

S-a observat frecvent că trăsăturile tulburărilor de personalitate de tip narcisistic, histrionic, antisocial și borderline se asociază, putînd, în unele cazuri, justifica mai multe diagnostice. În timpul perioadelor de stres maxim este posibilă instalarea unor simptome psihotice tranzitorii, insuficiente însă pentru a justifica stabilirea unui diagnostic suplimentar. Foarte des întîlnite sînt asocierea cu depresia, preocupările vizînd menținerea atributelor tinereții, sentimentele de invidie față de ceilalți. Subiectul acordă o atenție exagerată durerilor și altor simptome fizice ale diverselor boli. Slăbiciunile personale sau un comportament iresponsabil pot fi justificate prin diverse subterfugii sau printr-o minciună „desăvîrșită”. Sentimentele pot fi deseori „confectionate”, în scopul de a impresiona pe alții.

De asemenea, activitatea profesională poate suferi, uneori interferată de stări depresive, de dificultăți în stabilirea relațiilor interpersonale sau de urmărirea unor scopuri nerealiste. Pe fondul tulburării de personalitate descrise, pot evolua: tulburarea distimică, depresia majoră, psihoza reactivă de scurtă durată. Deși această tulburare pare să fie mai des întîlnită în prezent decît în trecut, autorii americani consideră că acest fapt poate fi datorat creșterii interesului profesional axat pe această categorie de tulburări.

Diagnosticul diferențial trebuie să ia în considerare tulburarea de personalitate de tip borderline și histrionic, cazuri în care diagnosticul va fi formulat prin menționarea tuturor criteriilor.

Criteriile de diagnostic pentru tulburarea de personalitate de tip narcisistic sînt următoarele:

- A. Prezența sentimentului empatic de hipervalorizare de sine sau de unicitate (de exemplu, exagerarea realizărilor și talentelor, centrare pe natura deosebită a problemelor unor persoane).
- B. Fantezii despre succese nelimitate, putere, strălucire, frumusețe sau dragoste ideală.
- C. Exhibiționism (persoana solicită în mod constant atenția și admirația celorlalți).
- D. Indiferență rece sau sentimente marcate de furie, inferioritate, rușine, umilință sau nepăsare, ca reacție la critică, indiferență sau reacție de apărare față de alții.

E. Cel puțin două dintre următoarele manifestări, în cadrul relațiilor interpersonale:

- se crede îndreptățit a primi favoruri speciale, fără a-și asuma responsabilități echivalente (de exemplu, e surprins și mînios că oamenii nu fac ceea ce dorește el);
- este abuziv în relațiile interpersonale: profită de ceilalți ca să-și îndeplinească dorințele sau ca să ascensioneze, nu ține cont de normele morale, de drepturile celorlalți;
- relațiile sale alternează caracteristic între extreme, de la supraidealizare pînă la devalorizare;
- lipsa empatiei, a capacității de a recunoaște modul de a simți al celorlalți; de exemplu, nu este în stare să aprecieze suferința cuiva care este grav bolnav.

● **Tulburarea de personalitate de tip antisocial.**

Caracteristica esențială este reprezentată de continuitatea unui comportament antisocial, constînd din violarea drepturilor celorlalți; acest comportament debutează înainte de vîrsta de 15 ani, persistă la maturitate și conduce la eșecuri pe plan socio-profesional (imposibilitatea de a menține un loc de muncă pe o perioadă de cîtiva ani). Nu se pun în evidență semnele unei întîrzieri psihice severe, ale schizofreniei sau episoadelor maniacale.

Minciuna, furtul, bătaia, absenteismul, rezistența opusă autorităților reprezintă semne precoce, apărute încă din copilărie, la care se adaugă comportamentul sexual agresiv, abuzul de alcool și droguri, la adolescență. La vîrsta adultă, comportamentul se menține între aceleași limite, la care se adaugă incapacitatea de a susține o activitate profesională constantă, de a-și asuma rolul de părinte și de a se supune normelor sociale și civile. Se pare că după 30 de ani, aspectele cele mai flagrante ale acestei tulburări de personalitate pot diminua considerabil, în special în privința promiscuității sexuale, a violenței, criminalității și vagabondajului.

În ciuda prezenței constante a unui intelect normal, în cazul acestei tulburări apar frecvent semne de suferință subiectivă, constînd în stări de tensiune, incapacitate de a suporta plictiseala sau tristețea și convingerea (adesea corectă) că ceilalți sînt ostili. Dificultățile interpersonale și disforia tind să persiste și în viața adultă, chiar dacă trăsăturile antisociale cele mai flagrante diminuează. Aproape inevitabil se produce o perturbare însemnată a capacității de a menține relații apropiate, de durată, marcate de căldură și responsabilitate, cu familia și prietenii. Tulburarea are un potențial extrem de invalidant, determinînd eșecul în dobîndirea statutului de adult independent, datorită, de multe ori, anilor de insti-

tuționalizare, mai frecvent penală decît medicală. Totuși, indivizii care prezintă într-un grad redus caracteristicile acestei tulburări, iar debutul nu s-a produs timpuriu, în copilărie, pot avea unele succese pe plan economic și social. Lipsa de instrucție și toxicomaniile diverse pot marca evoluția acestor indivizi.

Deficitul de atenție, tulburarea de comportament apărută în timpul perioadei prepubertare, absența educației parentale duc la creșterea probabilității ca tulburarea de comportament să dezvolte în viitor tulburarea de personalitate de tip antisocial. Prin definiție, această tulburare începe înainte de vîrsta de 15 ani. Primele simptome la femei, de obicei, încep la pubertate, în timp ce la bărbați devin vizibile în prima parte a copilăriei. În SUA, prevalența acestei tulburări este de aproape 3% pentru bărbați și mai puțin de 1% pentru femei, tulburarea fiind mai frecventă la categoriile sociale defavorizate material. Studiile efectuate au încercat să evidențieze influențele genetice, precum și cele ale mediului familial și sugerează că ambele sînt importante, deoarece tulburarea se moștenește de la genitorii biologici chiar separați de urmașii lor și, de asemenea, pare să fie rezultatul unei influențe sociale exercitată de către părinții adoptivi.

Diagnosticul diferențial se face cu:

- tulburările de comportament: prezența semnelor tipice de comportament antisocial în copilărie, puțin dispărea spontan sau să evolueze spre alte tulburări ca schizofrenia; de aceea, diagnosticul de tulburare de personalitate antisocială nu trebuie să fie pus la copii, ci numai la adulți (18 ani sau peste), care au avut timp să prezinte un model longitudinal complet;
- comportamentul antisocial al adultului: se ia în considerare comportamentul antisocial agresiv sau criminal, ce apare la un individ care nu prezintă toate condițiile pentru a i se atribui o tulburare de personalitate de tip antisocial, dar al cărui comportament antisocial nu poate fi atribuit nici unei alte boli psihice;
- toxicomaniile: cînd comportamentul antisocial și abuzul de droguri încep din copilărie și continuă în viața de adult, se vor menționa ambele diagnostice, dacă sînt prezente criteriile pentru fiecare tulburare. Cînd comportamentul antisocial la adult este asociat cu o tulburare produsă de toxicomanie diagnosticul de tulburare de personalitate de tip antisocial nu se pune decît dacă semnele acestei tulburări au fost prezente în copilărie și au continuat, fără o remisie de cel puțin cinci ani, între 15 ani și perioada de adult;

- înapoierea mintală (oligofrenia) severă și schizofrenia, diagnosticată înainte de tulburarea de personalitate de tip antisocial ;
- episoade maniacale, care pot fi asociate unui comportament antisocial, diagnosticul diferențial fiind ușor de făcut, prin absența unor acte grave de comportament în copilărie și manifestarea lor neașteptată la adult.

Criteriile de diagnostic al tulburării de personalitate de tip antisocial sînt :

A. Vîrsta de cel puțin 18 ani.

B. Debutul înaintea vîrstei de 15 ani, indicat de trei sau mai multe dintre următoarele manifestări, apărute înaintea acestei vîrste :

- fisa nemotivată de la școală (semnul este pozitiv dacă durata este de 5 zile pe an, într-o perioadă de cel puțin 2 ani, fără a se lua în considerare ultimul an de școală) ;
- eliminarea sau exmatricularea din școală pentru un comportament neadecvat ;
- delinvență (arestat sau deferit tribunalului pentru minori, din cauza unui comportament neadecvat) ;
- fuga de acasă sau de la cămin în timpul nopții, de cel puțin două ori ;
- tendința de a minți în permanență ;
- raporturi sexuale împlătoare, repetate ;
- abuz frecvent de droguri și alcool ;
- furturi ;
- vandalism ;
- performanțe școlare scăzute față de așteptări, în raport cu un QI evaluat sau cunoscut (evidențiate prin repetenție) ;
- încălcarea cronică a regulilor acasă și/sau la școală (altele decît lipsa nemotivată sau chiulul) ;

— inițierea de violențe, lupte și bătăi.

C. Cel puțin patru din următoarele manifestări ale comportamentului, începînd de la vîrsta de 18 ani :

- imposibilitatea de a-și menține un comportament consecvent de muncă, indicată de oricare dintre următoarele manifestări :
 - schimbări prea frecvente ale locului de muncă (trei sau mai multe în timp de cinci ani, fără a considera specificul muncii sau fluctuațiile socio-economice împlătoare) ;
 - șomaj prelungit (șase luni sau mai mult, în cinci ani) ;
 - absență masivă de la serviciu (trei zile sau mai multe întîrzieri sau absențe pe lună) ;
 - părăsirea succesivă a cîtorva slujbe, fără a avea în vedere altele ;

— lipsa capacității de a-și exercita rolul de părinte responsabil, evidențiată de una sau mai multe dintre următoarele aspecte :

- copil malnutrit ;
- îmbolnăvirea copilului din lipsa unui standard minim de igienă ;
- greșeli în îngrijirile medicale acordate unui copil grav bolnav ;
- dependența copilului, privind hrana sau adăpostul, de vecini sau rude, care nu locuiesc în aceeași casă ;
- absența supravegherii pentru un copil sub șase ani, cînd părinții sînt plecați de acasă ;
- cheltuieli inutile pentru lucruri personale, din banii necesari familiei ;

— neacceptarea și nerespectarea normelor sociale, indicate de manifestări precum : hoții repetate, ocupații ilegale (prostituție, vînzare de droguri, proxenetism, tănuire de lucruri furate), nenumărate arestări și condamnare pentru crimă ;

— incapacitatea de a păstra o legătură stabilă cu un partener, indicată de două sau mai multe divorțuri (dacă este căsătorit legal), abandonarea soțului (soției), promiscuitate (zece sau mai mulți parteneri sexuali într-un an) ;

— iritabilitate și agresivitate, manifestate prin violențe corporale sau atentate (care nu slujesc nici unui scop sau propriei apărări), inclusiv maltratarea soției sau a copilului ;

— neachitarea obligațiilor financiare, indicată de repetate datorii, neasigurarea de sprijin material copilului sau altor persoane dependente ;

— eșec în planificarea viitorului sau impulsivitate, indicate prin deplasări de ici-colo, fără a avea o obligație precisă, fără un scop clar al călătoriilor sau fără o idee clară despre durata lor, fără o adresă fixă, pentru o perioadă de o lună sau mai mult ;

— indiferență față de adevăr, indicată de nenumărate minciuni folosite pentru profitul personal ;

— nepăsare, indicată de conducerea automobilului sub influența alcoolului sau cu viteză excesivă.

D. Un model de comportament antisocial permanent, cu violarea drepturilor celorlalți, ne prezentînd o perioadă liberă de cel puțin cinci ani (de la vîrsta de 15 ani, pînă la data evaluării, cu excepția perioadelor în care individul a fost internat în spital sau închis).

- E. Comportamentul antisocial nu reprezintă o consecință a unei întârzieri mintale (oligo-frenii) severe sau a unei schizofrenii ori a unor episoade maniacale.

● **Tulburarea de personalitate de tip borderline.**

Trăsătura esențială a acestei tulburări este instabilitatea manifestată de-a lungul unei varietăți de aspecte, incluzând comportamentul interpersonal, dispoziția și imaginea de sine, niciodată nefiind prezentă o singură trăsătură. Relațiile interpersonale sînt adesea intense și schimbătoare, cu transformări importante ale atitudinii în timp, asociind un comportament impulsiv și imprezvizibil, sub dominantă schimbărilor dispoziționale. Se manifestă deseori tulburări de identitate (imagine de sine, identitate de sex, tulburări de lungă durată). Unii autori consideră problema intoleranței la singurătate mai degrabă ca un nivel al organizării personalității, decît ca o tulburare de personalitate. Frecvent se întîlnesc asocieri cu alte tulburări



de personalitate. Adesea, această tulburare este însoțită de multe caracteristici ale tulburării de personalitate de tip schizotipal, histrionic, narcisistic și antisocial. În numeroase cazuri, sînt justificate mai multe diagnostice. Obșnuit, dependența alternează cu autoafirmarea. În timpul perioadelor de stres maxim, apariția anumitor simptome psihotice tranzitorii, insuficient de grave, nu justifică un diagnostic suplimentar. Adeseori există o perturbare considerabilă a activității sociale sau

profesionale. Se pot adăuga tulburări distimice, depresia majoră, psihoza reactivă de scurtă durată. Diagnosticul diferențial se face cu :

- tulburările de identitate, unde există un tablou clinic asemănător, acest diagnostic ocupînd un loc anterior diagnosticului de tulburare de personalitate de tip borderline, dacă individul are sub 18 ani ;
- tulburarea ciclotimică, în care există, de asemenea, o instabilitate afectivă, dar în tulburarea de personalitate de tip borderline nu sînt prezente perioade hipomaniacale. Totuși, în unele cazuri, pot coexista ambele tulburări.

Pentru diagnosticul tulburării de personalitate de tip borderline sînt necesare următoarele criterii :

A. Cel puțin cinci din următoarele manifestări :

- impulsivitate, imprezvizibilitate, manifeste în cel puțin două domenii care au potențial autodestructiv ; de exemplu, sexualitate excesivă, folosirea drogurilor, jocuri de noroc, cheltuieli excesive, supraalimentație și acte fizice de auto-agresivitate ;
- un model de relații interpersonale instabile ; spre exemplu : idealizare, devalorizare, schimbarea marcată a atitudinii, manevrarea altor persoane pentru propriile scopuri ;
- mînie inadecvată și intensă sau „crize de furie” ;
- tulburări de identitate, manifestate prin nesigurantă asupra unor aspecte ca imaginea de sine, identitatea de sex, alegerea unor mobiluri sau profesii de durată, a unor modele de prietenie, valori, credință (de exemplu, „cine sînt eu?”, „cînd mă simt bine, mă simt ca sora mea”) ;
- instabilitate afectivă, trecere rapidă de la o dispoziție normală la depresie, iritabilitate, anxietate, care, de obicei, durează cîteva ore și doar rareori mai mult de cîteva zile, cu revenire la starea normală ;
- intoleranță la singurătate, depunerea de eforturi disperate pentru a evita singurătatea ; subiectul este deprimat cînd este singur ;
- acte fizice de autoagresiune ; de exemplu, gesturi suicidare, automutilări, accidente sau încăierări periodice ;
- sentimente cronice de vid sufletesc și plictiseală.

B. Dacă individul are sub 18 ani, nu sînt îndeplinite criteriile pentru tulburarea de identitate.

● **Tulburarea de personalitate de tip evitant.**
Trăsăturile esențiale sînt : hipersensibilitatea față

de o posibilă atitudine de respingere, umilire de către ceilalți, dificultatea de a forma relații interpersonale în absența unor garanții solide, a unor asigurări ferme; izolare socială, în ciuda dorinței de afecțiune și acceptare de către ceilalți; autostimă scăzută.

Din cauza expectanței îndelungate și încărcate de teamă, evitarea diverselor ocazii de a lega relații apropiate cu alții devine sursa unor sentimente de inferioritate și umilire. Se pot asocia: depresie, anxietate și minie față de sine însuși, pentru că subiectul nu reușește să dezvolte relații sociale. Afectarea relațiilor sociale este, prin definiție, severă, incluzând activitatea profesională, dacă necesită implicare interpersonală. Se pot întâlni fobii de situații sociale.

Se pare că această tulburare este aparent frecvent întâlnită în populație. Diagnosticul diferențial se face cu tulburarea de personalitate de tip schizoid, fobiile cu conținut social, tulburarea de tip evitant din copilărie sau adolescență. Criteriile de diagnostic sînt:

- A. Hipersensibilitate la respingerea de către ceilalți.
- B. Subiecții nu doresc să intre într-o relație interpersonală fără a avea garanții puternice de acceptare necritică.
- C. Izolare socială; de exemplu, se distanțează de legături apropiate, se angajează în roluri sociale și profesionale periferice.
- D. Dorință de afecțiune și acceptare de către ceilalți.
- E. Autostimă redusă (de exemplu, devalorizarea realizărilor proprii, spaimă excesivă față de defectele personale).
- F. Dacă subiectul are sub 18 ani, nu sînt îndeplinite criteriile pentru tulburarea evitantă din copilărie sau adolescență.

● Tulburarea de personalitate de tip dependent.

Caracteristica de bază este constituită de pasivitatea cu care subiectul lasă pe seama celorlalți asumarea responsabilității pentru principalele probleme de viață, din cauza absenței încrederii în sine și a incapacității de acțiune independent; acești subiecți subordonează propriile interese celor față de care este dependent, în scopul de a evita orice posibilitate de a se bizui numai pe sine. Acești indivizi lasă altora sarcina de a lua decizii majore în ceea ce îi privește, fiind incapabili de a cere ceva persoanelor de care depind, în ideea că ruperea relației ar însemna o existență bazată pe propriile puteri. În mod constant există o diminuare a încrederii în sine, cu manifestarea unor tendințe constante de minimalizare a propriilor acte, a propriilor calități. Se asociază frecvent tulburări de personalitate de tip histrionic, schizotipal, narcisistic sau evitant. Este obișnuită prezența anxietății și a depresiei. Dacă individul nu face eforturi să-și asigure o relație permanentă

în stare să-i satisfacă nevoia de dependență, va fi preocupat neîncetat de posibilitatea de a fi abandonat. Tulburarea poate afecta activitatea profesională, dacă natura muncii solicită independență. Relațiile sociale tind să fie limitate spre puținii indivizi de care subiectul este dependent. Pot apărea tulburări distimice și depresie majoră. Pot constitui factori predispozanți bolile cronice în copilărie și adolescență, iar autorii incriminează și anxietatea de separare, precum și tulburarea evitantă din copilărie și adolescență.

Diagnosticul diferențial se face cu agorafobia, în care comportamentul dependent este prezent, dar individul insistă mai activ ca alții să-și asume responsabilitatea, în timp ce în tulburarea de personalitate de tip dependent, individul păstrează în mod pasiv relația de dependență. Criteriile de diagnostic al tulburării de personalitate de tip dependent sînt:

- A. Incapacitatea de a trăi independent face ca subiectul să permită altora, în mod pasiv, asumarea responsabilității pentru aspectele majore ale existenței (de exemplu, lasă soția să decidă ce fel de slujbă trebuie să aibă).
- B. Subordonarea propriilor nevoi celor de care ei depind, în scopul de a evita orice posibilitate de a se baza pe sine (de exemplu, tolerează o soție abuzivă, exagerată).
- C. Lipsa încrederii în sine (de exemplu, se consideră neajutorat, incapabil).

● Tulburarea de personalitate de tip compulsiv.

Caracteristicile de bază sînt reprezentate de capacitatea în general redusă de a exprima căldură sufletească și tandrețe; perfecționismul care grevează asupra posibilității de apreciere globală; insistența cu care vor ca ceilalți să admită modul în care subiectul concepe lucrurile; devotamentul excesiv față de muncă și productivitate, cu ignorarea satisfacerii plăcerilor; nehotărîre, incapacitatea de a lua rapid decizii.

Indivizii cu această tulburare de personalitate rareori fac complimente sau oferă cadouri, relațiile cotidiene avînd o calitate predominant convențională, formală. În ochii celorlalți apar adesea prețioși și „rigizi”. Deși au ca ideal eficiența și perfecțiunea, foarte rar acești subiecți le pot și atinge. Timpul este ineficient distribuit, cele mai importante sarcini fiind lăsate pentru ultimul moment. Există dificultăți în realizarea statutului conferit de relația dominație-supunere. Deși se supun autorității altora, insistă ca ceilalți să se conformeze modului propriu de a face lucrurile. Decizia este mereu amînată, luarea sa fiind probabil frînată de frica de a nu face o greșeală.

Indivizii cu această tulburare manifestă dificultăți în exprimarea sentimentelor de gingășie. Indecizia lor și inactivitatea generală se adaugă, adesea, unei lipse considerabile de plăcere. Lim-

bajul poate fi circumstanțial; predomină dispoziția depresivă; tind să fie excesiv de conștiințioși, moralști (didactici), scrupuloși, judecători ai greșelilor proprii și ale altora. Când sînt incapabili să-i controleze pe alții, o situație sau propriul mediu, ajung la ruminări, fapt care-i nemulțumește, deși nemulțumirea nu este, de obicei, exprimată direct. În mod frecvent, există o sensibilitate maximă față de critica socială, în special dacă ea vine de la cineva cu statut sau autoritate considerabile. Tulburarea este relativ invalidantă, în special prin efectele ei asupra activității profesionale. Pot apărea: tulburarea obsesiv-compulsivă, hipocondria, depresia majoră, tulburarea distimică; multe din trăsăturile caracteristice acestei tulburări au fost observate de autorii americani, la indivizi care au făcut (vor face) infarct miocardic.

Diagnosticul diferențial se face cu tulburarea obsesiv-compulsivă, în care se manifestă, prin definiție, obsesii și compulsiuni reale, absente în cazul tulburării de personalitate de tip compulsiv. Totuși, dacă sînt îndeplinite criteriile ambelor boli, se vor înregistra ambele diagnostice. Criteriile de diagnostic al tulburării de personalitate de tip compulsiv sînt următoarele:

— capacitate limitată de a exprima căldură sufletească și gingășie;

2. perfecționism, ce interferează cu incapacitatea de a percepe întregul ansamblu (de exemplu, subiectul este preocupat de detalii, reguli, planuri și liste);

— insistă ca ceilalți să se supună modului în care el acționează, fiind înconștient de sentimentele provocate de comportamentul său (de exemplu, un soț insistă cu încăpăținare ca soția să-i îndeplinească un comision, fără să țină seamă de planurile ei);

— consacrarea excesivă pentru muncă și productivitate, pînă la excluderea plăcerii și a valorii relațiilor interpersonale;

— indecizie marcată: luarea de decizii este fie evitată, fie amînată, poate din cauza unor temeri neobișnuite de a face o greșeală.

● **Tulburarea de personalitate de tip pasiv-agresiv.** Trăsătura de bază a acestei tulburări este opoziția manifestată la solicitările și exigențele obișnuite realizării unor performanțe social-profesionale; opoziția se exprimă mai mult indirect decît direct. Consecințele se reflectă global asupra personalității și, prin persistența lor, determină o ineficiență profesională, chiar atunci cînd afirmarea de sine și eficiența ar fi posibile. Autorii explică denumirea acestei tulburări de personalitate prin considerarea faptului că acești subiecți exprimă în mod pasiv o agresivitate ascunsă.

Din cauza comportamentului pasiv-rezistent, indivizii cu această tulburare nu sînt eficienți, nici din punct de vedere social, nici profesional.



Pentru fixarea diagnosticului este esențial faptul că acest model de comportament apare într-o varietate de contexte în care o activitate adaptativă mai bună ar fi posibilă. Adesea, indivizii cu această tulburare sînt dependenți și neîncrezători. Ei sînt pesimiști cu privire la viitor, fără a-și da seama că modul lor de a se comporta este de vină. Deși individul se poate revolta în mod conștient împotriva autorității, el nu va face niciodată legătura între comportamentul său pasiv-rezistent și nașterea revoltei, a resentimentelor. Se apreciază că, în mod inerent, survin în activitatea socială și profesională, unele modificări negative. Apar frecvent depresia majoră, tulburările distimice, dependența sau abuzul de alcool.

Diagnosticul diferențial se face cu:

● tulburarea opozițională, în care poate exista un tablou clinic asemănător, dar, în cazul în care individul are sub 18 ani, acest diagnostic se pune înaintea diagnosticului de personalitate pasiv-agresivă;

● manipularile pasiv-agresive, folosite în anumite situații, în care comportamentul asertiv este descurajat sau chiar pedepsit și nu are caracter permanent, nejustificînd acest diagnostic.

Criteriile de diagnostic pentru tulburarea de personalitate de tip pasiv-agresiv sînt următoarele:

A. Opoziție la solicitări pentru îndeplinirea unor sarcini obișnuite în activitatea profesională și socială.

- B. Opoziție exprimată indirect, prin cel puțin două din următoarele manifestări :
 - tergiversare, delăsare ;
 - irosirea timpului, trîndăvire ;
 - încăpăținare ;
 - ineficiență intențională ;
 - „uitare”, neglijență.
- C. Ineficiență socială și profesională atotcuprinzătoare și de lungă durată, inclusiv pentru casnice sau studenți, ca o consecință a punctelor A și B.
- D. Persistența acestui model de comportament, chiar în condițiile în care eficiența ar fi posibilă.
- E. Dacă nu sînt prezente criteriile pentru orice altă tulburare de personalitate și dacă subiectul are sub 18 ani, nu se întrunesc criteriile pentru tulburarea opozițională*.

Deși păstrează în mare cadrul diagnostic și epidemiologic din DSM III, ediția revizuită a acestui manual aduce în plus nuanțări și noutăți la capitolul tulburărilor de personalitate, admițînd existența unei constelații comportamentale sau caracteriale responsabile fie de perturbările social-profesionale ale subiectului, fie de suferința subiectivă a acestuia.

Se menține opinia referitoare la similitudinea tablourilor clinice ale unor tulburări de personalitate (de tip dependent, paranoid, schizotipal sau borderline) cu cele întîlnite în alte boli psihice, ca de exemplu, depresia majoră.

Se subliniază necesitatea prezenței trăsăturilor caracteristice respectivei tulburări de personalitate, ca tipice pentru comportamentul de lungă durată al subiectului, nereprezentînd manifestările unor episoade distincte de boală.

Autorii americani expun problema tulburărilor de personalitate în același mod ca în DSM III, respectiv :

În ceea ce privește tulburările de personalitate la copii și adolescenți, anumite tulburări de personalitate certe sînt corelate cu categoriile corespunzătoare de diagnostic din capitolul „Tulburări manifeste în mod obișnuit în prima și a doua copilărie sau la adolescență”. Acestea sînt :

Tulburări în copilărie sau adolescență	Tulburări de personalitate
<ul style="list-style-type: none"> ● tulburare de comportament ● tulburare de tip evitant în copilărie și adolescență ● tulburare de identitate 	<ul style="list-style-type: none"> ● tulburare de personalitate de tip antisocial ● tulburare de personalitate de tip evitant ● tulburare de personalitate de tip borderline

* Text adaptat din „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — Third Edition”.

În comparație cu tulburarea de personalitate de tip antisocial, tulburarea de comportament trebuie să fie stabilă numai dacă subiectul are sub 18 ani, deoarece studiile au arătat că mulți copii cu un comportament antisocial încetează să se manifeste ca atare la vîrsta adultă ; tulburarea de comportament poate fi diagnosticată numai atunci cînd lipsesc criteriile necesare pentru definirea tulburării de personalitate de tip antisocial.

Tulburarea de personalitate de tip evitant și de tip borderline este mai evidentă la copii și adolescenți, caracterizîndu-se prin persistentă (nu este specifică unui anumit stadiu de dezvoltare).

Alte categorii de tulburări de personalitate pot fi diagnosticate la copii sau adolescenți aflați în condiții neobișnuite, în care se evidențiază trăsăturile de personalitate dezadaptative. În aceste cazuri, se presupune că tulburarea de personalitate va persista neschimbată și de-a lungul vîrstei adulte.

În mod frecvent, persoana prezentînd o anumită tulburare de personalitate este nemulțumită și suferă din cauza impactului comportamentului său asupra altora sau a incapacității sale de a se adapta eficient. Este vorba fie de trăsături ego-sintonice (trăsături pe care persoana nu le consideră indezirabile), fie de trăsături ego-distonice (subiectul este incapabil de a se modela, în ciuda depunerii unui mare efort).

Tulburările afective se exprimă în mod frecvent sub forma depresiei sau anxietății.

Tulburările de personalitate, prin definiție, sînt în general ușor de recunoscut din adolescență sau din tinerețe și se manifestă plenar la vîrsta adultă.

Perturbarea activității sociale și profesionale poate fi importantă, mai ales cînd este afectat planul profesional, dar poate fi și de scurtă durată, sub forma unor perioade de ineficiență. Cu excepția tulburărilor de personalitate de tip antisocial, schizotipal și borderline, subiecții cu tulburări de personalitate necesită foarte rar spitalizare (în afara cazurilor asocierii unei alte tulburări psihice, ca de exemplu : depresia majoră sau tulburările datorate toxicomaniei).

● *Tulburări de personalitate și tulburări psihotice*
În cazul că bolnavii cu schizofrenie sau psihoză delirantă au avut tulburări de personalitate preexistente, ele vor fi cotate ca „premorbid”.

● *Tulburări de personalitate specifice*

În mod tradițional, clinicianul era tentat să descopere o trăsătură distinctă, caracteristică tulburării respective a personalității, care să descrie în mod fidel modul de perturbare a activității subiectului. De obicei, acest lucru este dificil, deoarece mulți oameni manifestă trăsături care nu se limitează la o singură tulburare de personalitate, caz în care diagnosticul va fi multiplu.

Tulburările de personalitate au fost clasificate în trei grupe :

- *grupa A*, include tulburări de personalitate de tip paranoid, schizoid, schizotipal (indivizii cu aceste tulburări par adeseori bizari și excentrici) ;
- *grupa B*, include tulburări de personalitate de tip antisocial, borderline, histrionic și narcisistic (persoanele cu aceste tulburări par adeseori dramatice, emotive, instabile) ;
- *grupa C*, include tulburările de personalitate de tip evitant, dependent, obsesiv-compulsiv și pasiv-agresiv. Persoanele cu aceste tulburări par adeseori anxioase sau temătoare.

Există și o ultimă categorie de tulburări de personalitate nespecifice, care nu pot fi încadrate în celelalte tulburări de personalitate specifice.

Există o mare bogăție de modalități în care sînt descrise diferitele tulburări de personalitate și de aici, o mare specificitate a criteriilor de diagnostic.

În grupa A sînt incluse :

● Tulburarea de personalitate de tip paranoid.

Caracteristica esențială a acestei tulburări este reprezentată de tendința permanentă și nemotivată, apărută încă din tinerețe și manifestată în diferite contexte situaționale, de a interpreta atitudinile și acțiunile celorlalți ca înjositoare sau amenințătoare pentru subiect.

Aproape invariabil, acest individ suspicionează pe toată lumea că l-ar putea leza într-un fel sau altul, punînd la îndoială în mod nejustificat loialitatea și sinceritatea prietenilor sau colegilor săi. Adeseori, persoana poate manifesta o gelozie patologică.

Atunci cînd este confruntat cu o situație nouă, subiectul poate „descifra” înțelesuri ascunse, înjositoare sau amenințătoare, în spatele unor evenimente sau afirmații banale, situație în care poate deveni nepolitic, disprețuitor și chiar furios, trecînd la contraatac ; este rachiunos și nu uită niciodată insultele, umilirile sau prejudiciile aduse. Nu-și împărtășește secretele, de teamă ca informația să nu fie folosită împotriva lui. Subiecții cu această tulburare de personalitate sînt hipervigilenți și își iau măsuri de precauție împotriva celei mai mici amenințări. Tînd să evite recunoașterea vinovăției, chiar și atunci cînd este dovedită. Ei sînt adeseori apreciați de ceilalți ca : vigilenți, rezervați, discreți, reticenți și schematici. Caută în mod intens și țintit confirmarea celor preconizate anterior, fără a ține cont de contextul global. Concluzia finală corespunde de obicei prezumțiilor inițiale. Desoreori sînt prezente idei de relație cu caracter pasager (de exemplu, alții nu le acordă o atenție deosebită sau spun lucruri vulgare despre ei).

Persoanele cu această tulburare sînt dificile, certărețe, exagerate, „fac din țîntar armasar”. Le este greu să se deconecteze, se mențin în tensiune, au tendința de a contraataca cînd simt cea mai mică amenințare. Deși ei critică pe alții, declanșînd litigii, acceptă cu mare greutate să fie ei înșiși criticați.

Afectivitatea acestor persoane este adeseori redusă, dînd aparența de tipi „reci”. Nu au simțul umorului și sînt de obicei serioși. Se pot mîndri cu faptul că sînt întotdeauna obiectivi, raționali, lipsiți de afecțiune (le lipsesc sentimentele de afecțiune, de gingășie, delicatețe).

Alții fac impresia unor fini observatori, oameni energici, ambițioși și capabili, deși de cele mai multe ori sînt dușmănoși, încăpățînați și aflați în permanentă apărare. În general sînt rigizi și nu acceptă compromisurile, puțin producere neliniște și teamă celorlalți. Se tem uneori exagerat de eventuala pierdere a independenței sau a capacității de a pune de acord evenimentele exterioare cu propriile lor dorințe. Evită relațiile de intimitate cu ceilalți, exceptînd persoanele în care au încredere absolută. Afișează o exagerată autosuficiență, fiind înfumurați pînă la egocentrism și hipervalorizare. Evită activitățile în grup, în cazul în care nu se află într-o poziție dominantă.

Persoanele cu tulburări de personalitate de tip paranoid manifestă adesea un interes crescut pentru electronică, automatizare, invenții (mecanisme) tehnice, și mai puțin pentru artă și estetică. Sînt foarte atrași de nivelurile reprezentative ale puterii, de ierarhizarea în superior sau inferior și deseori sînt invidioși pe cei ce ocupă posturi influente. Disprețuiesc persoanele slabe, molatece, bolnăvicioase sau cu defecte fizice.

În timpul perioadelor de stres maxim, subiecții cu această tulburare pot manifesta simptome psihotice pasagere, dar insuficiente ca durată pentru a justifica mențiunea unui diagnostic suplimentar.

Persoanele cu tulburări de personalitate de tip paranoid își dau seama, în general, că este mai prudent să-și păstreze pentru sine ideile neobișnuite, perturbarea adaptării fiind, în acest caz, minimă. Totuși, dificultățile profesionale sînt frecvente, în special în relația cu șefii sau colaboratorii. În cazurile severe apar perturbări globale în relaționare. Relația acestei tulburări cu cea de tip delirant și cu schizofrenia paranoidă nu este încă suficient de clară. Suspiciunea și hipersensibilitatea par a constitui factori predispozanți pentru dezvoltarea acestor tulburări.

Acești subiecți nu solicită ajutor pentru rezolvarea propriilor probleme (spitalizare etc.), de aceea ei apar rareori în atenția clinicianului. Din cauza tendinței unora dintre acești subiecți de a fi moralști, grandioși, pompoși și represivi,

ei pot ajunge liderii unor secte, culturi religioase sau ai altor grupări extremiste.

Diagnosticul diferențial se face cu tulburarea de tip delirant și schizofrenia paranoidă, în care există simptome psihotice persistente (idei delirante și halucinații, care nu se înlănesc niciodată în tulburările de personalitate de tip paranoid). Totuși, aceste boli pot coincide cu tulburările de personalitate de tip paranoid.

Tulburarea de personalitate de tip antisocial prezintă câteva trăsături comune cu tulburarea de personalitate de tip paranoid, de exemplu dificultatea de formare și menținere a relațiilor apropiate și realizarea unor performanțe profesionale slabe; în afara cazurilor când două tulburări coexistă, în tulburările de personalitate de tip paranoid nu se constată o prezență de durată a comportamentului antisocial. Persoanele cu tulburări de personalitate de tip schizoid apar deseori ca ciudate, excentrice, reci și distante, dar lipsindu-le o idee paranoidă netă.

Criteriile de diagnostic pentru tulburările de personalitate de tip paranoid sînt :

A. O tendință nejustificată a subiectului, manifestă din tinerețe și într-o varietate de contexte, de a interpreta acțiunile celorlalți ca fiind în mod deliberat amenințătoare și înjositoare, după cum indică cel puțin patru din următoarele manifestări :

- se așteaptă, fără suficient temei, să fie prejudiciat sau lezat de către ceilalți ;
- pune la îndoială, fără justificare, loialitatea sau sinceritatea prietenilor sau a colaboratorilor săi ;
- întuiește semnificații ascunse, înjositoare și amenințătoare, în afirmațiile și evenimentele banale (de exemplu : suspectează un vecin că își scoate afară gunoiul dimineața, devreme, numai ca să-l necăjească) ;
- poartă dușmănie și nu iartă insultele sau injuriile ;
- ezită să aibă încredere în alții, de teamă ca informațiile să nu fie folosite împotriva sa ;
- disprețuiește cu ușurință și reacționează rapid prin furie și contraatac ;
- pune sub semnul întrebării, în mod nejustificat, fidelitatea soțului sau a partenerului sexual.

B. Manifestările nu pot apărea și în schizofrenie sau în tulburările de tip delirant.

● Tulburarea de personalitate de tip schizoid.

Trăsături esențiale ale acestei tulburări sînt reprezentate de indiferență față de relațiile sociale și de existența unui evantai restrîns de experiență și expresie afectivă, debutînd timpuriu, în tinerețe, și manifestîndu-se într-o varietate de contexte sociale.

Subiecții cu această tulburare nici nu doresc și nici nu se bucură de relații intime, apropiate, chiar și cu membrii familiei. Preferă să fie „singuratici” și nu au prieteni apropiați sau confidenți (nici măcar unul în afara rudelor de gradul întâi). Aproape întotdeauna își aleg activități solitare și manifestă o slabă dorință (dacă au vreuna) de a avea experiențe sexuale cu sexul opus. Astfel de persoane manifestă indiferență la critica și lauda altora. Ei pretind că trăiesc emoții puternice (mînie sau bucurie), dar de fapt au o afectivitate inhibată, redusă.

Persoanele cu această tulburare sînt adesea incapabile să exprime agresivitatea sau ostilitatea, pîrînd a fi „confuze” în fixarea scopurilor, indecise în acțiunile lor, distrase, neatente. Din cauza deficienței de relaționare socială sau sexuală, bărbații prezentînd această tulburare sînt de obicei incapabili de a face curte unei femei și rareori se căsătoresc. Femeile pot, în schimb, în mod pasiv, să accepte atenții, omagii și se pot căsători.

Relațiile sociale sînt, prin definiție, strict limitate. Activitatea profesională poate fi perturbată în mod deosebit, dacă implică o relație interpersonală. Pe de altă parte, persoanele cu această tulburare pot fi capabile, în unele situații, de realizări profesionale deosebite, dar care presupun condiții de izolare socială.

Prevalența în mediul spitalicesc este scăzută. Totuși, o proporție însemnată din subiecți poate prezenta această tulburare (meserii ce implică un contact redus sau absent cu ceilalți).

Diagnosticul diferențial se face cu tulburarea de personalitate de tip schizotipal, în care există ciudățeni în modul de a comunica sau în comportament. Unele persoane pot prezenta atât tulburări de personalitate de tip schizoid, cît și tulburări de tip schizotipal.

În tulburarea de personalitate de tip evitant, izolarea socială este datorată hipersensibilității la respingerea de către ceilalți, fiind prezentă o dorință de a forma relații sociale, dar în condițiile asigurării unor garanții puternice de acceptare necritică din partea celorlalți. În contrast cu aceștia, persoanele cu tulburări de personalitate de tip schizoid au o dorință redusă de a realiza relații sociale.

În tulburarea de tip paranoid, ideea paranoidă este caracteristica predominantă.

Criteriile de diagnostic al tulburărilor de personalitate de tip schizoid sînt următoarele :

A. O constantă indiferență față de formarea relațiilor sociale și un evantai redus de experiență și expresie afectivă, marcînd de timpuriu perioada de adult și prezente într-o varietate de contexte sociale, elemente indicate de cel puțin patru din manifestările ce urmează :

- nu dorește și nici nu îl bucură relațiile apropiate cu ceilalți, inclusiv cu membrii familiei ;

- își alege aproape întotdeauna activități solitare;
- rareori se întâmplă să exprime sau să trăiască emoții puternice, ca furia și bucuria;
- manifestă rareori sau de loc dorința de a avea experiențe sexuale cu persoane de sexul opus (a se lua în considerare vârsta);
- este indiferent la critica și lauda celorlalți;
- nu are prieteni apropiați și nici confidenți (nici măcar unul), în afara rudelor de gradul întâi;
- are o afectivitate redusă (este rece, distant, răspunzând rareori la expresiile sau gesturile familiare; dezîmbet sau salut ale altora).

B. Manifestarea poate fi întâlnită și în cursul evoluției schizofreniei sau a unei tulburări de tip delirant.

● Tulburarea de personalitate schizotipală.

Caracteristicile esențiale ale acestei tulburări sînt straniețatea, ciudățenia ideatică, a aspectului exterior și comportamentului, ca și deficitul existent în stabilirea relațiilor interpersonale, începînd timpuriu din perioada de adult și prezente într-o varietate de contexte, dar care nu sînt de o gravitate suficientă pentru a constitui criteriile de diagnostic ale schizofreniei.

Tulburarea de gîndire poate include ideatică paranoidă, suspiciozitate, idei de relație, credințe bizare și gîndire magică, fără ca subiectul să aparțină unor medii subculturale, și influențînd comportamentul persoanei, ca de exemplu credința în clar-

viziune, telepatie sau „al șaselea simț”, convingerea că „alții pot simți sentimentele mele”. La copii și adolescenți, pot lua forma unor fantezii și preocupări bizare. Experiențele perceptuale neobișnuite sînt reprezentate de iluzii, de perceperea unei forțe sau a unei persoane care nu este prezentă (exemplu: „am simțit prezența unui diavol în cameră”). Deseori, limbajul este ciudat, specific, dar neajungînd niciodată pînă la tulburări semantice sau încoerență. Vorbirea poate fi greoaie, digresivă, vagă sau cu conținut abstract, noțiunile fiind exprimate în mod neclar sau bizar, iar cuvintele puțînd fi dintre cele mai neobișnuite. Înfașurarea și comportamentul persoanelor cu această tulburare sînt excentrice și bizare (sînt neîngrijite, manieriste și solilocvează). Relaționarea interpersonală este întotdeauna perturbată. Afectivitatea este inadecvată sau redusă, par obtuzi și detașați, răspunzînd rareori la gesturile sau mimica celorlalți (zîmbet, salut). Nu au prieteni apropiați sau confidenți, în afara rudelor de gradul întâi, și sînt extrem de temători cînd au de-a face cu persoane necunoscute.

Se remarcă un amestec variabil de anxietate, depresie sau disforie și în unele cazuri sînt prezente caracteristicile tulburării de personalitate de tip borderline. În timpul perioadelor de stres maxim, persoanele cu această tulburare pot prezenta simptome psihotice tranzitorii, dar care nu justifică mențiunea unui diagnostic suplimentar. Persoanele cu această tulburare sînt înclinate spre convingeri excentrice, facilitate de modul ciudat de gîndire. Se observă perturbări în activitatea socială sau profesională.

Studii recente, care au folosit criteriile DSM III pentru această tulburare, au indicat autorilor americani o prevalență de 3% din populație. Se pare că persoanele cu tulburări de personalitate de tip schizotipal sînt întîlnite mai frecvent printre rudele de gradul întâi ale bolnavilor cu schizofrenie, decît în populația generală.

Diagnosticul diferențial se face cu schizofrenia de tip rezidual (există un episod acut de schizofrenie în antecedente). Cînd simptomele psihotice se manifestă pe fondul tulburărilor de personalitate de tip schizotipal, ele sînt temporare și nu atît de grave. În tulburarea de personalitate de tip schizoid și evitant nu se întîlnesc bizarerile ale comportamentului, gîndirii, percepției și limbajului, de tipul celor prezente în tulburarea de personalitate de tip schizotipal. În mod frecvent, persoanele cu tulburări de personalitate de tip borderline prezintă trăsături asemănătoare tulburării de personalitate de tip schizotipal, în astfel de cazuri ambele diagnostice trebuind să fie menționate. În tulburările de personalitate de tip paranoid, suspiciozitatea și ideatică paranoidă pot fi prezente, dar fără alte ciudățenii ale gîndirii și comportamentului.



Criteriile de diagnostic pentru tulburările de personalitate de tip schizotipal sînt :

A. Un mod constant deficitar de a stabili relații interpersonale și caracterul straniu, bizar al ideății, aspectului exterior și comportamentului, manifeste de timpuriu în viața de adult și prezente într-o varietate de contexte, indicate de cel puțin cinci manifestări din următoarele :

- idei de relație (excluzînd delirurile de relație) ;
- anxietate socială excesivă, de exemplu, neplăcere intensă în situațiile sociale în care subiectul întîlnește persoane necunoscute ;
- gîndire magică sau credințe bizare, influențînd comportamentul și neapartînd unor medii subculturale, de exemplu : superstiție, credința în clarviziune, telepatie sau „al șaselea simț”, „alții pot simți sentimentele mele” (la copii și adolescenți, fantezii sau preocupări bizare) ;
- experiențe perceptuale neobișnuite, de exemplu iluzii, perceperea unei forțe sau a unei persoane care nu e prezentă („simțeam ca și cum mama mea moartă era în cameră cu mine”) ;
- comportament bizar sau excentric, înfățișare neglijată, manierisme, soliloquie ;
- absența prietenilor sau a confidenților, în afara rudelor de gradul întîi ;
- limbaj bizar (dar fără tulburări semantice sau incoerență) ;
- afectivitate inadecvată sau redusă, subiectul pîrînd obtuz, rece, distant, răspunzînd rareori la gesturile de salut și la zîmbetul celorlalți ;
- suspiciozitate sau idei paranoice.

B. Manifestarea nu apare în cursul schizofreniei sau al unei tulburări globale.

În grupa B sînt incluse :

● **Tulburarea de personalitate de tip antisocial.**

Trăsătura esențială a acestei tulburări este reprezentată de comportamentul iresponsabil și antisocial, manifest încă din copilărie sau adolescență și care se continuă și în viața de adult.

Diagnosticul nu poate fi pus dacă subiectul nu are cel puțin 18 ani și nu prezenta tulburări de comportament înaintea vîrstei de 15 ani.

Minciuna, furtul, vandalismul, încăierările, fuga de acasă, absențele de la școală, cruzimea fizică sînt semnele tipice în copilărie. În perioada de adult, modelul antisocial continuă sub forma incapacității de a-și achita obligațiile financiare, de a-și exercita rolul de părinte autentic și responsabil, de a-și urmări țelurile propuse și de a-și menține o atitudine constantă față de muncă. Acești subiecți nu se supun normelor sociale, repetînd actele antisociale, motive pentru care ajung sub incidența

legii. Sînt agresivi, iritabili și se încăierază rapid, comit violențe, își maltratează soția sau copilul. Au un comportament iresponsabil chiar cînd e vorba de propria persoană (de exemplu, conducerea mașinii sub influența băuturilor alcoolice). Promiscuitatea sexuală este frecventă, ei neputînd menține o relație monogamă mai mult de un an. Nu au remușcări în ceea ce privește efectele comportamentului lor asupra celorlalți, găsindu-și chiar justificări pentru rănirea sau chinuirea celorlalți. După vîrsta de 30 de ani, trăsăturile cele mai flagrante ale comportamentului antisocial pot diminua (în special promiscuitatea sexuală, violența și criminalitatea).

Încă de timpuriu, în adolescență, acești subiecți se simt atrași de fumat, alcool sau droguri, se angajează în relații sexuale inadecvate. Se întînesc mai rar tulburările de somatizare.

Deși cei mai mulți din acești subiecți au un nivel normal al inteligenței, frapează la ei prezența sentimentului de nefericire personală, a stărilor de tensiune emoțională, a depresiei, incapacitatea de a tolera plictiseala, convingerea (adeseori corectă) că ceilalți le sînt ostili. Dificultățile interpersonale și stările disforice tind să persiste pînă tîrziu în viața de adult, chiar atunci cînd trăsăturile mai flagrante ale comportamentului antisocial au diminuat. Invariabil, există o perturbare marcată a capacității de menținere a relațiilor apropiate, calde, responsabile, cu familia și prietenii.

Prin definiție, tulburările de comportament apar înainte de 15 ani. S-a observat că primele simptome la femei apar de obicei la pubertate, în timp ce la bărbați sînt vizibile, în general, încă din copilărie.

Inadaptarea are adeseori consecințe grave, eșecul în realizarea unui statut de adult independent antrenînd perioade lungi de instituționalizare, mai mult penală decît medicală. Există unii subiecți care prezintă doar cîteva trăsături ale acestei tulburări și care pot obține succese pe plan social ; dar aceștia nu prezintă niciodată întregul tablou al tulburării, lipsînd, în mod special, debutul timpuriu din copilărie, care grevează de obicei asupra educației.

Autorii americani apreciază că, cel mai probabil, persoanele cu această tulburare au morți premature și violente, în comparație cu masa generală a populației. S-ar părea că hiperactivitatea cu deficit de atenție și tulburările de comportament din timpul pubertății s-ar constitui ca factori predispozanți. Absența unei educații parentale consistente crește probabilitatea ca tulburarea de comportament să devină o tulburare de personalitate de tip antisocial. Alți factori predispozanți ar fi : bătăile suferite în copilărie, fuga de acasă, absența unuia dintre părinți.

Autorii americani estimează prevalența acestei tulburări la bărbați de aproape 3%, iar

la femei mai puțin de 1%. Tulburarea este mai frecventă la populația defavorizată economic. Se pare că tulburarea este mult mai frecventă la bărbați decât la femei și este de cinci ori mai frecventă printre rudele de gradul întâi ale bărbaților cu această boală decât în populația generală. Riscul rudelor biologice de gradul întâi ale femeilor cu această tulburare este de aproape zece ori mai mare față de populația generală. De asemenea, există un risc crescut de apariție a tulburărilor de somatizare și a celor datorate toxicomaniilor la rudele bărbaților și femeilor cu această boală. În cadrul familiei care are un membru ce prezintă tulburarea de personalitate de tip antisocial, se pare că bărbații au mai des tulburări de personalitate de tip antisocial și tulburări datorate toxicomaniilor, în timp ce femeile prezintă mai des tulburări de somatizare. Studiile de adopțiune au arătat că atât factorii genetici, cât și cei de mediu contribuie la creșterea riscului apariției tulburărilor din această grupă, deoarece părinții cu tulburări de personalitate de tip antisocial reprezintă un risc crescut pentru tulburarea de personalitate de tip antisocial, tulburări de somatizare și tulburări datorate folosirii substanțelor psihoactive atât pentru copiii adoptați de ei, cât și pentru copiii lor proprii.

Diagnosticul diferențial se face cu: tulburarea de comportament din copilărie, care constă din semne tipice, apărute precoce. Deoarece ele pot dispărea spontan sau evolua spre alte boli ca schizofrenia, diagnosticul de tulburare de personalitate de tip antisocial nu trebuie pus la copil și este rezervat adulților (18 ani sau peste) la care acest model comportamental s-a manifestat longitudinal. Comportamentul antisocial la adult este luat în considerare atunci când manifestarea unui comportament criminal sau agresiv apare la persoane care nu întrunesc toate criteriile tulburărilor de personalitate de tip antisocial și ale căror comportamente nu pot fi atribuite nici unei alte tulburări mintale. Diagnosticul diferențial se mai face cu toxicomaniile; în cazul în care apare și comportamentul antisocial în copilărie și se continuă în viața de adult, se menționează ambele diagnostice.

Întârzierea psihică și schizofrenia pot prezenta unele caracteristici comune cu această tulburare, cum ar fi perturbarea activității profesionale și a rolului de părinte eficient.

Episoadele maniacale pot fi asociate cu un comportament antisocial, dar tulburările de comportament sînt absente în copilărie, iar natura episodică a comportamentului antisocial exclude diagnosticul suplimentar de tulburare de personalitate de tip antisocial.

Criteriile de diagnostic pentru tulburările de personalitate de tip antisocial sînt:

- A. Vîrsta de cel puțin 18 ani.
- B. Evidențierea tulburărilor de comportament înaintea vîrstei de 15 ani, indicate de trei sau mai multe din următoarele manifestări:
 - era leneș, chiuilangiu;
 - fugea de acasă în cursul nopții, de cel puțin două ori, din familia adoptivă sau din propria familie (sau numai o dată, dar fără să se mai întoarcă);
 - a inițiat încăierări;
 - a folosit arma în cursul mai multor încăierări, lupte corporale;
 - folosirea forței pentru a avea o relație sexuală;
 - cruzime fizică față de animale;
 - cruzime fizică față de alți oameni;
 - distrugerea intenționată a bunurilor unor persoane (altfel decât prin incendiere);
 - incendiere intenționată;
 - mințea adesea (nu pentru a evita suferința fizică);
 - a furat fără să fie confruntat cu victima;
 - a furat de față cu victima (furț de portmonee, jaf înarmat etc.).
- C. Prezintă model comportamental iresponsabil și antisocial de la vîrsta de 15 ani, așa cum indică cel puțin patru din următoarele manifestări:
 - incapacitatea de a menține o atitudine constantă față de muncă (inclusiv pentru studenți), manifestată prin lipsa ocupației timp de șase luni sau mai mult, în ultimii cinci ani, deși posibilități de muncă existau, absențe repetate de la serviciu, nedatorate unei boli, abandonarea citorva locuri de muncă fără a avea altele în plan;
 - nu se supune normelor sociale, repetă acte antisociale care îl aduc sub incidența legii;
 - este iritabil și agresiv, inițiind repetate încăierări, bătăi (care nu sînt justificate pentru a se apăra de cineva sau pe cineva);
 - nu-și plătește obligațiile financiare, pensia alimentară pentru copii;
 - nu știe să se planifice sau este impulsiv (fie călătorește dintr-un loc în altul fără scop sau fără ideea clară cînd va termina călătoria, fie că nu are o adresă fixă timp de o lună sau mai mult);
 - nu-i place adevărul, mințind repetat pentru un profit personal sau din plăcere;
 - ignoră propria siguranță, conducînd sub influența alcoolului sau cu viteză excesivă;
 - incapacitatea de a-și exercita rolul de părinte, așa cum indică una sau mai multe din următoarele manifestări:
 - malnutriția copilului;

- îmbolnăvirea copilului datorată lipsei condițiilor minime de igienă;
- lipsa îngrijirilor necesare unui grav bolnav;
- dependența copilului de vecini sau rude, care nu locuiesc cu el, pentru a obține hrană și adăpost;
- lăsarea copilului singur acasă, atunci când părinții sînt plecați;
- irosirea banilor pentru scopuri personale, și nu pentru necesitățile căminului;
- incapacitatea de a menține o relație monogamă mai mult de un an;
- absența mîlei, a remușcărilor față de actele săvîrșite (rănire, violentare, furt).

D. Comportamentul antisocial poate apărea în cursul schizofreniei sau al episoadelor maniacale.

● Tulburarea de personalitate de tip borderline.

Trăsătura esențială a acestei tulburări este reprezentată de instabilitatea manifestată la nivelul imaginii de sine, al relațiilor interpersonale și al dispoziției, debutînd timpuriu în perioada de adult și fiind prezentă într-o largă varietate de contexte. Aproape invariabil este prezentă o tulburare de identitate persistentă, manifestată prin nesigurantă în realizarea imaginii de sine, în alegerea unei profesii sau stabilirea de țeluri pe termen lung, alegerea prietenilor sau partenerilor.

Acești subiecți se caracterizează prin instabilitatea imaginii de sine, exprimată prin sentimente cronice de vid sufletesc sau plictiseală. Relațiile interpersonale sînt în general instabile, deși sînt trăite cu intensitate, și pot pendula între limitele supraidealizării și ale devalorizării. Subiecții tolerează greu singurătatea și fac eforturi serioase pentru a evita o posibilă abandonare (reală sau imaginară).

Instabilitatea afectivă este frecventă, dispoziția oscilînd de la starea bazală pînă la depresie, iritabilitate, anxietate, durînd de obicei cîteva ore și foarte rar mai mult de cîteva zile. Se adaugă o mînie neobișnuit de intensă, inadecvată, al cărei control lipsește, descărcată prin accese de furie, încierări. Au tendință la impulsivitate, electiv pentru acele acte care sînt virtual autovătămătoare, ca de pildă abuzul de substanțe psihoactive, ignorarea riscurilor în conducerea auto etc. În cazul formelor severe ale acestei tulburări de personalitate se întîlnesc acte și tentative de suicidare sau de automutilare.

Acest tip de comportament poate fi valorificat în scopul manipulării celorlalți, poate fi rezultatul unei crize de furie sau poate constitui un mod de contracarare a sentimentelor de „anestezie” și depersonalizare, prezente în timpul perioadelor de stres maxim. Unii autori conceptualizează această tulburare ca pe un nivel al organizării per-

sonalității, mai degrabă decît ca pe o tulburare specifică de personalitate.

Frecvent, tulburarea de personalitate de tip borderline este însoțită de caracteristici ale altor tulburări de personalitate, ca cele de tip schizotipal, histrionic, narcisistic și antisocial, în multe cazuri fiind justificată mențiunea mai multor diagnostice. Subiecții afixează în general o atitudine pesimistă, la care se adaugă revendicări sociale; se remarcă frecvent alternanța între sentimentul de dependență și cel de autoafirmare. În timpul perioadelor de stres maxim pot apărea simptome psihotice tranzitorii.

Deseori se remarcă perturbări ale activității sociale sau profesionale. Pe fundalul acestei tulburări de personalitate se pot manifesta: tulburări distimice, depresia majoră, toxicomaniile, tulburări psihotice, psihoza reactivă de scurtă durată, moartea prematură datorată suicidului. Autorii americani remarcă frecvența mai mare a acestui diagnostic la femei și o prevalență scăzută în populația generală.

Diagnosticul diferențial se face cu tulburarea de identitate, caz în care nu se evidențiază criteriile tulburărilor de personalitate de tip borderline, și cu ciclotimia, unde există de asemenea o instabilitate afectivă, dar în tulburarea de personalitate de tip borderline episoadele hipomaniacale lipsesc.

Diagnosticul pentru tulburările de personalitate de tip borderline trebuie să întrunească cel puțin cinci din criteriile de mai jos:

- un model de relații interpersonale caracterizat prin instabilitate și intensitate;
- impulsivitate în cel puțin două domenii care sînt potențial autovătămătoare (fără a include aici actele de suicidare sau de automutilare întîlnite la punctul cinci);
- instabilitate afectivă;
- furie inadecvată și intensă, sau lipsa controlului acesteia;
- acte de automutilare sau tentative și acte de suicidare;
- tulburări marcate și persistente de identitate;
- sentimente de „vid sufletesc” și plictiseală;
- eforturi serioase în sensul de a evita abandonul real sau imaginar.

● Tulburarea de personalitate de tip histrionic.

Caracteristica esențială a acestei tulburări o reprezintă emoționalitatea excesivă și tendința de atragere a atenției, manifestată din tinerețe și prezentă într-o varietate de contexte. În alte clasificări, această categorie este cunoscută sub numele de personalitate isterică.

Persoanele cu această tulburare sînt în permanență căutare sau solicitare de securizare, aprobare, laudă, mîngiere din partea celorlalți și nu se simt bine în situațiile în care nu constituie

centrul atenției. În mod caracteristic, există o lăbilitate emoțională marcată, dar exprimată superficial. Comportamentul este intens reactiv și sugestiv exprimat. Stimuli minori pot antrena o excitabilitate emoțională excesivă. Emoțiile sînt exprimate exagerat și inadecvat. Acești subiecți sînt foarte mult centrați pe sine, avînd o slabă (sau absentă) toleranță la frustrarea provocată de gratificațiile întîrziate.

Acești subiecți, fermecători și seducători, dramatizează, fac totul în scopul atragerii atenției asupra lor, exagerînd totdeauna în relațiile interpersonale, jucînd roluri de „victimă” sau „prințesă”, fără a fi „conștienți” de aceasta. Se plictisesc repede de rutina cotidiană și caută în mod stăruitor noutățile. În ochii altora ei par de o încîntătoare superficialitate, dar le lipsește autenticitatea. Din cauza sentimentului de neajutorare și dependență, ei solicită, caută în permanență încurajare. Se întîrnește frecvent fuga în fanteziile romantice. Calitatea relațiilor sexuale este extrem de variabilă: de la promiscuitate, pînă la aparenta normalitate. Prezintă un interes minor pentru realizările intelectuale sau gîndirea analitică, dar sînt adesea creatori și imaginațivi, sînt ușor influențabili de alții. Sînt ușor de convins și sugestionabili, reacționînd pozitiv față de orice figură autoritară presupusă a fi în stare de a le soluționa problemele ca prin minune. Deși adoptă cu ușurință convingerile altora, raționamentele lor nu sînt profunde. Acuză frecvent dureri de cap, slăbiciune fizică, iar uneori prezintă fenomene de depersonalizare. În perioadele de stres maxim pot prezenta simptome psihotice tranzitorii, dar nesemnificative pentru un alt diagnostic. Relațiile interpersonale sînt de obicei furtunoase și lipsite de satisfacții.

Pot apărea psihoze reactive de scurtă durată, tulburări de conversie și somatizare. Se pare că această tulburare de personalitate este mult mai des întîlnită la femei decît la bărbați, fiind mai frecventă la rudele de gradul întîi ale indivizilor cu această tulburare decît în populația generală.

Diagnosticul diferențial se face cu tulburările de somatizare, cu tulburările de personalitate de tip borderline, narcisistic sau dependent.

Criteriile de diagnostic pentru tulburările de personalitate de tip histrionic sînt indicate de cel puțin patru din următoarele manifestări:

- constanta căutare și solicitare de a fi încurajat, aprobat sau lăudat;
- inadecvare în comportamentul seductiv sexual;
- excesivă preocupare de înfățișarea fizică;
- exprimarea emoțiilor cu o exagerare inadecvată;
- nu se simte bine în situațiile în care nu se află în centrul atenției;

- modificare rapidă și superficială a exprimării emoțiilor;
- excesiva centrare pe sine, acțiunile fiind îndreptate spre obținerea imediată a satisfacției;
- stilul de vorbire este excesiv de impresionabil, dar sărac în detalii (rugat să-și descrie mama, subiectul nu poate spune decît atît: „era o persoană frumoasă”).

● Tulburarea de personalitate de tip narcisistic.

Trăsăturile esențiale ale acestei tulburări sînt: hipervalorizare constantă de sine (imaginativ sau comportamental), hipersensibilitate în evaluarea celorlalți și absența capacității empatice, manifeste din tinerețe și prezente într-o varietate de contexte.

Acești subiecți prezintă o exagerată autostimă, hipertrofiîndu-și propriile realizări și calități, dorînd să apară în ochii altora ca „deosebiți”, chiar dacă se comportă în mod neadecvat. Își trăiesc cu emfază „unicitatea”, crezîndu-se înțeleși numai de oamenii pe care îi consideră la fel de superiori ca și ei. Uneori, aceste sentimente alternează cu cele de devalorizare.

Preocupați de succese nelimitate, putere, strălucire sau iubire ideală, ei sînt roși în același timp de invidie față de cei care li se par a fi reușit mai bine în viață. Deși uneori au aceste trăiri numai pe plan imaginativ, ei nu pot realiza nici măcar plenitudinea plăcerii rezultate din satisfacerea ambițiilor.

Deși fragilă, autostima acestor subiecți capătă uneori un aspect exhibiționist prin tenacitatea cu care solicită atenția și admirația celorlalți. La critică reacționează negativ (furie, rușine sau amuțire), dar își maschează sentimentele printr-o aură de indiferență rece.

Incapacitatea empatică își pune amprenta asupra relațiilor interpersonale, care sînt totdeauna perturbate. Se cred mereu îndreptățiți a fi omagiați, a primi favoruri, deși nu este cazul. Prietenii se leagă deseori pe motivul unui eventual profit, iar legăturile sentimentale sînt marcate de considerarea partenerului drept un obiect favorabil creșterii propriei importanțe.

Se pot asocia deseori trăsături aparținînd tulburărilor de personalitate de tip histrionic, borderline sau antisocial, necesitînd menținerea ambelor diagnostice. Subiecții sînt de obicei triști, preocupați de scurgerea vieții. Își justifică uneori defectele sau accele necorespunzătoare prin explicații „raționale” sau minciună, dar totdeauna prin epatare.

În dorința de succes, acești subiecți ajung uneori în mod inevitabil la situații dificile, atît pe plan profesional, cît și interpersonal. Este posibilă, pe parcursul evoluției, apariția tulburării distimice, a psihozei reactive de scurtă durată

sau chiar a depresiei majore (în partea de mijloc a vieții).

Descrierea tulburării de personalitate de tip narcisist, mai frecventă în zilele noastre față de trecut, poate fi explicată prin interesul mai crescut al psihiatrilor.

Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu tulburările de personalitate de tip borderline, histriotic sau antisocial.

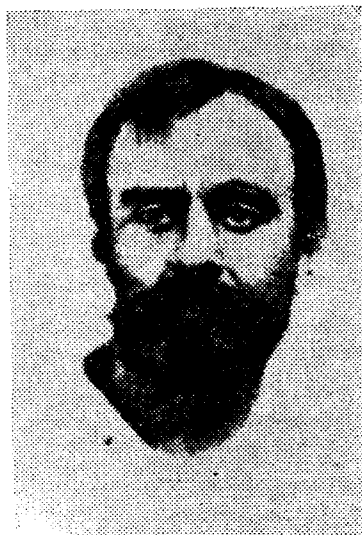
Criteriile de diagnostic sînt indicate de cel puțin cinci din următoarele manifestări :

- reacționează la critică prin furie, rușine sau umilire (chiar dacă nu sînt exprimate);
 - își exploatează relațiile interpersonale : profită de pe urma celorlalți pentru a-și realiza scopul ;
 - sentimentul hipervalorizării de sine, emfază, autoimportanță exagerată, hipertrofiindu-și calitățile, așteptînd ca alții să-i vadă ca „deosebiți”, fără să fie cazul ;
 - crede că problemele sale sînt unice și nu pot fi înțelese decît de persoane cu calități deosebite ;
 - are preocupări imaginare referitor la succese nelimitate, putere, strălucire, frumusețe sau dragoste ideală ;
 - se consideră îndreptățit de a primi favoruri, de a fi tratați preferențial ;
 - solicită constantă atenție și admirație ;
 - lipsa capacității empatice : nu pot recunoaște sentimentele și trăirile celorlalți ;
 - este dominat de invidie.
- În grupa C sînt incluse :

● Tulburarea de personalitate de tip evitant

Trăsăturile de bază ale acestei tulburări sînt reprezentate de : prezența constantă a unei stări de disconfort social, teama de a fi judecat negativ de către ceilalți, timiditate, debutînd din tinerețe și manifestate în contexte variate.

Majoritatea oamenilor sînt preocupați în general de felul cum gîndesc alții despre ei, dar acești subiecți evitanți sînt extrem de ușor lezabili prin critică, suferind enorm la cea mai mică dezaprobare. Nu stabilesc relații interpersonale pînă nu au cele mai puternice garanții că pot fi acceptați fără rezerve de către ceilalți. În consecință, le lipsesc prietenii apropiați sau confidenții, în afara rudelor de gradul întii. Tînd să evite profesiile care implică un contact interpersonal semnificativ, iar timiditatea excesivă îi împiedică să comită orice gest care iese din rutina cotidiană. Exagerază greutățile potențiale, pericolile fizice sau riscurile inerente actelor zilnice. Spre deosebire de persoana cu tulburare de personalitate de tip schizoid, care este izolată social prin absența dorinței de a stabili relații sociale, cea cu tulburare de tip evitant suferă că nu poate primi afecțiunea și acceptarea celorlalți din cauza incapacității sale de relaționare.



Se pot asocia depresie, anxietate, furie, îndreptate spre propria persoană în situațiile în care esuează pe plan social. Uneori pot apărea diverse fobii.

Autorii americani sînt de părere că tulburarea evitantă din copilărie și adolescență, bolile handicapante pe plan fizic pot constitui factori predispozanți ai apariției acestei tulburări de personalitate.

Perturbarea relațiilor sociale este, prin definiție, severă, mai ales cînd profesia implică un grad crescut de relaționare.

Diagnosticul diferențial se face cu tulburarea de personalitate de tip schizoid, fobiile sociale, agorafobia și tulburarea de tip evitant din copilărie și adolescență.

Criteriile de diagnostic sînt indicate de cel puțin patru din următoarele manifestări :

- este rînit ușor de critica sau dezaprobarea celorlalți ;
- nu are prietenii apropiați sau confidenți, în afara rudelor de gradul întii ;
- nu dorește să relaționeze cu alte persoane, decît dacă are garanția unei acceptări necritice ;
- evită activitățile sociale și profesionale care implică un grad crescut de contacte interpersonale ;
- este reticent în situații sociale, fiindu-i teamă să nu spună ceva nepotrivit sau că nu este capabil să răspundă la întrebări ;
- teamă de a nu roși, de a plînge sau de a manifesta vreun semn de anxietate în fața altor persoane ;

- exagerează dificultățile potențiale, pericolele fizice sau riscuri inerente acțiunilor de îndeplinire a unui lucru obișnuit, dar care depășește rutina.

● Tulburarea de personalitate de tip dependent

Caracteristica esențială a acestei tulburări este prezența unui comportament constant de dependență și supunere, debutând din tinerețe și manifest în contexte variate.

Acești subiecți sînt incapabili de a lua decizii de rutină fără a se sprijini pe asigurările și sfaturile celorlalți, lăsînd pe seama altora chiar asumarea tuturor responsabilităților în ceea ce privește hotărârile majore ale propriei existente.

Dependența exagerată de alții conduce la dificultatea de a face proiecte sau de a realiza acțiuni de unul singur. Cînd sînt singuri, se simt neplăcut sau neajutorați, evitînd pe cît posibil situația de singurătate prelungită. Sînt de-a dreptul deșperați la încetarea unei relații apropiate și îi cuprînde frica la gîndul de a fi abandonat. Sînt ușor răniți de critică și dezaprobare, tînzînd să se subordoneze ușor altora, acceptîndu-și chiar pe cei despre care cred că greșesc, din teama de a nu fi respinși. Sînt în stare să săvîrșescă deliberat și lucruri care nu le plac, numai ca să le facă altora plăcere.

În mod frecvent, această tulburare se asociază cu tulburarea de personalitate de tip histrionic, schizotipal, narcisistic sau evitant, cu depresia și anxietatea. Neîncrederea în sine atrage dorința de a li se confirma calitățile și afirmațiile.

Pe plan socio-profesional apar perturbări în cazul cînd exercitarea profesiei presupune independență. Relațiile sociale sînt limitate numai la cele cîteva persoane de care subiectul se simte legat.

Pot apărea tulburări distimice și depresie majoră. Autorii incriminează bolile cronice somatice, tulburarea anxioasă de separare, ca factori predispozanți în apariția acestei tulburări de personalitate.

Diagnosticul diferențial ar putea fi făcut cu agorafobia.

Criteriile de diagnostic sînt indicate de cel puțin cinci din următoarele manifestări:

- este incapabil de a lua decizii cotidiene fără a primi un număr excesiv de sfaturi și asigurări din partea celorlalți;
- lasă pe alții să ia cele mai multe sau cele mai importante decizii în locul său (unde să locuiască, ce slujbă etc.);
- este de acord cu ceilalți chiar cînd este convins că aceștia greșesc, din teama de a nu fi respinși;
- are dificultăți în inițierea unor proiecte sau în realizarea unor lucruri de unul singur;
- în mod deliberat face lucruri care nu îi plac sau care-l umiliesc numai ca să le facă altora plăcere;

- cînd e singur nu se simte bine sau se simte neajutorat și face orice ca să evite singurătatea;
- se simte disperat sau neajutorat cînd se încheie o relație apropiată;
- îl preocupă frecvent teama de a fi abandonat;
- este ușor rănit de critica sau dezaprobarea celorlalți;

● Tulburarea de personalitate de tip compulsiv-obsesiv. Trăsăturile esențiale ale acestei tulburări sînt reprezentate de permanentul perfecționism și inflexibilitate, prezente din tinerețe și manifestîndu-se în contexte variate.

Tot timpul, acești subiecți se străduiesc să atingă perfecțiunea în ceea ce fac, dar stabilirea unor standarde atît de stricte, și deseori de neatinși, îi împiedică să-și ducă la bun sfîrșit sarcinile și proiectele. Oricît de bună ar fi realizarea lor, tot li se pare că nu e „suficient de bună”.

Sînt preocupați de reguli, eficiență, detalii minore, proceduri (sau formă); își întocmesc liste, bogate în sarcini, a căror consultare le răpește mult prea mult timp, cînd de fapt ar fi necesare cîteva momente de memorare, în vederea trecerii eficiente la acțiune. Acordă multă importanță relației autoritate-supunere și, deși rezistă persoanelor autoritare, se plietesc repede și încearcă, în mod nefiresc, să impună celorlalți propriul mod de a acționa.

Munca și productivitatea sînt prețuite în sine, fără ca plăcerea sau relațiile interpersonale să aibă vreo contribuție. Există preocupări pentru logică și activități intelectuale și o atitudine intolerantă față de comportamentul afectiv al altor persoane. Atunci cînd e vorba de plăcere, ea este un obiectiv planificat și pentru care se munceste. Acești subiecți își programează în așa fel activitățile plăcute, inclusiv vacanțele, astfel încît ele devin practic nerealizabile. Momentul de luarea unei decizii este evitat, amînat, prelungit, probabil datorită fricii de a nu comite greșeli.

Acești subiecți sînt excesiv de conștiincioși, scrupuloși, aspri în judecarea propriilor fapte și ale altora. Sînt pretențioși, grijulii față de emoțiile lor și de bunurile lor materiale, evitînd să-și exprime sentimentele și făcînd rareori complimente sau cadouri. Relațiile cotidiene îmbracă un stil convențional, formal și serios.

Se pot asocia dificultăți în exprimarea sentimentelor de tandrețe, percepute disconfortant de subiect; el suferă conștientizîndu-și lipsa de decizie și ineficiența globală. Limbajul este deseori circumstanțial. Dispoziția depresivă este frecventă. Cînd nu mai pot exercita controlul asupra altora (control de care au eînsis o mare nevoie) sau asupra unei situații, apar ruminări și stări de minie (deși nu e exprimat).

mată direct). Sensibilitatea la critica socială este extremă, mai ales dacă vine din partea unei persoane cu autoritate importantă.

Acest tip de tulburare de personalitate produce frecvent incapacitatea adaptării sociale, mai ales pe plan profesional.

Complicațiile care pot apărea sînt, în opinia autorilor americani, următoarele: tulburări obsesiv-compulsive, hipocondria, depresia majoră și distimia. Multe din trăsăturile menționate pot fi întâlnite la bolnavii cu infarct miocardic, la personalitățile de „tip A”. Se pare că la rudele de gradul întâi ale acestor subiecți, tulburarea se întâlnește mai frecvent decît în populația generală.

Diagnosticul diferențial se face cu tulburarea de tip obsesiv-compulsiv.

Criteriile de diagnostic sînt indicate de cel puțin cinci din manifestările următoare:

- perfecționism care împietăzesc asupra îndeplinirii unei sarcini (incapacitatea de a desăvîrși un proiect din cauza strictetei excesive a standardurilor propuse);
- preocupat excesiv de detalii, reguli, liste, ordine, programe — pînă la anularea activității;
- insistență nefirească în a-l face pe ceilalți să se supună modului său de a acționa sau împiedicarea celorlalți de a acționa, din cauza convingerii că aceștia nu vor acționa corect;
- devotament excesiv față de muncă și productivitate, pînă la eliminarea activităților plăcute, distractive din timpul liber și a prietenilor (dar nu dintr-un motiv obiectiv sau economic);
- incapacitatea de a lua decizii: e-le sînt evitate, amînată sau prelungite;
- scrupulozitate, hiperconștiinciozitate și rigiditate cu privire la subiecte de morală, etică sau la valori (fără a se datora nivelului cultural sau convingerilor religioase);
- exprimarea redusă a afecțiunii;
- lipsă de generozitate (timp, bani, cadouri) atunci cînd nu are un interes personal;
- incapacitatea de a renunța la obiecte vechi sau fără valoare, chiar și atunci cînd acestea nu au valoare sentimentală.

● **Tulburarea de personalitate de tip pasiv-agresiv.** Trăsătura caracteristică acestei tulburări de personalitate este opoziția constantă la solicitările unei activități sociale și profesionale adecvate, manifestîndu-se din tinerețe și în variate contexte. Această opoziție este exprimată mai mult indirect și se finalizează printr-o ineficiență socio-profesională constantă, în condiții în care aceasta nu se justifică. Denumirea tulburării a fost sugerată autorilor americani de observația că acești subiecți exprimă, sub masca pasivității, o agresivitate ascunsă.

Subiecții opun de obicei rezistență în fața oricărei solicitări de a-și spori sau măcar de a menține parametrii de adaptare, rezistență mai evidentă pe plan profesional decît social. Opoziția se exprimă indirect, prin tergiversare, trîndăvire, încăpăținare, ineficiență voită, „uitare”, ridicînd piedici serioase în calea celor cu care colaborează prin natura locului de muncă.

Devin ursuzi, iritabili, argumentativi, atunci cînd li se cere să facă ceea ce nu vor, protestînd vehement împotriva iraționalității acțiunilor care li se solicită, respingînd sugestiile de a-și ameliora munca, criticînd pe cei de la care vin acestea. Sînt caracterizați prin dependență și neîncredere în sine, percepînd viitorul în mod pesimist și neadmitîndu-și culpabilitatea în propriile nereușiri. Perturbările apar atît pe plan profesional, cît și social, sub forma ineficienței globale. Depresia majoră, distimia, abuzul de alcool pot constitui eventualele compensații.

Diagnosticul diferențial poate lua în considerare tulburarea de opoziție-apărare (sub 18 ani) și manipuliările pasiv-agresive.

Criteriile de diagnostic sînt indicate de cel puțin cinci din următoarele manifestări:

- amină, tergiversează acțiunile care trebuie să îndeplinite, astfel că termenele nu pot fi respectate;
- devine ursuz, iritabil sau argumentativ cînd este rugat să facă ceva ce nu-i place;
- pare că lucrează în mod deliberat foarte încet sau greșit, cînd de fapt el nu vrea să muncească;
- protestează fără justificare față de solicitările altora, de neînțeles pentru el;
- evită obligații, rugînd să fie „uitat”;
- crede că ar putea face o treabă mult mai bine decît cred ceilalți că este el în stare;
- refuză sugestiile utile din partea celorlalți în legătură cu faptul cum ar putea fi mai productiv;
- împiedică eforturile altora de a realiza programul de muncă, prin neparticipare;
- critică fără temei sau desconsideră persoane în funcții de exercitare a autorității.

În finalul expunerii acestor tulburări de personalitate, DSM III R propune încă un număr de trei categorii de diagnostic, a căror acreditare necesită, în opinia autorilor americani, viitoare studii temeinice, atît pe plan clinic, cît și al cercetării. Acestea sînt: tulburarea disforică a fazei luteale tardive, tulburarea de personalitate de tip sadic și tulburarea de personalitate de tip autodestructiv.

● **Tulburarea disforică a fazei luteale tardive.**

S-a observat că multe femei prezintă o varietate de modificări pe plan fizic și emoțional în timpul parcurgerii fazelor specifice ale ciclului menstrual. Pentru majoritatea, aceste modificări

sînt percepute ca un disconfort minim și nu le perturbă activitatea profesională.

Tulburarea disforică a fazei luteale tardive ar fi, prin contrast, un tablou clinic specific, cuprinzînd simptome afectiv-comportamentale, care apare în ultima săptămînă a fazei luteale, cu remitere la cîteva zile de la instalarea fazei foliculinice. La cele mai multe femei, aceste simptome se manifestă cu o săptămînă înainte și se remit la cîteva zile după prima zi a menstruației.

Diagnosticul va fi pus numai în prezența unui grad sever de perturbare a activității socio-profesionale și a apariției simptomelor în majoritatea ciclurilor menstruale ale ultimului an.



Se va evita un astfel de diagnostic dacă simptomele tind să se estompeze în cîteva zile de la instalarea fazei foliculinice, precum și dacă tulburarea se datorează exacerbării, în faza luteală, a simptomatologiei unei afecțiuni psihice (depresia majoră, tulburarea de panică, distimia sau o tulburare de personalitate).

Durata fazelor luteale și foliculinice poate fi stabilită prin ziua de instalare a menstruației, deși tulburarea a fost observată și la femeile cu histerectomie, dar cu funcție ovariană păstrată (caz în care durata celor două faze trebuie stabilită prin dozarea hormonilor de reproducere).

Studiile au arătat că tulburările premenstruale nu trebuie echivalate cu tulburarea disforică a fazei luteale tardive, avînd alte trăsături clinice. De asemenea, intensitatea simptomatologiei nu este proporțională cu valorile curbei fazei luteale.

Printre cele mai frecvente simptome se află lăbililitatea afectivă excesivă, iritabilitate persistentă, furie sau stare de tensiune, sentimente de tristețe și idei de autodeprecieri. Scade interesul pentru activitățile obișnuite, apare fatigabilitatea și lipsa de energie, impresia subiectivă a scăderii puterii de concentrare, modificări de apetit, capricii alimentare (în special pentru dulciuri) și tulburări de somn. Se mai descriu: congestionarea sînilor, dureri de cap, dureri articulare sau musculare și creștere în greutate.

Unele studii par să indice asocierea acestei tulburări cu tulburarea depresivă.

Debutul acestei tulburări poate fi situat oricînd după apariția menarhei, dar s-a observat că femeile ce solicită tratament depășesc de obicei vîrsta de 30 de ani. Deocamdată nu există date despre evoluție, dar se pare că există o agravare cu vîrsta. Autorii citează suicidul ca posibilă complicație a tulburării descrise.

Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu dismenoreea, tulburările depresive și tulburarea de panică.

Criteriile de diagnostic sînt indicate de cei puțin cinci din următoarele manifestări, prezente aproape de fiecare dată pe perioada fiecărei faze luteale tardive, din care cel puțin unul din simptomele redade la primele patru puncte:

- lăbililitate afectivă marcată (sentimentul brusc de tristețe, plîns, iritabilitate sau furie);
- furie sau iritabilitate persistentă și intensă;
- anxietate, marcată stare de tensiune;
- dispoziție depresivă intensă, sentiment de neajutorare sau idei de autodeprecieri;
- scăderea interesului pentru activități obișnuite;
- fatigabilitate sau marcată lipsă de energie;
- scăderea subiectivă a capacității de concentrare;
- variații importante ale apetitului, hiperfagie sau capricii alimentare;
- hipersomnie sau insomnie;
- alte simptome fizice: congestia sînilor, cefalee, dureri articulare sau musculare, creștere în greutate.

În opinia noastră, această tulburare de personalitate ar putea fi asimilabilă unei stări „psihopatoide”.

● Tulburare de personalitate de tip sadic.

Trăsătura esențială a acestei tulburări este persistența unui comportament plin de cruzime, jignitor și agresiv față de ceilalți, manifestîndu-se de timpuriu la vîrsta adultă. Comportamentul sadic devine adeseori evident atît în relațiile sociale (în special cu membrii familiei), cît și în cele profesionale (cu subalternii), exteriorizîndu-se rareori la contactul cu persoane aflate în poziții ce le conferă autoritate sau avînd un statut mai înalt decît subiecții.

Majoritatea acestor subiecți întrebuințează mijloacele de violență fizică sau cruzimea pentru a-și asigura o poziție dominantă în relațiile pe care le stabilesc (niciodată în scop de jaf). Aplică violența în momentul în care persoana vizată nu se mai lasă intimidată sau controlată. Alții nu-și manifestă în genere violența, deși se simt fascinați de ea, de arme, arte marțiale, răniri sau tortură. Multe din aceste comportamente rezultă din absența capacității de a respecta și a stabili relații empatice cu ceilalți. Subiecții restrâng de multe ori autonomia celor apropiați, obligându-i să facă exact ceea ce doresc ei, folosind tactici de intimidare și terorizare, amenințând tot timpul cu violența. Par a se amuza sau a simți plăcere asistând la suferința psihică sau fizică a altora (inclusiv animale).

Aproape invariabil, comportamentul sadic este ego-sintonic, caz în care persoana rareori se prezintă la medic (cu excepția cazurilor penale). Adeseori persecută persoane suferind de tulburarea de personalitate de tip autodestructiv. În mod frecvent sînt prezente multe din caracteristicile tulburărilor de personalitate de tip narcisist și antisocial, menționându-se în acest caz toate diagnosticele. Depresia este prezentă extrem de rar, iar reacția la abandon este de obicei furia.

Complicațiile care pot apărea sînt tulburările datorate toxicomanilor, dificultăți maritale, profesionale și implicații medico-legale.

Ca factori predispozanți sînt implicați: maltratarea fizică, sexuală sau psihologică din copilărie sau asistarea la scene de familie, în care mama era maltrată. Se pare că tulburarea este mai frecventă la bărbați decît la femei.

În ceea ce privește prevalența în clinică, tulburarea se întâlnește rar, dar în instituturile medico-legale este destul de frecventă.

Diagnosticul diferențial se face cu sadismul sexual, în care persoana exercită un comportament sadic în scopul stimulării sexuale, și cu tulburările de personalitate de tip antisocial, în care problemele de comportament apar din copilărie sau adolescență.

Criteriile de diagnostic sînt indicate de cel puțin patru din manifestările ce urmează:

- folosește cruzimea fizică și violența pentru a avea o poziție dominantă în relațiile pe care le stabilește (nu lovește pe cineva ca să-l jefuiască, umilește și jighește în prezența altora);
- tratează sau pedepsește cu cruzime pe cineva aflat în puterea sa (de exemplu, un copil, student, prizonier sau pacient);
- se amuză sau îi face plăcere suferința psihică sau fizică a altora (inclusiv a animalelor);
- minte ca să rănească sau să producă chinuri (nu ca să atingă un scop anume);

— pune pe alții să facă ceea ce dorește el, înspăimîntîndu-i (prin intimidare sau chiar teroare);

— limitează autonomia persoanelor cu care e are relații apropiate (de exemplu, nu-i permite soției să plece de acasă singură sau fiicei adolescente să frecventeze petreceri);

— este fascinat de violență, arme, arte marțiale, răniri sau tortură.

● **Tulburarea de personalitate de tip autodestructiv.** Caracteristica esențială a acestei tulburări este un comportament autodestructiv persistent, debutînd în tinerețe și prezent într-o varietate de contexte. Persoana evită și subminează adeseori experiențele plăcute, este atrasă de situații sau relații în care știe că va suferi și îi împiedică pe ceilalți s-o ajute. Diagnosticul nu trebuie pus dacă acest comportament apare doar în situații în care persoana anticipează abuzul fizic, sexual sau psihologic. La fel, în cazurile în care persoana este în depresie. Tulburarea a fost denumită și tulburare de personalitate de tip masochist, dar numele acestei tulburări a fost ulterior schimbat pentru a evita asocierea termenului masochist cu un punct de vedere psihanalitic mai vechi, cu privire la sexualitatea femeilor și la plăcerea inconștientă născută din suferință. Alte teorii psihanalitice, cognitive și sociale au adus contribuții la explicarea originilor acestui model comportamental.

Subiectul poate stabili relații cu alții sau se pune el însuși în situații care sînt autodestructive, provocîndu-și suferință chiar atunci cînd nu ar fi fost îndreptățit să o facă. Sînt respinse tentativele de ajutor pe care alții încearcă să le ofere în mod rațional, prin atitudini mergînd de la repetate refuzuri politicoase, pînă la oferirea de favoruri și cadouri în ideea de a sabota aceste eforturi.

Atunci cînd sînt puși să facă față unor evenimente personale pozitive (absolvire, promovare profesională, avansare sau orice formă de premiere sau încurajare), acești subiecți reacționează prin depresie și sentimente de vinovăție. Se ajunge în unele cazuri ca aceștia să acționeze în așa fel încît, pentru a-și produce suferință, să-și provoace un accident sau să piardă un obiect de valoare.

În mod caracteristic, ei acționează pentru a stîrni mînia celorlalți și a fi rejectați (inclusiv în cadrul relației terapeutice).

Situațiile care produc plăcere sînt evitate în mod constant. Deși au ocazia să ducă la îndeplinire o acțiune care le-ar aduce un deplin succes, acești subiecți, deși au capacitatea respectivă, eșuează.

Relațiile cu persoanele care manifestă un comportament grijuliu, atent față de ceilalți, sînt puternic rejectate, inclusiv în ceea ce privește relațiile sexuale.

Acești subiecți așteaptă tot timpul să facă ceva pentru ceilalți, să se sacrifice, chiar dacă acest lucru nu li se pretinde și fără ca de fapt să resimtă plăcere, în ideea provocării unui sentiment de vinovăție urmat, deci, de respingere.

Se observă asocierea în special cu tulburările de personalitate de tip borderline, dependent, pasiv-agresiv, obsesiv-compulsiv.

Distimia și depresia majoră, ideile sau comportamentul suicidal pot complica tabloul acestui tip de tulburare a personalității. Factorii predispozanți ar fi aceiași ca la personalitatea de tip sadic.

Tulburarea este mai frecventă la rudele de gradul întâi ale persoanelor suferind de această tulburare.

Diagnosticul diferențial se face cu unele cazuri de maltratare fizice, sexuale sau psihologice, în care victima poate să se comporte într-un mod care pare a fi autodestructiv; cu tulburarea depresivă, în care comportamentul autodestructiv este un simptom. Diagnosticul de tulburare de personalitate autodestructivă nu se pune dacă comportamentul de autodistrugere apare doar când persoana este deprimată. Totuși, la persoanele cu tulburări de personalitate autodestructivă, în mod frecvent pot coexista episoade depresive.

Criteriile de diagnostic sînt indicate de cel puțin cinci din manifestările următoare:

- alege persoane sau situații care îi provoacă decepții, eșec sau neplăceri, chiar atunci cînd nu ar fi fost îndreptățite să acționeze astfel;
- respinge sau anulează încercările altora de a-l ajuta;
- ca urmare a unor întîmplări personale pozitive (de exemplu, noi realizări), el reacționează prin depresie, vinovăție sau un comportament care provoacă dureri (accident);
- incită minia sau reacții de respingere din partea altora și apoi se simte rănit, distrus sau umilit;
- rejectează situațiile care i-ar produce plăcere sau gîndul că s-ar putea bucura și provoca dezgust, (în ciuda faptului că are calități sociale adecvate și capacitatea de a se bucura);
- eșuează în îndeplinirea sarcinilor esențiale pentru atingerea obiectivelor personale, în ciuda prezenței calităților necesare îndeplinirii lor;
- este neinteresat sau rejectează persoanele care în mod constant se poartă bine cu el (chiar partenerul sexual);
- se angajează într-un sacrificiu de sine excesiv, fără ca să i se fi solicitat acest lucru*.

Sintetizînd clasificările psihiatriei clasice și ale celei moderne și reafirmînd poziția sceptică în

privința posibilității de a oferi o clasificare „perfectă”, se poate sugera o variantă care corespunde mai bine obiectivului sistematic și celui didactic. Nici o personalitate structurată dizarmonic, din cele descrise mai jos, nu se supune măsurilor procustiene care ar putea fi sugerate cititorului la prima vedere. Un individ, oricît ar părea de monomorf, este în realitate o unitate vie, în permanentă dinamică, suferind în fiecare moment influențele mediului social, care îl metamorfozează continuu. Pe de altă parte, înfinita varietate a indivizilor umani permite realizarea unor combinații de trăsături tot atît de diverse, ceea ce face ca, practic, pe planeta noastră, nici un om să nu semene cu altul.

Conform acestor considerente și fără a avea intenția de a impune un punct de vedere, propunem următoarea clasificare a personalităților structurate dizarmonic: tipul paranoic, afectiv, schizoid, exploziv, obsesiv, isteric, astenic, antisocial și pervers social, borderline, mixt și polimorf.

PERSONALITATEA STRUCTURATĂ DIZARMONIC DE TIP PARANOIC. Acestui tip de personalitate dizarmonică îi sînt caracteristice următoarele trăsături:

● **Orogoliul excesiv și supraestimarea de sine** — reprezintă, în viziunea lui MONTASSUT, GENIL-PERRIN și GUJRAUD, trăsătura dominantă, „coloana vertebrală” a personalității, din care derivă, rînd pe rînd, celelalte caracteristici. Depășind prin amploare ceea ce o persoană aflată în cadrul normalității consideră „buna sa părere despre sine”, hipertrofia Eului atinge la paranoic cote înalte, care-l situează, în dezvoltările paranoice și în paranoia propriu-zisă, la nivelul psihozei. Considerîndu-se un personaj important în viața socială, el privește sever, cu asprime, pe ceilalți din jurul său, copleșindu-i cu propriile judecăți și atitudini. În macro- sau microgrup, paranoicul este totdeauna un auditor de nedorit, căci el nu poate sta niciodată „în bancă” atîta timp cît există „o catedră”. Deși se afișează ca imparțial în afirmarea ideilor sale, totdeauna valoroase, în împărțirea dreptății universale, el se dovedește de fapt „ridicol și odios”, cum se exprimă POROF, în discrepanță cu realitatea obiectivă. Se pare că inteligența nu joacă aici un rol prea mare, deși paranoicul face întotdeauna caz de ea (mulți paranoici cultivă preocupările autodidactice, dar le utilizează în sens negativ). Deși caută să pară tuturor un om inteligent, superdotat și omnipotent, el reușește (mai mult sau mai puțin) acest lucru prin siguranța de sine, prin autoritatea pe care și-o impune, imaginea finală ajungînd însă uneori pînă la caricatura grotescă. Diferențierea operată de SCHNEIDER la psiopatii „fanatici, în „luptători” (Kampffanatiker) și liniștiți (matte Fanatiker) nu exclude, nici într-un caz nici în altul, supraevaluarea și prevalența, aceasta din urmă fiind înțeleasă (BIRNBAUM,

*) Text adaptat din „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Third Edition (Revised)” (1987)



BUMKE, KÜPFEN) ca un complex ideativ care, în condițiile întăririi tonalității afective, ocupă un loc dominant, o preponderență afectivă abuzivă. În același sens, LEONHARD descrie, la firea hiperperseverentă, perseverența anormală a afectului, cu evidențierea unui egoism accentuat care îl propulsează pe individ în autocrearea unui și mai pronunțat sentiment al propriei valori. Paranoiacul nu se consideră niciodată vinovat sau responsabil de greșeli (autocritica la el practic nu există); el își „cultivă” relațiile pentru a evita, pe cât posibil, confruntările pe plan profesional sau social. Extrem de susceptibile, aceste personalități se simt cu ușurință jignite, ofensate și nu iartă niciodată pe cei care le-au lezat într-un mod sau altul prestigiul personal, înțelegând prin aceasta fie bunuri materiale, fie valori morale, în special dreptatea. Tot orgoliul, excesiv și supraestimarea de sine constituie fundamentul pe care, în momentul apariției unei convingeri și al luării implicite a unei decizii, nici un argument, oricât de logic și întemeiat ar fi el, nu poate schimba convingerea paranoiacului (GUJRAUD). De aceea, el evită schimbările pe cât poate; dacă e pus în situația de a le face față, apare cu ușurință posibilitatea dezvoltării paranoiace, (reacționează în stil paranoiac), individul neputând asimila noutatea. Constatările lui ARIETI susțin suferința paranoiacului, deficiența sa în sensul unei inadecvări profunde în toate laturile relațiilor interpersonale, supraevaluarea realității devenind o frână care nu mai oprește, ci împinge persoana spre marginalizare.

● **Neîncrederea** în oameni este prezentă în relațiile personalității paranoiace sub forme mai mult sau mai puțin disimulate, dar din care transpare puternic răceala, lipsa de disponibilități pentru familiarisme, atitudini prea amicale sau denotând tendințe egalitare. Este suspectată orice persoană sau situație care sînt „potențial” periculoase, răușoitoare sau amenințătoare pentru „suveranitatea” pe care o afișează acest tip de personalitate. Sînt ținuți la distanță subalternii, colegii, chiar membrii propriei familii. Pericolul pare a putea veni de oriunde și în orice moment, capcane pot exista la tot pasul, de farse și ironii este în stare oricine, lipsa de sinceritate și loialitate pare a fi generală. Acestea sînt motivele pentru care paranoiacul rămîne politicoș, rece, distant, vorbește puțin, este hipervigilent, mereu „la pîndă”, exigent pînă la tiranie cu subordonații sau cu propria familie. Rejectează puternic pe ceilalți care, la rîndul lor, îi alimentează și amplifică sentimentele de ostilitate și suspiciune. Nemișos în acuzarea celorlalți, paranoiacul nu numai că nu are încredere, dar disprețuiește profund pe cei slabi fizic, neputincioși sau defavorizați, în raza interesului său înțînd numai indivizii care reprezintă o valoare socială sau profesională demnă de invidiat. Astfel, vîpera pizmurii găsește un teren prienic în sufletul paranoiacului, erodînd adînc în sentimentul autosupraevaluării și generînd noi motivații de luptă pentru cucerirea de titluri, funcții, putere. Acestea sînt pozițiile favorizate pe care le țintește el, în lipsa lor, paranoiacul renunțînd să participe la activitatea grupului, preferînd retragerea „majestuoasă” pe măsura grandorii sale. Continuă suspiciune: hrănește megalomania, dar acționează marcat în sensul limitării gradului de libertate al personalității paranoiace, al restrîngerii speranței în capacitățile de a lua hotărîri pe plan afectiv. De aceea, acest individ poate fi considerat, în multe circumstanțe, favorabile exprimării trăsăturilor dominante ale personalității sale, un nefericit, un eșuat paradoxal. El năzuiește spre vîrfurile cele mai înalte ale munților, pe care vrea să-i curețească, dar este surprîns să se regăsească, în depîndă singurătate, pe o insulă plutoare și nesigură, care nu-l va putea duce spre direcția dorită. Conștientizarea inadecvării poate fi uneori dureroasă, generînd stări depresive reactive, dar niciodată înfrîngeri. Asistăm uneori la tabloul unor adevărate „pașiuni oarbe”, al unor idealizări de mare amploare, care cîteodată antrenază persoana în gesturi desperate. Replierea se face, în consecință, cu sporirea măsurilor de vigilență și de apărare, cu creșterea gradului de suspiciune și nesiguranță față de intențiile și actele celorlalți, antrenînd complicații și mai mari în planul relaționării sociale, care este permanent perceput ca agresogen.

● **Psihorigiditatea** reprezintă la personalitatea paranoică un mod general de memorare și concretizare, perseverența propriilor idei și convingeri în viața de toate zilele, o „tactică de luptă” presupusă a aduce victoria, dar care, în final, nu este decât o formulă disadaptativă. Restrîngîndu-și mecanismele generale de adaptare la un stil monomorf, paranoiacul își direcționează propriile tendințe doar ca pe o unealtă în slujba planurilor sale fixe, imuabile, față de care orice compromis, orice spargere a granițelor, orice despărțire devin de neacceptat. Lipsa supleței în gîndire, a unei flexibilități necesare variabilității și aleatorului din existența bio-psiho-socială a ființei umane, marchează acest tip de individ în sensul unidirecționării psihismului și activității spre dorințele sale egocentrice. Lumea exterioară își pierde contururile, spre a se prefigura în lumea proprie, își estompează idealurile generale, materiale sau morale, pentru a deveni „un mijloc” pus în slujba idealurilor proprii. Interesele, nevoile celorlalți devin ne semnificative, banale, chiar reprobabile, în fața „măreției” celor proprii, însăși perseverența cu care sînt argumentate reprezentînd treptat o nouă și grandioasă „calitate”. Astfel, ceea ce-l depărtează pe paranoiac de semenii săi se transformă, în ochii acestuia, într-un nou argument în sprijinul convingerilor sale, pe care-l va prelua și integra în raționamentele ulterioare. Contraargumente nu există, nu sînt luate nicio dată în considerare, în virtutea unei absente apriorice. A contrazice un paranoiac reprezintă, după cum spune PETRILOWITSCH, „o adevărată muncă de Sisif”. La fel se întîmplă cu nuanțele și ambiguitățile, care nu au ce căuta în cîmpul ideativ al paranoicului, „încurcîndu-l” și pe care caută să le elimine simplificator. De aceea, aparenta feroare cu care acesta își susține acțiunile nu are ca rezultat un produs final cu caracter creator, util socialmente, ci susține și încheie de fapt o premisă. Oricît ar fi de anevoioasă calea, de elaborată și laborioasă teorema, de elevat și sofisticat discursul, finalul este totdeauna șturlul și „cursa” devine astfel ridicolă și inutilă. „Campionul” se trezește fără „cupa” mult rîvnită, eșecul fiind datorat bineînțeles neînțelegerii de către ceilalți, incapacității lor iremediabile de asociere la virtuțile sale olimpiane. Paranoiacul rămîne astfel în afara dinamismului vieții normale, care evoluează prin dezvoltarea și rezolvarea contradicțiilor, se marginalizează megalomane și rigid, se izolează de semenii săi. Îi lipsește deschiderea spre înțelegerea elementelor plurideterminate, a împrejurărilor ocazionale, cotidiene, rigiditatea în gîndire neputîndu-i oferi decît o imagine formală a existenței, o imagine caricaturală a propriilor sale succese. Acest „stil” îl aduce astfel în situația în care nouitatea, schimbarea să repre-

zinte nu un stimul în gîndire, în creativitate, ci o ipostază abordată cu aceleași puține, dar fixe instrumente, care deci reprezintă o informație redundantă pentru sistemul societății. Perseverarea în propriile idei și convingeri nu mai are în acest caz semnificația consecvenței, a identității morale etc., aflate în slujba unei activități ce include progresul, noul, ci devine un mecanism frenator în integrarea acestui tip de personalitate în cadrul larg al normalității psihice. Fațada de luptător, masca de erou pe care o poartă unii paranoiaci, oricît de îngrijit compusă ar fi ea, nu se poate valoriza și valorifica în condițiile în care sistemul de gîndire subiacent rămîne puternic dominat de egocentrism, inflexibilitate și auto-supraestimare. Lipsa dinamismului adaptativ îl împinge pe paranoiac departe de țărurile însoțite și pline de oameni, purtîndu-l spre apele reci și singuritate ale rătăcirii.

● **Interpretativitatea** reprezintă la personalitatea paranoică un mecanism de gîndire generat de însăși caracteristicile definitorii ale acesteia: rigiditate și excesivă sistematizare. Încadrarea în acești parametri, demarcați pentru psihism ca entitate individuală și colectivă, configurează pentru paranoiac, de la început, un handicap considerabil: absența deschiderii spre universal. Mascată cu abilitate, atunci cînd intelectul o permite, această deficiență îi amputează acestui tip de personalitate tocmai receptorii destinați percepției, „pipării”, recunoașterii și adaptării integrative a informațiilor de diferite tipuri pe care le primim de la semenii noștri și, ca urmare, răspunsul elaborat nu va fi cel adecvat, cel presupus, ci unul deviat, distorsionat în direcția dictată de supraestimarea propriei persoane. În legătură cu acest aspect, autorii francezi vorbesc de „false judecăți” la personalitățile paranoice, care, în mod obiectiv, dovedesc că înțeleg perfect sensul unor adevăruri științifice etc., căci „nu înțeleg” sau „judecă fals” numai atunci cînd este vorba de sfera convingerilor proprii. Interpretativitatea poate însă, la fel de bine, să fie generată de condițiile în care informațiile corecte există, dar nu pot fi adecvat prelucrate (nivelul intelectual inferior). În această alternativă, un Eu hipertrofiat își va pune amprenta, fără îndoială, și mai puternic pe o gîndire hipotrofiată, interpretativitatea avînd toate șansele să se manifeste. Un intelect bine dotat va putea, în cadrul personalității paranoice, să atenueze o parte din răsunele dureros al diferitelor impacte existențiale, să corecteze într-o anumită măsură (dacă influența altor factori patoplastici este mai redusă, într-o anumită perioadă) disadaptarea inerentă. Absența trăirilor intuitiv-afective măresc distanța care-l separă pe paranoiac de ceilalți oameni, favorizează speculațiile sale intelectuale, centrate pe aspectul logic-psihologic, în locul unei gîndiri operante, reale.

Pe acest teren predilect, interpretativitatea evoluează la ea acasă; suspiciozitatea și susceptibilitatea care îl însoțesc pe paranoiac în toate relațiile sale metamorfozează evenimente anodine în mari drame, cu semnificații personale și intenționale. Banalul cotidian, cu animozitățile și neșansele sale inerente, se transformă într-un furtunos prezent, cu puternice valențe agresive pentru paranoiacul aflat „în pericol”. Această conjunctură, în care perspectiva de posibilă victimă nu poate fi în nici un chip acceptată, va putea fi motivată, apărată și soluționată numai prin generarea unor raționamente; mai mult sau mai puțin false, care să salveze „idealurile” susținute cu atîta tenacitate, de atîta vreme și cu atîta de multe sacrificii. Este zonă pe care se manifestă, nu rareori, idei de relație cu caracter tranzitor, avînd ca element nuclear ferma convingere a ostilității tuturor celorlalți și a propriei superiorități.

● *Reducerea modului afective transparențe* la personalitatea paranoică din trăsătura de psihorigiditate și din gradul redus al timiei. Lipsa elasticității, a umorului, a autoironiei, a tandreței, cinstea excesivă, intoleranța — toate acestea reprezintă un corolar afectiv menit să-l „coloreze” pe individ în nuanțe reci și lipsite de atracție. El apare ca un dur, ca un neîmpresionabil și incoruptibil, ridicîndu-și aceste însușiri la rangul de virtuți. Piedestalul pe care se suie singur nu constituie însă decît un fals și iluzoriu succes, căci reacția mediului (normală, de obicei) nu va veni în sprijinul paranoiacului, ci dimpotrivă, va genera o nouă confruntare. Acest tip de personalitate se caracterizează astfel printr-o judecată de tip juvenil, printr-o falsă maturitate (PETRILOWITSCHE), dublate de scăderea capacității de modulare a afectelor, de rezonanare cu mediul înconjurător. De altfel, paranoiciii nu-și fac prieteni decît în mod excepțional, deoarece nu cred că cineva va putea merita cu adevărat această cinste. Se pare că, din acest punct de vedere, femeile îi depășesc pe bărbați în rigiditatea afectelor și a intenționalității, iar vîrsta acționează, la ambele sexe, în sens potențator. Una dintre consecințe ar mai putea fi și absența oricăror remușcări sau resentimente în timpul sau după consumarea activităților de genul proceselor, scandalurilor, reclamațiilor etc. Cu toate acestea, POROT mai semnaleză prezența unor elemente depressive, ușor de depistat în spațiile „aerelor de cuceritori” și evidențiable cu ocazia unui eșec, ca și frecvente somatizări și tendințe hipocondriace. Așa cum afirma și GUIRAUD, personalitățile paranoice încadrate într-un grup nu pot fi decît conducători sau revoltați, deseori întîmplîndu-se să treacă succesiv prin aceste stadii. Ca șefi, ei aplică ordinea fără suplețe și după propriul plac, ca subordonați ei reclamă fără încetare, devenind supereșenți și îndemnîndu-i și pe ceilalți la reclamații. Inter-

pretînd acest tip de personalitate în spiritul vremii, GENIL-PERRIN citează drept forme ale inadaptării sociale a paranoiacului robinsonismul, idealizarea naturii, vagabondajul. Bovarismul reprezintă, în opinia sa, crearea unei personalități ideale, subiectul crezîndu-se ceea ce ar fi dorit el să fie.

Revenind la fanaticii descriși de SCHNEIDER, s-a putut observa că cei „de luptă” (caracterizați printr-o puternică capacitate de retenție, o elaborare vie și o descărcare vijelioasă, instabilă) intră cel mai des în contradicție cu normele societății, regăsindu-se destul de frecvent sub forma „cverulentilor” descriși de KRAEPELIN, ca adevărați apostoli ai adevărului pur.

Categoria fanaticilor pasivi, datorită conținutului impersonal al ideilor lor prevalente, rămîne lipsită de strălucire, în comparație cu cei activi, deși au comun cu aceștia prevalența unilaterală extremă, apărarea și ilustrarea unei idei. Conștient de superioritatea lor indiscutabilă, ei se manifestă rareori cverulent, fiind atrași de cadru oferit de mișcările cu caracter sectant, filozofic sau religios. Ei sînt „de obicei sectatori, atît în timp de război cît și în timp de pace”, reușind de multe ori să-și mascheze trăsăturile psihopatie, datorită suspiciozității care-i împiedică să-și exprime convingerile. Alterarea relațiilor interpersonale nu întîrzie totuși să se manifeste, dehaturarea acestora depășind în mod evident devoțiunea consecventă.

În 1959, H. BARUK nota: „Pe lângă bolnavii suferinzi de delir de interpretare, care este deosebit de evident datorită absurdității interpretărilor, există alții la care nu se poate descoperi un delir absolut evident, însă a căror falsitate de raționament și a actelor din ce în ce mai insuportabile pe care le comit, relevă de asemenea o natură patologică ce obligă, pentru unii dintre ei, a se lua măsuri în scopul de a proteja societatea împotriva acțiunilor răutăcioase ale acestora; totuși, aceste măsuri sînt în general tardive, deoarece nu se intervine decît după ce această categorie de bolnavi au produs adesea o serie de perturbări grave, ajungînd chiar pînă la catastrofă”.

Trăsăturile personalității paranoice își fac simțită prezența încă din copilărie, iar vîrsta de obicei le accentuează, individul păstrîndu-și în mare măsură capacitatea de echilibru aparent. Confruntarea cu psihiatrul este ocazională, de obicei, de decompensări depressive, anxioase sau fobice sau de dezvoltări hipocondriace, de un delir de interpretare sau de revendicare. Această structură dizarmonică de personalitate favorizează formarea de idei prevalente, rezistente la contraargumente și cu caracter catatim (PREDESCU), adică formate și însoțite de stări afective puternice. Aceste idei prevalente se organizează deseori în jurul unui nucleu obiectiv întemeiat, chiar minor, din biogra-

fia individului. Hiperstenia sau hiperhormia (GUIRAUD) le conferă acestor subiecți o deosebită eficiență, în special în autoapărare. Pe plan afectiv, trebuie subliniată frecvența resentimentului în fața unui eșec subit, pregătirea riposteii, care-l transformă pe paranoiac în vindicativ. Acesta este complexul care favorizează conturarea ideilor de persecuție cu caracter delirant. Considerațiile psihanalitice implică două mecanisme de apărare: denegația (negarea unei părți a realității) și proiecția (atribuirea unor sentimente altuia, în loc de a le recunoaște ca proprii și elaborarea interpretărilor). LOEB adaugă, pentru fanaticii pasivi, următoarele trăsături: accentuarea pronunțată a complexului Eului, persistența și intențiatea neobișnuită a experienței individuale, contradicția flagrantă între un concept religios obscur și datoriile cotidiene.

Personalitățile paranoice sînt, dacă nu imposibil, cel puțin greu de tratat, în special cei de tip activ, „de luptă”, care nu au nevoie de nici un ajutor exterior, deoarece nu văd de ce trebuie să fie ajutați, și mai ales prin măsuri medicale. Trăsăturile de explozivitate asociate favorizează declanșarea conflictelor sociale, iar canalizarea cverulentei spre instituțiile centrale și de justiție reprezintă deseori probleme dificil de rezolvat, cărora numai un examen psihiatric le poate conferi apreciere și orientarea de perspectivă.

În ceea ce privește relațiile personalității paranoice cu alte tipuri de personalități dizarmonice, menționăm apropierea de personalitatea senzitivă, descrisă de KRETSCHMER, de autiștii activi (KAHN), de personalitatea explozivă și hipertimică, de personalitatea paranoidă (în varianta schizoidă a lui SCHNEIDER și în cea oferită de DSM III). Desigur că posibilitatea realizării unor combinații ale unor tipuri de personalitate paranoică cu celelalte tipuri este practic infinită, avînd în vedere nu numai numărul de variante posibile, ca urmare a diferitelor clasificări, dar mai ales variabilitatea extremă a determinanților bio-psiho-sociali ai unui individ (structurat sau nu dizarmonic). LEONHARD descrie în cartea sa „Personalități accentuate” câteva combinații ale firii hiperperseverente (echivalența personalității dizarmonice paranoice) întîlnite în literatură: personalități demonstrativ-hiperperseverente, hiperperseverente-nestăpînite, anxioase-hiperperseverente, distimice-hiperperseverente.

Definind firea paranoidă ca un caz de hiperperseverență și deosebind-o de dezvoltarea paranoică, autorul german citează exemple literare pentru acest tip de personalitate. Astfel, firea hiperperseverență este ilustrată prin personaje ca: Alceste din „Mizantropul” lui Molière, pentru care dragostea de adevăr a devenit cel mai important principiu în viață, ei însuși transformat

într-un fanatic al adevărului. Othello, personajul binecunoscut al lui Shakespeare, apare ca un fanatic al geloziei, dar „manevrat” abil de către Iago, care-i cultivă în mod deliberat tensiunile afective (oscilații între speranță și temere). Sultanul Orosman din lucrarea „Zaire” de Voltaire duce cu sine o luptă disperată între dragoste și neîncredere, dar suspiciunea crescîndă va atinge același apogeu al geloziei, care, între polii dragoste-ură, va împinge și pe acest erou la crimă. Atît Othello, cît și Orosman devin, în final, propriile victime, alegînd sinuciderea ca soluție a deculpabilizării pentru un omor nejustificat și ca unică alternativă în absența femeii iubite. Electra din tragedia lui Sofocle este dominată de ură împotriva ucigașilor tatălui său: mama ei și actualul soț al acesteia, în casa cărora fusese tratată ca o sclavă, umilită și chinuită. Descărcările de violență împotriva mamei culminează cu uciderea acesteia, în complicitate cu fratele Oreste, avînd ca suport o puternică încercătură afectivă de ură și dorință de răzbunare, caracteristice dezvoltării paranoice a unei personalități paranoice. Medeea din drama lui Euripide întrece pe Electra ca intensitate a sentimentului de ură împotriva lui Iason care a jignit-o prin refuz, îndreptîndu-și spre acesta toată dîrzenia ființei sale iubitoare de dreptate. Krimhilda din „Nibelungii” sugerează personalitatea paranoică prin persistența îndelungată a urei contra lui Hagen și a fraților lui. Ras-kolnikov și Marmeladova, din romanul lui Dostoievski „Crimă și pedeapsă”, sînt personaje care ilustrează personalitatea paranoidă, care, în condiții de boală și amărăciune, cu rol defavorabil nemijlocit asupra vieții psihice, vor dezvolta o psihoză paranoică, avînd un determinism predominant exogen. În cazul primului personaj, este descris cu mare acuratețe tabloul delirant-halucinator al unei veritabile psihoze exogene, iar în cel de-al doilea — al unei dezvoltări paranoice. Mithridate, eroul dramei lui Racine, este și el psihotipul unei personalități paranoice, manifeste în sentimentele de crudă gelozie față de femeii și în tenacitatea cu care lupta contra romanilor. Crespo este eroul lui Calderon, care, din simplu țaran, va ajunge să fie ales de popor judecător al satului, acționînd cu îndrăjire pentru pedepsirea celui care i-a dezonorat fiica, făcîndu-și singur dreptate.

Combinatia firilor demonstrativ-hiperperseverente ar releva, de fapt, trăsăturile de personalitate isterică și paranoică, cu o rezultantă evolutivă, uneori total opusă celei prezentate anterior. Linia isterică poate influența negativ perseverența paranoidă în actul social, prin tendința sa de a se feri din fața dificultăților sau prin cea de simulare. Franz Moor, din drama „Hotii” de Schiller, se caracterizează prin fătărnicie, calomnie, laudă de sine, exagerare, dramatizare, dar și

prin sentimentul cronic de nedreptate, susceptibilitate, sete de putere, ambiție nemăsurată.

Combinatia personalităților hiperperseverentă-
-nestăpănită, respectiv paranoică-explozivă se regăsește în Rogojin din „Idiotul” lui Dostoievski, caracterizat prin absența stăpînirii de sine (în înțelesul psihopatiei epileptoide) și prin perseverența extremă cu care luptă să o, cîștige și să o păstreze pe Nastasia. Gelozia nu întîrzie să apară, sporindu-i sentimentele de iubire și incendiindu-i întreaga personalitate, pînă la gradul în care poții dragoste-ură nu pot decît să se distrugă reciproc. Finalizarea o oferă crima pe care Rogojin o săvîrșește sub imperiul celor două dominante caracteriale ale sale: trăsătura epileptoidă a declansat, iar trăsătura paranoică a motivat omorul.

Îmbinarea personalității anxioase cu cea hiperperseverentă determină o dizarmonie importantă, prin tendințele contradictorii pe care le angajează (tendința de retracție și tendința de afirmare). Johan, din „Fiu de slujnică” de Strindberg, intrunește cele două trăsături de personalitate, descrise prin stări de frică, chinuri interminabile, temeri îngrozitoare, pe de o parte, și susceptibilitatea la jigniri și umiliri, ambiția, exageratul simț al demnității, atitudini de revoltă, răzvrătire, conștiință exagerată a propriei valori, pe de altă parte. Continua pendulare între frica resimțită față de cei din jur și tendința de agresiune generează trăiri chinuitoare, ce pot ușor aluneca spre idei de persecuție.

Împletirea firilor distimică și hiperperseverentă se manifestă la personajele lui Gotthelf: Barthli din „Barthli, împletitorul de coșuri” și Joggeli din romanul în două părți „Uli argatui” și „Uli arendașul”. Caracterizat prin dispoziție depresivă, prin suspiciune, zgîrcenie și gelozie, lipsit de capacitatea de a se bucura, Barthli stabilește relații interpersonale lipsite de căldură sufletească, chiar atunci cînd este vorba de propria sa fiică.

Trăsătura depresivă se opune prin pasivitate trăsăturii paranoice și asigură protecție față de agresivitatea pe care aceasta o emană, atenuînd astfel unele din aspectele sale negative. Această frînare a acțiunii paranoice determină, în același timp, o acumulare a efectelor și exercitarea puternică a influenței acestora asupra ideții, conțurîndu-se astfel o tranziție spre fenomenul obsesiv. Joggeli, celălalt erou, este dominat de frica de a nu fi înșelat, prejudiciat, bănuind pe cei apropiați de necinste, hoție, dar îi lipsește trecerea la acțiune, se retrage din acțiunea care ar fi trebuit să fie fătis agresivă, dominat de morocăneală, dispoziție ursuză și certăreată.

PERSONALITATEA STRUCTURATĂ DIZARMONIC DE TIP AFECTIV. Se caracterizează prin manifestarea în decursul întregii vieți a unei predispoziții, în general inadecvate, orientate fie spre polul depresiv, fie spre cel euforic, fie spre

alternarea acestora. Avînd în vedere aceste considerente, se pot descrie trei tipuri de personalități afective: afectivul euforic, afectivul depresiv și afectivul ciclotimic.

AFFECTIVUL EUFORIC

● *Dispoziția bazală veselă* reprezintă caracterul dominant, tipul de personalitate hipertimică manifestînd multă bunăvoință, un optimism greu de zdruncinat în fața oricăror experiențe triste de viață. Este nepăsător, deși poate da o semnificație exagerată unui lucru minor, dar aceasta este pentru scurtă durată. Chiar dacă altruismul său pare uimitor, în realitate își amînă la nesfîrșit actele de binefacere, de întrajutorare. Pînă de haz, pus pe glume, euforicul trece cu ușurință peste vicisitudinile existenței, reținînd numai aspectele sale plăcute. Buna dispoziție crescută în amplitudine antrenează o predispoziție spre veșnică acțiune, fără să existe un paralelism absolut între timie și activitate. Euforicul este mereu în acțiune, mereu bine dispus, este tipul omului



care știe să rîdă și uneori rîde cam mult. Se pare însă că înul său este mai degrabă o modalitate de descărcare a tensiunilor și nu expresia unei veritabile veselii (PLESSNER). În varianta expansivă a lui PETRILOWITSCH, euforicul este mai degrabă un „senin”, niciodată un vesel autentic, iar în varianta expansivă pasivă, „arvurează în liniște”, este de multe ori mai „patologic” decît expansivul însuși, deși social deranjează mai puțin. Încă din copilărie, afectivii euforici se manifestă

ca niște copii neascultători, zgomotoși, nerespectând disciplina și îmbrăcînd aspectul unor instabili. Odată cu școlarizarea se exprimă mai evident dezinteresul pentru activitatea școlară și extrașcolară, fără ca insuccesele să-l descurajeze. Sînt adolescenți exuberanți, guralivi, nerespectînd normele sociale, puși pe glumă, adevărați „bufoni ai colectivului”.

● *Superficialitatea relațională* derivă din optimismul necritic, credulitatea și încrederea naivă în „cauze pierdute”, avînd ca fundament lipsa de profunzime, neseriozitatea, lipsa imprudentă de simț critic (SCHNEIDER) și inconstanța caracterială. Datorită lipsei de control manifestată în relațiile sociale (în cazul unei deficiențe voliționale pronunțate), personalitățile euforice pot fi antrenate în situații nefavorabile, mai ales pentru ceilalți: promit cu bună credință ajutor, neputînd fi însă consecvenți în promisiunile lor, datorită absenței anticipării inițiale a posibilității de realizare. Reacțiile față de ceilalți sînt vii, încărcate afectiv în sens pozitiv, nelipsind însă nici stările de furie și agitație, durata lor fiind foarte scurtă. În ansamblu, euforicul este tolerat de societate mai ușor decît alte personalități dizarmonice, datorită asimilării bunelor sale intenții de către grupul social și buneii sale toleranțe în raport cu tendințele afective ale acestuia. În copilărie, euforicii își fac cu ușurință prieteni, atrăgînd simpatia colegilor, cărora le oferă vorbărie multă, veselie, lăudăroșenie, și devenind, de obicei, liderii grupului. Prietenii se desfac însă tot atît de repede cum s-au legat, atitudinea față de educator, profesor, reflectă nepăsare și superficialitate, ignorarea sarcinilor școlare, a disciplinei. Timpul liber este petrecut mai mult pe stradă, de multe ori în compania copiilor cu tulburări de comportament. La vîrsta adultă, euforicul se distinge ușor de celelalte categorii de personalitate prin extrema lui sociabilitate, lipsa de convenționalism în relațiile sociale, dublate de aceeași lipsă de profunzime în realizarea comunicării interpersonale. Atîta vreme cît implicațiile acestei relaționări nu afectează în mod serios nici pe euforic, nici pe cei care îl înconjoară, ci se menține un oarecare echilibru, el se adaptează convenabil la mediu. Dar, în cazul unor condiții exterioare care devin incitante pentru personalitatea euforică, aceasta poate reacționa extrem de viu, cu stări de furie sau agitație extremă, decompensîndu-se și relevîndu-și aspectul de dizarmonie. De remarcat aspectul de „ploaie de vară” pe care îl au aceste descărcări afective, în sensul că ele nu lasă nici o urmă în buna dispoziție a euforicului, după ce s-au epuizat. Acesta ar putea fi unul dintre motivele pentru care personalitatea euforică nu ajunge să comită delictе antisociale grave. Totuși, după cum afirmă PETRILOWITSCH, optimismul necritic, credulitatea și încrederea naivă fac din hipertimic un

individ periculos social prin planurile ireale pe care și le face, prin cheltuielile enorme de la un moment dat și consecințele financiare dezastruoase ale acestora.

● *Hiperactivitatea* reprezintă, alături de buna dispoziție crescută, un simptom distinctiv al personalității dizarmonice euforice, ca o predispoziție spre veșnică acțiune. Această disponibilitate se manifestă însă predominant în faza inițierii acțiunii, bogata fantezie și elanul euforic favorizînd creativitatea individului și sporindu-i numeric inițiativele. Calitativ însă, această fervoare acțională nu se mai continuă, căci hipertimicul nu ajunge practic să ducă la bun sfîrșit ceea ce a început, nu reușește să confirme speranțele investite în el de grupul social. S-ar părea că-l distrează mai mult ideea de activitate decît activitatea în sine, lipsindu-i suportul de perseverență necesar finalizării acțiunilor sale. El mai mult se obosește decît lucrează, este mereu ocupat, dar numai în joacă, pentru că acest lucru îi procură varietate și plăcere, fără ca eficiența să fie pe măsura efortului. Lipsa de profunzime, absența simțului critic, imprudenta, superficialitatea, neseriozitatea, inconstanța (SCHNEIDER) se reflectă și în planul activității hipertimicului, în ciuda aparentei sale bogății. Rezultatele negative pe care le obține, greșelile și eșecurile cu care se finalizează actele sale nu reprezintă pentru euforic „lecții” din care ar trebui să învețe pentru ca eventual să le evite repetarea. Chiar dispunînd de inteligență normală sau peste medie, euforicul nu se implică însă cu toată profunzimea în activitățile pe care le inițiază și de aceea nu le dă suficientă atenție, nu îl mai interesează cum se finalizează acestea. În plus, buna părere despre sine, exuberanța cu care își absolutizează afirmațiile sînt factori care diminuează criticismul necesar unei aprecieri obiective a activității. Astfel, deși bogată cantitativ, activitatea euforicului pierde calitativ prin aspectul de dezlîinare, împrăștiere, lipsă de coeziune și finalizare.

● *Lipsa de convenționalism* se manifestă la euforic de la primul contact cu acesta, prin stilul de abordare socială lipsit de reticențe, marcat de un familiarism mai mult sau mai puțin supărător. Cînd este nerăbdător, impertinent, chiar certăret, euforicul este rău tolerat în societate, deși el nu se manifestă astfel decît datorită dorinței de libertate absolută pe care o resimte. Cînd euforicul este mai echilibrat, lipsa de conventionalism poate îmbrăca un aspect pozitiv și îi poate sluji ca instrument de relaționare socială, permițîndu-i accesul în grupul dorit. Aceeași lipsă de convenționalism îl poate determina însă pe hipertimic la investiții materiale și morale facile, al căror răsunet negativ pentru el și familia sa nu-l estimează, apreciînd doar valoarea de procurare a plăcerii oferite pe moment.

Sentimentul crescut al autovalorii se adaugă deseori trăsăturilor întâlnite la personalitatea euforică, acești indivizi fiind înclinați spre fanfaronadă și impostură, ajungând să frizeze mitomania (DELBRÜCK) sau să impună „o apariție plină de demnitate, o facultate deosebită spre adaptarea socială, un talent inventiv excepțional, o abilitate deosebită de a exploata slăbiciunile semenilor, un anumit fel de a fiescroc” (KRAEPELIN). După cum menționează și SCHNEIDER, hipertimia se combină foarte des cu alcoolismul, nicotinată cu alte tipuri de toxicomanii, luând naștere un tip aparte de alcoolice: sociabil, lăudăros, care nu bea pentru a-și rezolva tensiunile, ci pentru a-și facilita sociabilitatea, a pentru găsi un liant social. Trebuie menționat însă că excesele toxice și erotice subminează deseori statutul socio-profesional al acestor persoane, antrenând încurcături uneori greu de rezolvat de colectivul de muncă.

Adaptabilitatea în general bună a euforicilor în societate se datorează bunei sociabilități și risipei cu care își consumă energia, bogăției de idei creatoare, care pot stimula munca productivă, numeroase inovații și inițiative. Combinația dintre nevoia de acțiune excesivă, lipsa simțului datoriei și a remușcărilor poate însă uneori periclita grav situația euforicului, activitatea sa febrilă devenind nu numai sterilă, dar și dezavantajoasă. Imprudenta, neseriozitatea și inconstanța fac din euforic personaje care, deși acceptate pentru nota de veselie pe care o aduc în grup, nu sînt totuși apreciate nici de șefi, nici de subalterni.

În ceea ce privește repartitia euforicilor pe sexe, se cunosc puține date, toți autorii pîrînd a indica o anumită predominanță a bărbaților. BLEULER credea că femeile hipertimice sînt mai puțin vizibile clinic, pentru că se macină și își macină energia în scandaluri familiale interne.

La fel de necunoscută rămîne evoluția euforicului de-a lungul vieții, observațiile unor autori atestînd totuși, se pare, o atenuare a conflictualității, legată de faptul că el ajunge să se auto-cunoască mai bine și să știe să-și frîneze reacțiile. În unele cazuri s-a observat însă frecvența cu care apar vagabondajul și prostituția.

În privința relațiilor cu alte dizarmonii de personalitate, unele forme de personalitate euforică se aseamănă cu cea paranoică, prin nota comună de cverulentă. În realitate, hipertimicul este un pseudocverulent, la care se descoperă repede, printr-un examen atent, predominanța exaltării și veseliei și nu ideile prevalente.

Hiptertimicii pseudologi, cum îi numește SCHNEIDER, pot fi confundați, la prima vedere, cu personalitățile dizarmonice isterice, mai ales cînd pe prim plan se manifestă mitomania, dar euforicul frapează prin expansivitatea debordantă și nu prin dorința de supravvalorificare a Eului. Același autor atrage atenția asupra combi-

nației personalității hipertimice cu debilitatea mintală, situație în care unui examinator neatențat îi poate scăpa oligofrenia, bine ascunsă sub masca hipertimiei. În mod greșit, hipertimia este considerată ca fiind dovada unei marcate debilități spirituale, căci situațiile dificile din care euforicul nu mai poate să iasă nu se datorează scăderii nivelului de inteligență, ci elanului grandoman care le-a determinat. În fine, opiniile autorilor sînt unanime în ceea ce privește absența unei relații directe demonstrabile între personalitatea euforică și psihoza maniaco-depresivă, hipertimicul putîndu-se decompensa doar hipomaniacal.

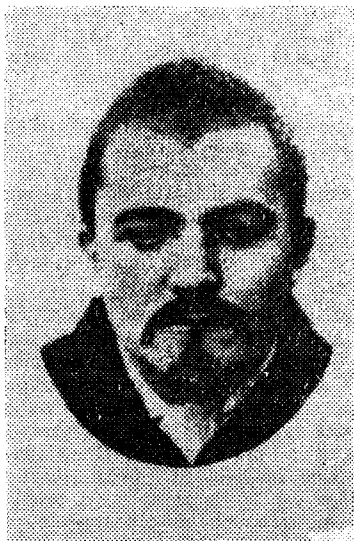
În binecunoscuta sa lucrare despre personalitățile accentuate, LEONHARD a ilustrat personalitatea euforică prin numeroase exemple din literatură. Sînt analizate și definite ca fiind hipertimice personajele Vasenka, din romanul „Anna Karenina” de Tolstoi, doamna Katerina Osipovna Hohlakova, din „Frații Karamazov” de Dostoievski, și Falstaff, personajul lui Shakespeare. Ultimele două personaje corespund mai bine firii hipomaniace. Astfel, doamna Hohlakova este nu numai volubilă, ci și foarte vioaie, exemplificînd tendința personalității hipomaniace către digresiuni în gîndire și conversație, alături de vioiciune și bună dispoziție generală, împlerirea ideilor pline de fantezie cu temperamentul.

Falstaff (cel care apare mai ales în „Nevestele vesele din Windsor”) este vesel, superficial, aferat, flecar, înclinat să facă glume și plin de fantezie. Corpolența lui corespunde biotipului picnic, care savurează din plin plăcerile vieții. Superficialitatea sa transpare și în neglijarea laturilor morale și în lipsa digresiunilor în gîndire. După cum spune LEONHARD, firea ușuratică a lui Falstaff se explică, în primul rînd, printr-o mare vioisie, pe care nimic nu o poate tulbura. Personajul Gavroche, din „Mizerabili” lui Victor Hugo, este interpretat ca un băiat hipomaniacal de 11—12 ani, caracterizat printr-o atitudine plină de vioisie, înclinație către glume și farse, prezență de spirit și veselie nedezmintite, întruchipînd, într-o formă mai diluată, „mania bunei dispoziții”. Nu este niciodată iritat, nu este răutăcios, chiar atunci cînd îi ia în zeflema pe alții, este totdeauna gata să aducă bucurii și altora. Datorită mizeriei, a devenit obraznic; datorită vieții agitate care l-a mînat peste tot, el a acumulat atîta experiență, încît putea să dea sfaturi prețioase și adulților, însușindu-și de la aceștia un mod de exprimare precece.

AFFECTIVUL DEPRESIV

● *Dispoziția bazală depresivă* rămîne trăsătura definitorie a acestor personalități dizarmonice, caracterizată de KRAEPELIN ca „oameni care își însoțesc evenimentele vieții cu o coloratură afectivă tulbură, foarte apropiată de tristețe și foarte susținută”. Liniștit, pesimist, cu un punct de

vedere cel puțin sceptic, depresivul neagă viața în plenitudinea ei și o privește mereu ca pe un fel de dragoste nefericită; pune totul în inimă, îi lipsește capacitatea de a se bucura de viață (K. SCHNEIDER). Depresivul are „mania de a vedea totul în negru, de a vedea în cașcavalul Schweitzer numai găurile, strâns legată de bîtonusul scăzut” (PETRILOWITSCH). Răsunetul afectiv negativ cu care depresivii își trăiesc existența le conferă, desigur, parametrii specifici de structurare a personalității care, deși îi predispune la depresii reactive și nevrotice în fața unor eșecuri, deseori minore, nu îi împiedică totuși să aibă o bună adaptabilitate socială, mai ales cînd severitatea



infatigabilă îi transformă în adevărați „oameni ai datoriei”. Compensînd uneori în stil „hipertim” lipsa tonusului afectiv, depresivii, mai ales cei înzestrați cu un nivel superior al inteligenței, reușesc „să camufloze” atît de bine slăbiciunea, încît realizează poze de „îngîmfat”, „împertinent”, „încrezut”, punînd în funcțiune în acest sens toate mijloacele de expresie de care dispun (mimică, gestică, aspect vestimentar). Aceasta conferă depresivului un aspect mai puțin monoton și mai puțin unitar în manifestare decît cel al euforicului (SCHNEIDER). Multiplele măști pe care și le fabrică depresivul contribuie, alături de luciditatea caracteristică și exagerarea la maximum a autoobservației, la crearea situației în care acest tip de personalitate „nu se mai recunoaște pe sine, ... analizînd pînă la pulverizare una și

aceeași fațetă depresivă”. Afectivitatea intensă alături de nesiguranța de sine, conferă depresivului caracterul de structură dizarmnică depresivă autentică, iar cînd se asociază și o trăsătură astenică, viața sa afectivă devine săracă, ternă lipsită de culoare (PETRILOWITSCH). În totală opoziție cu euforicul, depresivul are capacitatea de a simți în profunzime, de a vibra cu absolut toate corzile sufletului, de a se apropia de miezul personalității sale. Dispoziția depresivă asociază de multe ori sentimentul de „orgoliu rănit”, tendința spre usoare interpretări de autoacuzare, care proiectează o imagină pedepsă implacabilă atunci cînd se abandonează micilor plăceri ale vieții.

● *Izolarea socială* derivă îndeosebi din nevoia scăzută de acțiune, ca expresie a unei „tulburări de conștiință subiectivă” (WERNICKE), din tendința crescută spre autcanaliză, spre desprindere de sensul firesc al existenței și de apreciere a inutilității ei. Dacă unele personalități depresive reușesc să-și găsească soluțiile de depășire a impasurilor existențiale, altele, în schimb, cedează din ce în ce mai mult în fața eșecurilor, „înăcrîndu-se” și „înciudîndu-se” cu timpul sau ațîșînd o mască „aristocratică” de dispreț. Departarea de ceilalți se realizează și prin neîncrederea pe care ie-o inspiră bucuria altora, concomitent cu sentimentul de invidie pe care îl generează capacitatea altor semeni, cel puțin aparentă, de a gusta din bucuriile vieții. În aceste condiții, relaționarea interpersonală devine destul de dificilă, iar erotica și seducția nu au rol în modelarea relațiilor între sexe. Ezitanți în fața sarcinilor vieții practice, unii depresivi pot fi performanți în domenii profesionale care solicită perseverență, analiză profundă, elaborări ideative și poetice, bucurîndu-se de recunoașterea valorii lor sociale.

● *Sintonie față de evenimentele cu conținut afectiv negativ.* Natura pesimistă absolută, sceptică, sensibilitatea deosebită cu care sînt înzestrate personalitățile depresive conferă acestora o modalitate de „mulare” perfectă și selectivă pe evenimentele existențiale încărcate de afecte negative. Rezonanța are în sine o notă de armonie perfectă, dar sensul este aducător de dureri și dezamăgiri, prevestitor de nenorociri fără sfîrșit. În această lumină crepusculară, depresivul percepe cele trei dimensiuni temporale la fel de catastrofic: prezentul îi oferă nesiguranță și nefericire, neîncredere și tristețe; trecutul reprezintă un lung șir de eșecuri, acțiuni ratate și reprobabile, decizii greșite și alegeri inoportune, pentru care astăzi sau mîine trebuie primită pedeapsa meritată; viitorul este ca un cer plumburiu, aducător de furtuni devastatoare, pe fundalul căruia nu se întrevide nici cel mai mic petec senin, nici o rază de lumină. Această traectorie existențială dominată de culori cenușii și negre, lipsite de strălucire,

cunoaște desigur perioade de echilibru, dar și de exacerbare; decompensările reactive și nevrotice îmbrăcând aspecte de intensitate variabilă, în care suicidul este totuși mai rar. Frecvent, pe acest teren se găsează elemente hipochondriace și fobice; fenomene de depersonalizare-derealizare care, alături de astenie, reprezintă motive pentru care personalitățile depresive se prezintă la psihiatru. Recurgerea la alcool este frecventă în cazul acestor personalități, care încearcă să găsească în acest drog stimulentele, „scînteia” de plăcere care le lipsește, euforia pe care nu o pot cunoaște cu propriile simțiri. Necesitatea de anxiozilă prin alcool, de înăbușire a sentimentelor de inferioritate morală, poate da naștere la fenomene de abreație, determinînd o complicație majoră, prin antrenarea fenomenelor deteriorative specifice toxicomaniei, ridicînd probleme complexe de tratament. Sintonia depresivului la evenimentele afective negative îmbracă totuși forme particulare, în funcție de coloratura, mozaicul trăsăturilor globale ale personalității, descrieri sugestive lăsîndu-ne în acest sens Kurt SCHNEIDER. Astfel, el distinge :

- depresivul posac (schwermäßige Depressive), echivalentul „tipului sumbru” descris de KRETSCHMER, caracterizat prin bunătațe, tandrețe, sensibilitate, înțelegere largă și atenție față de suferința și slăbiciunea altora, lipsă de curaj în fața aspectelor pragmatice ale existenței ;
 - depresivul morocănos (missmäßige Depressive), ale cărui trăsături particulare sînt răceala, egoismul, morocăneala, supărare rapidă, iritabilitate, cicăleală, răutate, pesimism față de tot ce îi înconjoară și mai ales față de propria lui soartă ; se bucură, aproape jubilează cînd ceva merge de-a-ndoaselea și nu dorește nici o schimbare în bine ;
 - depresivul paranoid, mai corect spus, depresivul cu tendințe paranoide.
- *Exacerbarea simțului etc.* Personalitățile depresive sînt caracterizate printr-un accentuat simț al răspunderii în tot ceea ce fac. Deși activitatea lor nu este nici pe departe atît de prodigioasă în volum și întindere ca cea a euforicilor, calitatea muncii este deosebit de îngrijită, riguroasă, chiar marcată de pedanterie. Sînt oameni destoinici, pe care te poți baza, împingînd uneori simțul datoriei pînă la severitate și rigiditate. Nesiguranța, temerile care îi domină îi determină să nu fie aproape niciodată mulțumiți de rezultate, investind un mare capital afectiv și de muncă în realizarea sarcinilor profesionale. Problematika morală ocupă un loc important în autoanaliza depresivului și suferă aceleași malaxări ruminative ca și cea afectivă. Se autocenzurează extrem, se autosupun

unui control excesiv, care amplifică gradul de indecizie și nesiguranță, scăzînd, consecutiv, randamentul activității. Se ajunge la situația acordării unei atenții nemeritat de mari unor aspecte minore, ne semnificative, unor detalii de formă și nu de conținut, depresivul pierzînd din vedere ansamblul problematicei cu care este confruntat și pe care trebuie să o soluționeze. În acest mod, personalitățile depresive ajung să fie percepute de ceilalți ca niște persoane tăcute, retrase, cu care se comunică greu și care adoptă o atitudine cinică, dezgustată de viață, sau o pseudoințelepciune conferită de înaintarea în vîrstă. Colaborarea dificilă cu ceilalți, lentoarea ideativă, suportul dinamo-energetic scăzut conferă personalității depresive un grad redus de funcționalitate socială.

Relația personalităților depresive cu alte tipuri de personalități se poate exprima prin referire la personalitatea astenică și obsesională, cu care prezintă în comun astenia, nesiguranța de sine, la personalitatea explozivă (depresivul manifestă uneori descărcări de tip exploziv), instabilă și paranoică. Desigur că orice depresiv poate prezenta trăsături asociate amintind personalitățile menționate, dar examenul atent va descoperi caracteristica de bază, reprezentată de scăderea tonusului afectiv. Dacă în cazul timopatului euforic este posibilă asocierea cu oligofrenia, în cel al timopatului depresiv această asociere este mai puțin probabilă. Vechea aserțiune a lui KRAEPELIN privind relația personalității depresive cu psihoza maniaco-depresivă este astăzi negată, prin punerea în evidență a unor delimitări nete față de psihoza endogenă. Nașterea unor confuzii de diagnostic poate avea loc doar în cazul în care la personalitățile depresive pot apărea episoade depresive non-reactive. Studiile lui PRELINGER (citată de PETRILOWITSCH) confirmă că episoadele depresive care pot surveni la acest tip de personalitate seamănă cu depresia autentică, dar nu se suprapun ei, fiind mai degrabă o agravare a introversiunii sub influența unui mediu negativ. Spre deosebire de depresivul autentic, personalității depresive îi lipsește suplețea spirituală, finețea discriminativă a trăirilor afective, chiar umorului, ceea ce favorizează apariția unor reacții paranoide. Ilustrarea în literatură a personalității depresive, distimice sau subdepressive, cum o numește LEONHARD, este realizată de acesta prin personajul Niklaus din „Duminica bunicului” ce Gotthelf, descris ca o fire greoaie, posacă, realizînd cu greutate contactul cu alți oameni și nefiind, din această cauză, iubit de aceștia. Închis în sine, neprietenos, el apare ca un individ lent și incapabil de a lua hotărîri, în ciuda eforturilor bunicului și ale soției de a-i schimba firea.

AECTIVUL CICLOTIMIC. Definierea acestui tip de personalitate își are originea în descrierile lui KAHLBAUM privind nebunia circulară și ale lui

KRETSCHMER, care definea ciclotimia ca pe un temperament normal, iar cicloida ca pe o stare premergătoare psihozei maniaco-depresive. Majoritatea autorilor înțeleg astăzi ciclotimia ca pe o constituție psihopatică, un tip dizarmonic de personalitate (în sensul cicloidei kretschmeriene), ca pe o formă atenuată a psihozei maniaco-depresive. Deși ciclotimicii aparțin frecvent familiilor cu boală afectivă, ei nu necesită decât rareori internare, iar decompensările lor nu se transformă, de obicei, în psihoză maniaco-depresivă adevărată.

LEONHARD descrie firea labilă (afectiv) la indivizi la care se observă alternări de stări hipertimice cu stări distimice (subdepresive), iar când aceste trăsături sînt mai accentuate, vorbește de firea ciclotimică. Părerile sînt unanime în a considera ciclotimia ca pe o tulburare cronică a personalității care, fără a atinge intensități psihotice, include numeroase perioade în care devin manifeste fie elemente ale sindromului maniacoal, fie ale celui depresiv, fie ambele. Succesele terapiei cu litiu în episodul maniacoal și în profilaxia tulburărilor afective majore bipolare au atras atenția psihiatrilor și asupra ciclotimiei, care nu fusese luată în considerare din punct de vedere nosologic și nosografic (KAPLAN, SADOCK).

Manifeste încă din perioada copilăriei și adolescenței, trăsăturile ciclotimice evoluează variabil, de la individ la individ, punîndu-și amprenta asupra dezvoltării personalității, pe primul plan trecînd cînd un pol, cînd celălalt. Se remarcă prezența neobligatorie a unui eveniment exterior căruia să i se atribuie momentul declanșator al stării de hipertimie sau de tristețe. S-a observat la aceste personalități o apetență deosebită pentru substanțele euforizante (GUIRAUD) și modificări importante pe plan comportamental, care îi determină să-și schimbe profesia, partenerii sexuali sau convingerile religioase ori politice. Autorii francezi descriu existența a trei forme de personalități ciclotimice: ciclotimicii alternanți, ciclotimicii excitați constituțional și ciclotimicii deprimați constituțional. Așa cum arăta și DSM III, ciclotimia nu atinge în tulburările pe plan afectiv intensitatea și nici nu îndeplinește criteriile necesare pentru un episod afectiv major. Criteriile de diagnostic propuse de acest manual pentru cele două polarități afective caracteristice personalității ciclotimice sînt următoarele:

- În timpul perioadelor depresive, există o dispoziție depresivă sau pierderea interesului ori a plăcerii pentru toate sau aproape toate activitățile ori distracțiile curente și cel puțin trei simptome din următoarele: insomnie sau hipersomnie, scăderea energiei și fatigabilitate cronică, sentimente de inferioritate, scăderea eficienței sau productivității la școală, la locul de muncă sau acasă; scăderea atenției, a capacității de concen-

trare și a clarității în gîndire; izolare socială; pierderea interesului sau plăcerii sexuale; limitarea participării la activități plăcute; sentimente de vinovăție pentru trecut; lentoare ideativă; tendință mai redusă de a comunica; atitudine pesimistă față de viitor sau ruminății asupra evenimentelor trecute; plîns facil.

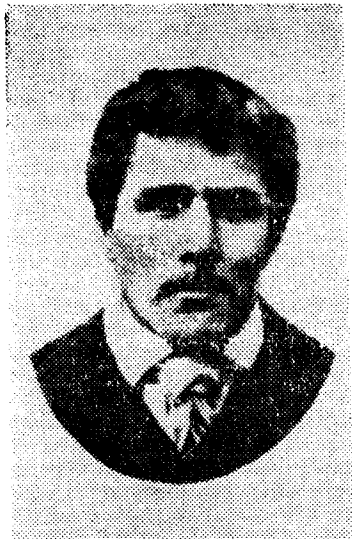
- În timpul perioadelor hipomaniacale există o dispoziție euforică, expansivă sau iritabilă și cel puțin trei simptome din următoarele: scăderea nevoii de somn; energie crescută față de normal; creșterea autostimei; creșterea productivității, asociată cu ore suplimentare de lucru autoimpuse; gîndire deosebit de creatoare și intensă; împrietăniri facile și *întîmplătoare, căutate cu insistență; hipersexualitate, fără aprecierea unor consecințe penibile posibile; participare excesivă la activități distractive, cu lipsă de considerare pentru consecințele neplăcute (de exemplu, investiții riscante, conducere imprudentă a automobilului etc.); neliniște fizică; locvacitate sporită; optimism față de viitor și exagerarea realizărilor trecute; ris, glume, jocuri de cuvinte nepotrivite.

În lucrarea sa despre personalitățile accentuate, LEONHARD remarcă dificultatea de a găsi personalități tipic ciclotimice în operele literare, cauza fiind absența unei explicații pur psihologice (ci și biologice) a alternației de dispoziție, fără motive exterioare, la același om: într-o anumită fază a comportării sale, mereu activ și locvace, iar în alta — greoi și tăcut. Sînt citate personajele Breitung, din nuvela „Maria” de Otto Ludwig, și Razumihin, din „Crimă și pedeapsă” de Dostoevski, ca tipuri umane corespunzătoare personalității ciclotimice. Aceștia au trăsături hipertimice, dar reacționează cu aceeași ușurință în direcția tristeții sau chiar a unei depresii profunde.

PERSONALITATEA STRUCTURATĂ DIZARMONIC DE TIP SCHIZOID. Acest tip de personalitate se caracterizează, în esență, prin următoarele trăsături:

- *Incapacitatea de a forma relații sociale*, caracteristică ce marchează întreaga evoluție a personalității, definindu-se ca un mod constant de viață. Ea derivă din retragerea în sine (care îmbracă forma autismului descris de BLEULER), din preponderența unui dezinteres manifest pentru suferințele sau bucuriile celorlalți și chiar pentru propria imagine pe plan social. Avînd o viață predominant interioară, care nu permite decât cu mare greutate exteriorizarea trăirilor sau pătrunderea în intimitatea lor, acești indivizi oferă anturajului o aparență de răceală, nonșalanță sau dezinteres, premise care îi îndepărtează de comunicarea interpersonală, dorită de altfel în unele

cazuri. Rezervați, retrași, asociați, ei frizează deseori excentricitatea, menținând distanța socială și rejctând orice tentativă de apropiere din partea altor oameni. Conversația se face cu dificultate, nu sînt interlocutori plăcuți și nu sînt cultivați de grupul social, care îi va evita, în absența



primirii unui răspuns emoțional adecvat. Acești indivizi vor fi priviți ca excentrici, izolați, singuratici, distanți, fără a se implica în evenimente cotidiene sau în problemele celorlalți. Nesociabilitatea va avea ca repercusiuni împingerea existenței lor spre crearea unor legături interumane de necesitate minoră, ei fiind, după cum se exprimă autorii americani, „ultimii care preiau schimbările modei” (KAPLAN, SADOCK) sau constituind prototipul acelor „lupi singuratici”, care își urmează viața înainte, de unul singur, fără a avea legături cu lumea (KOLB). În aceste condiții, încă de timpuriu, relațiile familiale sînt nesatisfăcătoare, tulburate la diferite niveluri, accentuînd izolarea socială a acestor personalități dizarmonice. Încrederea în sine, care pare a le caracteriza, poate reprezenta doar un mecanism compensator, prin care acești indivizi încearcă să-și consolideze sentimentul securizării, diferitele situații și implicații ale vieții zilnice putînd ocazional manifesta unele reacții și atitudini de apărare, care complică și mai mult problema adaptării sociale. În opoziție cu sintonii lui BLEULER și cicloizii lui KRETSCHMER, schizozizilor le lip-

sește capacitatea de stabilire a contactului vital cu mediul, disponibilitatea de a avea trăiri emoționale, de a se lăsa impresionat și de a-și „manevra” afectele în mod expresiv și adecvat ocaziei, momentului concret. Succesiunea unor astfel de momente, inerente unei vieți normale, cu aspecte negative și pozitive, cu un dinamism viu și un determinism complex, îl va găsi pe schizoid dezarmat, lipsit de instrumentele de comunicare indispensabile unei armonizări cu restul semenilor săi, în căutarea, conștientă și plină de regrete uneori, a unor canale de comunicare. Dificultatea de contact social se manifestă încă din copilărie, cînd colegii de joacă observă că nu-l pot determina să se alăture jocurilor lor, că este bitor. Acest copil sau adolescent taciturn, neprietenos, va surprinde în schimb prin „dragostea sa pentru carte”, rezultatele școlare superioare, uneori inegale la diferitele materii (excelează la matematică, fizică). Acestea pot fi considerate (KOLB) ca substitute ale unor relații colegiale, umane corespunzătoare vârstei.

● Izolarea acestui tip dizarmonic de personalitate reprezintă o trăsătură prezentă în activitatea de fiecare zi la domiciliu sau la locul de muncă, cu ecou de obicei negativ, deficitar, asupra performanțelor pe plan social, în cazul indivizilor la care predomină trăsăturile astenice și aneștezia afectivă. În schimb, indivizii la care se manifestă pregnant „hiperestezia” sau „psiheștezia” (KRETSCHMER) își pot canaliza preocupările spre speculații abstracte, spre matematică, filozofie, electronică, creînd imaginea unor intelectuali profunzi, idealisți convingși, lipsiți uneori de simțul măsurii, sau a unor originali timizi. Sînt cunoscuți și cazuri de vagabonzi asociați și criminali. Ideea schizozizilor este populată de gânduri solitare, bine ascunse și nemărturisite nici măcar prietenilor, oamenilor apropiați. După cum se exprimă KRETSCHMER, aceste personalități „își închid obloanele casei pentru a putea visa și ziua”, investind uneori energii afective enorme în matematică, astronomie etc., domenii care le permit eludarea relațiilor cu elementul uman; optează pentru unele moduri particulare de alimentație (vegetarieni etc.), mișcări filozofice și sociale cu caracter transformator, fără însă a se implica pe plan personal (cum face paranoicul). Solitarismul ideativ va fi compensat printr-o revărsare fantasmatică generoasă, marcată de o bogată originalitate, independentă și deseori de o mare precizie și rigoare (SHANTON). Această fantezie particulară, repliată mult spre sine și lipsită de ecouri spre exterior, poate îmbrăca deseori haina unui delir de grandoare, greu de diferențiat de delirul autentic. Biografia acestor indivizi compune, în genere, un tablou secvențial, în care etapele profesionale reprezintă interese solitare și succese în profesii necompetitive, singulare, cărora alte tipuri de perso-

nalitate le-ar face greu față atât sub aspect calitativ, cât și sub acela al timpului. Alpieniști și navigatori tătărași, astronomi și matematicieni riguroși, asceti și extremiști sectanți sînt cîteva din ipostazele în care personalităților respective li se pot lesne recunoaște trăsăturile caracteristice. Capacitatea de mobilizare interioară, adevărată absorbire de sine, urmată de o debordantă abandonare, angajarea într-un univers de reverie diurnă, care promite și oferă satisfacții ce nu pot veni din alte spații, respectiv lumea exterioară, reprezintă pentru personalitățile schizoide o modalitate existențială esențialmente necesară pentru a nu se desprinde de realitate, pentru a o putea recunoaște și integra. Pe planul pe care îl oferă fantezia, visul de zi, acești indivizi pot da naștere unor idei creative originale și autentice, rezultate din trăirile de omnipotență sau resemnare, din pericolile reale sau imaginare care apar, din chiar actele de agresivitate (fanteziste și ele) la care se poate ajunge. În acest mod, preocupările abstracte, filozofice, care rămîn — la majoritatea personalităților schizoide — amprentate de aspectul sterilității, al netrăducerii în fapte, accentuîndu-le izoarea, pot deveni la unii, caracterizați prin ambiție, conștiințozitate, meticulozitate și perfecționism, calități exteriorizate printr-un gust estetic deosebit, maniere elegante, rigurozitate. Cu toate acestea, prietenii se leagă greu, relațiile cu sexul opus sînt evitate, din cauza disconfortului produs de crearea legăturilor interpersonale, căsătoriile se realizează tardiv sau deloc.

● *Afectivitatea redusă* a personalității schizoide rezultă din incapacitatea acesteia de a realiza fundamentele etice ale existenței, în lipsa aceluia sentiment vital pe care, prin contrast, ciclomul îl traduce cu mare rezonanță și impresionabilitate. După cum a observat însuși KRETSCHMER, viața afectivă a schizoidului este distribuită pe axa unor poli opuși: sensibilitatea (hiperestezie, psihestezie) și răceala afectivă (anestezie afectivă). S-ar părea că la unii predomină primul pol (din rîndul cărora s-ar recolta cele mai multe genii), marcat mai evident de oscilațiile temperamentale, la alții — răceala afectivă și, în fine, există schizoidii care întrunesc ambii poli (WEITBRECHT). Senzitivii schizoidi se simt singuri, nu au sentimentul că sînt bine înțeleși în intenții și acțiuni, nu sînt satisfăcuți de propriile atitudini și rezultate, sînt timizi, rezervați, deseori încăpățînați și refractari la sfaturile cele mai binevoitoare ale altora. Își țin în mare secret gîndurile, sentimentele, dorințele și speranțele, năzuințele și visările, neîmpărtășindu-le decît cu mare greutate rarilor prieteni pe care și-i fac în viață. Sînt suspicioși față de ceilalți și se simt repede lezați, se consideră răniți de orice vorbă sau atitudine care vine în contradicție cu convingerile lor. Încă din adolescență, schizoidii se manifestă ca voluntari, neascu-

tători, mohorîți și ursuzi, pasivi sau îndărătnici, refuzînd recomandările de corijare sau supraviețuire. Studiile întreprinse de autori americani remarcă prezența, încă din copilăria acestor indivizi, a privării afective, a lipsei climatului de căldură părintească, favorabil dezvoltării unei personalități armonioase, capabile să se adapteze suplu la viața socială. Astfel, la maturitate, majoritatea sînt indivizi plăcuți și sinceri, alții frapează de la distanță prin răceala emoțională, nesociabilitate, atitudine taciturnă (această categorie de personalitate schizoidă se orientează cel mai frecvent spre grupurile sectante religioase sau ritualiste). Lipsa de spontaneitate, de haz le conferă aspectul de indiferenți, indolenți, lipsiți de culoare, deși unii dezvoltă adevărate sentimente de gelozie față de semenii lor care au capacitatea de a se adapta adecvat. Alții se repliază spre sine, asupra propriilor ruminări, preferînd această reacție de protecție a hipersensibilității. Ofensabilitatea, predispoziția la rănire pot să-i ducă pe acești indivizi la convingerea că sînt înzestrați cu anumite calități, deosebite de ale celorlalți, problemă pe care ei o vor rezolva prin introspecție, autoanaliză și observarea critică a celorlalți. Ei suferă de o incapacitate de lungă durată de a-și exprima în mod direct atât bucuriile, cât mai ales, supărările. Sentimentele de inferioritate și de disconfort care se manifestă la schizoidii în sfera relațiilor interpersonale constituie și frîna care împiedică realizarea apropierii de sexul opus. Realitatea vieții, cu cruzimile ei, reprezintă experiențe frustrante trăite dureros, dar care nu pot fi rezolvate decît prin retragerea într-o lume a fantasmelor, modalitate care accentuează procesul de restrîngere a gamei de exprimare a sensibilității. Plăcerile sînt, în general, „mute”, răsnetul afectiv al unor evenimente plăcute fiind șters, tern și tinzînd să se exprime mai ales pe plan intelectual. Se remarcă fascinația deosebită pe care o au aceste personalități față de supraevaluarea obiectelor, a lucrurilor neanimate și față de construcțiile metafizice. Experiența emoțională tînde să se restrîngă, exteriorizarea făcîndu-se cu multă ușurință pentru stări de plictiseală sau anxietate, în comparație cu sentimentele de prietenie, căldură sufletească, dezamăgire etc. Spectrul activității personalităților schizoide apare astfel lipsit de unitate și armonie, dominat de tendințe diferite sau chiar contradictorii (realizînd aspectul de ambivalență), dar lipsit de discordanțe.

● *Insuficiența pulsională* provine, la personalitățile dizarmonice schizoide, din lipsa suportului dinamo-energetic al laturii instinctiv-afective. Deși unii dintre ei pot avea o autentică dragoste de natură, un gust estetic deosebit, evitînd în mod acerb grosolăniile, vulgaritatea și manifestînd chiar o superconștiințozitate, mai ales această ultimă trăsătură poate exercita un efect paralizant asu-

pra inițiativei sau asupra elaborării unor atitudini nuanțate, în funcție de circumstanțe. În consecință, acțiunile apar marcate de stereotipie, chiar de un grad de ritualism, acești indivizi făcând din suprascrupulozitatea lor o adevărată virtute, care se fructifică deseori în practicarea ascezei sau a puritanismului. Acest idealism moral rigid ascunde, de fapt, slăbiciunea pulsională, urmare a unor reguli inflexibile în comportament, trădând lipsa auto-satisfacției, imprecizia scopurilor, indecizia în acțiune, detașarea, dezorientarea în mediul social. Chiar pusă în fața unei atitudini de dezaprobare, ostilitate, insultă, agresiune din partea altora, personalitatea schizoidă va reacționa prin „îndurare în liniște și reculegere”, alegându-și drept supapă compensatorie visarea, care-i oferă terenul imaginării modului de pedepsire și distrugere a adversarului. Alături, neplăcerea în sine atrage aspecte cu evident caracter defavorabil pentru individ: neglijarea ținutei exterioare, a locuinței și a familiei, alterarea accentuată a modalităților de contact interuman. Viața sexuală comportă deseori dificultăți, unele experiențe sexuale existând numai pe planul fanteziei, personalitatea schizoidă amânându-și maturizarea sexuală la infinit (KAPLAN, SADOCK). Funcționalitatea socială a acestui tip dizarmonic de personalitate este sever limitată, mai ales în condițiile în care imperatiile existenței solicită în mod acut interrelaționarea umană. Compensarea apare în acele cazuri de excepție, în care realizarea profesională nu este afectată de izolarea socială.

În ceea ce privește relațiile cu celelalte tipuri dizarmonice de personalitate, cea schizoidă amintește într-o bună măsură de psihopatia astenică, PREDESCU (1976) considerând-o chiar o subdiviziune a acesteia din urmă și echivalând-o cu autistul lui BLEULÉR, tipul schizoid al lui GANNUSKIN sau închișii în sine patologic, după GHI-LIAROVSKI, POPOV. De asemenea, unele trăsături ale psihopatiilor apatice (tipul apaticului rece), descrise de K. SCHNEIDER, sînt superpozabile schizoizilor; este vorba despre indivizii care se realizează și creează mai ales în anumite domenii sociale, unde „trebuie trecut peste cadavre”, unde trebuie un temperament de oțel și unde scopul nu trebuie să fie numai decît personal, ci poate fi idealist, suprapersonal. În aceste cazuri, inteligența trebuie să fie totdeauna bună, dacă nu superioară.

Interesante sînt și cercetările americane (PRESLEY și WALTON, 1980), care găsesc apropieri semnificative între personalitatea schizoidă și cea paranoidă, considerînd că personalitatea de tip schizoid reprezintă extremitatea spre normalitate a spectrului schizofreniei, alături de tulburarea de personalitate paranoidă și schizotipală. Personalitatea dizarmonică de tip schizoid apare în clasificarea psihopatiilor după KAHN (în gru-

pul psihopatiilor complexe), în cea oferită de OMS (ICD 9) și DMS III revizuit. Diagnosticul pozitiv al tulburărilor de personalitate de tip schizoid s-ar face, după SPITZER și colaboratorii, după următoarele criterii, cu sublinierea necesității unei evoluții de lungă durată:

- un mod caracteristic de abordare indiferentă a relațiilor sociale și un grad redus de experiențe și expresii afective, începînd de timpuriu în perioada adultă și prezent în diverse contexte (cel puțin patru din următoarele criterii):

- nici nu dorește, nici nu se bucură de relațiile apropiate cu ceilalți, inclusiv cu membrii familiei;
- își alege aproape întotdeauna activități solitare;
- rar și întîmplător afirmă sau pare că trăiește emoții puternice, ca mînia și bucuria;
- manifestă o slabă dorință (dacă există vreuna) de a avea experiențe sexuale cu persoane de sex opus (a se lua în considerare vîrsta);
- este indiferent la critica și lauda celorlalți;
- nu are prieteni apropiați și nici confidenți (nici măcar unul) în afara rudelor de gradul întîi;
- dovedește o afectivitate restrînsă; este rece, distant, apatic, răspunde rareori la expresii sau gesturi familiare (zîmbet, salut);

- tulburarea nu apare în cursul evoluției schizofreniei sau a unei tulburări delirante.

Ediția a treia a DSM introduce o nouă categorie de tulburări de personalitate, înrudită cu personalitatea dizarmonică de tip schizoid care face trecerea către psihoza de tip schizofren, denumită personalitate schizotipală. Varianta revizuită a manualului citat oferă următoarele criterii de diagnostic pentru tulburarea personalității schizotipale:

- un mod caracteristic deficitar în stabilirea relațiilor interpersonale și manifestarea unor bizarerii în planul gândirii, aspectului exterior și al comportamentului, începînd de timpuriu în perioada adultă și prezent în diverse contexte (cel puțin cinci din următoarele criterii):

- idei de relație (incluzînd delirul de relație);
- anxietate socială excesivă; de exemplu, un sentiment extrem de neplăcut în situații sociale ce implică contactul cu persoane necunoscute;
- credințe bizare sau gândire magică, influențînd comportamentul, nedatorate unui nivel subcultural; de exemplu, super-

- stiiții, premoniții, telepatie, „al șaselea simț”, „alții pot simți sentimentele mele” (la copii și adolescenți — fantezii sau preocupări bizare);
- experiențe perceptuale neobișnuite, de exemplu, iluzii periodice, perceperea existenței unei forțe sau a unei persoane care nu este prezentă (de exemplu: „am simțit cum mama mea moartă era în cameră cu mine”);
- comportament bizar sau excentric; aspectul exterior neîngrijit, manierisme în exprimarea verbală, solilocvie;
- absența prietenilor sau a confidenților (în afara rudelor de gradul I);
- vorbire bizară (fără tulburări de asociație sau incoerență);
- afectivitate nefirească sau restrinsă, individul apărând ca stupid, mărginit, rece, distant, răspunzând rareori la gesturi și expresii mimice;
- susceptibilitate sau idee de tip paranoid;

- tulburarea nu se manifestă în cadrul evoluției schizofreniei sau a unei alte tulburări globale.

Personalitatea schizoidă și relațiile ei cu schizofrenia au fost discutate în literatura psihiatrică începând din 1936, când KRETSCHMER, preluând descrierile autiștilor lui BLEULER, a definit, în lucrarea „Körperbau und Charakter”, temperamentele schizoide și schizotime, ca predispoziții caracteriale pentru psihoza schizofrenică.

Corelația kretschmeriană între tipul morfologic cel mai frecvent statistic — leptosomul (astenicul) — și schizoidie, urmat de tipul athletic și displastic, nu mai reprezintă astăzi decât o opinie cu un pronunțat caracter istoric, ca de altfel și teoria opoziției față de cicloide sau sintonie. Astfel, personalitatea dizarmonică schizoidă reprezintă, în concepțiile actuale, un tip de constituție psihică ce realizează un teren predispus, dar nu obligatoriu, pentru schizofrenie, recognoscibil uneori în perioadele de debut ale schizofreniei. M. BLEULER a verificat prin studii statistice ipoteza că tulburările precoce de schizoidie se constituie apoi ca semne ale schizofreniei, dar a evidențiat incidența crescută a acestui tip de personalitate în familiile bolnavilor schizofrenici. Nereprezentând o fază normală a psihozei, personalitatea dizarmonică schizoidă este una dintre personalitățile premorbide cu o frecvență ceva mai ridicată în ceea ce privește schizofrenia. Tratamentul este, ca și la personalitatea dizarmonică de tip paranoic, imposibil, deși anumiți autori recomandă unele tehnici psihoterapeutice (terapie de grup) pe o lungă perioadă (câțiva ani). În cazul schizoizilor cu potențial antisocial se impune protecția socială.

În lucrarea lui K. LEONHARD despre personalitățile accentuate în viață și literatură, perso-

nalitatea schizoidă poate fi regăsită într-una dintre variantele firii introvertite, și anume la indivizii la care introversiunea este mai pronunțată, ducând la izolarea de ceilalți oameni, care nu au înțelegere pentru ideile lor neobișnuite. Autorul admite și existența unei inaptitudini primare pentru contacte, pe care o manifestă acești „singuratici”, lipsiți de expresivitate în gesturi și în modulația vorbirii. Din literatură sînt citate personajele Hans Joggeli, vălur bogat, descris de Gotthelf ca un individ introvert, dar relativ bine integrat în societate, Ordinov, din nuvela „Gazda” de Dostoievski, mult mai pronunțat introvertit, aflat la granița alienației mintale, ca și Ivan, fratele mijlociu din romanul „Frații Karamazov” de același autor. Indiscutabil maladiiv este considerat Don Quijote, o culme a ideții introvertite, căruia Cervantes i-a conferit celebrul titlu de „Cavaler al Tristei Figuri”. Fantezia sa debordantă, populată de uriași, castele și de doamna sa. Dulcinea, îl sustrage pe Don Quijote din lumea reală pe care o ignoră, de fapt, refuzînd pur și simplu să creadă că are de-a face cu mori de vînt, cîrciumi de țară și o simplă fată de țăran. Respingerea adevărului reprezintă o modalitate de apărare a propriei personalități, care nu se poate desprinde de lumea fantasmelor, a himerelor, în care experiențele existențiale devin mult mai la îndemînă. Opoziția dintre personalitatea lui Don Quijote și cea a scutierului său, Sancho Panza, simbol al extroversiiei clare, este evidentă, alăturarea acestor două personaje dovedind finețea analizei psihologice a autorului spaniol.

PERSONALITATEA DIZARMONICĂ DE TIP EXPLOZIV. „Psihopatie comportamentală hipertimă” — denumită ca atare în tipologia lui KAHN, psihopatie explozivă în tipologiile lui PETRILO-WITSCH și SCHNEIDER, similară cu personalitatea nestăpînită în tipologia lui LEONHARD — este definită în ICD 9 (OMS) ca fiind o tulburare de personalitate caracterizată printr-o extremă instabilitate a dispoziției bazale, astfel încît există tendința la descărcarea brutală a afectelor la incitații de mică intensitate. Acestele de minie, ură, violență sînt frecvente, agresivitatea putîndu-se traduce în plan verbal și/sau comportamental. Aceste descărcări bruște sînt expresia unor mecanisme de scurtcircuitare ale instanțelor superioare de control.

Explozivul se definește ca personalitate printr-un comportament inegal, cu descărcări afective brutale, cu reacții disproporționate în raport cu stimulul și printr-un fond dispozițional afectiv disforic. Acest mod de a fi este sugestiv denumit și „psihopatie excitabilă” (PREDESCU).

Încă de la începutul acestui secol, unii autori au încercat să alăture explozivității epileptoidia, a cărei problematică a rămas încă incomplet elucidată. WILLIAMS, MINKOWSKA, KLEIST și, mai

recent, CONRAD consideră epileptoidia ca fiind genetic legată de epilepsie sau avînd măcar o bază biologică comună. Alți autori (KRISCH, BLEULER, BUMKE, SCHNEIDER) consideră că diagnosticul de epileptoidie este nefondat etiopatogenic și insuficient delimitat clinic. Studiile electroencefalografice, la care o contribuție importantă a avut și școala românească de psihiatrie, relevă că, într-adevăr, la explozivi procentul traseelor disritmice este mai mare, dar nu toate studiile ulterioare au confirmat acest lucru. Epileptoidia (glioscheroidia) este considerată de unii autori ca o „epilepsie larvată”, pe cînd alții susțin, pe bună



dreptate, că, atît timp cît expresia clinică — criza epileptică — lipsește, nu se poate vorbi de epilepsie. Deși ar putea fi găsite unele elemente patogenice comune între epileptoidie și explozivitatea extremă, totuși prima se caracterizează prin adevîritate, bradipsihie, elemente care nu apar la excitabili. Autorii contemporani consideră epileptoidianul un psihotip constituțional care favorizează apariția epilepsiei, argumentîndu-și concepția prin apariția grafoelementelor de tip epileptic pe EEG, la aplicarea tehnicilor de stimulare.

KRETSCHMER este cel care a denumit descărcarea brutală a afectelor la explozivi — reacție de scurtcircuit. Acest mod de manifestare, datorat insuficienței instanțelor superioare de control și a capacităților frenatorii, devine evident încă din copilărie, cînd, la cele mai mici incitații sau neîndeplinirea unei dorințe, apar reacții coleroase, zgomotoase, crize de agresivitate, violență. Încă,

din copilărie, explozivul este greu de suportat din cauza atitudinii sale voluntare, a capriciozității și cverulenței verbale. Probabil că tot datorită unor „scurtcircuitări”, a unei dezvoltări insuficiente a capacității de discernămint, acești copii sînt foarte repede influențați de exemplele negative și foarte greu de corectat prin metode pedagogico-educative.

Adaptarea lor este deficitară. Explozivul a fost denumit de BAER „impulsiv violent”, el referindu-se la consecințele dezastruoase ale acestor descărcări, în timpul cărora subiecții lovesc, distrug, fără a ține cont de consecințe sau, mai bine zis, fără a realiza în acel moment consecințele actelor lor. Aceste descărcări de violență au rolul de a-l „descătușa” dintr-o stare de tensiune, de afect. Explozivul este incapabil de a-și rezolva conflictualitățile cu calm, „la rece”, el nu poate fi o persoană rațională (KLAGES). El are nevoie de o rezolvare imediată, întempestivă; raționamentele logice, alegerea motivelor și ierarhizarea lor sînt scurtcircuitate. Aceste rapide treceri la act fac ca explozivul să ajungă în fața psihiatrului și, nu de puține ori, în fața unei comisii de expertiză medico-psihiatrică.

Descărcarea violentă odată terminată, starea de afect de care a fost generată epuizîndu-se, explozivul devine liniștit, avînd uneori regretul faptelor săvîrșite, pe care le privește mai mult sau mai puțin critic. Aceasta este trăsătura esențială a inegalității comportamentale: de la furie violentă, la cîință, regret. Uneori însă, aceste sentimente de regret, de cîință pot constitui terenul unei noi descărcări violente. După ieșirea din criză, explozivul încearcă reluarea contactului cu ceilalți, promițînd „cinstit” (el crede în acel moment că se poate stăpîni) că nu va mai repeta aceste descărcări. Deși cu un potențial agresiv de o deosebită violență, explozivul nu este totuși un imoral — el nu are psihologia „adevărutului criminal” —, deși ar putea ajunge la crimă. El nu premeditează, ci dimpotrivă, scurtcircuitează. El nu este capabil să-și stăpînească izbucnirile afective primare, nu-și „elaborează” actul și îl regretă ... după ce acesta a fost înfăptuit.

Incapacitatea de discernămint și de ierarhizare motivațională fac ca reacțiile explozivului să fie disproporționate în raport cu stimulul și neadecvate momentului. Dorînd să se „impună cu orice preț”, posedînd un orgoliu morbid, orice mică incitație venită din exterior este percepută ca injurie extremă adusă vanității sale. Orgolios și răzbunător, explozivul „se aprinde de la o umbră de știință”.

Aparent este o personalitate puternică, stenică, dar, de fapt, fragilă prin imposibilitatea adaptării; explozivul este în fond un psihorigid: el nu are maleabilitate, deși poate avea calități intelectuale satisfăcătoare. Astfel de subiecți caută societatea

relațiile interpersonale, dar nu le pot întreține datorită capriciozității lor continue, continuei autosupraestimări. Chiar în afara descărcărilor, explozivii au un fond dispozițional disforic, sînt continui nemulțumiți, permanent iritabili, irascibili, morocănoși. Această stare se accentuează în perioadele de criză biologică (pubertate, andro- și menopauză) și după afecțiuni somatice. Ei sînt greu de suportat de către anturaj; sînt ostili și rachiunosi, înclinați spre „instincte patologice”. Insuficiența funcțiilor de ierarhizare, precum și modul scurtcircuitat de acțiune „îndeamnă” explozivul mai mult spre polul răului decît al binelui: el devine adesea, din adolescență, alcoolic, toxicoman, delincvent.

Tabloul clinic al explozivității poate deveni și mai complex în forma sa extremă, în care descărcarea de furie declanșată la stimuli minori atinge o intensitate maximă, durează mult și se epuizează greu, lăsînd în urmă nu o stare de „ușurare”, ci una tensionată, lipsită de culpabilitate și critica faptei săvîrșite, atitudinea de ostilitate permanentizîndu-se. În aceste cazuri, interferențele medico-legale sînt cele mai frecvente.

Explozivitatea acestui tip de personalitate nu se explică prin intensitatea unei tensiuni intrapsihice create, care trebuie descărcată, ci numai prin pragul scăzut de excitabilitate. Egoist și egocentric, explozivul raportează totul la propria persoană, la propriul sistem de referință. Dacă în cadrul celorlalte dezvoltări dizarmonice de personalitate, adaptabilitatea, deși greu de realizat, este totuși uneori posibilă, în cazul explozivului ea este întotdeauna deficitară din cauza gravelor perturbări ale relațiilor interpersonale.

Decompensările apărute în cadrul dizarmoniei explozive sînt întotdeauna grave, prin consecințele reacțiilor brutale, de multe ori cu implicații medico-legale. Explozivul poate fi deosebit de violent, putînd ajunge și la un act autolitic. Uneori, autoliza survine ca o reacție violentă, secundară sentimentului de vinovăție, față de o primă reacție de abia epuizată. Alteori, autoliza apare în cadrul decompensărilor depresive. Combinația dintre explozivitate și alcoolism — frecventă de altfel — poate aduce decompensărilor o coloratură paranoică.

PERSONALITATEA STRUCTURATĂ DIZARMONIC DE TIP OBSESIV. SCHNEIDER caracteriza obsesivul în primul rînd ca pe o persoană „nesigură de sine”, pe cînd PETRILOWITSCH, citat de LĂZĂRESCU, analizînd anancastul ca personalitate corelată obsesivului, spunea că: „nesiguranta de sine și timiditatea anancastului sînt nespecifice... nesiguranta de sine și timiditatea obsesivului sînt tot nespecifice... nesiguranta aparține obsesivului în fel cum ea aparține instabilului emotiv sau depresivului, fără ca ea să-și pună pecetea diagnosticului... nesiguranta

de sine a anancastului e mai mult consecința decît cauza caracteristicilor sale personale... etc.”. PETRILOWITSCH consideră că axele în juru cărora se structurează acest tip de personalitate sînt: rigiditatea, meticulozitatea, sălbiciunea sistemului instinctivo-afectiv, ambiția și conștiința morală exagerată; deși Eul este slab, el este relativ echilibrat; este incapabil de a deosebi esențialul de neesențial, prezentînd o mare retențivitate a trăirilor.

Personalitatea structurată dizarmonic de tip obsesiv a fost definită clasic de Pierre JANET ca avînd drept trăsătură esențială pierderea simțului realului, consecință a insuficienței sintezei și prelucrării datelor perceptuale, cognitive, afective, condu-



cînd la atitudini ezitante, din cauza necuprinderii realității în totalitatea ei. ICD (OMS) definește obsesionalul prin sentimentele de nesigurantă și îndoială care îl domină, prin scrupulele care-i determină dubitația și ezitarea, prin obstinație și prudentă excesivă.

Definiția OMS subliniază că „pot exista gînduri și compulsiuni comune obsedante și inoportune, dar ele nu ating gradul de gravitate al nevrozei obsesionale”. Tendința spre perfecționism se traduce prin repetate verificări și precizări meticuloase. În plan manifest, pot apărea rigiditatea și îndoiala. Personalitate psihorigidă, obsesionalul are resurse limitate de exprimare a sentimentelor, este indecis, nu poate avea o cuprindere totală a realității, are o permanentă neîncredere în sine, asociată cu tendințe perfecționiste. BINDER este

primului — urmat de aproape toți autorii moderni — care accentuează asupra perseverenței. Obsesivul este — după cum afirmă KEHRER — „un pedant-scrupulos”, angajându-se într-o singură acțiune pe care, dorind să o termine cât mai bine, o verifică mereu pentru a evita neprevăzutul. Prin aceasta, el se leagă numai de prezent, nu are desconsiderare spre viitor, suferind de „o lipsă a devenirii interioare în timp”.

Pentru obsesional, modelul interrelației umane în planul afectivității este modificat, în sensul că sentimentele etico-morale sînt exacerbate în detrimentul celor naturale și simpatetice. Obsesionalii sînt psihorigizi, cu o bandă îngustă de variație în planul afectivității. Plini de scrupule, sînt lipsiți atît de rezonanță afectivă, cît și de capacitatea de exprimare a acesteia. Din acest punct de vedere, sînt excesiv de morali ei înșiși, avînd absurde pretenții la aceeași excesivă moralitate și scrupulozitate în privința celorlalți. Ei aproape că împiedică naturalul afectiv să se desfășoare sau, metaforic spus, își „dogmatizează trăirile” într-o rigidă teorie etico-morală. La aceste rigidități afective contribuie, în mare parte, și deficitul energo-dinamic structural al obsesionalului, precum și dispoziția sa afectivă bazală continuu depresivă, nemulțumirea de sine și de ceilalți. Nesiguranta în planul afectiv, precum și transpunerea dificilă în practică a planurilor mintale sînt generatoare de anxietate care, la rîndul ei, generează indecizia. Această anxietate existențială este mult mai accentuată la obsesionali decît la restul indivizilor, fapt motivat prin reala incapacitate decizională a subiecților.

Exacerbarea sentimentelor etico-morale în defavoarea celor naturale, adăugarea unui deficit energo-dinamic duc la o fragilitate afectivă, la o continuă neîncredere, la o continuă pendulare (pentru că raportarea se face și ea tot „dogmatic”) a capacității de decizie. Deși mental planul acțiunii de îndeplinit este realizat, el nu poate fi aplicat în practică, din cauza imposibilității unui efort volitional susținut. Lipsit de un sistem deerarhizare motivațională, prin imposibilitatea cuprinderii realității, obsesivul va oscila întotdeauna în luarea unor decizii, chiar dacă aceste decizii sînt de o importanță vitală. Dacă atît timp cît se încadrează în planul relativei normalități această indecizie este un factor perturbator, în cazul decompensărilor depressive ea va deveni un factor de „apărare” față de actul suicidar pe care subiectul oscilează să îl facă. Acea „pierdere a simțului realului”, prin care Pierre JANET definește personalitatea obsesională, provine din imposibilitatea constituirii unei atitudini reale și active în lume, pentru că individul este lipsit de capacitatea de a sintetiza și prelucra datele cognitiv-afective. El poate „recepta corect porțiuni, dar nu poate face din aceste porțiuni un tot,

un întreg”. Pe de altă parte, această pierdere a simțului realului apare și în urma tendinței către reverie contemplativă, către speculație intelectuală, fără aplicabilitate practică, tendințe care-l desprind și detașează de realitate. Obsesionalul este un introvert în continuă, minuțioasă și crud lucidă introspecție a acestui „interior” teoretic, speculativ și „sărac” prin aceasta. Sesizarea acestei sărăcii interioare îi creează un perpetuu sentiment de nemulțumire și neîncredere în sine, care vor genera o inhibiție pe toate planurile.

Incapabil de a realiza complexitatea exteriorului și copleșit de sterilitatea interiorului, obsesionalul se simte străin în mediu pe care îl resimte ca straniu, nu neapărat amenințător, dar plin de imprevizibil (prin insuficiența cunoașterii). În acest mediu, el se înstrăinează de propria sa persoană. Nedefinindu-se pe sine în raport cu lumea, obsesionalul trăiește durerul corolar al derealizării și depersonalizării. Așa după cum afirmă STRAUSS, el este un izolat existențial. Nu are încredere în sine, în propria sa afectivitate, sărăcită de natural și excesiv raportată la etica și puritatea morală; această raportare creează o multitudinea de scrupule, împiedicînd maleabilitatea adaptării. Scrupulele morale blochează posibilitatea trăirii într-o libertate interioară; obsesionalul se inhibă, printr-o absurdă îngrădire a exprimării afective normale. Scrupulele îi determină epuizante crize de conștiință, în raport cu fapte de importanță minimă sau nesemnificative. Cercul vicios în care se închide obsesionalul este cel al rumațiilor mentale dubitative. El are, așa cum subliniază BINDER, o dispoziție obsesiv-anxioasă, lipsită de conținut, dar care creează o continuă tensiune intrapsihică, un continuu sentiment de jenă și de disconfort. Neîncrederea în sine nu se referă numai la aspectul de neputință proprie, ci derivă mai ales din aspectul de puritate morală. El se suspectează continuu de o încălcare a acestor norme morale și sociale; sistemul de scrupule pe care și-l construiește este menit, în primul rînd, să evite această încălcare. Deciziile sînt luate după o pedantă și meticuloasă deliberare, astfel încît acestea poartă amprenta pedanteriei.

Spre deosebire de astenic — alături de care obsesionalul este așezat, prin apariția, în prim plan, a unor trăiri de insuficiență psihică —, la care accentul cade pe ineficiența reală psihică și fizică, la obsesional, accentul este pus întotdeauna pe latura afectiv-morală (PREDESCU). De asemenea, prin dispoziția întotdeauna tristă, obsesionalul este comparat cu depresivul, dar la acesta există o mult mai complexă elaborare a trăirilor psihice. Această trăire a insuficienței și neîncrederei în sine generează dorința găsirii unui suport exterior. Rigid și scrupulos, obsesionalul va găsi acest suport în regulamente și instrucțiuni, care cer numai să fie respectate întocmai, și nu într-un

proces de elaborare, de decizie proprie. De aceea, obsesionalul va fi întotdeauna un excelent subaltern, care se va decompensa însă în momentul... promovării, atunci când va fi pus în situația de a lua el însuși o decizie, fiind incapabil de aceasta. Pentru a-și compensa deficiența și neîncrederea în sine, obsesionalul se va antrena într-o activitate excesivă și excesiv de meticuloasă, cu tendințe spre perfecționism. Obsesionalul nu-și poate considera niciodată o activitate terminată, un act finit, împlinit; el va lucra cu minuțiozitatea și pedanteria artizanului de miniaturi, epuizându-se în perfecționarea unei activități minore, simplu de îndeplinit. Este o modalitate de a fi, de a lucra, care epuizează, crescând și mai mult neîncrederea în forțele proprii. Pentru el, meticulozitatea este ridicată la rang de principiu vital. În viața obsesionalului, totul tinde să fie „programat” judicios, verificat în cele mai mici amănunte și organizat într-o ordine perfectă. Distracțiile sînt eliminate și pentru că nu mai are timp pentru ele și pentru că acestea i-ar împiedica, prin ocuparea timpului, activitatea de „artizan” minuțios. Deseori, hobby-ul acestor subiecți este colecționismul sau acele activități care cer meticulozitate, răbdare, ordine perfectă. Desigur că acest perfecționism este obositor, epuizant, obsesionalul resimțind această epuizare ca pe un nou argument al insuficienței sale. Această oboseală împiedică, așa cum este normal, și mai mult capacitatea decizională.

În societate este considerat ca „rece”, convențional și conformist, moralizator și dogmatic. Nu dăruiește afectivitate și, din cauza cerințelor exagerate de moralitate, nici nu poate avea afectivitatea celorlalți. Este puțin sensibil la laudă, nefiind în fondul său un orgolios. Critica însă îi provoacă exagerate crize de conștiință morală. Randamentul activităților este mic, în ciuda muncii enorme depuse, pentru că timpul este cheltuit (singurul lucru pe care obsesionalul îl cheltuiește fără socoteală, chiar îl risipește) pentru stabilirea unor scheme și programe riguroase, prin multiple reverificări și ca urmare a incapacității de a lua o decizie.

În „Patologia obsesivă”, Mircea LĂZĂRESCU descrie mai multe tipuri caracterologice ale anancastului, personalitate care poate fi corelată cu obsesionalul :

- seriosul funcționar, care „poate trăi doar în termeni de utilitate, fiind indisolubil legat de praxisul standardizat și cuantificabil”; în afara acestei hiperseriozități, a acestei „măști perfecționiste”, el este un dezorientat, un dezadapat; scos din matca formulelor standardizate, este incapabil de relaxare, incapabil de momente de „dolce far niente”, identificându-și existența cu funcția :

- „aderentul la muncă”, la care conștiința morală se identifică cu munca sa, inactivitatea și momentele de relaxare fiind considerate ca o culpă ;
- muncitorul orgolios și expansiv, om al corectitudinii și al exactității, vanitatea sa fiind hrănită tocmai de această corectitudine și de perfecționism ; „expansivitatea” sa se relevă ca o totală dăruire (care în fond este inutilă) muncii pe care o face, de obicei una care cere meticulozitate și, prin aceasta, anostă, stereotipă și standardizată ;
- clasificatorul colecționar, extrem de ordonat, adună și clasifică, întrucît colecția sa constituie „mediul” în care ordinea și stricta delimitare îi dau sentimentul echilibrului. Este un refugiu pe care acest tip de personalitate și-l construiește, refugiu din care imprezizibilul, surpriza sînt eliminate ;
- omul clarelor delimitări, aderă la o temă, situație, pe care luptă să le elucideze complet, fapt care este generatorul unei supra-solicitări. Orice imprezizibil intervenit determină descărcări aparent explozive, dar care, în fond, sînt menite numai să „liniștească” orgoliul propriu și conștiința morală.

Din perspectiva psihanalizei, aceste trăsături s-ar încadra caracterului de „tip anal”. În care individul rămîne fixat la această fază a erotismului infantil. Preocupările de excesivă ordine, curățenie, scrupulozitate s-ar datora mecanismelor de „formațiuni reacționale” (atașamentul față de murdărie se transformă în pasiune față de curățenie etc.), caracterul sadic-anal descris de psihanaliză definindu-se prin tendința spre ordine, economie, încapăținare. Psihanaliza construiește, de fapt (fără a argumenta cert), o legătură între ceea ce se poate observa și ceea ce ar putea fi motivația abisală posibilă. Soliditatea acestei concepții este însă discutabilă.

Există anumite profesii care sînt preferate de această familie caracteriologică : funcții administrative, contabilitate (cu precădere), laborator, militarie și altele. Aceste profesii le conferă „siguranța normelor, regulilor după care își conduc munca”. Decompensările personalității obsesionale sînt — după părerea mai multor autori — de tip obsesiv, dar nu aceasta constituie esența lor. Mult mai frecventă în clinică este decompensarea de coloratură depresivă și este normal să fie așa, pentru că obsesionalul este un lucid observator (chiar exagerat) al propriei sale insuficiențe decizionale. Dată fiind marea lui sensibilitate morală, care face ca trăirile conflictuale etice, intrapsihice să fie de o mare intensitate, personalitatea obsesionalului este un teren propice dezvoltării unor deliruri senzitive de relație ; tot în aceeași sferă se poate încadra și simptomatologia hipocondriacă de dezvoltare, la care este predis-

pus acest tip de personalitate. Desigur că reacțiile nevrotice de tip obsesivo-fobic sînt posibile și, atunci cînd ele apar, se impune diferențierea de nevroză obsesivă; diferențierea este destul de dificilă și se face atît pe baza evoluției în timp, cît și, mai ales, prin investigarea corectă a personalității premorbide (dizarmonică sau nu). „Calea” pe care se poate angaja obsesionalul poate fi însă și cea a atipiei: el este derealizat și depersonalizat, psihorigid și impenetrabil argumentării realului. Verificările continue ar putea evolua spre stereotipii.

Închiderea în cadrul unor norme și reguli stricte nu ar putea friza un anume tip de autism? Lipsa empatiei și simpatiei nu înseamnă, în fond, detașarea, ruperea de ambianță? Acestea constituie întrebările la care, de multe ori, clinicianul este obligat să răspundă afirmativ. Una dintre porțile prin care discordanța se poate instala este și acest tip de premorbid.

Autorii americani descriu, în DSM III, un tip de personalitate apropiat de cel obsesional, personalitatea evitantă, caracterizată prin neîncrederea în sine și în cei din jur, hipersensitivitate în relațiile cu colectivitatea. Personalitatea evitantă este extrem de sensibilă la aprecierile celorlalți, predispusă — prin autodeprecieri pe care o resimte — la interpretativitate, suspiciune, cu un exagerat și disproportionat simț al ridicolului. Relațiile sociale sînt stabilite cu greu și numai după multiple asigurări că individul va fi acceptat; de aceea, el este, în final, un izolat: cei din jur nu-i acceptă sau nu-i înțeleg condițiile, iar el nu poate accepta această „neacceptare”. În fond, evitantul simte o mare nevoie de afecțiune, o mare dorință de a nu fi un izolat, dar, dată fiind psihorigiditatea lui, este incapabil de a fi maleabil, de a se încadra. Aproximativ de personalitatea obsesivă se bazează și pe aceea că evitantul este un veric mizantrop, cu tendințe de depreciere a propriilor realizări, de minimalizare a succeselor, de lipsă de stimă față de propria-i persoană, suspiciionînd că și cei din jur îl depreciază.

PERSONALITATEA STRUCTURATĂ DIZARMONIC DE TIP ISTERIC. Descrisă încă din epoca hipocratică, în care existența ei era legată de „migrarea uterului în corp” (HIPOCRATE), fiind în exclusivitate un atribut feminin, isteria va fi considerată de GALEN ca strîns legată de sfera sexualității. Această concepție a dominat și în secolele următoare, evul mediu adăugînd ideea de posesiune diavolească. Declinul ei începe abia în secolul al XVII-lea, prin descrierea clinică a lui SYDENHAM și prin argumentarea de către LEFOIS a faptului că, deși mai frecventă la femei, isteria poate apărea și la bărbați. Școala de la Salpêtrière (prin CHARCOT) și apoi cea de la Nancy (prin BERNHEIM) au o contribuție importantă prin descrierea unor „stigmată” speci-



fice isteriei și prin considerarea unor „lezioni organice” ca substrat al tulburărilor. Ulterior, BABINSKI o va numi pitiatism, tocmai pentru a sublinia că ea nu este un aspect de ereditate morbidă specific feminității (gr. *hystera* „uter”), ci că poate apărea și la bărbat. Pentru BABINSKI, istericul este un simulant, dar „un simulant de bună credință”.

În încercările de clasificare a tulburărilor de personalitate, personalitatea isterică apare descrisă în tipologia lui KAHN — ca psihopatie complexă —, în cea a lui PETRILOWITSCH și, ulterior, la LEONHARD. Autorii francezi o descriu, ca de altfel toate dizarmoniile, în cadrul „nevrozilor de caracter”, iar autorii americani definesc în DSM III personalitatea narcisistică, similară cu personalitatea isterică din ICD 9 (OMS). Conform definiției date în ICD 9, personalitatea isterică se caracterizează printr-o labilitate, imaturitate și superficialitate a afectivității, printr-o dependență continuă față de anturaj, printr-o mare sugestibilitate, imaturitate sexuală, prin adoptarea unor atitudini teatrale. Sub acțiunea factorilor traumatizanți din mediu se pot dezvolta simptome isterice.

Personalitatea structurată isteric poartă marca neautenticității, a unui continuu teatralism, individul astfel structurat fiind de-a lungul întregii sale vieți un actor ce interpretează roluri multiple, de victimă sau cuceritor, dorind să obțină compasiune sau admirație, ținînd, ca orice

actor, ca întregul „public” să fie acaparat de jocul său, ca el să devină centrul atenției, întreaga sa viață constituindu-se dintr-o cameleonică schimbare de roluri, în funcție de situație, de anturaj. Această permanentă interpretare pe scena lumii i-a dat istericului denumirea de histrion, deși deosebirea de adevăratul actor este mare: acesta joacă pentru a dăruși și a se dăruși, pe când istericul „joacă” pentru a deține, pentru a i se dăruși; el își creează și își regizează singur rolul, în funcție de propriile sale dorințe și neținând cont de realitate, de multe ori „arta” sa fiind folosită pentru a modifica un dat real nefavorabil lui, într-unul favorabil. Poziția în victimă, șantajând, laudându-se, istericul cere întotdeauna ceva ce nu poate deține altfel, dată fiind imaturitatea gândirii și afectivității sale. El tinde să pară mai mult decât este, nu neapărat în sens megalomanic, cum spune JASPERS, ci mai ales altfel decât este în realitate, ascunzând astfel inconsistența structurii proprii personalității. El încearcă, prin jocul său, să convingă, să aducă în plan real fantasmele proprii sale imaginații.

Istericul nu este însă un (sau numai un) farsor: atunci când „interpretează” este sincer, marea sa capacitate de autosugestie ajutându-l să se transpună în totalitate în rol: atunci când cere compătimire, este convins că este o victimă și atunci când cere admirație, este convins că o merită.

Personalitatea de tip Isteric se constituie în jurul unui eșafodaj clădit din teatralism, imaturitate și labilitate emoțională, egocentrism, dependență afectivă, erotizarea raporturilor sociale. Teatralismul istericului se concretizează într-o deformare a realității sau într-o reconstrucție a ei, prin prisma imaginarului atât de bogat al istericului. Patetismul interpretării dă aspectul de afectat, neautentic, simulat (conștient sau inconștient); aparenta istericului este teatrală: întotdeauna ținută sa este originală, cochetă, „mai aparte”, astfel încât să atragă atenția prin ea însăși. Gestica și mimica sa sînt hipermobile, exagerate, ele vrînd să fie un argument, o subliniere a discursului, pe care însă în realitate îl încercă, îl dau tenta nenaturalului. Limbajul mimico-pantomimic devine vădit inautentic tocmai prin bogăția sa. Discursul, patetic cel mai frecvent, este susținut cu modulații ale vocii, cu modificări de ritm, cu intonații teatrale, care dau auditorului senzația de a se afla în fața unui actor de proastă calitate. Tocmai din efortul pe care îl face de a convinge, exagerînd uneori pînă la grotesc, istericul apare ca inautentic. El adoptă tonuri și atitudini spectaculoase, mizînd astfel pe o profundă impresiionare a celor din jur, pe care, la început, o poate obține. Succesul îl „încurajează” însă pe isteric să-și repete „scenele” ori de cîte ori dorește un anume beneficiu; ori, dacă la început aceste atitudini spectaculare reușeau totuși să impresiioneze, prin repetare ele nu se mai bucură de ace-

lași succes; insuccesul va determina nu o schimbare de atitudine a istericului, ci o amplificare a spectacularului. Deși definit ca un Ego slab, Istericul este totuși un perseverent; el poate persista într-o atitudine de extrem teatralism, de spectacular grotesc, o perioadă îndelungată, reușind prin această perseverență să „învîngă” rezistența celor din jur, al căror efort de opoziție nu mai poate fi menținut. Această modalitate de comportament este, în fond, rezultatul unei imaturități a gândirii și a afectivității; logica istericului este o „logică afectivă”, comparată clasic cu cea a copilului, afectivitatea sa fiind, după cum arată JĂNESCH, formată dintr-o multitudine de simțăminte, dar din nici un sentiment cert, valid. Istericul nu ar rezista la nici un fel de frustrare și mai ales la cea din planul afectiv. Refuzul frustrării este trăit cu toată ființa și este exprimat cu toată ființa, dînd aparența unei suferințe imense, întotdeauna supradimensionate în raport cu factorul cauzal. Istericul refuză realitatea nefavorabilă și încearcă să o facă favorabilă, chiar atunci cînd, obiectiv privind, acest lucru este imposibil: el va persevera prin toate mijloacele de expresie teatrală în a cere afecțiune de acolo de unde ea nu mai poate veni și se va mulțumi cu compătimirea și mila, dacă afecțiunea nu este posibilă. El dorește să fie luat în seamă, să fie întotdeauna în centrul atenției, chiar dacă acest lucru este dăruit din milă, din compasiune și nu dintr-o afecțiune reală. Această problemă, a câștigării afecțiunii, istericul o amîna per tru moment, pentru că, în acel moment — cel al frustrării — important este numai a fi luat în seamă, a i se garanta că este o persoană care contează. Această atitudine de replică teatrală rapidă la frustrare este determinată de un alt aspect al imaturității sale cognitive-afective: imposibilitatea de a aștepta; e cere o rezolvare imediată și persistă în a o cere, folosînd orice mijloace de șantaj sentimental, conchintări și veleități suicidare sau promisiuni, pe care, chiar în momentul în care le face, știe că nu și le va putea onora. Dar, important pentru el este să obțină imediat ceea ce dorește. Această incapacitate de a-și amîna dorința constituie, de multe ori, cauza eșecurilor acțiunilor întreprinse de Isteric, pentru că el nu poate aștepta apariția „momentului prielnic”, în care ar avea poate șansa de reușită. Imaturitatea sa afectivă îl face să acționeze impulsiv și scurtcircuitat. Tentativele suicidare sau imitațiile conștiente de „tentative” pot uneori, prin încercătura de afect a momentului, să realizeze actul suicidar, pe care istericul, în fond, nu și-l dorește.

Cameleonismul istericului este evident și în (aparent) intensă sa participare la trăirile anturajului. Atunci cînd cei din jur rîd, el rîde cel mai tare, atunci cînd cei din jur plîng, el plînge cel mai tare, dar nu pentru că el s-ar bucura sau pentru că ar suferi în mod real mai mult decât cei din jur.

ci pentru că în acest mod el atrage atenția lor. Nu este o participare reală la trăirea celor din jur, ci o mimare exagerată — și prin aceasta, nenaturală — a acestei participări. Deși istericul, tot prin autosugestibilitatea sa crescută, poate avea trăiri congruente cu cele ale anturajului, dorința de a și le arăta mai pregnant, de a ieși în evidență cu orice preț, îi dă nota de falsitate. Istericul rîde și plînge cu cei din jur, dar o face mai tare și astfel vocea sa distorsionează armonia, creînd acorduri false. Desigur că, în acest mod, istericul atrage atenția, desigur că iese în evidență, desigur că astfel se face remarcant și acest lucru îl satisface. Clasic, egocentrismul istericului a fost comparat cu o „sugativă afectivă”. El decurge nu numai dintr-o falsă supraevaluare de sine, ci dintr-o imaturitate a gândirii, dintr-o insuficiență a aptitudinilor de a cunoaște, dintr-o incapacitate de a ierarhiza valorile, dintr-o imposibilitate de a se raporta la un sistem de referințe general valabil. El se întro-nează ca obiect polarizator, pornind de la premise tot atât de false și de la raționamente tot atât de înguste ca și atunci cînd omul a situat Pămîntul în centrul universului. Istericul nu că nu poate cunoaște (nu neapărat), ci, mai frecvent, nu vrea să cunoască ierarhia reală a valorilor; această cunoaștere l-ar situa acolo unde, lipsit de situația de „centru”, s-ar simți frustrat. Tot jocul său este în scopul de a se menține în această poziție centrală și polarizatoare, pe care nu gîndește că ar merita-o sau nu, ci pe care pur și simplu o dorește în „șeștea sa de afectivitate”, niciodată satisfăcută.

Istericul este o personalitate lipsită de eșafodaj puternic, fragilă, sugestivă, imatură și, prin aceste trei atribute, dornic de dependență. El devine dependent de o personalitate mai puternică, mai bine structurată, mai bine ancorată în real, întrucît știe că numai o astfel de personalitate îl poate „proteja”, îi poate oferi soluții și astfel se lasă dominat de cei de care devine dependent. Dependența sa nu are un substrat de afecțiune, de devotament, ci numai unul pur egoist, de a-și apăra propriile interese. El se lasă dominat numai pentru că experiența l-a învățat că această dominanță îl apără și de aceea istericul se „cramponează” de cel de care devine dependent. Situația de a pierde această dependență devine și ea o situație frustrantă, față de care reacția lui este rapidă și zgomotoasă; această pierdere înseamnă pentru isteric pierderea securizării. Desigur că ea nu este recunoscută ca atare; istericul o inversează, încearcă să convingă de sacrificiile pe care le-a făcut, de rolul său de victimă față de cel de care este dependent, transformînd relația sa de dependență într-una de dominanță.

Egocentrismul istericului se relevă și în momentul în care este pus în situația de a ajuta pe cineva (mama care să-și ajute fiul sau soția/soțul în situația de a-și ajuta partenerul): de obicei, atunci cînd un

membriu apropiat al familiei se află în suferință, într-o situație grea, istericul, care normal ar trebui să-l susțină, înscenează o situație proprie mult mai dramatică (dar absolut imaginară) decît a celui suferînd. El devine mai victimă decît însăși victima sau o victimă a victimei. În fond, și această suferință a unei persoane apropiate constituie o situație frustrantă, pentru că cel suferînd devine acum centrul atenției. Înscenarea rolului de victimă este făcută tocmai pentru recucerirea acestui loc central, care constituie singura sa motivație și singura situație în care își mobilizează efortul voitional.

Erotizarea raporturilor sociale este paravanul unei reale inhibiții sexuale, ea apărînd ca o hipersexualitate prin care istericul atrage și acaparează atenția. Deși într-o continuă atitudine de provocare, de seducere, istericul este incapabil de a dăru și de a se dăru. El dorește să seducă pentru a fi iubit și nu pentru a iubi.

Personalitatea isterică se zăntorează ca atare încă din copilărie, neropsihiatria infantilă numînd-o imaturitate afectiv-comportamentală, dar tabloul ei complet se definește abia la pubertate. Istericii sînt capricioși, nestătornici și nehotărîți, sensibili la laude și la critici (pe care întotdeauna le consideră nemeritate), incapabili de un efort susținut sau de o activitate organizată sau capabili numai pentru puțin timp, pentru a cîștiga atitudinea favorabilă a celor din jur. Pentru o scurtă perioadă, ei sînt persoane plăcute pentru anturaj, întrucît știu să-și cîștige simpatia și să mimeze participarea la grup. Întotdeauna, astfel de copii sînt cei care recită frumos, care joacă în scenete, care sînt sociabili și aparent adaptați. Dorința lor de a fi în centrul atenției, prin metodele descrise, devine evidentă, iar „crizele”, provocate de obstacolele aflate în calea propriilor dorințe — zgomotoase: încă din pubertate apare dorința de a povesti întâmplări, situații întotdeauna ieșite din comun, rod al unei bogate imaginații, prin care istericul își atribuie întotdeauna rolul principal. Prin convingerea cu care este povestită, prin frumusețea descrierii, prin multitudinea detaliilor, aceste povestiri pot fi uneori crezute de anturaj. Alteori; bogăția imaginativă și puterea de auto-sugestie îi fac chiar pe povestitori să creadă veridicitatea spuselor lor, alunecînd spre pantomimomania.

Marcat de buna părere despre sine, alimentat de laude reale sau închipuite, dus pe aripile bogatei sale imaginații, istericul poate deveni propria sa victimă, pentru că, din cauza necesității sale de a se pune în valoare, el făurește un eșafodaj de pseudologie fantastică. Pe parcursul întregii sale existențe, jocul acestui actor lamentabil este motivat de un scop, de un beneficiu secundar, motivație care este sau nu este întotdeauna conștientizată. Existența acestei motivații explică și perseverența cu care istericul luptă, cu mijloacele lui, să-și

atingă scopul, perseverență susținută printr-un efort volițional. De această perseverență se lovesc de multe ori clinicienii care, folosind orice fel de „psihoterapie armată”, nu reușesc rezolvarea simptomatologiei, ba uneori o accentuează; sînt celebre cazurile în care „mutismele” în urma acestor „psihoterapii armate” dureroase au devenit... „hemi- sau paraplegii” și au persistat astfel, întrucît durerea este bine suportată de isteric, nu pentru că el ar fi masochist, ci pentru că ea face parte din rolul lui de victimă, iar el își ia rolul în serios; această durere îl ajută să-și consolideze atitudinea de victimizare.

PETRILOWITSCH descrie tot ca isterici și personalitățile care afișează o extremă blazare, această afișare avînd drept scop tot o dorință de a șoca, de a ieși în evidență.

Personalitatea narcisistică, descrisă de autorii americani, poate fi considerată ca similară personalității isterice a autorilor europeni. În concepția DSM-III, acest tip de personalitate se caracterizează printr-o polarizare a întregii vieți psihice, a întregii activități, numai asupra propriei persoane și a scoaterii în evidență a propriului Eu, în detrimentul celorlalți. Această tendință de continuă evidențiere, de cucerire a admirației și succesului, conduce la un adevărat „exhibiționism”. Aparent, adaptarea socială a istericilor este bună, dar relațiile interpersonale sînt perturbate de superficialitatea narcisicului, de inacceptarea criticii, de continua nevoie de supraevaluare și de transpunere în real a imaginariului, de lipsa empatiei și simpatiei, a participării reale la viața grupului, precum și de continua tendință de exploatare a celor din jur.

Criteriile de diagnostic, pe care autorii DSM III le propun, codifică drept trăsături esențiale: exagerarea empatică a importanței propriei persoane, neglijarea realului în favoarea fantasmelor imaginare, care-i situează într-o poziție egocentrică, permanenta nevoie de admirație și succes, pragul scăzut de suportabilitate a criticii, cu reacții zgomotoase și spectaculare la aceasta, alături de lipsa participării afective reale în raport cu anturajul. Relațiile interpersonale sînt perturbate prin cel puțin două din următoarele situații: neacceptarea contradicției și asumarea unei dreptăți proprii și aleatorii, ignorarea drepturilor celorlalți și exploatarea celor din jur, alternarea rapidă între cele două extreme de supravalorizare și devalorizare, precum și egocentrismul trăirilor afective și lipsa empatiei.

Decompensările personalității isterice, apărute în context psihogen, pot fi de la „simple” crize de nervi, pînă la simptomatologie subpsihotică. Crizele îmbracă astăzi mai puțin aspectul celor descrise de CHARCOT, ele desfășurîndu-se ca o stare de agitație, cu manifestări pseudoconvulsive, cu aspect „erotizant” sau prin crize de „sufocare”,

agravate prin hiperventilația și hiperpneea voluntară, care induc hipocapnie; pot apărea, de asemenea, crize pseudosincope, tetaniforme etc., care sînt întreținute prin prezența anturajului și care pot ceda relativ repede prin izolarea de acesta. Alături de aceste crize, la personalitățile isterice, decompensările apar frecvent sub aspectul conversiilor somatice: paralizii, contracturi, modificarea activității motorii—în condițiile unui examen neurologic și paraclinic negativ. Aceste conversii respectă nu unitatea morfo-funcțională, ci „imaginea” pe care subiectul o are despre corpul său. În același context se înscriu și falsele „anestezii” sau hiperestezii, care respectă aceeași regulă de lipsă a substratului lezional și de rezistență la terapie.

Decompensările depresive pot depăși intensitatea nevrotică, asociindu-se cu modificări ale stării de conștiință, stări crepusculare, stări secundare, somnambulism etc.

Mulți autori consideră că cea mai frecventă complicație în care se asociază dizarmonia isterică este cea a tulburărilor de dinamică sexuală. Abordarea terapeutică este făcută mai ales de pe poziții psihoterapice persuasive și de sugestibilitate, asociată, acolo unde este posibil, cu rezolvarea conflictualității declanșatorii.

PERSONALITATEA STRUCTURATĂ DIZARMONIC DE TIP ASTENIC. Dezvoltare dizarmonică a personalității, caracterizată prin prezența unei astenii cronice, atît pe plan fizic, cît și psihic, astenie însoțită însă de o stare de excitabilitate crescută și numită din această cauză „slăbiciune iritabilă”.

Elementele definitorii ale acestui tip de dizarmonie a personalității sînt: astenie cronică, vulnerabilitate psihologică, randament nesatisfăcător, suport timic deficitar, pierderea ingenuității față de propriul corp.

Astenia cronică, element caracteristic al acestei dizarmonii, este prezentă din perioada copilăriei și se manifestă prin timiditate și fatigabilitate, ambele trăsături avîndu-și expresia în relația copilului cu mediul. Autocaracterizîndu-se ca lipsiți de îndemînare, dominați de slăbiciune, copiii nu iau parte la jocuri zgomotoase, violente; în mediul școlar, se manifestă o marcată reducere a capacității mnezo-prosexice, ceea ce determină apariția oboselii la eforturi de scurtă durată. Toate aceste elemente creează copilului o stare de labilitate emoțională, însoțită de iritabilitate, susceptibilitate față de cei din jur, dar, în același timp, starea de slăbiciune este constant exploatată de către copil în favoarea sa. Se creează astfel un cerc vicios, în care rolul mediului familial ocupă un loc deosebit de important, acest mediu acționînd, de regulă, hiperprotector, hiperanxios, încurajator față de starea de slăbiciune a copilului, acesta folosind o astfel de atitudine într-o formă inițială a ceea ce va deveni ulterior „beneficiu

secundar". Astenia se „cronicizează”, evoluează cu vârsta, astfel încît, la maturitate, ea este evidentă atît în plan fizico-somatic, cît și în planul activității psihice.



Contextul fizico-somatic este dominat de o stare de epuizare marcată, apărută după eforturi minime. Oboseala rapidă este însoțită uneori de inhibiție motorie, alături de mișcări stîngace obtuze, fără precizie, pe un fond general de relaxare, de reducere a tonusului muscular, a forței musculare. Manifestîndu-se ca răsunset al asteniei psihice, apare o reducere a inițiativei și deci a mișcărilor spontane, rapiditatea și eficiența răspunsului motor fiind considerabil diminuate. Toate aceste elemente caracteristice ale asteniei fizice sînt accentuate de o altă trăsătură a psihopatului astenic: el nu-și reface, după repaus, starea fizică deficitară, care devine permanentă, ajungîndu-se uneori la „faliment” somatic.

Pe plan psihic, astenia se manifestă, în primul rînd, în sfera mnezo-prosexică. Capacitatea de concentrare a atenției este considerabil diminuată, alături de capacitatea de mobilizare în vederea efectuării unui efort mental minim. Apar frecvent tulburări de memorie. Imposibilitatea de orientare psihofizică a astenicului spre un scop final bine definit este accentuată de lipsa de inițiativă, latența mare în efectuarea unor acte noi. Deciziile sînt luate cu mare dificultate; ele presupun, de altfel, trecerea la acțiune, în timp ce lozinka psihopatului astenic este „nu pot” (KAHN).

Confirmînd opinia lui SCHNEIDER — „astenicii sînt oameni care, din motive caracteriale, ajung repede în impas din cauza celui mai mic efort” —, astenicul se teme de orice inițiativă privind activitatea fizică sau psihică. Insomnia însoțește frecvent manifestările asteniei psihice, pe care o accentuează, implicînd-o într-un cerc vicios, cu consecințe lesne previzibile.

Interrelația dintre manifestările fizice și psihice ale asteniei explică manifestările somatiforme ale acesteia. Astfel, astenicul prezintă frecvent cefalee, tulburări cardio-circulatorii, la femei — frecvente tulburări de ciclu. Însăși imaginea caracteristică astenicului pare a fi deficiară somatic, cu un aspect infantil, lipsă de „turgor” (MAYER-GROSS), extremități reci, cianotice, visceroptoză detectabilă, precum și o labilitate neurovegetativă vizibilă prin modificări vasomotorii. De altfel, SCHNEIDER prezintă „somatopatul” ca fiind un astenic corporal ce nu prezintă tulburări în sfera psihică. Acest tip somatic, conform opiniei autorului, poate reacționa prin manifestări astenice (hipocondrie, anxietate, depresie) sau poate deveni o personalitate structurată dizarmonic de tip astenic.

Un alt element caracteristic al psihopatiei astenice este vulnerabilitatea psihologică. Ea apare ca o consecință firească a asteniei psihofizice și deci a imposibilității de a face față eforturilor de orice natură. Multiplele eșecuri, pe care astenicul le suferă, antrenează starea de „slăbiciune iritativă”, bazată pe o excitabilitate crescută a subiectului față de orice stimul din mediu, stimul care devine astfel supraliminar. În consecință, apare o hiperestezie atît în planul percepției senzoriale — subiectul nu tolerează zgomote puternice, căldura, frigul, pragul sensibilității dureroase este foarte scăzut —, cît și în plan psihic, astenicii fiind inhibați, blocați de duritate, cruzime, brutalități și chiar de orice eveniment care le produce o stare emotivă intensă. Această sensibilitate exagerată este evidentă din perioada copilăriei, cînd astenicii dau dovadă de o deosebită impresionabilitate, labilitate emoțională, ceea ce determină pe plan comportamental manifestări de instabilitate: timiditate, nehotărîre, îmbinate cu o stare de iritabilitate, de deznădejde în fața dificultăților vieții.

Lipsa de voință, imposibilitatea luării deciziilor optime într-o situație dată determină „falimentul” fizic și moral în fața solicitărilor uzuale, deși orgoliul exagerat îl împinge pe astenic la planuri mărețe, la inițierea unor acțiuni care-i depășesc posibilitățile. Încercînd să-și compenseze deficitul temperamental, astenicul se apucă de multe lucruri pe care, evident, nu le poate duce la bun sfîrșit. Anxietatea accentuată care însoțește acțiunile și inevitabilul „nu pot” determină însă

șeșecul lamentabil al oricărei inițiative, ceea ce creează iarăși un cerc vicios, producând deznădejde, prăbușire totală în fata impasurilor. Soluția apare firesc: astenicul se refugiază în boală, ceea ce explică frecvența decompensărilor nevrotice.

Starea de „slăbiciune” se manifestă și în sfera instinctuală, infantilismul fizic și, deseori, psihic, incapacitatea de a se bucura, de a resimți plăcerea determinând o stare de nesigurantă perpetuă ce afectează viața sexuală. Performanțele reduse accentuează teama, căsătoriile sînt ratate, vulnerabilitatea psihică se accentuează și astenicul nu-și mai poate depăși condiția, apărînd note abulice în comportamentul său. Deficitul instinctual accentuează posibilitatea apariției decompensărilor, care pot atinge chiar intensitatea psihotici. Starea de „neputință” caracteristică astenicului creează condiții „optime” pentru un randament nesatisfăcător pe toate planurile, ceea ce întretine cercul vicios în care psihopatul se pierde. Această neputință însă nu are un caracter liniar, permanent, deoarece astenicul se solicită la maximum, face frecvent eforturi deosebite și are perioade de randament mai mult decît satisfăcător, ceea ce creează premisa unor performanțe valoroase. Pe acest fond însă, posibilele oscilații negative și suprasolicitarea accentuează astenia atît pe plan fizic, cît mai ales pe plan psihic. Apare astfel sentimentul acut de ineficiență, care cere, pentru a fi compensat, gratificații permanente. Această necesitate însă nu este niciodată satisfăcută, ceea ce determină apariția complexului de inferioritate, accentuat de randamentul scăzut în plan instinctual.

Tot acest complex de factori determinanți și favorizanți face ca orice „sarcină” pe care viața o pune în fața astenicului să fie percepută ca o povară, pentru îndepărtarea căreia i se cere un preț mult prea mare, eforturi de care el nu este capabil; „sarcina” va fi astfel rareori dusă la bun sfîrșit, ceea ce accentuează complexul de inferioritate și amplifică cercul vicios.

Spunul timic deficitar este global, aspectul clinic fiind asemănător depresivului. El este susținut și confirmat de o mimică puțin mobilă, aproape inexpressivă, expresia verbală este monotonă, iar starea afectivă de fond are note dominante negative. De altfel, numai aspectul exterior este de timic depresivă, neputîndu-se vorbi de o anumită dispoziție, deoarece stările emoționale au o intensitate foarte redusă și o lăbilitate deosebită, iar trăirile și sentimentele sînt neautentice, fără pecetea vitalității, ceea ce afectează considerabil relațiile astenicului cu cei din jur. Ca mod de reactivitate, astenicul are elemente comune cu psihastenicul, dar și cu instabilul emotiv.

Lăbilitatea emoțională caracteristică astenicului însoțește toate situațiile „grele” cărora acesta

trebuie să le facă față, momentul în care solicitarea atinge „paroxismul” subiectiv fiind marcat de apariția depresiei. Aceste elemente fac că astenicul să fie la fel de incapabil ca și psihastenicul să se adapteze exigențelor impuse de viață și de relațiile cu cei din jur.

Aspectul clinic suferă însă diverse metamorfoze, corelate cu nivelul intelectual al subiectului și cu dominantă tulburărilor în plan fizic sau psihic. Astfel, imaginea pe care astenicul o oferă poate fi depresivă, anxioasă, neurastenică, funcțională sau hipocondriacă, frecvent însă apărînd tulburări nespecifice de tip abulic. Încercarea de a depăși impactul suportului timic deficitar este orientată frecvent spre abuzul de droguri, care dau senzația îndepărtării sensibilității exacerbate, a nesigurantei, a anxietății mereu prezente. „Degringolada” afectivă a astenicului este accentuată de mila față de propria-i persoană neputincioasă, supusă însă atîtor „grele încercări”, de necesitatea acută de a provoca și savura mila altora.

Introspecția patologică (PETRILOWITSCH) sau pierderea ingenuității față de propriul corp este o altă trăsătură caracteristică a personalității dizarmonice de tip astenic. Ea izvorăște din sentimentul penibil de neputință, manifestat atît pe plan psihic, cît și fizic, dar și din imposibilitatea de a corela în mod simplu și firesc cele două activități. SCHNEIDER sugerează necesitatea unui „turgor” psihic, obligatoriu pentru ca organismul să funcționeze susținut. Lipsa controlului conștiinței permite o desfășurare firească a cotidianului psihofizic, fond pe care micile acuze subiective sau stări deficitare somatice devin pasagere, nu sînt observate sau observarea lor nu este adusă în prim-planul preocupărilor subiectului.

La psihastenici însă, toată atenția este concentrată asupra corpului, asupra mecanismelor sale de funcționare, subiectul controlînd și examinînd, reținînd și fixînd prin introspecție micile dureri cotidiene sau stările de disconfort somatic, în mod normal neobservate. Observația în sine este un factor perturbator, procesele fiziologice ale organismului prezentînd o bună desfășurare numai în afara controlului conștiinței (K. SCHNEIDER). Se observă că și acest element definitoriu al psihopatiei astenice — pierderea ingenuității față de propriul corp — „beneficiază” de un cerc vicios: plasarea tulburărilor somatice în prim-planul conștiinței creează frica de boală, produce anxietate, dar aceasta la rîndul ei accentuează tulburările somatice. Cercul vicios se amplifică prin observarea și controlul exercitate și asupra funcțiilor psihice, fenomenul fiind cu atît mai greu reversibil, cu cît observația și controlul sînt mai profunde. Psihopatul astenic își creează astfel o lume proprie, dominată de straniu, de ireal, restul lumii apărîndu-i distanțat, estompat, străin. SCHNEIDER descrie astfel această stare: „orice

sentiment pare neautentic, orice relație—rece și lipsită de vitalitate. Toate aceste fenomene țin de pierderea ingenuității față de propria existență”.

Toate elementele definitorii ale psihopatiei astenice contribuie la particularizarea relațiilor subiectului cu lumea înconjurătoare. Neparticiparea afectivă creează premise pentru evoluția și dezvoltarea unui anume tip de structură intelectuală, înclinată spre speculații abstracte, de regulă sterile, fără o fundamentare concretă. Imposibilitatea de a realiza concret fundamentele etice ale existenței fac din astenic un partener dificil, pe care nu se poate pune o bază, el însuși pierzându-se, capotînd în fața evenimentelor deosebite. Deși aparent se supune necondiționat doleanțelor impuse de mediu, de viața socială, faptul că este puțin combativ, că se lamentează permanent și evită sau oscilează mult înaintea angajării în efort, determină izolarea astenicului, factor care însă contribuie la consolidarea cercului vicios în care subiectul își duce existența. Perpetua criză dureroasă în care se zbate psihopatul astenic—fără a-și afla alinare prin coînă sau alte mecanisme compensatoare—duce la epuizare nervoasă, la scăderea progresivă a randamentului, și așa nesatisfăcătoare, și la amplificarea vulnerabilității psihologice. Toate aceste elemente îi afectează funcționalitatea socială.

Diagnosticul pozitiv presupune prezența elementelor definitorii ale dizarmoniei în procesul de formare a personalității:

- incapacitatea de integrare armonică în mediul social;
- control incomplet al sferelor afectiv-volitive și instinctuale;
- nerecunoașterea defectului structural de către subiect, cu particularități pentru fiecare tip de dezvoltare dizarmonică a personalității.

Toate aceste elemente definitorii respectă principiile caracteristice dizarmoniilor: principiul totalității, al constanței și al dinamicii.

Prezența elementelor de diagnostic pozitiv poate fi apreciată în momentul în care se presupune încheierea procesului de formare a personalității, deci, după 18 ani, și în condițiile în care nu se asociază alte afecțiuni psihice sau somatice, care pot interfera trăsături ale sistemului personalității.

Diagnosticul diferențial al psihopatiei astenice se poate face cu un număr mare de afecțiuni psihice. Astfel, prin comparație cu schizoidul autist, astenicul prezintă și el, în contextul notei astenice, fenomene de insuficiență pulsională, de răceală afectivă și o capacitate redusă de contact interuman, dar toate aceste elemente—la autist—sînt supuse elaborării interne. Isteria prezintă

ca notă dominantă nevoia acută de spectacol și spectatori, asociată nevoii de gratificație, prezentă și la astenic. La psihastenic, cauza neputinței este depersonalizarea, derealizarea. Depresivii au ca element caracteristic apariția tulburării afective din străfundurile psihicului, fără a prezenta o înălțuire comportamentală comprehensibilă. Neurastenia, deseori dificil de diferențiat ca aspect clinic de psihopatia astenică, prezintă elemente caracteristice de anamneză. Se pot preciza astfel prezența elementului psihotraumatizant, scizivitatea fermă dintre etapa premorbidă și momentul apariției simptomatologiei astenice. Debutul schizofreniei simple prezintă frecvent simptomatologie clinică de tip astenic; dar, în același timp, sînt prezente elementele disociative, defectualitatea. Stările psihopatoide au, de asemenea, elemente precise de diagnostic: etiologie precisă, momentul în care a acționat factorul etiologic, evoluția subiectului înainte și după acțiunea acestui factor.

Evoluția psihopatului astenic este variabilă, fiind influențată de elemente constituționale, de particularitățile psihosomatice ale subiectului. Un rol hotărîtor îl au însă elementele externe, biosociale. În acest context, factorii fiziologici țin de vîrstă și de perioadele critice ale existenței (pubertate, climacteriu), care vor acționa în sensul unui teren favorabil pentru decompensări nevrotice. În același sens acționează—mult mai intens—elemente patologice ca: afecțiuni somatice, în care un rol deosebit îl au bolile consumptive, alcoolismul, abuzul de droguri. Cunoașterea și prevenirea acțiunii acestor factori reprezintă un element important pentru evitarea decompensărilor nevrotice, care grevează considerabil viața și integrarea socială a psihopatului astenic.

Tratamentul psihopatiei astenice, la fel ca terapia oricărei dezvoltări dizarmonice a personalității, implică în mod cert elementul profilactic, reprezentat de igiena mintală și, mai ales, factorul pedagogic, reprezentat de componenta educațională familială, școlară. Sfatul genetic poate acționa, de asemenea, ca element profilactic. Tratamentul curativ se adresează simptomatologiei caracteristice decompensărilor. Cel mai frecvent este utilizată chimioterapia specifică simptomelor țintă, psihoterapia neavînd rezultate semnificative în acest context. Un rol important l-ar avea înlăturarea elementelor iritative somatice, care accentuează simptomatologia nevrotică a decompensărilor prin însăși prezența lor. Este, de asemenea, recomandabilă mobilizarea astenicului, în mod special a celor care au o activitate, un țel bine definit, și în orice caz nu este indicată încurajarea inactivității, mai ales în cazul prezentei elementelor abulice în comportamentul astenic.

PERSONALITATEA STRUCTURATĂ DIZARMONIC DE TIP ANTISOCIAL. Caracterizată esențialmente prin constanța imposibilității de

adaptare la normele socio-morale ale colectivității în care-și duce existența, aflată în permanent conflict direct cu ea, personalitatea dizarmonică de tip antisocial prezintă elemente de comportament cu următoarele particularități definitorii :

- lipsa de adaptare cronică la normele socio-morale ;
- incapacitatea de menținere a relațiilor sociale ;
- afectivitate primitivă, dominată de tulburări instinctuale.



Categorie eterogenă, personalitatea structurată dizarmonic de tip antisocial cuprinde trei tipuri de indivizi psihopați, care au însă ca numitor comun elementele definitorii enumerate. Aceste subtipuri prezintă însă și particularități, ceea ce impune o descriere amănunțită a lor.

Lipsa cronică de adaptare la normele socio-morale este trăsătura cu cea mai mare specificitate pentru acest tip de personalitate. Descrisă încă de la începuturile psihiatriei, era încadrată în primele definiri ale tipului „moral-insanity”. ulterior, încercări de stabilire a etiopatogeniei postulând „incapacitatea intelectuală de a forma concepte morale” (WESTPHAL, citat de PETRILO-WITSCH). Incapabili de a se adapta oricăror reguli impuse, acești indivizi suportă greu sau nu suportă deloc nici un fel de autoritate, aflându-se într-o permanentă contradicție cu normele sociale, cu ceilalți membri ai societății ; violând frecvent și fără scrupule drepturile celor din jur, antisocialii

se instalează pe un plan totalmente și permanent opus macro- și microgrupului social din care fac parte. Ei nu se pot identifica sub nici o formă cu un statut social curent, nu înțeleg și deci nu pot fi de acord cu rolul pe care un individ trebuie să-l aibă în societate. Această trăsătură își are izvorul cel mai probabil într-un model familial, familia având în acest sens rolul dominant în complexul etiologic al acestei dizarmonii. Copilăria și adolescența sînt marcate de instabilitate motorie, incapacitate de concentrare, tulburări hipnice, manifestări de cruzime corespunzătoare vârstei, fuga de acasă și de la școală, experiențe premature cu alcool, droguri, activități sexuale.

Incapacitatea de menținere a relațiilor sociale se manifestă pe toate planurile și este evidentă din primele perioade ale existenței. Fiecare grup social pare, și frecvent chiar este, ostil antisocialului. Începînd cu mediul familial — inițial protector, apoi încadrîndu-se și el în ostilitatea generală —, ulterior școala, eventualele locuri de muncă sînt medii prin care antisocialul trece fără a se adapta vreunui. Această trecere este marcată de conflicte de o intensitate variabilă în funcție de comportamentul psihopat. Se succede cu repeziune faze de apatie și surescitare, indisciplină, „crize de nervi”, fugi repetate. Minciuna, scandalurile, conflictele și absențele repetate, respingerea permanentă a autorității încep din copilărie și persistă la adolescență, cînd tulburările se accentuează. Toate elementele de mai sus antrenează eșecuri repetate în perioada de studiu, eșecuri agravate de deficitul mnezo-prosexic, ceea ce poate duce în final la întreruperea activității. Sînt frecventate cu asiduitate grupurile „marginale”, delincvenții, care reprezintă și un model comportamental pentru antisociali. Apar astfel primele delictе : furturi diverse, agresiuni, însoțite de absențe, fugi, nomadism, excese etilice și consum de droguri, prostituție. În perioadele depresive se semnalează tentative suicidare. Disciplina și rigorile serviciului militar sînt greu sau deloc suportate. Se semnalează frecvent demisionarismul și mai ales dezertarea. La adult, instabilitatea persistă și chiar se accentuează, determinînd compromiterea definitivă a inserției socio-profesionale. Relațiile interpersonale nu pot fi prelungite, nu au trăinicie, fiind lipsite de o bază afectivă, de trăsăturile afective pozitive care să le confere stabilitate. Imposibilitatea antisocialului de a se fixa la un anume loc de muncă antrenează o existență bazată pe expediente și combinații și, deseori, conflictul cu legea. Antisocialul recurge frecvent la delincvență ca mijloc de trai, exceptînd cazurile în care duce o existență parazitară, exploatînd un partener sau o familie tolerantă.

Afectivitatea acestor subiecți se află într-o etapă primitivă. Reacțiile lor sînt explozii brutale,

determinate de nemulțumirea perpetuă. Aspectul exploziilor este disforic. Modelul structural acceptabil al afectivității este considerabil modificat de tulburările pe plan instinctual, în mod special de cele din sfera sexuală. Dorința nu are sublimare, nu poate fi stăpînită sau aminată. Ea se traduce aproape instantaneu în act, fără aprecierea consecințelor; chiar existența evidentă a consecinței nefavorabile nu produce remușcări, suportul motivațional fiind uneori minor față de consecința pe care actul o produce. La subiectul adult, această afectivitate primară antrenează dificultăți deosebite pe plan profesional și al funcțiilor familiale (soț sau părinte), dificultăți favorizate de egocentrism: divorț, abandonul familiei, legături efemere etc. Subiectul nu se leagă afectiv de nimic, fuge din fața obstacolelor și de responsabilități; dorința de aventură este puternică.

Se poate deduce din această descriere succintă a elementelor definitorii ale personalității antisociale importanța pe care o prezintă pentru terapeuții istoricul apariției lor. De regulă, antisocialii sînt aduși în fața medicului contra voinței lor, fie de către familie, fie de alți membri ai grupului social în care trăiesc la un moment dat. În momentul examinării lor, sînt caracteristice starea psihică aparent normală, fără tulburări în sfera afectivă sau ideativă, nonșalanța, tendința de minimalizare a consecințelor comportamentului lor antisocial. Disforia este prezentă și accentuată de imposibilitatea de a acționa prin descărcarea tensiunii interne („acting out”). În același context, riscul suicidar este crescut, apar frecvent acuze somatiforme, se dezvoltă stări depresive și hipochondriace.

Comportamentul deviant sau eruptiv-social de tip „acting out”, determinat de impulsivitate, însoțește frecvent instabilitatea. Intolerant la frustrare, antisocialul reacționează brutal, fără nici un element de control, manifestările fiind complet disproporționate în raport cu situația conflictuală care le-a produs sau cu situația trăită ca fiind restrictivă. Apar frecvent, în acest context, crize de agitație elastică, fugi, delictive, tentative suicidare. Nu sînt prezente nici elaborarea psihică a conflictului, nici anticiparea consecințelor posibile, în locul sentimentului de jenă, al remușcărilor, este invocată neșansa, apare poza de victimă a unei societăți răuvoitoare, a anturajului care se opune realizării imediate a dorințelor subiectului.

Sînt, de asemenea, caracteristice imposibilitatea realizării unor planuri de viitor, dar și incapacitatea de a învăța ceva din lecția trecutului, de a încerca evitarea eșecurilor. Este chiar remarcabilă stereotipia recidivelor, tipică chiar în cazul unor antisociali a căror inteligență depășește nivelul mediu.

În afara insensibilității tipice, afectivitatea antisocialului este dominată de un „rău interior profund” (LEMPERIERE, FÉLINE), a cărui expresie exterioară este reprezentată de perpetue tendințe de schimbare de mediu, de ocupații. „Plictiseala” profundă a subiectului tinde să fie „înlăturată” prin evaziunea în alcoolism, droguri sau jocuri cu riscul, antisocialul implicîndu-se frecvent în situații periculoase, jocuri de noroc, activități ilegale. Disponibilitatea afectivă redusă față de cei din jur, loialitatea mult diminuată față de grupul social sau față de codul moral după care se conduce acel grup sînt cauzele comportamentului manipulativ, care implică folosirea semenilor pentru atingerea propriilor scopuri, fără ca individul să fie interesat sau afectat de consecințele pe care acest fapt le-ar avea asupra celorlalți.

Impulsivitatea, viața instinctuală dominată de impulsuri primare, motivate strict de existența plăcerii — rareori resimțită, de altfel —, judecata săracă fac ca antisocialul să nu poată stabili, dezvolta sau păstra o relație și, în același timp, să manifeste o toleranță foarte scăzută la frustrare. Se asociază susceptibilitatea marcată, premisă pentru conflictele frecvente și violente în care subiectul este implicat.

La sexul feminin se adaugă frecvent, manifestărilor antisociale, trăsăturile isterice. Se pot constata crize nevrotice, sugestibilitate marcată, fenomene converșive, la toate aceste elemente asociindu-se prezența evidentă a beneficiului ascundat.

Lipsa implicării în realitatea obiectivă, refugiu în subiectivitate, cu toate caracteristicile ei, determină apariția iluziilor deșarte, cu care antisocialul se autoamăgește, așa cum îi amăgește și pe ceilalți. Mitomania, perversiunile sexuale confirmă „mixtura” psihică perpetuă între real și ireal, dar în același timp, satisfac plăcerea scandalului pe care psihopatul antisocial o resimte constant. Pe fondul manifestărilor antisociale, psihopatul poate dezvolta — cauzele datorîndu-se în mod evident trăsăturilor de personalitate — simptomatologie nevrotică sau chiar psihotică. Se semnalează tulburări hipnice, anxietate, iritabilitate, fobii, fenomene de nevroză motorie, tulburări somatiforme, stări depresive, manifestări converșive. Manifestările psihotice pot avea, de asemenea, o frecvență crescută; acestea grefîndu-se pe fondul psihopat premorbid, pun problema simptomatologiei încadrabile în urgențe psihiatrice.

Afecțiunile și tulburările psihice secundare — alcoolismul, consumul de droguri, modificarea și alterarea comportamentului instinctual — pot determina amplificarea, complicarea atributelor de bază ale antisocialului. Acestea însă, la rîndul lor, trebuie considerate cu multă atenție, deoarece se

pot semnala momente în care antisocialul are un comportament normal: spune adevărul, face sacrificii personale, emite judecăți corecte, este loial grupului social. Aceste momente sînt însă pasagere, subiectul nereușind să mențină acest comportament o perioadă mai lungă de timp, element caracteristic acestui tip de personalitate. Rareori, indivizii cu trăsături antisociale duc o viață care, privită superficial, pare normală, ei neîntrînd în conflict cu normele etico-morale ale grupului.

Complicațiile frecvente care apar pe fondul trăsăturilor personalităților antisociale se pot clasifica astfel (T. LEMPERIERE, A. FÉLINE):

- crizele de agitație clasică, însoțite de auto-sau heteroagresivitate, declanșate fie de stimuli minori, fie pur și simplu de sentimentul de frustrare, pot induce reacții în lanț, frecvent înfrînute în colectivitățile de psihopați; aceste crize au drept elemente definitorii aspectul brutal, exploziv, hiperexpresiv și implicarea, de asemenea brutală, a anturajului;
- depresia este frecventă, determinată fiind fie de sentimentul de inutilitate specific psihopaților, fie apărînd ca reacție la un eșec moral sau material; caracteristica acestui tip de depresie este lipsa culpabilității și chiar existența unei stări revendicative și a resentimentelor; aceste stări sînt accesibile chimioterapiei antidepressive;
- tentativele de suicidare au frecvență relativ mare și motivații multiple, suprapuse în mare măsură peste particularitățile trăsăturii de personalitate; aspectul tentativei este dominat, de asemenea, de fondul psihopat: este brutal, frecvent favorizat de impregnarea alcoolică; deseori se fac tentative repetate, care presupun obținerea beneficiului secundar, dar, destul de frecvent, aceste tentative reușesc să încheie existența psihopatului;
- alcoolismul și toxicomaniile se grefează, la antisociale, pe un teren deosebit de favorabil; la rîndul lor, poartă amprenta personalității, apărînd fenomene de beție patologică, de o pericolozitate deosebită; toxicomania satisface nevoia de risc, de periculos, și se asociază cu automedicație abuzivă;
- situațiile traumatizante pot fi urmate de bufeuri delirante, polimorfe ca tematică, de durată scurtă, dar cu o încărcare afectivă deosebit de puternică.

Delincvența este manifestă sau potențială și este condiționată de trăsăturile de personalitate care facilitează și/sau antrenează conduite antisociale. Deși delicturile pot fi minore, marca de antisocial derivă din recidivele frecvente. Infrațiunile cel mai des înfrînute sînt furturile, abuzul de încredere, vagabondajul. Problema delincvenței impune aprecierea responsabilității penale a subiectului,

aspect dintre cele mai deosebite în cadrul expertizei psihiatrice.

Problemele de etiopatogenie ale dezvoltării dizarmonice de tip antisocial implică, în primul rînd, rolul familiei. De cele mai multe ori, acești psihopați provin din medii în care instabilitatea și carențele educative sînt evidente, deși se întîlnesc cazuri în care subiectul aparține unei familii în aparență stabilă, cu o viață armonioasă. Și totuși, procesul de socializare a individului, care presupune o evoluție stabilă și o armonie structurală, în condițiile unui mediu optim, ridică și problema predispoziției genetice pentru apariția psihopatiei; acest aspect este susținut de apariția frecventă a impulsivității și a explozivității, asociate comportamentului antisocial la subiecți prezentînd modificări ale cariotipului. Alături de aceste ipoteze etiopatogenice apare imaturitatea structurilor biologice, ca factor favorizant al dezvoltării dizarmonice a personalității, element confirmat de modificări EEG, constatate la numeroși psihopați antisociale. Au fost, de asemenea, constatate corelații semnificative între manifestările sociopatice și potențialele corticale evocate, cu o creștere a tendinței de amplificare a stimulilor de intensitate mare și creșteri importante ale pragului de sensibilitate la stimulii uzuali (durere, atingere), asociate unei tendințe constante spre erori repetate la teste situaționale. Toate aceste elemente reprezintă o evaluare relativ obiectivă a impulsivității sociopaților.

Ipoteze biochimice încearcă să coreleze deficiențele în funcționalitatea sistemelor catecolaminergice cu comportamentul antisocial, ipoteze neconfirmate însă prin studii aprofundate.

Diagnosticul pozitiv al psihopatiei antisociale nu ridică probleme deosebite la subiectul adult, la care biografia este grăitoare. Elemente în plus pentru diagnostic necesită comportamentul antisocial al adolescentului, la care impulsivitatea și manifestările protestatare pot constitui caracteristici ale „crizei juvenile”. În același context adolescentin se ridică problema diagnosticului diferențial cu debutul unor forme pseudopsihopatice de schizofrenie. Deși sînt prezente și în acest caz înadaptația și impulsivitatea, ele sînt asociate contactului lipsit de afectivitate și bizareriilor comportamentale, elemente în care poate apărea potențialul agresogen.

Toate elementele definitorii ale dizarmoniei antisociale grevează considerabil funcționalitatea socială și socio-profesională a bolnavului. Evoluția sa este dependentă de amplitudinea dezechilibrului psihic, de circumstanțele externe, în cadrul cărora un loc deosebit îl are atitudinea societății față de subiect. Complicațiile posibile ale dizarmoniei sînt, la rîndul lor, dependente de trăsăturile acesteia. Astfel, se remarcă frecvența mare a perioadelor în care subiectul este instituționalizat, fie în context medical, fie judiciar, viața

antisonorului desfășurându-se între aceste două sectoare. Nivelul intelectual mediocru, tendințele perverse reactivitatea explozivă sînt elementele care înrăutățesc prognosticul. Pasivitatea este, la rîndul ei, o condiție favorizantă pentru parazitism. Mortalitatea crescută se poate explica prin accidentele frecvente, prin repetatele tentative de suicid sau complicațiile datorate alcoolismului sau altor toxicomanii.

Elementele caracteristice psihopatiei antisociale descrise anterior sînt prezente la toți subiecții dizarmonici de acest tip, dar eterogenitatea categoriei „antisociali” permite clasificarea acestora în trei subgrupe:

- *Antisocialul propriu-zis* prezintă, în mod dominant, elementele definitorii ale dizarmoniei și un comportament infraccional constant, prin care se află în perpetuă tensiune negativă în raport cu grupul social, relațiile fiind de continuă respingere reciprocă. DSM III enumeră criteriile de diagnostic pentru această categorie de subiecți.

- *Personalitatea impulsivă* se caracterizează prin prezența unor acțiuni și tendințe impulsive de intensitate patologică (GUREVICI). Ele apar în conștiința bolnavului cu o forță elementară atît de intensă, încît practic acesta nu se poate stăpîni să le transforme în acțiune. Tensiunea intrapsihică se descarcă prin modificări pulsionale particulare, spre deosebire de exploziv, la care manifestările comportamentale sînt determinate de scăderea pragului de excitabilitate sau, de instabilde modificările tranzitorii și pasagere ale afectivității. Dar modificările pulsionale determină, de asemenea, tulburări grave de comportament, care condiționează aspectul antisocial, cu atît mai mult cu cît mecanismele psihice ale deliberării suferă un proces de scurtcircuitare, deși starea de luciditate a conștiinței rămîne nemodificată. Modificarea pulsională particulară este resimțită de subiect ca o necesitate acută de satisfacere a unei dorințe, act care „trebuie” realizat, neputînd fi sub nici o formă împiedicat. În cazul în care manifestarea clinică a impulsurilor patologice este însoțită de tulburări de conștiință de tip crepuscular, urmate de regulă de amnezia episodului, ele trebuie net diferențiate de impulsunile psihopatie, în care starea de luciditate este păstrată și subiectul are capacitatea de evocare a evenimentelor. În cadrul impulsunilor psihopatie se pot enumera:

- *pyromania* — impulsivitatea de incendiere, mai frecvent descrisă la femei, și anume în perioadele de criză biologică, în mod special la pubertate;

- *cleptomania* — impulsivitatea de a-și însuși lucruri străine, fără utilitate expresă pentru subiectul în cauză; fenomenul este, de asemenea, descris cu frecvență mai mare la femei și copii și se manifestă episodic prin sustrageri de obiecte, în mod special din

marile magazine, unde ele se află expuse și stimulează apariția impulsului patologic. Caracteristică pentru cleptoman este lipsa de utilitate a obiectului sustras. Aceste obiecte nu sînt valorificate ci, dimpotrivă, sînt fie ascunse, fie depozitate, pentru ca ulterior să fie chiar restituite aparținătorilor. Este de remarcat abilitatea deosebită cu care se realizează restituirea, fără ca păgubașii să ia contact direct cu cleptomantul;

- *mitomania* — impulsul patologic pe care subiectul îl resimte pentru denaturarea realității. Aceasta este prezentă într-o formă ce poate merge de la exagerarea simplă pînă la relatarea unor fapte cu totul neverosimile. Relatările au caracteristic aspectul pueril, dar prezentarea este realizată cu atîtă imaginație, trăită de subiect atît de dominant, încît povestirea este plină de vitalitate, cu aspect de reactualizare a unei experiențe reale. Discursul este proferat cu proiecții eidetice, imagini, scene, descrise cu lux de amănunte. Mitomanul este dominat de „firul minciunii”, deși acesta este proiectat mai mult în ireal, în imaginar, ceea ce-l deosebește de isteric, care minte „dramatic”, teatral, plecînd de la evenimentele și personajele prezente în mod real în existența lui. Mitomanul nu poate rezista impulsunii patologice, este dominat de ea, iar această impulsivitate nu aduce subiectului beneficii semnificative, ceea ce permite un alt diagnostic diferențial cu minciunșii autentici. Aceștia denaturează realitatea într-un mod mult mai puțin pueril, mult mai plauzibil, inducerea în eroare a partenerului fiind făcută pentru a convinge, pentru a obține atingerea scopului propus în mod conștient, deliberat;

- *dromomania, poriomania sau vagabondajul* — impulsivitate patologică, imposibil de stăpînit, de schimbare a locului; se manifestă periodic, prin abandonarea domiciliului, familiei, locului de muncă. În toate aceste situații este caracteristică lipsa motivației evidente, alături de imposibilitatea aprecierii consecințelor actului impulsiv, a aprecierii condițiilor în care el ar putea avea loc (condiții materiale de deplasare, existența unui țel precis al deplasării etc.). Durata vagabondajului este variabilă, iar condițiile în care el se realizează creează o stare de mizerie morală și fizică, stare în care subiectul se întoarce la locul părăsit. Acest tip de impulsivitate patologică este descris mai ales la bărbați, factorul vîrstă neavînd o influență considerabilă. Etiologia multiplă a vagabondajului permite diagnostice diferențiale, în special la copii, la care pot apărea

peregrinări cu caracter reactiv, fugi determinate de contexte conflictuale, în care motivația este o reacție de protest sau de apărare perfect inteligibilă;

- *dipsonania* — tendință impulsivă spre consumul periodic exagerat de băuturi alcoolice, de regulă combinată cu alcoolismul cronic. Oricum, alcoolismul reprezintă complicația cu frecvența cea mai mare de apariție în contextul personalității antisociale.

● *Perversul sexual* este considerat de unii autori o subcategorie a dizarmoniei antisociale, manifestată clinic prin modificări ale conduitei generale, care scot în evidență anomalia caracteriale profunde, ce nu se limitează la tulburarea comportamentului sexual. Suportul dinamoengetic al anomaliilor pare a fi identic cu cel al impulsivului, iar consecințele actelor determină starea de conflict perpetuu cu normele etico-morale acceptate de societate în privința sexualității. Anomalia mai are specific caracterul permanent (nefiind nici



tranzitorie, nici accidentală) și pare a fi determinată de fobia de spațiul social și de incapacitatea de a stabili contacte umane (PETRILOWITSCH). În mod cert, perversiunea sexuală trebuie însă deosebită de devierea sexuală tranzitorie sau accidentală, care apare în anumite perioade de criză, într-un anumit context psihosocial sau în contextul altor afecțiuni psihice (psihoze etc.). Este vorba, în aceste cazuri, de tulburări de dina-

mică sexuală, ce corespund fie unor deficiențe de maturare, fie au un caracter adaptativ, fie însoțesc alte afecțiuni psihice. Atunci însă când devierea sexuală constituie trăsătura definitorie a unei întregi existențe, ea devine perversiune, deci psihopatie.

Este de remarcat faptul că perversii sexuali acordă o importanță deosebită unor experiențe din copilărie, experiențe cu un răsunet emoțional deosebit asupra psihicului. Pe de altă parte, existența lor este punctată de numeroase episoade nevrotice, de o coloratură foarte variabilă (depressive, astenice, instabile etc.), în acest context, ipoteza freudiană privind apariția bolii fiind susceptibilă de corective multiple. Mult mai explicită apare însă teoria dificultății și a modalității patologice de a stabili relații interumane, teorie mai realistă, întemeiată pe trăsăturile psihopatologice comune ale perversilor sexuali (PREDESCU):

- precocitatea — apariția experiențelor, care orientează pervers activitatea sexuală, încă din copilăria individului;
- facilitatea condiționării — legată de un singur episod, acesta, izolat, putând decide turnura vieții sexuale a individului;
- asocierea altor anomaliilor caracteriale, orientate hiper- sau hipostenic (respectiv, hiperactivitate, hipererotism, tendințe paranoice sau insuficiențe în trăirile psihice, trăsături obsesionale, nesiguranță de sine, răceală afectivă);
- aspierea frecventă cu perversiunea — anomalie calitativă a sexualității — a anomaliilor cantitative (impotență, frigiditate).

Se pot enumera, ca fiind cele mai frecvente manifestări ale perversiunilor sexuale, următoarele:

- azofilia, în cazul căreia excitația sexuală se produce prin contemplarea obiectelor cu semnificație erotică; o formă particulară este pigmalionismul, în care satisfacția sexuală se realizează prin raporturi sexuale în fața sau cu statui și manechine;
- coprofilia, desemnând satisfacția pe care subiectul o resimte voluptuos într-o ambianță impregnată cu materii fecale, excremente; uneori este însoțită de coprochezie, satisfacția erotică obținută prin ungerea corpului cu materii fecale;
- exhibiționismul, mai frecvent întâlnit la bărbați, presupune atingerea satisfacției sexuale prin expunerea a organelor genitale în prezența persoanelor de sex opus întâlnite întâmplător, fără existența dorinței contactului sexual propriu-zis; varianta în care subiectul obține satisfacția sexuală privind actul sexual sau o persoană nudă se numește voaierism;

- fetișismul presupune obținerea satisfacției sexuale în prezența obiectelor ce sugerează subiectului actul sexual, obiecte care, de regulă, înlocuiesc partenerul sexual; frecvent se semnalează asocierea unor manifestări de tip impulsiv cleptomantic, legate de aceste obiecte;
- gerontofilia presupune alegerea unui partener cu mult mai în vîrstă în raport cu subiectul; este, după unii autori, o formă specială de heterosexualitate, a cărei origine se află în copilăria subiectului, și afectează mai ales personalitățile imature, capabile de a stabili relații afectivo-erotice exclusiv cu persoane în vîrstă, identificate cu părinții. Opusul acestei perversiuni este pedofilia — raporturi sexuale preferențial sau exclusiv cu prepuberi, explicabile prin teama de sexualitate datorată imaturității imaginii sexuale;
- masochismul, mod particular de producere a excitației sexuale prin umilire, lovire sau orice altă modalitate de suferință; de regulă, se asociază cu sadismul — satisfacerea sexuală obținută prin producerea de suferințe fizice sau psihice partenerului; asocierea celor două perversiuni se poate produce în cadrul unui cuplu sau la același individ;
- homosexualitatea presupune trăirea sentimentelor erotice și obținerea satisfacției sexuale în exclusivitate cu parteneri de același sex; are frecvență mai mare la bărbați, varianta feminină fiind numită lesbianism, safism sau tribadism, în funcție de modul în care se obține satisfacția sexuală;
- transvestismul constă în purtarea îmbrăcăminții sexului opus, cu care subiectul ar vrea să se identifice;
- zoofilia, în cazul căreia instinctul sexual este satisfăcut preferențial sau exclusiv prin contact cu animale; apare cu frecvență mai mare la debilizii mentali.

Se mai pot enumera: autoerotismul (masturbația), incestul, transexualismul, necrofilia, lista perversiunilor sexuale fiind foarte bogată. La toate aceste categorii de psihopați perversi sexual se remarcă deficiențe grave educaționale care, acolo unde mediul creează condiții favorabile, se dezvoltă. Perversii sexual sînt lucizi, deci responsabili de faptele lor, ca orice categorie de psihopat, de altfel. Numai în cazul în care perversiunea este practică de psihotici (schizofreni), demenți etc., aprecierea faptei antisociale și a consecințelor sale se face în funcție de intensitatea fenomenelor premorbide.

Tratamentul psihopatiei antisociale, sub toate formele sale, respectă principiile terapeutice generale ale psihopatiilor. Frecvent, necesitatea terapiei este solicitată de anturaj, foarte rar de pacienți și, în acest din urmă caz, în vederea ob-

ținerii beneficiului secundar al bolii. Nici o schemă terapeutică, de altfel, nu s-a dovedit foarte eficientă. Represiunea este o măsură pasageră, fapt dovedit de frecvența recidivelor. Măsurile socio-terapeutice, sfatul genetic, igiena mentală, psihopedagogia, asociate chimioterapiei țintite pe simptomatologia decompensărilor rămîn singurele măsuri utile într-o oarecare măsură.

PERSONALITATEA STRUCTURATĂ DIZARMONIC DE TIP BORDERLINE. Termenul de borderline, apărut din necesitatea de a delimita tablourile clinice nespecifice, imposibil de încadrat în anumite tipare nosologice clasice, a fost introdus în limbajul de specialitate de HUGUES (1883). Din acel moment, conținutul său s-a modificat și a evoluat pînă în 1938, cînd STERN îl introduce în nosologie, clarificarea lui realizîndu-se în ultimul deceniu în psihiatria americană. Autorii americani desemnează prin acest termen tulburările de personalitate caracterizate prin instabilitate, ca element definitoriu în multe și variate sectoare ale vieții psihice. Sînt afectate în mod special relațiile interpersonale, dispoziția bazală și imaginea de sine. Este, de asemenea, caracteristică o variabilitate extremă a modificărilor apărute în structura personalității, nici un element nefiind constant prezent. Deci, elementele definitorii ale acestui tip de personalitate sînt:

- relațiile interpersonale modificate;
- dispoziția bazală instabilă;
- identitatea de sine tulburată.

Modificarea relațiilor interpersonale este, pe de o parte, determinată, pe de altă parte, marcată de instabilitate. Comportamentul impulsiv și intensitatea afectelor fac ca acești subiecți să se antreneze extrem de ușor în contacte interpersonale, a căror importanță de moment o exagerază. Ei încearcă prin toate mijloacele să demonstreze beneficiul relațiilor pentru ambele părți, deși, de cele mai multe ori, există o componentă de dependență a subiectului față de persoana implicată. Instabilitatea își face însă simțită prezența: frecvent, starea de dependență se transformă în ostilitate, ori de cîte ori apare impresia de frustrare. Este, de asemenea, caracteristic faptul că intensitatea ostilității atinge aceeași amplitudine pe care a atins-o anterior dependența, dorința de apropiere. Realizarea relațiilor interpersonale este frecvent utilizată ca „antidot” împotriva goliciunii sufletești, a singurătății resimțită de acești indivizi. Chiar dacă în contextul acestor relații psihopatul este exploatat, el le întreține în continuare, numai pentru a nu mai fi singur.

Dispoziția bazală a subiecților este, de asemenea, marcată de instabilitate. Variațiile prezintă o amplitudine foarte mare, trecînd de la euforie, prin varianta de dispoziție normală, pînă la episoade depresive intense sau furie intensă, nestă-

pînită, nejustificată. Depresia sau starea de furie par a fi motivate de eșecuri repetate în majoritatea acțiunilor, eșecuri pentru care dizarmonicul îi consideră pe alții vinovați.

Tulburarea identității de sine se concretizează prin depersonalizare, dezorientare autopsihică. Imaginea de sine este nesigură, subiectul este dominat de o confuzie generală, chiar atunci cînd își discută propriile planuri, adesea neduse la bun sfîrșit. Avînd un randament mult scăzut în raport cu posibilitățile lor, subiecții își declină frecvent responsabilitatea nerealizărilor.

La elementele definitorii expuse, alți autori adaugă elemente diagnostice încadrabile în alte categorii de afecțiuni psihiatrice. Astfel, KERNBERG (citată de KHOURI, 1980) enumeră:

- anxietate de fond, persistentă, difuză, dar păstrînd elementul instabil;
- este simptome nevrotice, încadrate de autor în „nevroza polisimptomatică”: fobii multiple și polimorfe, elemente obsesive, hipochondriace; uneori, se semnalează stări crepusculare;
- activitate sexuală prezentînd tendințe polimorfe, marcate de instabilitate, dar de cele mai multe ori orientată spre perversiune;
- frecvent, trăsături caracteristice altor dezvoltări dizarmonice de personalitate: paranoică, schizoidă, hipomaniacală sau ciclotimică;
- manifestări nevrotice impulsive, de tip alcoolomanie, cleptomanie, dependență de droguri, forme variabile de obezitate psihogenă;



- dezordini caracteriale care nu au o profunzime reală (low level), exemplificate de trăsături de tip narcisic, modificări ale relațiilor interpersonale, dominate de o stare de dependență față de ceilalți.

Autorii americani (SPITZER și colaboratorii) desemnează pentru diagnostic pozitiv următoarele criterii:

- impulsivitate sau prezența imprevizibilului în cel puțin două sectoare al căror potențial distructiv este considerabil; ineficiența utilizării timpului, modul de utilizare a veniturilor, viața sexuală frecvent cu tendință spre excesiv, frecventarea jocurilor de noroc, consumul abuziv de alcool, de droguri, acte antisociale de tip furturi din magazine, supraalimentație, autoagresiuni;
- modelul relațiilor interpersonale dominat de intensitatea afectului care însoțește relația, dar mai ales de instabilitate; astfel, se menționează modificări de atitudine frecvente și desfășurate pe o scală foarte largă, ce se întinde de la idealizarea persoanei implicată în relație și autodeprecieri, pînă la ostilitate, depreciere, devalorizare; de asemenea, se menționează frecvent manipularea de persoane, folosirea relațiilor interpersonale în vederea realizării propriilor scopuri, trecerea responsabilității unor eșecuri asupra altor persoane; este caracteristică și alternața dintre starea de dependență față de cei din jur și încrederea exagerată în sine, în propriile forțe, încredere frecvent nejustificată, în raport cu rezultatele obținute, cu randamentul pe care subiectul îl dovedește;
- crize frecvente de furie intensă, mînie nestăpînită și constantă pe perioade lungi de timp;
- tulburări de identitate concretizate prin existența unui sentiment difuz, dar constant, de incertitudine privind imaginea de sine, identitatea de sex, scopurile personale propuse pe termen lung (alegerea profesiei, a grupului de prieteni, a sistemului de valori, credințe etc.);
- starea afectivă dominată de instabilitate; se remarcă treceri relativ rapide (ore sau rareori zile) de la instabilitate la starea normală, apoi la o stare de anxietate difuză, urmată de depresie intensă și apoi de o nouă revenire la normal;
- eforturi disperate de a evita singurătatea, de a umple golul sufletesc, pe care subiectul nu îl tolerează, ele determinînd o marcată stare depresivă;
- irascibilitate concretizată prin scandaluri și încăierări frecvente, alternînd cu acte auto-agresive de tip tentative suicidare, automutilații etc.;

— sentimente cronice de deșertăciune și plictiseală.

Acestor elemente diagnostice, care conferă nota de specificitate, li se pot adăuga, cu frecvență relativ mare, elemente și trăsături caracteristice aparținând altor tipuri de dezvoltări dizarmonice de personalitate: schizotipal, histrionic, narcisic, antisocial. Se pot asocia — în funcție de solicitările la care subiectul este supus (stresuri extreme etc.) — simptome psihotice pasagere, a căror durată, intensitate, severitate sînt însă suficient de reduse pentru a nu crea probleme deosebite, în sensul de a necesita un diagnostic suplimentar.

Activitatea socială și cea profesională sînt afectate considerabil de prezența tulburărilor descrise. Disfuncționalitatea socio-profesională este justificată mai ales de modificarea relațiilor interpersonale și afectează în special sexul feminin, la care, de altfel, este diagnosticat mai frecvent acest tip de dizarmonie.

Decompensările și complicațiile au o frecvență relativ mare, iar apariția lor este dependentă atît de factori subiectivi, cît și de elemente obiective, bio-psiho-sociale. Aspectele clinice sînt dintre cele mai variabile, mergînd de la intensitatea nevrotică — în contextul căreia, cel mai frecvent, se semnalează decompensările de tip afectiv —, pînă la episoade psihotice de intensitate majoră sau, de asemenea, frecvent, psihozele reactive scurte.

Diagnosticul pozitiv și cel diferențial respectă elementele caracteristice tuturor dezvoltărilor dizarmonice de personalitate. Terapia eficientă presupune — ca și în cazul altor dizarmonii — în mod special utilizarea profilaxiei prin măsuri de igienă mintală, psihopedagogie etc. În scop curativ, psihoterapia dă rezultate ne semnificative, în timp ce chimioterapia este de elecție în contextul decompensărilor, mai ales psihotice, vizînd simptomele țintă și tinzînd să refacă un nivel minim al „homeostaziei” psihice.

PERSONALITATEA STRUCTURATĂ DIZARMONIC DE TIP MIXT ȘI POLIMORF. Realitatea clinică reunește combinații infinite de trăsături psihopatologice, alcătuiind tablouri simptomatologice de o diversitate maximă. Este motivul pentru care încercările de clasificări exhaustive nu au întotdeauna rezultatele scontate. De aceea, s-au impus în nosologie următoarele formulări:

- personalitate dizarmonică polimorfă, caracterizată prin prezența elementelor definitorii ale mai multor tipuri de dizarmonii: schizotipal, distimic, antisocial etc.;
- personalitate dizarmonică mixtă, caracterizată prin prezența tulburărilor de personalitate incluzînd elemente definitorii aparținînd mai multor tipuri de dizarmonii, dar neîntrunind în totalitate criteriile pentru nici un tip anume.

Școala americană utilizează și termenul de personalitate dizarmonică atipică. În cadrul acestei dizarmonii apar elemente ce nu pot fi încadrate în nici unul dintre tipurile descrise. În aceste situații sînt codificate elementele definitorii pentru un anume tip de dizarmonie, fără a se lua în considerare aspectele simptomatologice sau trăsăturile izolate, supraadăugate, aparținînd altor categorii de dizarmonii.



Diagnosticul pozitiv și diferențial, evoluția și terapia acestor forme de dizarmonii respectă, de regulă, schema dizarmoniei căreia îi aparțin elementele definitorii.

Tentația de a construi o personalologie este o tentație irezistibilă nu numai pentru profesionist, ci și pentru oricare individ uman, fiind, ca orice clasificare, o tendință naturală a spiritului. Am căutat, în paginile anterioare, să redăm unele din cele mai reușite încercări în acest sens, fără a abandona nici un moment convingerea că ființa umană se manifestă într-o infinită serie de individualități. Tulburările de personalitate se constituie la nivelul contiguității între normalitate și boală, într-o zonă în care demarcația dintre aceste două entități este greu de tranșat cert.

Au fost prezentate concepții foarte vechi, cum este cea a lui TEOFRAS, de care ne despărțim douăzeci și trei de veacuri, ca și cele de ultimă oră aparținînd școlii americane, expuse în DSM III R, cu convingerea că din fiecare se pot extrage acele elemente care sã ascuțã finețea descrierii psihopatologice și posibilitatea nuanțării distincțiilor pe care observatorul le face.

Au fost folosite texte originale și/sau prelucrări, în dorința de a pune la îndemâna cititorului român un material coerent și accesibil, dar din care să nu lipsească „culoarea” epocii (cu inerentele limite pe care viziunea retrospectivă le implică).

În prezentarea concepției autorilor germani s-au folosit și traduceri datorate prea timpurii dispărutului psihiatru Dan ARTHUR, căruia îi aducem un omagiu cu această ocazie pentru temerara sa întreprindere.

Conștienți de imposibilitatea cuprinderii tuturor demersurilor făcute pentru a încerca delimitări în infinitul domeniu al personalității, ne-am oprit, cu speranța că am ales momente semnificative, fără nici o pretenție de absolutizare, doar acolo unde acest lucru putea fi de folos pentru cel ce se confruntă cu psihopatologia.

În același timp, sîntem obligați să nu omitem rolul personalității în desfășurarea proceselor psihice, fapt de altfel recunoscut de mult timp în psihiatrie (MAYER-GROSS arăta pregnantă corespondență dintre modul de reacție și trăsăturile cele mai reprezentative ale personalității la care acesta apare; deci, reacțiile se desfășoară întotdeauna în conformitate cu personalitatea).

De asemenea, celelalte psihogenii, prin însăși definierea lor ca boli „de dezvoltare” vor urma sensul personalității. Înțelegerea acestui lucru va împiedica tentația hiperanalitică de a descrie noi și noi entități și forme clinice, pentru că —pare evident— fiecare tip de boală, indiferent de intensitatea ei psihopatologică, va căpăta nuanța dominantă a personalității permorbide, dezvoltînd o simptomatologie generală de suprapunere sau de interferență a morbidului cu premorbidul.

Personalitatea nu este o cheie psihopatologică pentru explicarea conținutului fiecărei boli; ea va fi întotdeauna factorul patoplasic care va face comprehensibilă forma bolii, dar nu și conținutul ei.

Suprastructura socioculturală în care persoana sănătoasă sau bolnavă se integrează este ultimul parametru asupra căruia ne vom opri. Contextualitatea bolii psihice este o realitate și nu o creație teoretică. Ea va influența profund atât forma, cât și conținutul tabloului psihopatologic, indiferent în care din ipostazele etiologice ne-am afla*.

419. **PERSONALITATE MODALĂ** — sin. EU ^{sin.} DE BAZĂ → PERSONALITATE DE BAZĂ.

420. **PERSONALITATE OPTIMALĂ** ● Concept introdus de H. COAN (1977), din dorința de a descoperi acele trăsături ale personalității, care îi

* Ilustrațiile pentru **PERSONALITATE ACCENTUATĂ** și **PERSONALITATE DIZARMONICĂ** sînt preluate din testul Szondi.

asigură o funcționalitate optimală. Autorul american sugerează existența a cinci caracteristici fundamentale pentru „condiția umană ideală”: eficiența, creativitatea, armonia interioară, capacitatea de asociere cu ceilalți oameni, capacitatea de sublimare spirituală.

Cel puțin asocierea unora dintre aceste caracteristici duce, în opinia lui COAN, la crearea unor premise importante pentru optimizarea personalității. Alți autori (F. R. EPTING și D. I. SUCHMAN, 1986) susțin că un studiu complet al funcționalității optimale a personalității trebuie să ia în considerație alte concepte teoretice, cum ar fi:

- conceptul individualizării (C. JUNG, 1954);
- conceptul de maturitate (ERIKSON, 1963);
- „caracterul productiv” (FROMM, 1973);
- formarea interesului social (ADLER);
- conceptul de autodescoperire (JONARD, 1963);
- conceptul de interes și raportul interes-competență (WHITE, 1973);
- conceptul de Eu autentic și autoalienare (K. HORNEY, 1950).

421. **PERSONALIZARE** (cf. fr. *personnaliser*; vezi lat. *persona* „mască, rol”) ● Se referă la procesul de dezvoltare, în care psihicul și corpul tind să se organizeze armonios. Atrage atenția asupra prezenței în corp a acelei părți a personalității legate de ceea ce numim curent „psyche”. WINNICOTT a propus acest concept.

422. **PERSONIFICARE** (cf. it. *personificare*) ● Procedeu al imaginației constînd în atribuirea de calități specifice umane obiectelor sau ființelor din mediul înconjurător (→ ANIMISM, ANIMAȚIE, MAGIE INFANTILĂ).

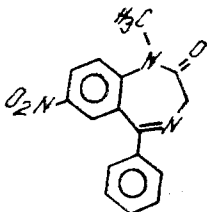
423. **PERSONOLOGIE** (cf. lat. *persona*; gr. *logos* „cuvînt, discurs”) ● Disciplină care are ca obiect persoana umană, în toate aspectele ei. A fost concepută de W. STERN și dezvoltată ulterior de H. MURRAY (1938). În opinia sa, personologia trebuie să studieze viața individului și factorii care influențează deformarea acesteia. Personologul trebuie să atingă următoarele trei aspecte:

- construirea unei teorii a personalității;
- găsirea unor tehnici care să poată urmări studierea celor mai importante atribute ale personalității;
- descoperirea acelor fapte pe baza cărora să se poată face investigații extensive și riguroase în ceea ce privește viața individului uman.

De remarcat că H. MURRAY și-a respectat întrutotul opțiunile de „personolog” → H. D. MURRAY.

424. **PERSONOTROP** (cf. lat. *persona*; gr. *tropos* „manieră, mod”) ● Specificitate a tratamentului determinată de particularitățile structurale-constituționale ale bolnavului (V. SĂHLEANU).

425. **PERSOPIR^(M)** Italia — DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1, 3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-



-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, realizând un somn aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NITPAZEPAM^(M).

426. **PERSPICACITATE** (cf. lat. *perspicacitas*) ● Trăsătură (calitate) a intelectului (mai general, a spiritului), constînd în puterea de penetrație a lucrurilor și a relațiilor, acuitate în observarea esențialului, prin diferențiere rapidă a sensurilor și a semnificațiilor. Revine la o înțelegere clară, precisă și, în același timp, profundă a unei situații, acțiuni, relații, înțelegere în funcție de care persoana este în stare să elaboreze rapid și adecvat planuri de acțiune, să aleagă strategiile cele mai potrivite. Lipsește la intelectele medii, inferioare, la intelectele limită, la debili mintal. Caracterizează inteligența superioară. Se intensifică dacă ținută de o motivație pozitivă sau de un sens pozitiv față de un lucru sau de o situație.

427. **PERSUASIUNE** (cf. fr. *persuasion*) ● Formă de acțiune terapeutică pe care psihiatrul o folosește pentru a orienta și dirija în direcția dorită motivațiile pacientului (conștiente și inconștiente). În mod curent, persuasiunea se exercită prin mijloace verbale, mai rar prin alte modalități de comunicare. Personalitățile sugestibile sînt mai receptive la acest mod de terapie.

428. **PERTOFRAN^(M)** Anglia, Austria, Belgia, Brazilia, Danemarca, Franța, Italia, Olanda, RFG — DCI *Desipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 10,11-dihidro-5-β-(metilamino)propil-5H-dibenz(b, f)azepină, metabolit 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.

429. **PERTOFRANA^(M)** Spania; **PERTOFRANE^(M)** SUA; **PERTOFRIN^(M)** Suedia — DCI *Desipramină* ● Antidepresive timoleptice, derivați dibenzazepinici → **PERTOFRAN^(M)** RFG

430. **PERTRANQUIL^(M)** Austria, Belgia, Elveția Italia, Turcia — 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 întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abinență”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT^(M).

431. **PERTRIPTYL^(M)** Finlanda ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate cu acțiune diferită, dar complementară:

- **AMITRIPTILINA^(M)** — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic;
- **PERFENAZINA^(M)** — neuroleptic, derivat fenotiazinic.

Are acțiune antidepresiv-sedativă.

432. **PERVERSIUNE** (cf. lat. *perversitas* „extravaganță, bizarerie, depravare”) ● Alterare pînă la patologică a unor tendințe instinctuale. Din punct de vedere moral, perversiunea semnifică o schimbare, o răsturnare a valorilor pozitive în negativ, o trecere de la categoria de „bine” la categoria de „rău”. Sensul moral al termenului ar fi acela de „pervertire” (uneori, expresia „caracter pervers” se folosește sinonim cu expresia „caracter pervertit”). Termenul trimite la o deviere a simțului moral, a actelor morale, fapt care generează conduite maligne în relațiile cu ceilalți. Ca „perversiune” termenul a fost consacrat în special pentru anomaliiile comportamentului sexual (perversiune sexuală). Din punct de vedere moral, perversiunea sau pervertirea se referă la acel proces de alterare a conștiinței morale, a cărei origine se află în Supraeu și Eu. H. EY numește conștiința morală „suprastructură etică”. Conștiința morală se constituie prin interiorizarea unor norme și regulii menite să păstreze valorile morale. Astfel, conștiința morală, în formarea ei, acționează asupra tendințelor instinctuale a căror influență o îngrădește, o modifică prin determinări raționale. Funcțiunea interdictivă a conștiinței morale se exercită în mod normal, limitat, nu exhaustiv, și ea nu provoacă individului suferințe (interdicția funcționează de la sine, în mod firesc). Conștiința morală nu este un „instinct al moralității” — un astfel de instinct nu există. Instinctul, ca atare, reprezintă o sursă de energie și el nu suportă calitatea de „bun” sau de „rău”. Conștiința morală este o construcție prin interiorizarea unor norme reglatorii care, pe de o parte, inhibă, pe de altă parte, dirijează energia instinctuală, în așa fel încît investirea acestei energii să nu genereze acte destructive. H. EY distinge între

perversitatea „normală” și perversitatea patologică. Prima se referă la acele modificări ce nu generează simptome, ci numai devieri ale conduitei în sensul unor raportări particulare, dar nu patologice, la valorile morale. Perversitatea patologică este perversitatea ca maladie. În perversitatea nemaladivă, H. EY include: conduitele umane subversive (un exemplu ar fi curentul suprarealist în artă) și viciul (căutarea unor plăceri prin rafinament, cinism, malignitate diferențiată, nuanțată, evoluată, dirijare minuțioasă a alegerii și a strategiei de satisfacere; viciul presupune „o morală contrarie”, el plasându-se la granița dintre normal și patologic, dar în partea normalului; viciul nu funcționează ca simptom, ci ca deviere care deteriorează morală, o degenerază fără a se constitui în maladie).

Perversitatea patologică intră în obiectul de studiu al psihopatologiei, psihiatriei, medicinei în genere. Semnificația perversiunii ar fi, după Von GEBSATTEL, distrugerea, amputarea și fărâmițarea întregului; perversiunile, ca manifestări maladiice, încalcă ordinea naturală a lucrurilor. Perversiunea reprezintă o deformare patologică în atingerea unui scop natural, scop ce nu este realizat ca atare (KRAFFT-EBING). După FREUD, perversiunea se definește ca abatere de la scopul sexual prin :

- abaterea de la regiunile anatomice obișnuite ale comportamentului sexual ;
- fixarea la faze intermediare ale sexualității, faze care, într-un comportament erotic normal, sînt depășite ;

Pentru ca o acțiune perversă să fie patologică, sînt necesare cîteva condiții.

- un obiect neadecvat substituie scopul sexual normal ;
- o porțiune a obiectului sexual normal devine independentă, ea devine obiect sexual în sine (persoana nu-și raportează comportamentul erotic la obiect ca întreg, ci la o parte a obiectului sau la un semnificant al acestei părți a obiectului) ;
- atingerea scopului se desfășoară prin acțiuni aberante care depășesc limitele morale.

La pervers, instinctele parțiale nu au trecut încă sub primatul genitalității; tendințele sexuale se manifestă parțial, urmînd o fixație la un anumit stadiu libidinal. După E. STRAUSS, perversiunile distrug valorile pozitive, deci semnificația lor ar fi devalorizarea unei realități vitale. H. KUNZ consideră că perversiunea este guvernată de principiul distrugerii; perversiunea ar consta într-o perturbare majoră a atitudinii de tandrețe, fiind aceea care nu respectă integritatea obiectului iubirii. BINSWANGER și BOSS („Teoria existențială asupra perversiunii”) consideră că perversiunea reprezintă un dezechilibru în dialectica dintre existența finită și existența infinită a omului (existența

finită este dată de limitele realității, orice act uman fiind, aici și acum, un act delimitat, izolat; existența infinită este dată de trăirea duală cu sentimentul comunicării și al eternității, deci dincolo de granițele stricte ale realului perceptibil). Perversiunea funcționează ca (sau produce) o ruptură în articularea acestor două modalități ontologice, modalitatea finită și cea infinită. Ea limitează, împiedică comuniunea, induce arbitrarul, degenerază iubirea.

În „Analiza destinului”, SZONDI afirmă două criterii ale perversiunii :

- exclusivitatea sexuală a necesităților de împlinire și dominare ;
- perturbarea capacității de „luare în posesiune” a obiectului sexual (pierderea funcțiilor ideale a Eului).

Într-o accepțiune globală, perversiunea se definește ca deviație sau perturbare a comportamentului psihosexual, deformare constînd într-o serie de atipii în ceea ce privește obținerea satisfacției sexuale. Note definitorii pentru perversiune sînt :

- schimbarea obiectului sexual specific în obținerea orgasmului (homosexualitate, pedofiliile, bestialitate) ;
- obținerea orgasmului se realizează prin folosirea unor zone corporale nespecifice (contact sexual anal, contact oral) ;
- orgasmul este strict determinat de anumite condiții exterioare (fetișism, voaierism, exhibiționism etc.).

Prin extensie, termenul de perversiune îmbracă diferite forme: delincvența (pervertire a „simțului moral”), proxenetismul (pervertire a „instinctelor sociale”), bulimia, dipsomania (pervertire a instinctului alimentar). Toate aceste forme ar corespunde mai exact termenului de pervertire și ar reprezenta forme de malignitate a comportamentului.

Ca termen consacrat, perversiunea se referă la sexualitate. De altfel, FREUD nu consideră ca perversiuni acele comportamente maligne (perturbate în modalitatea de satisfacere) care nu sînt legate de instinctul sexual, ci de alte instincte; aceste comportamente, cum ar fi, de pildă, tulburările la nivelul instinctului alimentar, s-ar datoră unei impregnări sexuale a funcțiilor alimentare, a unei „libidinizări”, ceea ce revine la un proces de pervertire. După FREUD, predispoziția la perversiune face parte din organismul uman normal; ca predispoziție (și ulterior, ca manifestare) ea se leagă de pulsunile parțiale, cu localizare în diverse zone erogene. În acest sens, perversiunea implică regresie și fixație la un stadiu anterior de dezvoltare libidinală, stadiu care în mod normal ar fi trebuit depășit. În concepția psihanalitică, sexualitatea umană este profund marcată de predispoziția la perversiune, nu ca

predispoziție anormală, ci ca nevoie de a căuta satisfacția (plăcerea) și în activități non-specifice ; astfel, orice exagerare în ceea ce privește obținerea plăcerii prin activități legate de alte pulsioni decât pusiunea sexuală devine o exagerare de tip pervers. Apare problema unei norme în delimitarea perversiunii ; această normă privită în perspectivă socială este foarte relativă, întrucât ceea ce o societate respinge, altă societate admite. Așadar, norma în funcție de care se definește perversiunea ar fi, după FREUD, unificarea pulsionilor parțiale sub primatul genitalității. Formula „nevroza este o perversiune infantilă” se referă la faptul că în nevroză pulsionile parțiale caracteristice sexualității infantile sînt refulate, în timp ce în perversiune ele se manifestă ca atare. După H. EY, perversiunile patologice se clasifică astfel :

- disgenезii ale dezvoltării morale (amoralitate patologică generînd conduite perverse) ;
- perversiuni parțiale (cele sexuale) ;
- regresivitatea amorală sau perversiunile achiziționate (acele perversiuni legate de o maladie psihică gravă sau de o secretaritate gravă) ;
- „moral insanity” sau anomalia dezvoltării etice (sinonim cu „folie morale”, invaliditate morală, monomanie instinctivă).

Factorii etiologici ai perversiunii pot fi :

- factori ereditari (degenerescențe biopsihologice, exprimate în conduite primitive, atavice) ;
- factori de natură toxiinfecțioasă (alcool, sifilis, encefalită epidemică) ;
- factori de mediu social și familial (relațiile cu părinții, modelele relaționale introiectate, mecanismele compensatorii, inferioritățile și situațiile care generează inferiorități).

Perversiunea patologică presupune cinci elemente esențiale :

- nucleul caracterului pervers (amoralitate, inafectivitate, inadaptare, impulsivitate, malignitate, încăpăținare, duritate, comportament rebel, revoltă permanentă împotriva normelor sociale, cruzime, perfidie, mitomanie, profanare, antrenare a altora în activități antisociale) ;
- dezechilibrul afectiv (cruzimea, escrocheria, cinismul, indiferența, izbucnirile paroxistice, toate acestea fiind conduite care semnifică o permanentă revendicare afectivă, o căutare a unui obiect al plăcerii, fixații la stadii libidinale ca stadiul sadic anal sau/și sadic oral, narcisism, relații latent incestuoase, homosexualitate latentă) ;
- tulburările nevrotice implicate în orice perversiune sînt generate de perturbări la nivelul trebuințelor profunde, inconștiente

(sînt, de fapt, perturbări ale dinamicii pulsionale, în special pe dimensiunea sexualității) ;

- toxicomania prezintă, din punct de vedere al motivației profunde, o căutare permanentă a partenerului matern pierdut, toxicul este surrogatul acestui partener, surogat prin care persoana încearcă o legătură obiectuală după modelul uniunii duale cu mama ;
- crizele nu sînt specifice manifestărilor perversului ; ele constau în accese impulsive, accese violente auto- sau heteroagresive, teatralism, revendicări, gelozie, amenințări ; practic, perversiunea nu evoluează în mod caracteristic în crize, ea presupunînd o antrenare cvasicontinuuă în conduite maligne.

SZONDI vorbește despre triada psihopatică apărută frecvent în perversiune, și anume : sindromul principiului plăcerii, absența totală sau parțială a controlului (slăbiciunea cenzurilor) și supape (ventile) instinctive tri- și cvadriegale (Eul alege mai multe modalități prin care să descarce tensiunile interne). S-a constatat că, în perversitatea tipică, la un mare număr de subiecți, dezvoltarea intelectuală este normală, dar există o discrepanță majoră între această dezvoltare și slăbiciunea simțului moral. Perversii debili mintal se caracterizează în special prin impulsivitate și violență (DUPRÉ). Perversiunile achiziționate includ comportamentele perverse ce apar în unele afecțiuni somatice (infecții, tumori) și în psihoze (schizofrenie, psihoza periodică). Așadar, perversiunea patologică este o formă de manifestare și de existență morbidă prin monstruoziitatea morală, prin nevoia imperioasă de a acționa împotriva regulilor morale și împotriva naturii ; ele sînt generate de perturbări în dezvoltarea somatică și psihică a individului, de accidente produse la nivel instinctual, fapt care generează modalități aberante de căutare și obținere a plăcerii.

433. PERVERSIUNI SEXUALE, PARAFILIE (cf. lat. *perversitas* ; *sexus* „sex” ; gr. *para* „opus” ; *philia* „prietenie, afecțiune”) ● Comportamente sexuale anormale, care „se substituie conduitei psihologice și fiziologice naturale de obținere a orgasmului” (MICHAUX), comportamente generate de „neputința de a simți orgasmul fără manevre speciale” (BERNARD).

Conceptul de perversiune sexuală este relativ greu de delimitat, atît datorită ambiguității (tre-cute și prezente), diferențierii între perversiune și perversitate, cît și datorită opiniilor socio-culturale, morale și religioase care-l grevează. Referitor la primul aspect, G. LANteri-Laura evidențiază faptul că termenul de perversiune a fost mult timp folosit în sens peiorativ, numai în secolul al XIX-lea începînd să fie folosit în sens strict medical. ROBERT definea perversiunea ca „acțiune de pervertire, schimbare în rău, alterare,

depravare, corupție, deranjare, dereglare și rătăcire", iar perversitatea ca „gust pentru rău, căutare a răului". Evul mediu considera perversiunea și perversitatea ca păcat, viciu, rezultate ale posesiunii demoniace. Epoca iluminismului, prin reprezentanți ca DIDEROT și VOLTAIRE, aduce reforme ideologice și morale care determină revizuirea conceptului de perversiune.

Inițial, aceasta este considerată drept o monomanie, fiind încadrată între afecțiunile psihice. Psihiatrii încep să fie interesați de descrierea și încadrarea nosologică a conceptului, spre sfârșitul secolului al XIX-lea : KRAFFT-EBING publică în 1893 „Psihopatia sexualis" ; în 1897, HAVELOCK ELLIS publică „Studies in the psychology of sex" ; MAGNAN stabilește, cam în aceeași perioadă, că perversiunea este datorată unei disfuncții apărute la nivelul echilibrului dintre arcul reflex final și cortex. MOREL, ca și MAGNAN și LOMBROSO, considera că perversiunea este înăscută, moștenită, ereditară, încadrându-se astfel în teoria degenerării, care domina gândirea psihiatrică a acestui secol.

Începutul secolului al XX-lea este marcat de debutul psihanalizei, care aduce o nouă interpretare a conceptului. În 1905, FREUD publică „Trei eseuri asupra sexualității", în care subliniază faptul că absolut toți indivizii prezintă, în etapele pramergătoare începerii activității sexuale, comportamente „perverse", copilul fiind un „pervers polimorf", care investeste erogen diversele zone ale corpului. Sexualitatea normală se constituie, conform concepției freudiene, de-a lungul unor stadii succesive, care acoperă drumul de la organizarea orală a libidoului, pînă la alegerea obiectului. După parcurgerea acestui drum în totalitate, poate apărea o regresie la stadiul anterior de fixare al libidoului — perversiunea. FREUD considera perversiunea ca fiind o „nevroză negativă", o manifestare brutală, nerefuzată, a sexualității infantile. Ea implică un refuz al realității, un rezultat al divării Eului.

Teoria structuralistă (LACAN) consideră că structura perversului sexual este particulară, diferită de structura nevrotică și de cea psihotică, scopul primordial reprezentându-l plăcerea și obținerea ei. Pentru obținerea plăcerii, perversul desfiide legea moralității și normalității, atrăgînd consecințele acestei nerespectări, consecințe de care este conștient. Perversul — cu cîteva excepții însă — nu ignoră legea, ci o desfiide.

Cercetările ulterioare în domeniul genetic, endocrinologic, psihologic au făcut tentative zadarnice de a găsi o cauză somatică sau psihologică a perversiunilor. Unii autori consideră că „perversiunea" este comportamentul în care plăcerea și orgasmul se produc fără penetrația penisului în vagin, „considerație limitativă și relativă" (insectul, de exemplu, presupune un act sexual normal,

dereglarea constînd în alegerea partenerului). Au fost descrise numeroase comportamente sexuale perverse, încadrate și clasificate diferit. Astfel, POROT descrie ca perversiuni sexuale :

- Satisfacția obținută prin alegerea partenerului în mod inadecvat sau prin alte mijloace ;
- partener de același sex (homosexualitate) ; partener copil (pedofilia) ; partener bătrîn (gerontofilia) ; partener animal (zoofilia) ; un obiect, un amănunt vestimentar (fetişism) ;
- adoptarea unei vestimentații caracteristice sexului opus (travestitism) ;
- incestul (nerecunoscut de autorii americani ca perversiune).
- Comportament sexual pervertit : exhibiționism, voaierism, sadism, masochism, sado-masochism.

MICHAUX consideră valabilă o clasificare mult mai apropiată de realitatea clinică :

- Deformarea actului sexual :
 - sado-masochismul (algolagnia), sadismul și masochismul fiind considerate unite, pentru că numai rareori sînt înlînite separat ; coeficientul comun al acestor două practici (aparent opuse) constă în obținerea plăcerii prin suferință, fie că subiectul provoacă această suferință, fie că îi este provocată → SADO-MASOCHISM ;
 - exhibiționismul — obținerea plăcerii sexuale prin expunerea organelor genitale (bărbații), a sînilor (mai ales femeile) sau a întregului corp → EXHIBIȚIONISM ;
 - voaierismul — obținerea plăcerii sexuale în afara actului sexual propriu-zis, prin postura de spectator, prin privirea unui act sexual realizat de către un cuplu ; este însoțit uneori de masturbație → VOAIERISM ;
 - perversiuni anale și uretrale (urolagnie) — plăcerea sexuală este obținută în cursul actului de defecație sau micțiune, propriu sau al altuia, însoțit sau nu de coprofație, micțiune sau defecație „in os".
- Anomaliile ale alegerii satisfacției sexuale :
 - deformarea imaginii partenerului :
 - pedofilia, perversiune relativ frecventă, cu importante implicații medico-legale, asociată cu sadismul, sodomia, violul → PEDOFILIE ;
 - gerontofilia, caracterizată prin interesul erotic pe care un subiect tînăr îl manifestă față de un partener vîrstnic (uneori, interesul erotic poate masca însă un interes material) → GERONTOFILIE ;

- zoofilia, bestialitatea — constă în întreținerea relațiilor sexuale cu animale; este întâlnită rar, mai ales la femei și în mediul rural → ZOOFILIE, BESTIALITATE;
- necrofilia constă în realizarea actului sexual cu cadavrele → NECROFILIE;
- fetișismul constă în atașamentul față de obiecte neînsuflețite, vestimentație aparținând sexului opus (persoană cunoscută sau necunoscută) → FETIȘISM;
- masturbarea nu constituie neapărat o conduită perversă, făcând parte din evoluția psihosexuală normală a adolescențului → MASTURBARE;
- homosexualitatea activă masculină (pederaștia), în care satisfacția se obține prin coitul anal → HOMOSEXUALITATE, SODOMIE;
- lesbianismul, denumire dată homosexualității feminine → LESBIANISM, SAFISM, TRIBADISM;
- incestul (nerecunoscut de toți autorii ca perversitate) → INCEST;
- deformarea imaginii de sine, implicând o perturbare nevrotică sau psihopatică a personalității, o deviație narcisistă a imaginii de sine:
 - homosexualitatea pasivă (uranismul) — constă în sentimentul existenței „unui suflet de femeie în corp de bărbat”, fiind, în primul rând, o afecțiune psihică; perversii aparținând acestui grup sînt partenerii pasivi ai homosexualilor activi;
 - safismul, corespondentul feminin al uranismului;
 - transvestitismul (travestism, travestitism, lanism), perversiune care poate avea aspecte diferite, de la simpla travestire în hainele sexului opus, pînă la uranism. Poate interfera cu fetișismul → TRANSVESTITISM;
 - transsexualismul, în care subiectul nu se mulțumește numai să joace rolul sexului opus, ci vrea să reprezinte în mod real sexul opus (el se simte și se vrea a fi de sex opus). Se pare că în aceste cazuri sînt implicate și disfuncții endocrine → TRANSSEXUALISM.

Clasificarea internațională a bolilor (CIB), ediția a IX-a, clasifică perversiunile la rubrica „Deviații și tulburări sexuale”, precizînd că „limitele și caracteristicile înclinațiilor și comportamentelor sexuale nu sînt stabilite într-o manieră absolută, în diversele societăți și culturi, dar ele corespund în general unor imperative sociale și unor finali-

tăți biologice. La subiecții care prezintă deviații, activitatea lor sexuală poate fi dirijată spre reprezentanții aceluiasi sex sau poate consta într-o activitate care nu comportă un coit normal, sau coitul se produce în circumstanțe anormale”. Se acreditează ideea că în această categorie nu trebuie incluși subiecții care recurg la un comportament sexual anormal pentru că sînt lipsiți de condițiile de desfășurare a unei activități sexuale normale (penitenciar). Pot exista perversiuni sexuale simptomatice, revelatorii pentru afecțiunea psihică: alcoolism, schizofrenie, paralizie generală progresivă, epilepsie etc., care trebuie privite nu ca perversiuni sexuale propriu-zise, ci ca fenomene morbide ale bolii de bază.

CIB consideră deviații și tulburări sexuale: homosexualitatea, pedofilia, bestialitatea, exhibiționismul, transsexualismul, tulburarea identității psihosexuale, frigiditatea, impotența, fetișismul, masochismul și sadismul. Deci, în concepția OMS, impotența și frigiditatea nu sînt separate de deviațiile comportamentului sexual. Autorii americani (DSM III) folosesc pentru denumirea perversiunilor sexuale termenul de parafilie, în care includ fetișismul, transvestitismul, zoofilia, pedofilia, exhibiționismul, voaierismul, masochismul sexual și sadismul sexual. Ei menționează și o clasă de parafilii atipice, în care se includ necrofilia, coprofilia și frotismul. Pentru homosexualitate, autorii americani folosesc termenul „ego distonic homosexual”, încadrînd-o în „alte dezordini psihosexuale”. Ca și CIB, DSM III aderă la ideea că conceptul de parafilie (perversiuni sexuale) are granițe imprecise, datorită în special unor diferențe de ordin social, cultural, moral etc.

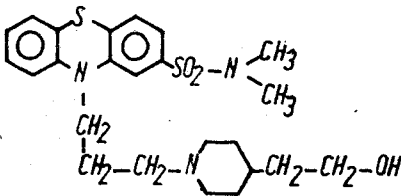
În ceea ce privește personalitatea perversului sexual, sînt de luat în considerație două aspecte: în unele cazuri, perversul este, de fapt, pervertit de mediul familial, de grupul social în care trăiește, unde practicile perverse constituie norme. În această situație, tratamentul psihoterapeutic poate avea un relativ succes. În marea majoritate a cazurilor însă, perversiunea sexuală se integrează în contextul general al unei dizarmonii structurale a personalității, ea nefiind decît unul din aspectele acesteia. Examenul clinic nu relevă o boală propriu-zisă, ci numai anumite trăsături de personalitate. De altfel, un astfel de subiect se prezintă extrem de rar la consult, pentru că el nu se consideră nici anormal, nici bolnav, și deci nu reclamă tratament.

Chiar dacă FREUD denumea perversiunea negativul nevrozei, aceste personalități pot prezenta tulburări nevrotice (anxietate, manifestări conver-sive, fobii, obsesii, preocupări hipocondriace, stări depresive). Pentru aceste tulburări, subiectul se prezintă la medic și acceptă tratament, dar de cele mai multe ori, ascunde anomalia de comportament sexual.

Tratamentul perversiunii este considerat de majoritatea autorilor ca o iluzie, întrucît, pentru a fi eficace, el trebuie să conducă la normalizarea conduitei sexuale, pe care însă subiecții n-o acceptă. Atunci cînd se aplică tratament unei persoane aflate sub incidențe penale, rezultatul este, de asemenea, un eșec. Au fost totuși preconizate anumite practici terapeutice : administrarea hormonilor masculini sau feminini, castrarea debilor recidiviști în delictе sexuale (Franța), lobotomia prefrontală la cei cu agresivitate sexuală etc. Castrarea nu are decît două indicații majore : tuberculoza și cancerul organelor genitale. Au fost, de asemenea, propuse tehnici de decondiționare : asocierea obiectului (scopului) pervers cu senzații penibile. Rezultatele au fost ne semnificative, la fel ca și în cazul chimioterapiei cu neuroleptice. Psihoterapia individuală sau de grup poate avea un oarecare succes dacă este aplicată subiectului care solicită el însuși tratament. Cazurile sînt însă extrem de rare.

Uneori, perversiunile sexuale ajung să aibă implicații medico-legale (pedofilia, violul) și atunci apare contradicția între justiție care, de obicei, încearcă să medicalizeze cazul, și psihiatri care, practic, nu au cum să încadreze perversiunea. Dificultatea definirii și încadrării perversiunii rezidă din faptul că aceasta nu poate fi luată în considerație decît în comparație cu actul sexual normal ; ca orice fenomen uman, actul sexual este apreciat însă în funcție de dezvoltarea istorică a societății, astfel încît ceea ce este la un moment dat normal într-o anumită societate și cultură, devine anormal într-o altă societate, cu o cultură diferită. După cum afirmă POROT, apare, nu rar, dificultatea psihopatologiei de a încadra în „norme” ceea ce nu poate fi normal.

434. **PERVETRAL^(M)** RFG, SUA — DCI *Oxipendil* ● Derivat fenotiazinic de tip 4-*B*-(10H-pirido)3,2-b//1,4benzotiazin-10-il)-propilpiperazin-



-1-il etanol, cu acțiune antihistaminică și, complementar, ușor sedativă.

435. **PERVINCAMIN^(M)** RFG — DCI *Vincamină* ● Psihotrop, reglator metabolic de tip 13a-etil-2, 3, 5, 6, 12, 13, 13a, 13b-octahidro-12-hidroxi-1H-indol(3, 2, 1)pirido(3, 2, 1)(1, 5)naftirdină-12-acid carboxilic, cu acțiune asupra metabolismului cere-

bral ; este indicat în gerontopsihiatrie și în stări psihopatoide.

436. **PERVITIN^(M)** Belgia, Elveția, Italia, RDG, RFG — 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.

437. **PERVOMAISKI** — analiză ● Analiză excesivă la care se supune viitorul psihanalist în timpul autoanalizei. Astfel, analizei nu-i sînt supuse numai amintirile, faptele și gândurile despre evenimente reale, ci și „gîndurile despre gînduri” (PERVOMAISKI, 1979), într-un exces de zel caracteristic oricărui început.

438. **PESAL^(M)** Japonia — DCI *Pipetanol* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-piperidin-etanol benzilat, cu acțiune sedativ-anxiolitică mai modestă comparativ cu acțiunea anticolinergică. Este indicat în nevroze cu fenomene vegetative, ceneștopatii, afecțiuni psihosomatice. Are acțiune proconvulsivantă ; este contraindicat consumul de alcool în timpul tratamentului.

439. **PESEX^(M)** Brazilia — DCI *Fenproporex* Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-3-*l*(α -metilfenetil)aminolpropionitrii, cu marcate valori anorexigene, utilizat în combaterea obezității consecutive tratamentului îndelungat cu NL. Are efecte simpaticomimetice. Există riscul dependenței → PSIHOSTIMULENTE.

440. **PESIMISM** (cf. lat. *pesimus* „foarte rău, cel mai rău”) ● Concepție opusă optimismului. Subaspect onto-cosmologic, pesimismul ipostaziază răul într-un principiu constitutiv al lumii, menite să rămînă întotdeauna, prin natura ei, neîmplinită, imperfectă, întrucît poartă în sine sămînța discordiei, autodistrugerii și lipsei de autenticitate. În plan etic, viziunile pesimiste contestă perfectibilitatea condiției umane, pe care o descriu în culori întunecate, ca iremediabilă zbatere vană împotriva suferinței, iluziei și viciului, sortită eșecului ; din aceste premise decurge o totală neîncredere în viitorul omenirii, în posibilitatea progresului social. Prin analogie cu această semnificație etică a pesimismului, este utilizat uneori și termenul de pesimism gnoseologic (atribuit variantelor de scepticism sau agnosticism), avîndu-se în vedere negarea parțială sau totală a posibilității omului de a cunoaște în mod cert adevărata lume și propria sa ființă. Exprimînd, cel mai adesea, o reacție critică față de mîrginirea optimismului naiv, necritic și mistificator, pesimismul nu este mai puțin unilateral, întrucît absolutizează anumite limite istorice și particulare ale unui context social concret și trecător, atribuindu-le umanității în general. Aceste accente pesimiste-

se întâlnesc în unele mituri ale societății arhaice (Ghilgameș, cutia Pandorei, păcatul originar ș.a.), primind o argumentare filozofică în antichitate (budism, cirenaici, stoicism). Una dintre cele mai notorii expresii sistematice a doctrinei pesimiste apare în filozofia lui SCHOPENHAUER; alți promotori cunoscuți ai pesimismului sînt Ed. von HARTMAN, O. SPENGLER sau filozofii existențialiști.

441. **PESTALOZZI Johann Heinrich** (1746—1827) ● Pedagog elvețian, care, prin ideile sale asupra educației și instrucției copiilor, și-a câștigat un loc de frunte în istoria pedagogiei universale. Metodele sale se încadrează într-o concepție mai largă despre lume și viață — umanismul. După PESTALOZZI, educația trebuie să se adreseze copilului privit ca o entitate intelectuală, fizică și morală. Aspectele morale constituie însă fundamentul pe care se construiește și se modelează întreaga personalitate a copilului. Atmosfera în care se desfășoară actul educațional trebuie să fie asemănătoare cu cea de acasă, iar relațiile dintre profesor și elevi să reproducă, pe cît posibil, pe cele dintre părinți și copii. Pe întreaga perioadă petrecută în școală, aceștia trebuie înconjurați cu dragoste și bunăvoință. Educatorii trebuie să utilizeze, în cadrul procesului instructiv, atît momentele și situațiile apărute spontan, cît și munca pianificată. Ei trebuie să facă apel la judecată, evitînd memorarea cunoștințelor fără înțelegerea lor. Predarea noțiunilor trebuie să se facă de la simplu la complex, trecerea la o etapă superioară fiind posibilă numai după înțelegerea și însușirea cunoștințelor și principiilor din etapa anterioară.

PESTALOZZI a fost unul dintre pedagogii care și-au dat seama de influența exercitată de educație asupra formării și modelării personalității copilului. În afara școlii, dezvoltarea acestuia va fi dominată de impulsuri și forțe senzoriale, care-l vor face, la vîrsta adultă, mai puțin util societății. Concepția educațională a lui PESTALOZZI n-a fost transmisă atît prin intermediul unor lucrări de popularizare, cum ar fi romanul „Leonard și Gertruda”, cît și printr-o serie de scrisori adresate discipolilor, adunate în volumul „Cum își învață Gertruda copiii”.

442. **PETER PAN^(S) sindrom** ● Sindrom descris în 1983 de psihologul american Dan KILEY, ale cărui simptome, exprimate pe plan comportamental, sînt caracterizate prin : iresponsabilitate, angoasă, singurătate, imaturitate psihosexuală, narcisism și infatuare ; pe acest fond se manifestă crize de dezadaptare socială, care evoluează după vîrsta de 30 de ani către descurajare și abandonare.

Inspirat de figura legendară a lui Peter Pan, tînrul fermecător și efeminat care, lipsit de gri-

jile existenței, refuză să crească, să se maturizeze, psihologul american a încercat să înmănușeze în lucrarea sa („The Peter Pan Syndrome”) trăsăturile unui anumit tip de personalitate observată în cursul experienței sale.

Fără pretenții nosologice, definirea sindromului atrage atenția asupra unor particularități psihologice de finețe, care pot fi recunoscute prin analiza modelului comportamental al unor adolescenți și tineri, sugerînd posibile măsuri corectoare din partea psihopedagogilor și familiei.

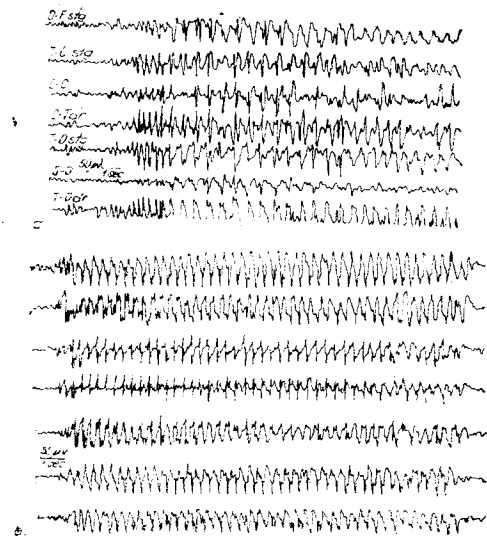
Considerîndu-l ca pe una din sursele inadap-tării sociale a unor indivizi, Dan KILEY afirmă că sindromul devine manifest în jurul vîrstei de 12 ani (la pubertate), simptomele survenînd cronologic în ordinea enumerată, pînă în jurul vîrstei de 30 de ani, care reprezintă pentru autor momentul cînd tînrul ar trebui să renunțe definitiv la gîndirea magică și la complacerea într-un Eu marginal Iresponsabilitatea ia naștere prin aplicarea unor metode educaționale defectuoase în familie, în condițiile în care părinții nu caută să imprime în timp copiilor lor responsabilitatea celor mai simple acte : curățenia, ordinea, buna cuviință. An-goasa își face loc progresiv în viața afectivă a copilului, pînă cînd devine permanentă, avîndu-și originea, după opinia autorului, în dizarmonia conjugală a părinților, în lipsa unui climat de căldură afectivă, a instituirii unui sistem ferm de valori și roluri tradiționale (uneori în ciuda afirmației părinților că au realizat o căsătorie fericită). Singurătatea apare ca rezultat al incapacității acestor subiecți de a-și face prieteni adevărați, fiind atrași de medii obscure, în care devin mai degrabă victime decît membri ai grupului, din cauza posibilităților materiale oferite de părinți (în locul timpului acestora), devenite exploatabile de persoane profitoare. Absența sentimentului de valoare a muncii contribuie în mod esențial la menținerea stării de solitudine. Imaturitatea psihosocială derivă din dificultățile de identificare sexuală ale unui tînr lipsit de relații strînse cu familia, aflat la discreția influențelor dramatice pe care îl au mijloacele mass-media occidentale asupra definirii rolului sexual al individului. Narcisismul și infatuarea permit proiectarea sistematică a fricilor subiectului asupra altei persoane, refugiul în gîndirea magică, evadarea din realitate și adoptarea unor comportamente care frizează bizarul, straniu, împiedicînd astfel relațiile constructive cu semenii săi.

Constituind un mod original de interpretare a anumitor fenomene psihosociale caracteristice societății americane moderne, sindromul descris de Dan KILEY rămîne deschis spre actualitate.

443. **PETHANAIL^(M) Japonia** — DCI Pipetanat ●

Tranchilizant, derivat difenilmetan^{sin.} → PESAL^(M) Japonia.

444. **PETIT MAL** (fr.) ● Formă de epilepsie generalizată, caracterizată prin suspendarea conștiinței pentru o durată scurtă, cu un traseu EEG tipic :



complexe virf-undă 3 c/s, de amplitudine mare (200—500 μ V), generalizate, simetrice, sincrone, cu debut și final brusc, cu o durată de 4—20 secunde, cu mecanism de geneză centrencefalic. Elementele definitorii ale acestei manifestări clinice sînt pierderea bruscă a conștiinței, durată scurtă, întreruperea activității motorii. → EPILEPSIE.

445. **PETIT MAL AKINETIC** — sin. CRIZĂ AKINETICĂ DOOSE ; CRIZĂ AMIOSTATICĂ ; CRIZĂ STATICĂ ● Variantă de petit mal cu suspendarea de scurtă durată a tonusului postural (flectare cap-trunchi, genuchi), care poate antrena căderea → EPILEPSIE.

446. **PETIT MAL MIOCLONIC** ● Variantă de petit mal fără suspendarea conștiinței, constînd în secuse musculare bruste, bilaterale, ale membrilor superioare sau musculaturii periorbitare → EPILEPSIE.

447. **PETIT MAL PROPULSIVE** — sin. BLITZ-KRAMPF ; BLITZNICK ; BLITZNICK UND SALAAM-KRAMPF ; BOALA SPASMELOR ÎN FLEXIE ; CRIZE ECLAIRÉ ; CRIZE PROPULSIVE ; CRIZE SURSAUT ; ENCEFALOPATIE HIPSARITMICĂ ; ENCEFALOPATIE MIOCLONICĂ INFANTILĂ CU HIPSARITMIE ; GIBBS^(B) boală ; HIPSARITMIE ; MASSIVE MIOCLONIC JERKS ; NICK-KRÄM-

PFE ; SPASM INFANTIL ; SPASME INFANTILE RAPIDE DE AFIRMARE ; TICURI DE REVERENȚĂ (MARCHAND) ; TICURI DE TIP SALAAM
sin.
→ WEST^(S) sindrom.

448. **PETIT MAL — status** ● Variantă de petit mal constînd în succesiuni de crize întinse pe un interval de ore, zile, cu modificări variabile ale conștiinței.

449. **PETIT MAL VARIANT** — sin. ENCEFALOPATIE EPILEPTICĂ INFANTILĂ CU VÎRFURI-UNDE LENTE DIFUZE → LENNOX^(S) sindrom.

450. **PETOFOBIE**^(F) (cf. fr. *petter* „a elimina gaze cu zgomot”) → CACOTENOFOBIE^(F).

451. **PETRILOWITSCH Nicolaus** (1924—1970) ● Psihiatru german care, alături de O. KAHN și K. SCHNEIDER, este unul dintre fondatorii noțiunii de psihopatie. Din 1953 este profesor de neurologie și psihiatrie la Main. Abordează, în lucrări deosebite, probleme de psihopatologie, psihoterapie și farmacologie. Dintre lucrările mai importante pot fi citate : „Psihopatologia structurală” (1958), „Anomaliile personalității” (1960), „Psihoterapia vîrstnicului” (1964), „Studii psihofarmacologice” (1966).

452. **PETYLYL**^(M) RDG — DCI *Desipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 10, 11-dihidro-5-*B*-(metilamino)propil-5H-dibenz[*b*,*f*]azepină ; este metabolitul activ al imipraminei, cu aceeași acțiune și aceleași indicații, dar efect mai rapid cu 2—5 zile. Are contraindicațiile timolepticelor. Nu se administrează concomitent cu IMAO.

453. **PEYOTL** ● Cactus american care face parte din așa numitele plante „divinatorii” ; virfui ei uscat conținînd mescalină (substanță psihodislep-tică), planta era folosită de indienii mexicani pentru producerea unei stări de extaz, însoțită de halucinații colorate, în cursul ceremoniilor religioase. Descoperirea mescalinei în acest cactus a fost făcută de RAUTHIER (1956). Efectele psihedelice se produc la o concentrație de 5% a soluției de clorhidrat de mescalină la o doză de 100—500 mg. Ca orice drog, conduce repede la dependență → MESCALINĂ.

454. **PFAUNDLER**^(B) boală — sin. ELLIS^(B) boală ; GARGOLISM ; LIPOCONDRODISTROFIE → HURLER^(S) sindrom → MUCOPOLIZAHARIDOZE.

455. **PFI-LITHIUM**^(M) SUA — DCI *Carbonat de litiu* ● Timoizoleptic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **CARBONAT DE LITIUM**^(M) România.

456. **PFISTER-HEISS**^(T) test — sin. **PIRAMIDE COLORATE**^(T) test ● Metodă experimentală de investigare a personalității, elaborată de cei doi autori în 1950, constând în folosirea unor piramide formate din 24 de pătrate desenate, pe care subiectul trebuie să le acopere cu pătrate de hîrtie colorată puse la dispoziție de examinator. Astfel, subiectul trebuie să realizeze cea mai plăcută și neplăcută piramidă. Se cotează alegerea diferitelor culori, asocierea lor, poziționarea lor în structura piramidei, simetria etc. Corective ale alegerilor sînt legate de vîrsta subiectului. În opinia autorilor, testul poate evidenția și prezența unor tulburări psihice. MEILLI consideră că rezultatele sînt inferioare celor obținute prin testul Rorschach, dar recunoaște că în cazul unor persoane cu un intelect rudimentar sau foarte inhibitate, testul piramidelor se dovedește util prin simplitatea sa.

457. **PFOHL** — interviu ● Formă de interviu structurat, folosit pentru evidențierea trăsăturilor de personalitate, conform cu manualul de diagnostic DSM III (1980), referindu-se la axul al doilea al acestui manual și bazîndu-se pe o stabilire a ratei procentuale.

458. **PHALLOS** ● Zeu al fecundității (la grecii antici), cu sens de personificare (KERNBACH) a organului reproducător. Cultul falic poate fi înținit la toate popoarele primitive.

459. **PHANODORM**^(M) RFG — DCI *Cyclobarbitolum* $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **CICLOBARBITAL**^(M) România.

460. **PHASAL**^(M) Anglia ● Timoizoleptic, sare de litiu $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **CARBONAT DE LITIUM**^(M) România.

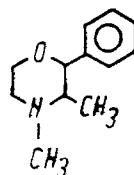
461. **PHASEIN FORTE**^(MC) Austria, Elveția, RFG ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate cu acțiune diferită, dar complementară :

- **ORFENADRINE**^(M) — tranchilizant, derivat difenilmetanic.
- **RESERPINE**^(M) — neuroleptic, derivat de Rauwolfia.

Are acțiune sedativ-anxiolitică.

462. **PHEDOXE**^(M) SUA; **PHEDRISOX**^(M) SUA — DCI *Metamfetamină* ● Psihostimulente cu valențe anorexigene, derivați feniletilaminați de tip (+)-N,α-dimetilfenetilamină, cu acțiune și indicații similare cu ale amfetaminei și același risc al dependenței.

463. **PHEN-70**^(M) SUA — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în astenie, presenilitate, se-



vraj, toxicomanie, obezitate secundară curei neuroleptice, tulburări de dinamică sexuală; este contraindicat în stările de excitație psihomotorie, sarcină, comițialitate.

464. **PHENACTYL**^(M) Polonia — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago-și simpaticolitică. Potențează acțiunea anesteziacelor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **CLORDELAZIN**^(M).

465. **PHENAMIN**^(M) URSS — DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip (+)-α-metilfenetilamină, cu acțiune adrenomimetică indirectă, prin intermediul eliberării de catecolamine (noradrenalină și dopamină), realizînd un efect preponderent stimulator asupra SNC, 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 fără o strictă supraveghere medicală este deosebit de periculoasă.

466. **PHENAZINE**^(M) Canada — DCI *Perfenazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinilalkilfenotiazinic de tip 2-clor-10-β-(2-hidroxi-etil)piperazin-1-β-propilfenotiazină, indicat în endogenii acute și cronice, cu valențe anxiolitic-sedative. Formele depôt se utilizează în terapia de durată, în condiții de ambulator.

467. **PHENCEN**^(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).

468. **PHENCOL**^(M) Japonia — DCI *Fenprobamat* ● Tranchilizant, derivat carbamic de tip 3-fenil-1-propanol carbamat, cu acțiune miorelaxant-sedativă și valențe anxiolitic-anticonvulsivante. Are o bună toleranță, efectele secundare fiind practic nule.

469. **PHENDOREX^(M)** SUA — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen. — ^{sin.} → PHEN-70^(M) SUA.

470. **PHÉNÉDRINE^(M)** Elveția — DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic. — ^{sin.} → PHENAMIN^(M) URSS.

471. **PHENERGAN^(M)** Anglia, Belgia, Elveția, Franța, SUA — DCI *Prometazină* — ^{sin.} → ROMERGAN^(M) România.

472. **PHENERHIST^(M); PHENERJECT^(M)** SUA ● Neuroleptice sedative, derivați fenotiazinici — ^{sin.} PHENERGAN^(M) Anglia → ROMERGAN^(M) România.

473. **PHENOXADRINE^(M)** Franța — DCI *Feniltoloxamină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip N, N-dimetil-2-(α -fenil-0-toliloxi)etilamină, cu marcată acțiune antihistaminică, pe lângă cea tranchilizantă.

474. **PHENOXINE^(M)** Belgia — DCI *Pemolină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, fără efecte simpaticomimetice, cu indicațiile generale ale psihostimulentelor. Nu se administrează în afecțiuni cu componentă depresivă → PSIHOSTIMULENTE.

475. **PHEHTAZINE^(M)** SUA — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen — ^{sin.} PHENDOREX^(M) SUA → PHEN-70^(M) SUA.

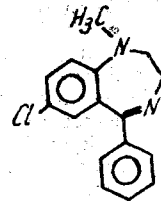
476. **PHEINTERMYL WYNCAPS^(M)** Elveția; **PHEHTROL^(M)** SUA — DCI *Fentermină* ● Psihostimulente, derivați feniletilaminați de tip α,α -dimetilfenetilamină, cu efecte simpaticomimetice și anorexigene, utilizat și în combaterea obezității secundare a cuiu îndelungate cu NL → PSIHOSTIMULENTE.

477. **PHEHTDEX^(M)** Australia — 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.

478. **PHEHTBESE^(MC)** Danemarca ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate cu aceeași acțiune:

- **DEXAMFETAMINE^(M)** — nooanaleptic, derivat feniletilaminic;
 - **METAMFETAMINE^(M)** — nooanaleptic, derivat feniletilaminic.
- Are acțiune psihostimulatoare și anorexigenă.

479. **PHILCORIUM^(M)** Italia — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzodia-



zepin-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).

480. **PHILLIP^(T)** — **scală** ● Scală de evaluare folosită în schizofrenie, care oferă un profil al nivelelor psihodinamice de posibilă adaptare a acestor pacienți. Este alcătuită din date adunate din istoricul pacientului, al bolii și personalității premorbide. Este folosită în predicția comportamentului bolnavilor schizofreni după externare, precum și pentru evaluarea capacității restante de funcționalitate a Ego-ului.

481. **PHILLIPSON^(T) test** ● Metodă proiectivă, imaginată în 1955 de autorul al cărui nume îl poartă; include elemente din testul Rorschach și din T.A.T. Bolnavului i se cere să descrie trei serii de patru plănse alb-negru și color. Interpretarea se face în același mod ca la testele din care autorul s-a inspirat.

482. **PHILOPON^(M)** Japonia — DCI *Metamfetamină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat — ^{sin.} → PHEHTOXE^(M) SUA.

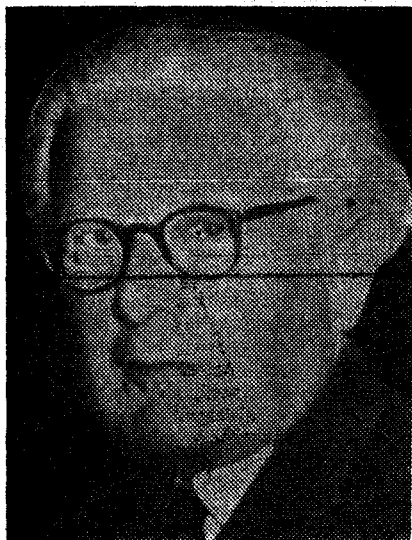
483. **PHOBEX^(M)** SUA — DCI *Benactizină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetanic de tip 2-dimetilaminoetilbenzilat, cu acțiune anxiolitic-sedativă medie, dar cu bune efecte anticolinergice centrale și periferice. Este util a se cunoaște acțiunea sa proconvulsivantă și interdicția consumului de alcool în timpul tratamentului.

484. **PHRENASTENIA PARETICO-APHASICA TARDA** — ^{sin.} DEMENTIA INFANTILIS; SCHIZOPHRENIA INFANTILIS — ^{sin.} HELLER-WEYGAND^(B) boală.

485. **PI** — ritm EEG (de la numele literei p din alfabetul grecesc) ● Activitate electrică cerebrală făcând parte din banda undelor delta, caracteri-

zîndu-se printr-o frecvență de 2—3 c/s, amplitudine mare, apariție izolată printre undele alfa. Se poate suprapune cu undele alfa, dînd traseului un fals aspect de complex vîrf-undă. Se blochează ca și ritmul alfa la deschiderea ochilor. Ritmul (sau undele) „pi” a fost observat de HENRY, HILL și WALTER, iar Yvette GASTAUD (1955) a făcut un studiu complex asupra semnificației acestor unde, supranumite și „unde lente ale adultului tînar”. Pînă la 14 ani sînt frecvente pe electroencefalogramele copiilor sănătoși, reprezentînd o etapă în maturarea ritmurilor posterioare. După această vîrstă diminuează procentual, iar între 19—22 de ani se mai întîlnesc numai la a zecea parte din bolnavii cu afecțiuni psihiatrice (ARSENI, ROMAN, 1986). NARDILI și CONN corelează prezența acestor unde cu un comportament agresiv, iar TIMSIT și KONINKX le pun în relație cu imaturitatea personalităților isterice.

486. **PIAGET Jean** (1897—1980) ● Psiholog elvețian, care prin originalitatea, diversitatea și vastitatea operei sale a devenit una dintre personalitățile de frunte ale științei contemporane. Excepțional dotat pentru cercetare, PIAGET și-a



Jean Piaget

început activitatea științifică timpuriu, publicîndu-și prima lucrare la vîrsta de 10 ani. Atras de zoologie, pe care o urmează la universitate în același timp cu auzierea cursurilor de filozofie, își ia doctoratul la 21 de ani, cu o lucrare asupra moluștelor. Din acest moment însă, preocupările

sale se îndreaptă spre psihologie, mai ales spre psihologia inteligenței. Cale de mediere a interesului său pentru biologie și pentru epistemologie, cercetările asupra dezvoltării intelectuale, asupra genezei inteligenței, au continuat vreme de 40 de ani. După PIAGET, dezvoltarea intelectuală a copilului parcurge patru stadii principale: stadiul senzorio-motor (0—2 ani), stadiul preoperațional (2—7 ani), stadiul operațiilor concrete (7—12 ani), stadiul operațiilor formale (peste 12 ani). Cercetările sale asupra genezei inteligenței sînt expuse într-o serie de lucrări ca: „Limbajul și gîndirea la copil” (1923), „Nașterea inteligenței la copil” (1936), „Psihologia inteligenței” (1947) etc. Lucrările lui PIAGET, sintezele sale teoretice au constituit sursa unor noi cercetări prin care s-a căutat completarea unor aspecte din teoria sa sau elaborarea unor ipoteze care să ducă la perfecționarea acesteia. După 1947, preocupările lui PIAGET se orientează mai mult spre filozofie, logică și epistemologie. În 1955, el înființează un Centru Internațional de Epistemologie Genetică, reunind atît psihologi, cît și specialiști în logică, matematică, filozofie. Într-un cadru interdisciplinar, s-a urmărit felul în care iau naștere și se dezvoltă diferitele modalități de cunoaștere științifică. Rezultatele activității acestui centru s-au concretizat prin publicarea a 12 volume din „Epistemologia genetică”.

487. **PIAMATER** (lat. „mamă iubitoare”) ● Membrană vasculară fină ce acoperă întreaga suprafață a sistemului nervos central (encefal + măduva spinării).

488. **PIATNITSCHI^(S) sindrom** ● Modificare a reactivității, survenită în narcomanii, care include: schimbarea formei de utilizare a substanței, modificarea toleranței față de ea, a modului de percepere a stării de „beție narcomanică”, dispariția reacțiilor de apărare față de supradozaj. După BLEIHER, această modificare apare, alături de sindroamele de dependență fizică și psihică, în clinica oricărei toxicomanii.

489. **PIBLOTOK** ● Manifestare comportamentală determinată de anumite condiții socio-culturale, încadrabilă în caracterul simptomelor isterice → ISTERIE.

490. **PICA** (cf. lat. *pica* „coțofană”; această pasăre are obiceiuri alimentare neobișnuite, ingerînd substanțe necomestibile) — sin. ALOTRIOFAGIE, CITOZIS, EPITIMIE ● Pervertire a simțului gustativ, constînd din ingerarea de substanțe necomestibile: geofagie (ingestie de pămînt, de argilă), pagofagie (ingestia de gheață), amidofagie (ingestia de amidon) etc.; nu are neapărat o semnificație psihopatologică. Astfel, la femeile gravide, ea denotă carența unui oligoelement (cele

cu hipocalcemie simt nevoia să mănânce var). La copilul mic reprezintă o explorare pe cale bucală a obiectelor (dacă însă pica persistă după opt luni, este patologică). La copiii peste 6 ani, are semnificație psihopatologică certă; poate apărea și în isterie, fără a avea însă valoare patognomonică. În schizofrenie apare ca o bizarerie comportamentală, incomprehensibilă. Poate fi, de asemenea, prezentă la oligofreni. Ocazional este întâlnită și în nevroză.

Ingestia substanțelor necomestibile produce tulburări de absorbție intestinală care conduc la carențe cu repercusiuni nefaste. Pica trebuie diferențiată de geotragie, obicei descris de SAVEDRA-ESCOBAR la unele popoare primitive, constând în a mesteca pământ. Trebuie de asemenea diferențiată de picacism, care este termenul generic pentru coprolagnie și urolagnie.

491. PICARD^s simptom ● Fugă de idei (tahipsihie) întâlnită în epilepsia jacksoniană, considerată de autorii al cărui nume îl poartă drept o echivalență epileptică.

492. PICHON Eduard (1890—1940) ● Psihiatru și psihanalist francez. A studiat medicina la Paris, fiind atras inițial de pediatrie, domeniu în care își susține, în 1924, teza cu titlul „Les rhumatismes cardiaque évolutif et son traitement”. Ulterior a fost preocupat de psihiatria copilăriei, principalele sale lucrări în acest domeniu fiind: „Sur les traitements psychothérapiques cours d'inspiration freudienne chez les enfants” (1928), în colaborare cu PARCHEMINEY; „Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent” (1936); „Le bégaiement, sa nature et son traitement” (1937), în colaborare cu BOREL-MAISONNY. Legat de mișcarea psihanalitică franceză, printre al cărei fondatori este, în ultima parte a vieții sale va fi președintele „Comisiei pentru unificarea vocabularului psihanalitic francez”.

493. PICK Arnoïd (1851—1924) ● Neuropsihiatru ceh; a fost student al facultății de medicină din Viena, coleg cu MEYNFERT ambii elevi ai lui WESTPHAL. A terminat facultatea în 1875, fiind atras de studiul anatomopatologic al bolilor sistemului nervos și, implicit, de patologia neurologică și psihiatrică. În 1886 devine profesor de psihiatrie la Universitatea din Praga, continuând să se preocupe de problemele anatomopatologice. Studiile sale asupra măduvei spinării au fost sintetizate într-un articol publicat împreună cu KAHNER, dar cea ce i-a consacrat numele a fost studiul afaziei și localizării ei; în acest sens, la Congresul Internațional de la Amsterdam din 1907, a descris atrofia „circumscriasă” regiunii frontoparietale însoțită de slăbirea intelctului. Doi ani mai târziu, după moartea sa, în 1926, ONARI și

SPATZ au definitivat tabloul clinic și anatomopatologic al acestei boli, pe care au denumit-o „boala Pick”.

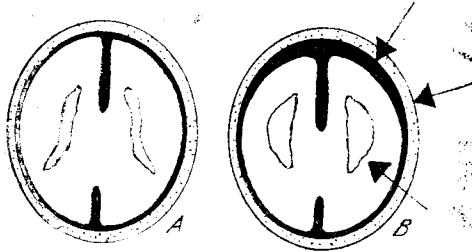
494. PICK-ALZHEIMER^(s) sindrom ● Denumire dată cazurilor de demență presenilă când datele clinice nu se sprijină pe coroborările anatomopatologice, propusă de T. SJÖGREN și N. SJÖGREN în 1952. Prin descrierea acestui sindrom amalgamat, cei doi autori au vrut să sublinieze dificultățile de delimitare netă a celor două forme de demență. În momentul de față, când conceptul de „alzheimerizare” a demențelor este unanim acceptat, se confirmă buna intuiție a autorilor citați.

495. PICK^(B) boală ● Demență presenilă, ale cărei leziuni atrofice bilaterale ating electiv regiunile fronto-temporale (respectiv întotdeauna treimea posterioară a primei circumvoluțiuni temporale) și realizează un sindrom demențial cu intensitate progresivă, caracterizat prin prezența sindromului frontal, a stereotipiilor gestuale și verbale, precum și a tulburărilor de limbaj.

Primele cazuri au fost studiate și descrise de PICK între 1892 și 1904, iar primele cercetări histografice ale acestei forme mai rare de demență au fost realizate de ALZHEIMER în 1911; în 1926, ONARI și SPATZ completează tabloul anatomoclinic al bolii și o denumesc ca atare.

Etiopatogenia bolii rămâne și astăzi necunoscută, iar transmiterea ereditară (dominantă) este insuficient demonstrată, aducând în discuție prezența a numeroase cazuri de demență Alzheimer sau boli neurologice degenerative în familiile bolnavilor (coree Huntington etc.). Boala, mai frecventă la femei, debutează insidios în jurul vârstei de 50 de ani, fiind mai rară decât boala Alzheimer. Debutul este progresiv, putând dura câțiva ani, cu instalarea unor tulburări pseudoneurastice în care modificările afectivității sînt pe prim plan: exaltare cu euforie puerilă, iritabilitate evoluind pe un fond dispozițional de apatie și asponaneitate, pierderea inițiativei, apariția stereotipiilor și perseverărilor. Tulburările de gândire sînt expresia modificării profunde a funcțiilor de sinteză, avînd drept consecință sărăcirea bagajului noțional, care în planul limbajului se exteriorizează prin pierderea spontaneității și apariția unor stereotipii verbale. Perturbările comportamentului îmbracă frecvent în această perioadă acte cu implicații medico-legale, avînd ca tematică sexualitatea. Modificarea instinctului alimentar (bulimia) atrage după sine, de la debut, creșterea ponderală importantă. Perioada de stare se instalează după 2—5 ani, cînd devin evidente, pe lângă sindromul demențial comun, următoarele elemente clinice: tulburări de activitate de tip moriatic; stereotipii gestuale; voracitate alimentară; absența totală a conștiinței bolii; tulburări

de limbaj, manifestate sub forma afaziei amnestice, la care se pot asocia tulburări de înțelegere, stereotipii și iterații verbale. Progresiv, limbajul diminuează până la stadiul final de mutism akinetic. Este caracteristică absența dezorientării spațio-temporale, a producțiilor delirant-halucinatorii, neexistând tulburări de tip apatic. Examenul neurologic rămâne negativ până în stadiul terminal (5—10 ani), când poate apărea un sindrom piramidal sau extrapiramidal.



Secțiune: A — normală; B — caracteristică afecțiunii.

Autorii americani apreciază că atât tabloul clinic, cât și evoluția bolii sînt similare demenței senile și bolii Alzheimer. În opinia acestei școli de psihiatrie, criteriile de diferențiere nu pot fi puse în evidență în timpul vieții pacientului, ci numai prin examenul anatomic-patologic. Leziunile anatomice din boala Pick se constituie ca atrofii focale bilaterale circumscrise zonei fronto-temporale (neoformațiuni corticale), cu o delimitare precisă. Pe plan histologic, în zonele atrofice se constată o disocierție difuză a neuronilor, mai ales în straturile superficiale, cu o intensă glioză astrocitară subcorticală; în funcție de gradul de atrofie, se distinge o spongioză difuză, balonizări neuronale la marginea zonelor atrofice, demielinizare difuză. Trebuie subliniată absența leziunilor de tip senil (plăci senile, degenerescență neurofibrilară și degenerescență granulo-vacuolară) ca notă caracteristică a acestei boli. Poate apărea și atrofia capului nucleului caudat, iar cornul lui Ammon poate fi, mai rar, sediul unor leziuni severe. Dintre examenele paraclinice utile diagnosticului pozitiv, pneumoencefalograma nu evidențiază de cele mai multe ori decît modificări ale traseului de bază, fără semne focale (MÜLLER). Diagnosticul diferențial se face în special cu boala Alzheimer, paralizia generală și sindromul demențial din arterioscleroza generală precoce. Tratamentul este numai de susținere → DEMENȚE.

496. PICK⁽¹⁾ iluzii → PICK^(S) sindrom.

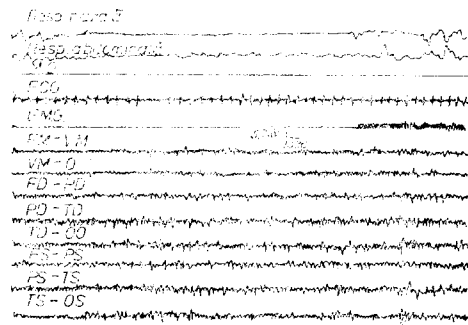
497. PICK^(S) simptom ● Tulburare gnozieică apărută în leziunile de emisfer major, care constă în dezorientarea bolnavului în raport cu corpul său → AGNOZIE TOPOGRAFICĂ.

498. PICK^(S) sindrom ● Halucinații vizuale dinamice, combinate cu metamorfopsii, care apar de obicei ca urmare a leziunilor în focare profunde ale tegmenului pontin, putînd ajunge pînă la nivelul ventriculului al IV-lea. Bolnavul are senzația deplasării obiectelor dincolo de pereții camerei care, la rîndul lor, suferă transformări (curburi, mișcări). Aceste aparente tulburări de vedere se asociază cu nistagmus și diplopie. Unii autori denumesc acest sindrom vestibular (G. UȘAKOV, 1976) „iluzia lui Pick”, denumire pe care o considerăm inadecvată, întrucît bolnavul nu are o atitudine critică față de trăirile sale halucinatorii. A fost descris în 1909.

499. PICKFORD^(T) test ● Metodologie de investigație folosită în clinica infantilă, avînd la bază proiecția. Testul constă în 20 de serii de cîte șase desene care înfățișează copii aflați în diverse situații. Investighează mai ales relațiile micului pacient cu membrii familiei, cu mediul școlar și cu ceilalți copii. A fost introdus în practică de R. W. PICKFORD în 1963.

500. PICKWICK^(S) sindrom ● Sindrom întîlnit în special la bărbați, între 50—60 de ani, caracterizat prin obezitate, adormire spontană episodică diurnă, pauze respiratorii (de origine centrală), cianoză, policitemie, tremurături fine ale extremităților; asemănările cu comportamentul personajului dickensian din „Papers of the Pickwick Club” l-au făcut pe BURWELL (1959) să propună acest nume sindromului identificat și descris în 1936 de KERR și LAGEN.

501. PICKWICK — tip de personalitate ● Încercare de descriere a unui tip particular de personalitate premorbidă la bolnavi care fac sindrom pickwickian, realizată de V. PETERS și H. REIGER (1976). După autorii americani, aceste personalități sînt caracterizate prin optimism, sociabilitate



Stadiul II NREM

ÎNREGISTRARE EEG SINDROM PICKWICK

tate, bonomie, vioiciune fizică și psihică, simț practic și multiple reușite, dublate însă de o lipsă totală de măsură în ceea ce privește alimentația. Această delimitare a unei „personalități specifice” a fost făcută de cei doi autori în ideea încadrării sindromului respectiv în grupul bolilor psihice. Autorii insistă asupra modificărilor pe care evoluția îndelungată a sindromului o are asupra personalității, prin „marcarea” organică a acesteia. Astfel, sînt caracteristice tulburările afective: explozivitatea, brutalitatea în relațiile interpersonale, apariția unor comportamente antisociale și a tendinței de vagabondaj.

502. **PICNIC** — tip (cf. gr. *pyknos* „gros, îndesat”) ● Tip de personalitate, delimitat de KRETSCHMER după criterii constituțional-corporale, asociat cu predispoziție psihopatologică. Se caracterizează, în opinia lui KRETSCHMER, prin predominarea diametrelor transversale asupra celor longitudinale; mic de înălțime, cu sistem osteomuscular plăpînd, țesut adipos accentuat pe trunchi, membre scurte și subțiri, conformația feței rotundă, gît scurt și gros. În plan psihologic, prezintă caracteristici ciclotimice: alternanță între hiperactivitate, euforie și depresie, atonie. Are predispoziție patologică spre psihoza maniaco-depresivă. În clinică se constată o frecvență mare a tipului picnic la subiecții cu PMD; după MAUZ, 64% din maniaco-depresivi sînt de biotipologie picnică. Picnicul descris de KRETSCHMER corespunde picinului din clasificarea lui PENDE, combinației între digestiv și muscular din tipologia lui SIGAUD și endomorfului descris de SHELDON.

503. **PICNOLEPSIE^(s)** sindrom (cf. gr. *pyknos* „frecvent”; *lepsis* „acțiunea de a prinde, acces, atac”) ● Inhibiție brutală a tonusului muscular în absența somnului; unii autori (germani) acreditează ideea unei forme de petit mal → CATA- PLEXIE.

504. **PICROTOXIN^(DC1)** ● Alcaloid extras din *Anamita cocculus*, avînd efect stimulator asupra sistemului nervos central, prin antagonism selectiv cu un inhibitor al acestuia (probabil GABA); are un potențial convulsivant crescut, fapt care a determinat reducerea utilizării sale clinice (deși în trecut era inclus în terapia intoxicațiilor cu substanțe care deprimă sistemul nervos central).

505. **PICTOGRAFIE** (cf. lat. *pictus* „pictat”; gr. *graphein* „a scrie”) ● Sistem de comunicare grafică care precede scrierii, constînd în reprezentarea figurativă, realistă, a obiectelor, ființelor și acțiunilor. Imaginile nu redau cuvinte, ci semnificația lor obiectuală. Pictografia a corespuns modului de gîndire primitiv, fundamentată de reprezentări și imagini concrete, așa cum le oferă cunoașterea empirică a realității, percepția senzo-

rială („logica sensibilului”, în denumirea lui Cl. LÉVI-STRAUSS). Ulterior, s-a ajuns la scrierea modernă fonografică și convențională, trecîndu-se prin scrierea ideografică.

În patologia psihiatrică, pictografia apare în special în schizofrenie, fiind determinată de o caracteristică a gîndirii schizofrenice: pierderea capacității de a opera cu idei abstracte, în favoarea utilizării ideilor concrete.

506. **PIERCE Charles Sanders** (1839—1914) ● Chimist și filozof american. A absolvit Universitatea Harvard în 1859, iar școala de științe *Lawrence* — în 1863, obținînd licența în chimie. Din 1879 a fost lector al Universității *John Hopkins*, unde a activat pînă în 1884. Ulterior, s-a retras la *Milford*.

Lucrările sale de filozofie au drept teme epistemologia, metoda științifică, metafizica, cosmologia, etica, logica. În articolul său fundamental privind „arhitectura teoriilor”, el susținea că domeniul cunoașterii poate fi caracterizat în măsura în care afirmațiile generale pot fi dovedite ca adevărate și că toate cunoștințele depind de logica în virtutea căreia această caracterizare este posibilă. Teoriile sale asupra pragmatismului au avut un răsunset important asupra lui W. JAMES și J. DEWEY și a altor membri ai școlii funcționaliste. PIERCE considera pragmatismul o teorie a înțelegerii și nu a adevărului, un principiu al definiției științifice prin care conceptele pot exista ca evenimente observabile în anumite condiții. El a subliniat aspectul utilitarist al științei și al cunoașterii.

507. **PIÉRON Henry** (1881—1964) ● Psiholog francez, considerat a fi întemeietorul docimologiei (disciplină științifică care își propune studierea metodelor de examinare școlară). După moartea lui BINET, în 1912, îi succedă la conducerea Laboratorului de psihologie de la Sorbona. În 1923 este numit profesor la catedra de psihologia senzațiilor de la Collège de France. Aria preocupărilor științifice ale lui H. PIÉRON este cuprinzătoare, predominant fiind interesul său pentru psihologia senzațiilor și a percepțiilor. Ca urmare a cercetărilor efectuate în acest domeniu, publică lucrări ca „Legea percepției vizuale” (1920) și „Senzația, călăuză a vieții” (1955). Convins că psihologia diferențială constituie fundamentul pe care trebuie să se bazeze toate disciplinele psihologiei aplicate, elaborează lucrarea „Psihologia diferențială”, apărută în 1949. PIÉRON s-a făcut cunoscut mai ales prin participarea sa ca autor principal și editor al „Tratatului de psihologie aplicată”, lucrare care, prin actualitatea cunoștințelor și modul de prezentare, a constituit multă vreme ghidul practic de activitate pentru psihologii de limbă franceză. Dintre lucrările mai importante ale lui PIÉRON amintim: „Problema fiziologică

a somnului" (1913), „Creierul și gândirea" (1925), „De la actinie (anemona de mare) la om" (1958). A fost fondatorul Institutului de Studiu al Muncii și Orientare Profesională. Prin întreaga activitate științifică desfășurată, PIÉRON s-a afirmat ca un reprezentant de frunte al psihologiei franceze, fiind primul președinte al Uniunii Internaționale de Psihologie Științifică (1951 — 1954).

503. **PIERRET-ROUGIER^(S) sindrom** ● Triadă de manifestări psihice, constând în delir paranoid, psihomanie, halucinoze, întâlnite la bolnavii cu tabes dorsali.

509. **PIGMALIONISM** (vezi *Pygmalion* — sculptor legendar, care se îndrăgostește de propria lui creație, statuia unei femei) ● Perversiunea sexuală constând în obținerea satisfacției sexuale prin masturbare în fața unei statui sau prin raport sexual cu manechine → **AZOFILIE**.

510. **PIGUIN^(MC)** Grecia ● Produs terapeutic conținând două medicamente tipizate cu aceeași acțiune, care se completează :

- **MEPROBAMAT^(M)** — tranchilizant, derivat propandiolic ;
- **DIAZEPAM^(M)** — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

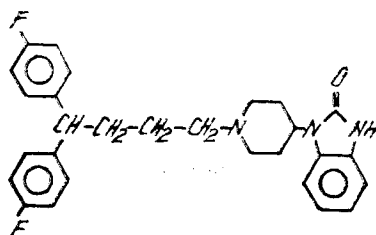
Are acțiune anxiolitică și sedativ-miorelaxantă.

511. **PILTZ** — reflex ● Midriază consecutivă concentrării bruște prosexice.

512. **PIMAL^(M)** Australia — DCI *Meprobam* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol 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 contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putând apărea un „mic sindrom de abstenență". Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **MEPROBAMAT^(M)**.

513. **PIMOTID^(M)** Finlanda — DCI *Pimozid* ● Neuroleptic, derivat difenilbutilpiperidinic → **PIMOZID^(DCI)**.

514. **PIMOZID^(DCI)** ● Neuroleptic incisiv, derivat difenilbutilpiperidinic de tip 1-11-14, 4-bis(p-fluorofenil)butil-4-piperidin-2-benzimidazolinonă, cu acțiune antipsihotică și anxiolitică. Este indicat în tratamentul de întreținere al psihozelor cronice, unde se va asocia cu un neuroleptic sedativ, neavând efecte sedative. Efectele secundare sînt modeste, iar apariția sindroamelor extrapiramidale este rară. Nu se administrează la gravide. Consti-



tuie principiul activ al unor produși farmaceutici, dintre care :

- Cele mai cunoscute sînt :

ORAP^(M) Anglia, Austria, Belgia, Danemarca, Canada, Elveția, Finlanda, Franța, Italia, Japonia, Ungaria.

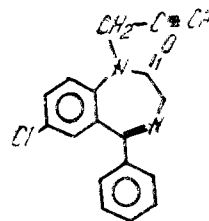
ORAP FORTE^(M) Austria, Belgia, Elveția, Italia, Iugoslavia, Olanda, Portugalia, RFG.

- Alți produși întîlniți :

NOROPPEN^(M)	Turcia
OPIRAN^(M)	Franța
ORALEP^(M)	Israel
ORAP 24^(M)	Argentina
ORAP FUERTE^(M)	Spania
ORAP NORMAL^(M)	Spania
PIMOTID^(M)	Finlanda
PIRIUM^(M)	Grecia

515. **PINATE^(M)** Japonia — DCI *Pipetanat* ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-piperidin-etanol benzilat, cu acțiune sedativ-anxiolitică mai modestă comparativ cu acțiunea anticolinergică. Este indicat în nevroze cu fenomene vegetative, cenestopatii, afecțiuni psihosomatice. Are acțiune proconvulsivantă; este contraindicat consumul de alcool în timpul tratamentului.

516. **PINAZEPAM^(DCI)** ● Derivat benzodiazepinic, de tip 7-clor-1, 3-dihidro-5-fenil-1-(2-propinil)-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxioli-



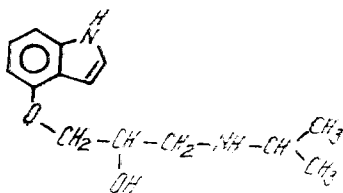
tic-sedativă, de o bună toleranță. Este indicat în nevroze anxioase, cenestopatii, medicină psihosomatică. Datorită bunei toleranțe este utilizat

la copii și vîrstnici. Conține principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

DOMAR^(M) Italia
DUNA^(M) Spania

517. **PINBIN^(M)** Japonia — 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.

518. **PINDOLOL^(DC1)** ● Betablocant de tip 1-(indol-4-iloxi)-3-(isopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietate cu componentă somatică, alcoo-



lism, adjuvant în combaterea sevrărilor. Nu se administrează în depresii și nici concomitent cu IMAO. Conține principiul activ al mai multor produși farmaceutici, dintre care :

● Cel mai cunoscut este :

VISKEN^(M) Anglia, Austria, Canada, Coreea, Danemarca, Elveția, Franța, Grecia, Italia, Iugoslavia, Ungaria, SUA, RFG.

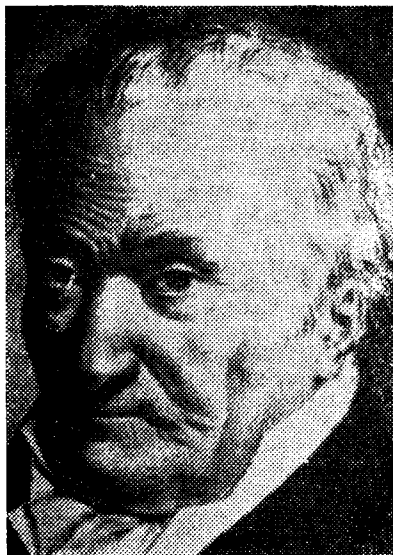
● Alți produși sînt :

BEDRENAL^(M)	Elveția
BETADREN^(M)	Elveția
CARVISKEN^(M)	Japonia
DECRETEN^(M)	Elveția
PINDOMEX^(M)	Finlanda
PINLOC^(M)	Finlanda
VISKEEN^(M)	Olanda
VISKEN MITE^(M)	RFG
VISKEN-QUINZE^(M)	Franța
VISKEN RETARD^(M)	RFG
VISKENE^(M)	Portugalia

519. **PINDOMEX^(M)** Finlanda — DCI Pindolo ● Betablocant, derivat propandiolic → PINDOLOL^(DC1).

520. **PINEL Philippe (1745—1826)** ● Fondator al psihiatriei în Franța, a urmat studiile clasice la colegiul din Lavour, apoi studii religioase la colegiul din Toulouse, pe care le-a abandonat pentru a studia medicina. Și-a desăvîrșit pregătirea medicală la Toulouse și Montpellier, debutînd destul de modest în cariera sa, ca director al Re-

vistei de sănătate din Paris, ocazie cu care a tradus și publicat opere aparținînd lui CULLEN și BAGLIVI, cu răsunet ulterior în lucrarea sa „Nosografie filozofică”. Din 1786 a început să se ocupe de tratarea bolilor mintale în Casa de sănătate a lui S. BELHOMME, iar în 1793 a lucrat ca medic la ospiciul Bicêtre. Un an mai tîrziu a fost numit profesor adjunct de fizică medicală și de igienă la Școala de sănătate din Paris, pentru ca în 1795 să fie numit medic șef la spitalul Salpêtrière, unde a rămas pînă la moarte. Membru al Institutului din 1803, a fost decorat de Napoleon în 1805 ca „Medic Consultant al Împăratului” și cu Ordinul Saint Michel (1818). Destituirea din funcția de profesor în 1822, precum și o serie de psihotraume familiale, au premers instalării unor ramolimente cerebrale care, în final, au conturat tabloul unei demențe arteriopatie.



Philippe Pinel

În istoria medicinei, PINEL rămîne cunoscut ca nosograf și clinician. Lucrarea sa „Nosographie philosophique ou Méthode de l'analyse appliquée à la médecine” (1798) se bazează pe clasificarea bolilor mai puțin după simptome, cît după organele lezate, concepție cu o înfrînire vizibilă asupra studiilor anatomice din lucrările lui Xavier BICHAT. În privința bolilor mintale, PINEL nu îndrăznește să le introducă într-o nosografie medicală, dar le clasifică în mod diferit de CULLEN, în „Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale” (1807). Tratatul se referă mai ales la manie, care era considerată de PINEL ca modelul cel mai tipic și cel

mai frecvent, în el fiind subliniate cauzele alienării, care pot fi „predispozante” sau „ocasionale”. Autorul nu este adeptul unei organogeneze cerebrale directe, dar consideră că tulburările mintale sînt consecutive unor atingeri viscerale provocate de emoții și pasiuni, configurînd astfel un fel de teorie periferică a emoțiilor.

În a doua ediție a „Tratatului medico-filozofic” (1809), clasificarea bolilor mintale este abordată la nivelul comportamentului, mergînd de la perturbarea psihică cea mai ușoară, la cea mai gravă. Astfel, autorul descrie melancolia simplă sau delirul parțial, mania sau delirul generalizat, demența sau slăbirea intelectuală generalizată și idiotismul.

Fire pragmatică, PINEL a exercitat o influență considerabilă asupra organizării tratamentului bolnavilor psihici. El a dezvoltat aplicarea „tratamentului moral”, pus deja în practică de medicii engiezi, arătînd importanța relațiilor cu mediul familial, social și spitalicesc în declanșarea, persistența și agravarea bolii mintale, și a insistat asupra necesității participării medicului la administrația spitalicească, fiind un precursor al reglementării psihiatrice care-și va găsi cadrul legislativ definitiv după 12 ani de la moartea sa.

521. **PINLOC**^(M) Finlanda — DCI *Pindolol* ● **Betablocant**, derivat propandiolic → **PINDOLOL**^(DCI)

522. **PINNES**^(M) Japonia — DCI *Pipetanol* ● **Tranchilizant**, derivat difenilmetan de tip 1-piperidin-etanol benzilat, cu acțiune sedativ-anxiolitică mai modestă comparativ cu acțiunea anticolinergică. Este indicat în nevroze cu fenomene vegetative, ceneștopatii, afecțiuni psihosomatice. Are acțiune proconvulsivantă; este contraindicat consumul de alcool în timpul tratamentului.

523. **PINTNER-PATERSON**^(T) — **scală** ● Test nonverbal de inteligență, elaborat de R. PINTNER și D. PATERSON, descris în lucrarea „A Scale of Performance Tests” (1925). Conține 15 subteste aplicate individual unor subiecți a căror vîrstă este cuprinsă între 4—15 ani (cu eficacitate maximă între 6—12 ani). Subiectului i se cere să reconstituie o serie de figuri sau ilustrații (de exemplu, placa lui Séguin, cuburile Kohs, calul și mînzul, manechinul, profilul etc.), notîndu-se timpul și corectitudinea execuțiilor, combinațiile, numărul de erori; în final, se obțin 23 de variabile calculîndu-se pe baza lor vîrsta mintală care, raportată la cea cronologică, permite aprecierea coeficientului de inteligență și, în mod corespunzător, a nivelului de inteligență ale subiectului examinat.

În practica curentă se utilizează mai mult sub forma Pintner-Cunningham, ca test de inteligență generală. Unele subteste ale scării Pintner-Paterson a parțin altor autori; la rîndul lor, subtestele

create de PINTNER și PATERSON au fost preluate și de alți autori pentru a fi înglobate în alte scale de performanță. Scala Pintner-Paterson se înscrie în categoria scalelor de performanță non-verbale, alături de testul Raven, cuburile Kohs, labirintele Porteus, testul mozaic al lui R. Gille, scara G. Arthur.

524. **PIOXOL**^(M) Canada — DCI *Pemolină* ● **Psihostimulent**, derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, fără efecte simpatomimetice; indicațiile generale sînt cele ale psihostimulentelor. Nu se administrează în afecțiuni cu componentă depresivă → **PSIHOSTIMULENTE**.

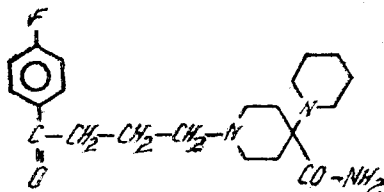
525. **PIOTROWSKI**^(S) **sindrom** ● **Sindrom evidențiat prin testul Rorschach**, întîlnit la subiecți cu afecțiuni cerebrale organice. Principalele semne sînt: randament scăzut, cu diminuarea numărului de răspunsuri și lentoare, reducerea numărului de răspunsuri referitoare la formă (F) și dificultăți de a le explica, perseverări cu repetarea aceluiași răspuns pentru mai multe planșe, ezitări, perplexitate, incertitudine.

526. **PIPAMAZINE**^(DCI) ● **Derivat fenotiazinic de tip 10-13-(4-carbamoilpiperidino)propil-2-clorfenotiazină**, cu acțiune sedativ-anxiolitică, cu o bună toleranță. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

|| **MORNIDINE**^(M) SUA **NOMETINE**^(M) Franța.

|| **NAUSIDOL**^(M) Franța

527. **PIPAMPERONE**^(DCI) ● **Neuroleptic**, derivat butirofenonic de tip 1'-13-(p-fluorbenzoi)-Propil/1,4'-bipiperidin-4'-carboxamidă, cu acțiune sedativă și valențe hipnotice, indicat, în aso-



ciere cu NL incisive, în tratamentul psihozei acute productive. Contraindicațiile sînt cele ale NL sedative → **BUTIROFENONE**. Constituie principiul activ al mai multor produși farmaceutici, dintre care:

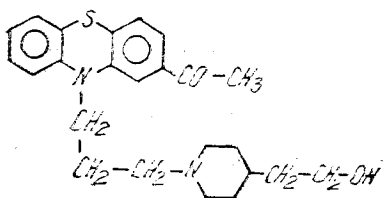
● Cel mai cunoscut este:

DIPIPERON^(M) Austria, Belgia, Danemarca, Elveția, Grecia, Mexic, Olanda, RFG

● Alți produși sînt înfînțiți sub numele de:
 DIPIPERAL^(M) Argentina
 DIPIPERON^(M) Franța
 PIPERONIL^(M) Italia
 PIPERONYL^(M) RFG
 PROPITAN^(M) Japonia

528. PIPENAL^(M), PIPENATE^(M) Japonia — DCI
 Pipetanat ● Tranchilizant, derivat difenilmetan
 sin.
 → PINNES^(M), PINATE^(M) Japonia.

529. PIPERACETAZINE^(DCI) ● Derivat fenotiazinic de tip 10-/3-14-(2-hidroxietyl)-1-piperidinol-propil-fenotiazin-2-il metil ketonă, cu acțiune sedativ-anxiolitică, recomandat pentru buna sa



tolerantă; este indicat în psihogenii, reacții, afecțiuni psihosomatiche. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

ACTAZINE^(M) Belgia
 PSYMOD^(M) SUA
 QUIDE^(M) Canada

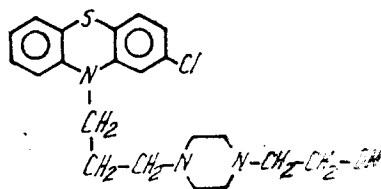
530. PIPESANE^(M), PIPETHARON^(M) Japonia — DCI Pipetanat ● Tranchilizante, derivați difenilmetan — sin. PIPENAL^(M), PIPENATE^(M) Japonia
 sin.
 → PINNES^(M), PINATE^(M) Japonia.

531. PIPNODINE^(M) Japonia — DCI *Perlapin* ● Tranchilizant cu structură chimică aparte, de tip 6-(4-metil-1-piperazinil)morfantridină, cu acțiune anxiolitică și moderat sedativă, cu o bună toleranță.

532. PIPOLPHEN(E)^(M) Ungaria — 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).

533. PIPOTIAZINE^(DCI) ● Neuroleptic polivalent, derivat fenotiazinic (piperidilalkilfenotiazinic) de tip 10-/3-14-(2-hidroxietyl)piperidinpropil-N,N-dimetilfenotiazin-2-sulfonamidă, cu acțiune marcat antipsihotică și sedativă medie. Este indicat în psihoze acute, cronice și deosebit de util în schizofrenii paranoide, psihoze halucinatorii

cronice. Are efecte secundare moderate pentru produsul de tip retard, datorită absorbției lente, și obișnuite pentru produsul de tip standard.

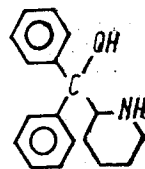


● Cel mai cunoscut este:
 PIPORTIL^(M) Belgia, Franța, Olanda, Spania
 ● Dintre produsele depôt similare pot fi enumerate:

Pipotiazine undecylenate^(DCI): MI-LONSERÉN^(M) Spania
 PIPORTIL M2^(M) Franța
 PIPORTIL MEDIUM-2^(M) Belgia

Pipotiazine palmitate^(DCI): LONSERÉN^(M) Spania
 PIPORTIL INJ.^(M) N. Zeelandă
 PIPORTIL L4^(M) Franța
 PIPORTIL LONGUI-1-4^(M) Belgia
 PIPORTIL PALMITAT^(M) Finlanda

534. PIPRADROL^(DCI) ● Psihostimulent de tip α, α-difenil-2-piperidinmetanol, indicat în astenie, scăderea forței intelectuale, preinvoluție, tulburări



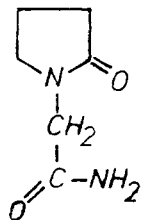
de dinamică sexuală, hipoprosexie, epuizare, scăderea randamentului, lipsa apetitului. Contraindicațiile sînt reprezentate de stări de excitație psihomotorie, comițialitate, sarcină și afecțiuni cardiace.

Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

CAROPAN^(M) Japonia
 DETARIL^(M) Italia
 GERODYL^(M) Danemarca
 LEPTIDROL^(M) Suedia
 LUXIDIN^(M) Franța
 MERATONIC^(M) SUA

METADIN ^(M)	Portugalia
PIRIDROL ^(M)	URSS
PYRIDROL ^(M)	URSS
STIMOLAG FORTIS ^(M)	Elveția
STIMULAN ^(M)	Japonia
VITAZELL ^(M)	RFG

535. **PIRACETAM^(M)** — România — DCI *Piracetam* — sin. NOOTROP, NOOLEPTIL, NOOTROPYL, NORMABRAIN, PYRAMEM ● Psihotrop (cu acțiune nootropă); derivat de GABA. Produsul ameliorează procesele biochimice cerebrale care stau la baza activității cognitive și mărește rezistența neuronilor cerebrali față de diferite agresiuni (toxice, traumatice). Nivelul acțiunii se pare că ar fi telencefalul, unde produsul crește viteza de formare a acidului adenozintrifosforic



și stimulează procesele metabolice cerebrale. Pe plan funcțional facilitează transferul intra- și interemisferic și întărește controlul cortexului asupra structurilor subcorticale. Indicațiile medicamentului sînt reprezentate de afecțiunile psihice secundare unui proces organic: sindrom de involuție, tulburări circulatorii cerebrale, etilism cronic și diferite toxicomanii, sindrom posttraumatic, tulburări de comportament la copii, întârziere psihică. Medicamentul nu are acțiune stimulantă sau sedativă centrală, nu influențează sistemul nervos vegetativ, este lipsit de toxicitate și nu are contra-indicații.

536. **PIRAMIDA TREBUINȚELOR** (cf. gr., lat. *pyramis* „piramidă”) ● Teorie motivațională fondată pe criteriul valorii, căreia îi corespunde un model de organizare ierarhică (nivelelor-piramidale) și dinamică a trebuințelor la nivelul sistemului de personalitate, elaborată de A. H. MASLOW și expusă în lucrarea „Motivație și personalitate” (1954, rev. 1970).

Construind o piramidă a trebuințelor umane ierarhizate dinamic pe opt nivele (într-o primă variantă, pe cinci nivele), la bază aflîndu-se trebuințele fiziologice (foame, sete, reproducere), iar la vîrf trebuințele superioare de autorealizare și autodezvoltare permanentă, MASLOW vrea să sublinieze faptul că, deși trebuințele bazale sînt

mai puternice, condiționînd prin satisfacerea lor apariția trebuințelor supraordonate (superioare), acestea din urmă (mai puțin intense și mai dificil de satisfăcut, cu cît urcăm spre vîrfurile piramidei) sînt mai complexe, mai spiritualizate, „mai specific umane”, fiind rezultatul evoluției social-istorice și culturale a umanității.

Trebuințele apar ontogenetic în ordinea indicată de model, îndeplinind în proporții variabile roluri homeostazice, de stabilizare (de refacere a echilibrului) și, complementar, de creștere sau de dezvoltare (de autoreglare a personalității). Astfel, trebuințele de securitate (nivelul II) sînt mai puternice decît trebuințele sociale (nivelul III), de apartenență la grup și adeziune, de identificare afectivă, dar odată asigurată securitatea personală, devin fundamentale trebuințele sociale care, fiind satisfăcute, deschid calea realizării de sine (nivelele IV și V). Acestea se referă la nevoia de stimă, prestigiu și considerare din partea celorlalți, dar și la nevoia de realizare a potențialului creator. Odată satisfăcute aceste trebuințe-motivale, se deschide calea realizărilor cognitive (nivelul VI), la nivelele supraordonate situîndu-se trebuințele estetice (nivelul VII) și cele de autorealizare (nivelul VIII), care corespund stadiului de concordanță, simțire și acțiune.

Patologizarea trebuințelor la unul dintre aceste nivele se reflectă în satisfacerea preferențială și în exces a unora din ele, de regulă a celor bazale, și este reflexul unei disfuncționalități la nivelul personalității globale sau numai a unuia din subsistemele ei (afectiv, cognitiv, volițional) → TREBUINȚE.

537. **PIRAMIDE COLORATE^(T) test** ^{sin.} → PFISTER-HEISS^(T) test.

538. **PIRAMIDO-STRIAT^(S) sindrom** ● Manifestare caracterizată clinic prin:

- sindrom piramidal — hipertonie spastică, hiperreflectivitate osteotendinoasă, semnul Babinski;
- simptome legate de leziuni ale corpului striat — hipomimie, akinezie, hipertonie extrapiramidală;
- deteriorare psihică progresivă.

Etiopatogenia este de natură arteriosclerotică.

539. **PIRAZIDOL^(M) lugoslavia** — DCI *Pirindol* ● Antidepressiv timoleptic, cu o structură chimică particulară de tip 2,3,3a,4,5,6-hexahidro-8-metil-1H-pirazino[3,2,1-jk]carbazol, cu acțiune antidepressivă mai modestă decît a imipraminei, dar mai rapidă și cu efecte secundare mai moderate.

540. **PIRETOTERAPIE** (cf. gr. *pyretos* „febră”; *therapeia* „tratament”) ● Metodă utilizată în trecut, cu rezultate discutabile, în terapia unor boli psihice, cu ajutorul febrei provocate. S-au

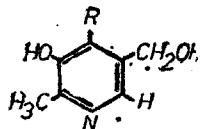
utilizat diferite mecanisme de producere a febrei: infecțioase, chimice, fizice (hipertermia poate fi obținută prin utilizarea undelor electromagnetice). Piretoterapia, mai ales malarioterapia, a fost utilizată în tratamentul luesului nervos, iar febra provocată prin mijloace chimice a fost folosită de CLAUDE în tratamentul schizofreniei și al stărilor confuzionale. Descoperirea antibioticelor, neurolepticelor, a exclus această metodă din terapia modernă, ea prezentând numai interes istoric.

541. PIREXIOFOBIE^(P) (cf. gr. *pyretos*; *phobos* „frică”) — sin. FEBRIFOBIE^(P) ● Teamă nejustificată, exagerată de a face febră, trăită de unii subiecți după afecțiuni banale sau după contactul cu persoane afectate de boală pe care subiectul le consideră contagioase. Este, de cele mai multe ori, lipsită de orice temelie și se ignoră întotdeauna rolul de mecanism de apărare pe care îl joacă febra. Acest comportament poate fi întâlnit și la unii subiecți cu tulburări neurovegetative, la persoane anxioase sau hipocondriace, care exagerează variațiile fiziologice ale temperaturii corpului.

542. PIRGOCEFALIE (cf. gr. *pyrgos* „turn”) și *kephale* „cap”) — sin. ACROCEFALIE; CRÂNE DE THERSIL; CRÂNE EN TOUR; HIPSICEFALIE; HIPSOCEFALIE; OXICEFALIE; TURSICEFALIE → THERSIL^(S) sindrom.

543. PIRIDOXINĂ (vitamina B₆) ● Substanță organică hidrosolubilă, cu nucleu pirimidinic, care face parte din grupul vitaminelor hidrosolubile. În stare naturală se află în drojdia de bere, grâu, porumb, ficat, rinichi, splină, creier. De asemenea, poate fi sintetizată de flora intestinală, precum și în laborator. Din punct de vedere funcțional are un rol deosebit de important în menținerea integrității structurale și funcționale a țesuturilor și organelor, prin faptul că intră în constituția unui mare număr de enzime (este cofactor al lor) implicate în procese de decarboxilare, transaminare.

Deficitul de vitamină B₆ produce importante consecințe: tulburări de tip neurastenic, insomnii,



R₁ = CHO → PIRIDOXAL

R₂ = CH₂OH → PIRIDOXOL

R₃ = CH₂NH₂ → PIRIDOXAMINĂ

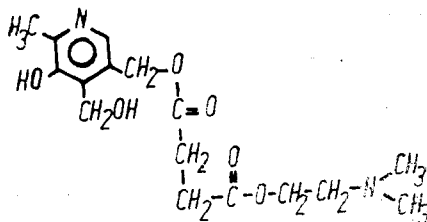
PIRIDOXINA

distrofii musculare, carii dentare și dereglări în sinteza hemoglobinei. Se pot produce astfel anemii hipocrome, rezistente la fier și ameliorate de administrarea vitaminei B₆; la nivel bucal mai pot apărea leziuni ale mucoaselor. La copii apar manifestări de iritabilitate crescută și chiar convulsii. S-au semnalat, de asemenea, polinevrite, în cazul administrării de izoniazidă, care este un antagonist al vitaminei B₆. Ca indicații terapeutice se pot enumera: afecțiuni hematologice și dermatologice, polinevrite de origine toxică și medicamentosă, distrofii musculare, toxemie gravidică în trimestrul I al sarcinii, vărsături postanestezice sau post-röntgenterapie, hepatită epidemică, boală de iradiere, epilepsie, hipertensiune arterială, Parkinson (mai ales postencefalic), sindrom Ménière, coree Sydenham, paroplegie spastică, astenie nervoasă. Efectele secundare sînt rare; se menționează în special cefaleea.

544. PIRIDROL^(M) URSS — DCI *Pipredrol* ● Psihostimulent de tip α, α-difenil-2-piperidinmetanol, indicat în astenie, scăderea forței intelectuale, preinvoluție, tulburări de dinamică sexuală, hipoprosexie, epuizare, scăderea randamentului, lipsa apetitului. Se poate administra în sarcină și la vîrstnici.

545. PIRIMIDINE → NUCLEOTIDE.

546. PIRISUDANOL^(DCI) ● Psihostimulent, derivat dimetilaminometanolic de tip 2-(dimetilamino)etil-5-hidroxi-4-(hidroximetil)-6-metil-3-pi-



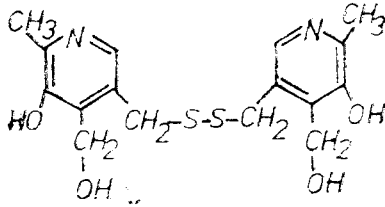
ridil/metilsuccinat, cu acțiune psihostimulentă, prin creșterea concentrației de acetilcolină, și valențe antidepresive. Se poate utiliza în corectarea efectelor secundare ale NL sedative; are acțiune proconvulsivă. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

MÉNTIS ^(M)	Italia
MENTIUM ^(M)	Italia
NADEX ^(M)	Elveția
NADEX FORTE ^(M)	Elveția
PRIDANA ^(M)	Spania
STIVANE ^(M)	Franța

547. PIRITINOL^(M) România — DCI *Piritinol* — sin. ENCEPHABOL, ENERBOL ● Psihotrop cu o structură chimică înrudită cu cea a piridoxinei (clorhidrat de piritinol). Mecanismul

de acțiune constă în reglarea metabolică la nivel neuronal. Consecința este intensificarea stării de veghe, stimularea mnezo-prosexică, ameliorarea epuizării nervoase a structurilor corticale și sub-corticale. Aceste efecte determină eficacitatea medicamentului în stări de oboseală psihică, de deficit de memorie și atenție.

Indicațiile sînt reprezentate de: tulburările de circulație și metabolism cerebral, procese vascu-



are senile și presenile, tulburări de involuție psihică în urma unor procese degenerative vasculare; stările posttraumatism cerebral, post-encefalite; neurastenii, psihastenii, stări depressive; copiii cu astenie, întârziere în dezvoltarea psihosomatică, tulburări de comportament. Acțiunea psihostimulentă poate fi însoțită de apariția unor efecte de tip iritativ — iritabilitate, insomnie, anxietate — motiv care contraindică administrarea medicamentului în stări de agitație psihomotorie.

548. **PIRIUM^(M)** Grecia — DCI *Pimozid* ● Neuroleptic incisiv, derivat difenilbutilpiperidinic de tip 1-M-14,4-bis(p-fluorfenil) butil-4-piperidil-2-benzimidazolionă, cu acțiune antipsihotică și anxiolitică, indicat în tratamentul de întreținere al psihozelor cronice; este necesară asocierea cu un NL sedativ, neavînd efecte sedative. Efectele secundare sînt modeste, iar apariția sindroamelor extrapiramidale este rară. Nu se administrează la gravide.

549. **PIROFOBIE^(F)** (cf. gr. *pyr* „foc”; *phobos* „frică”) ● Teamă patologică și nemotivată pe care unii subiecți o au față de incendii. De cele mai multe ori este întâlnită sub forma fricii de incendii pe care individul le-ar putea provoca în mod neintenționat. Poate apărea la personalități dizarmonice de tip psihastenic, în nevrozele obsesive și la persoanele care se autosuspectează de tulburări de memorie (reale sau imaginare). Psihanaliza găsește focului o simbolică sexuală, afirmînd, în consecință, interpretabilitatea pirofobiei.

550. **PIROLAGNIE** (cf. gr. *pyr*; *lagneia* „raport sexual”) — sin. **PIROMANIE SEXUALĂ** ● Stare de excitație sexuală apărută asociat cu incendiile, fie numai contemplate, fie chiar provocate. Poate fi întâlnită la marii dizarmonici și în unele forme de schizofrenie. A fost descrisă în 1947.

551. **PIROMANIE** (cf. gr. *pyr*; *mania* „nebulie”) → INCENDIU, INCENDIATOR.

552. **PITIATISM** (cf. gr. *peitho* „persuasiune”; *iatos* „vindecabil”) ● Termen introdus de BABINSKI în 1901 pentru a-l înlocui pe acela de isterie. Rațiunea pe care s-a bazat cuprinde două motivații: prima este legată de faptul că denumirea de isterie semnifică manifestarea bolii în exclusivitate la femei (*hystera* „uter”), iar cea de a doua se referă la caracteristica acestei afecțiuni de a prezenta „tulburări vindecabile prin persuasiune”. Deși definiția dată de BABINSKI este simplistă („... stare psihică ce apare la un subiect susceptibil de a fi sugestionat și capabil de a se autosugestiona... manifestările ei pot fi reproduse riguros la anumiți subiecți prin sugestie, iar pe de altă parte, aceste manifestări pot dispărea sub influența sugestiei”), meritul său deosebit constă în faptul că, încercînd să delimiteze manifestările isterice, el a descris practic întreaga semiologie neurologică. Tot el este cel care a deosebit isteria de escrocheria conștientă, arătînd că istericul este „un simulant, dar un simulant de bună credință”.

Termenul de pitiatism a fost ulterior greșit interpretat, ca o asimilare a isteriei cu simpla simulație; din acest motiv, isteriei i s-a atașat adjectivul de pitiatice — conotație peonastică. Termenul a devenit desuet.

553. **PITRES Albert** (1848—1928) ● Medic internist francez cu preocupări deosebite și în domeniul psihiatriei. După ce a studiat medicina la Bordeaux, a funcționat la Bordeaux și Paris



Albert Pitres

(1872—1878), apoi din nou la Bordeaux, unde a deținut catedra de clinică medicală, fiind decan în două legisaturi. A fost preocupat de problema isteriei, dedicându-i în 1891 o lucrare amplă în două volume: „Leçons cliniques sur l'hysterie et l'hypnotisme”, în care a descris zonele „histerogene” și „idiogene”.

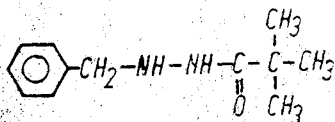
554. **PITRES** — regulă ● Posibilitatea poligloților de a păstra în afazie comunicarea într-o limbă cunoscută anterior îmbolnăvirii (de obicei, limba maternă). Gînd se produce revenirea vorbirii, după perioada afazică, ordinea reversibilității vorbirii respectă aceleași criterii.

555. **PITRES**^s semn $\xrightarrow{\text{sin.}}$ HAPHALGEZIE.

556. **PITULESCU Petre** (1880—1936) ● Psihiatru și neurolog român. După studiile liceale efectuate la Turnu Severin, a studiat la Institutul Medico-Militar din București, unde în 1906 și-a susținut teza de doctorat privind citologia experimentală a lichidului cefalorahidian, teză pentru care a primit nota maximă și distincția „Cum laudae”. Și-a continuat studiile la Paris, Berlin și Viena, fiind permanent în contact cu profesorul OBREGIA. La întoarcerea în țară a fost numit șef de lucrări și șeful laboratorului de la Mărcuța. După mutarea secției de psihiatrie la Spitalul Central, și-a continuat aici activitatea ca șef de secție, pînă la prematura sa dispariție.

Lucrările sale, de o acuratețe deosebită, au avut un mare răsunset în psihiatria vremii, prin deschiderea către biologie: „Psihozele în infecția holerică” (împreună cu OBREGIA, 1913), „Contribuții la serologia psihiatrică” (1914), „Tulburările nervoase funcționale din timpul războiului” (împreună cu DEVAUX, 1928).

557. **PIVHYDRAZINE**^(LCI) ● Derivat hidrazinic de tip 2,2-acid dimetilpropanoic-2-(fenilmetil)hidrazidă, cu acțiune antidepresivă marcată, fără



efecte sedative. Intervine farmacodinamic prin inhibarea monoaminoxidazei. Nu se administrează în depresia agitată. Constituie principiul

activ a doi produși farmaceutici:

NEOMARSILID^(M) SUA
TERSAVID^(M) Franța

558. „**PLACĂ DE GRAMOFON**”^s simptom ● Repetare neîntreruptă și stereotipă, cu intonație neschimbată a cuvintelor, a unei scurte povestiri sau a unui număr de fraze. A fost descrisă de MAYER-GROSS în 1931, ca simptom al bolii Pick.

559. **PLACEBO** (cf. lat. *placere* „a plăcea, a fi abil”; *placebo* „voi plăcea”) → EFECT PLACEBO.

560. **PLACEBO** — reactiv ● Persoană sugestionabilă sau psihic labilă „care reacționează la placebo la fel ca la medicamentul activ”. (V. STROESCU). Stabilirea prealabilă și eliminarea placebo-reactivilor din loturile asupra cărora se fac studii de farmacologie clinică poate ameliora considerabil rezultatul.

561. **PLACIDEX**^(M) Franța — DCI *Mefenoxalonă* ● Derivat carbamic de tip 5-((0-metoxifenoxi)metil-2-oxazolidonă, cu acțiune sedativ-hipnotică și valențe anxiolitice și miorelaxante. Indicat în nevroze anxioase, insomnii, afecțiuni psihosomatice.

562. **PLACIDIA**^(M) Spania — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-5-(0-clorfenil)-1, 3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

563. **PLACIDYL**^(M) Canada, SUA — DCI *Eclorvinol* ● Tranchilizant, derivat alkenic de tip 1-clor-3-etil-1-penten-4-in-3-ol, cu acțiune sedativ-hipnotică, miorelaxantă și anticonvulsivantă. Este indicat în nevroze anxioase și ceneștopate, afecțiuni psihosomatice.

564. **PLAFONYL**^(MC) Argentina ● Produs terapeutic care conține două medicamente cu acțiune diferită, dar complementară:

- CLORDIAZEPOXID^(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic;
- DESIPRAMINA^(M) — timoleptic, derivat dibenzazepinic.

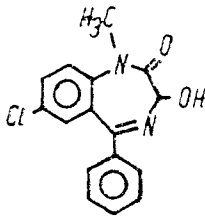
Are acțiune sedativ-antidepresivă.

565. **PLAGIOPSIE** (cf. gr. *plagios* „oblic”; *opsis* „vedere”) ● Iluzie vizuală constind în perceperea eronată a poziției obiectelor, care îi apar subiectului ca fiind înclinate.

566. **PLANTOPOKINEZIE** (cf. gr. *plane* „deviere”; *topos* „loc”; *kinesis* „mișcare”) ● Variantă

■ tulburărilor somatognoze, descrisă de P. MARIE și G. LEVY (1920), constând din alterarea capacității de orientare spațială, care se manifestă prin erori în execuția mișcărilor, în absența oricărui element apraxic (incapacitatea de îmbrăcare, de a face nodul la cravată etc.). Mișcările nu-și mai pot atinge scopul pentru care au fost inițiate. Tulburarea este datorată leziunilor parietale stîngi. Odată cu apariția lucrărilor lui J. DELAY și P. DENIKER (1957), privind efectele secundare ale neurolepticelor, această tulburare a cunoscut o nouă actualizare → SINDROM DE IMPREGNARE NEUROLEPTICĂ.

567. **PLANUM**^(M) Elveția, RFG — DCI *Temazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-5



-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică. Nu se administrează în sarcină alăptare, la copii și vîrstnici.

568. **PLATER Felix** (1536—1614) ● Autorul primei încercări de clasificare a bolilor psihice; el împarte tulburările psihice în patru mari clase: imbecilitatea, idiotia, convulsiile și apraxia; în cea de a patra clasă include frenezia, mania, melancolia, hipochondria și coreomania.

569. **PLATON** (427—347 î.e.n.) ● Filozof grec, discipol al lui SOCRATE și maestrul lui ARISTOTEL, unul din marii gînditori ai antichității și ai tuturor timpurilor. A înființat la Atena, în jurul anului 387 î.e.n., Academia — școală filozofică, care va asigura continuarea filozofiei sale în formele neoplatonismului în perioada elenistă, în evul mediu și în Renaștere. PLATON a fost un gînditor idealist-obiectiv, adversar al materialismului. În centrul concepției sale filozofice, expusă în „Dialoguri”, în care SOCRATE apare ca purtătorul lui de cuvînt, se află teoria Ideilor sau Formelor (ideea de frumos sau „frumusețea în sine”, ideea de om etc.), potrivit căreia adevărata realitate o constituie o lume a Ideilor sau arhetipurilor, ca realități eterne, imuabile, perfecte, situate în afara lucrurilor și fenomenelor naturii, a spațiului și timpului, dominate și pătrunse de un principiu suprem, de natură divină (ideea

de Bine). Copiile sau umbrele degradate ale Ideilor ar fi lucrurile din realitate, percepute prin simțuri. Gnoseologia lui PLATON este consecința logică a ontologiei Ideilor, expresia clasică a idealismului raționalist apriorist. PLATON și-a însușit doctrina religioasă a pitagoricilor despre nemurire și transmigrația sufletelor, concepția ascetică despre trup ca „temniță a sufletului” („Fedon”).



Platon

Concepția sa despre cunoaștere a avut caracter idealist-raționalist, expresie clasică a idealismului obiectiv antic grec. După PLATON, cunoașterea adevărată (Episteme) are ca obiect Ideile sau Formele, lucrurile sensibile putînd fi numai obiect al opiniilor (Doxa). De aceea, nu percepțiile senzoriale, ci doar rațiunea poate fi calea cunoașterii autentice. PLATON considera cunoașterea ca o „reamintire” (anamnesis), deoarece omul cunoaște Ideile datorită faptului că sufletul lui le-ar fi contemplat cîndva într-o existență anterioară.

Teoria platoniciană a Ideilor conține o gîndire dialectică prețioasă, postulînd mișcarea gîndirii de la noțiunile particulare la cele generale și invers, impunînd disputa teoretică ca metodă de cunoaștere. Prin teoria științei ca doctrină a universului și prin matematicismul său, el a influențat gîndirea științifică ulterioară, MARX situîndu-l pe locul în care certitudinea dogmatică ce-

dează în fața îndoielii dialectice creatoare. De exemplu, prin cercetarea raporturilor dintre noțiuni, rezolvarea posibilității predicției („Sofistul”) și încercarea de a formula legea gândirii logice („Fedon”) a pregătit terenul pentru crearea logicii formale de către ARISTOTEL. Confruntarea ipotezelor contradictorii, postularea simultană a afirmației și negației, considerată de PLATON drept calea descoperirii adevărului, au dus la dezvoltarea elasticității noțiunilor, a corelației și inseparabilității noțiunilor contrare. Schema dialecticii platonice este (în redarea lui A. DUMITRIU) următoarea :

- lumea ideilor este lumea inteligibilă a esențelor, formînd obiectul adevăratei științe, pe cînd lumea sensibilă este o lume aparentă despre care nu putem crea o știință, ci o opinie ;
- știința cuprinde două feluri de cunoștințe, date de două facultăți intelectuale : facultatea rațională, abstractă, și intuiția intelectuală, directă ;
- raportul dintre acestea este un act preparatoriu, act dialectic, dinamic, prin care inteligența se ridică, din idee în idee, la ideea de arhetip, care se satisface logic singură, fără nici un alt suport intelectual ;
- ideea de arhetip nu este o concluzie, nu este demonstrată, ci sesizată direct de intuiția intelectuală.

Pe plan social-politic, PLATON a fost adept al aristocrației sclavagiste, adversar declarat al materialismului, dușman al lui DEMOCRIT. A preconizat un stat în care să existe trei clase : „filozofii conducători”, „gardienii” pentru apărarea statului de dușmanii interni și externi, „agricultorii și meseriașii” care, prin munca lor, să întretină clasele dominante. Slavii nu făceau parte din stat, care avea patru virtuți : înțelepciunea, curajul, cumpătarea, dreptatea.

PLATON este întemeietorul unor teorii etice și estetice originale, bazate tot pe teoria ideilor. Astfel, a elaborat o concepție asupra frumosului, pornind de la „frumusețea inferioară” (a trupului, a forței), trecînd prin „frumusețea sufletelor”, către frumusețea în sine. Ideea de frumos este caracterizată prin ordine, simetrie, armonie, măsură. PLATON considera arta ca „mimesis”, dar o imitație de gradul trei, reproducînd nu esențele, ci copiile lor. Filozofia platoniciană a influențat întreaga evoluție ulterioară a idealismului, rămînînd un model clasic al idealismului obiectiv. A influențat chiar și unele curente idealiste contemporane (fenomenologia, personalismul). „Dialogurile” sale sînt considerate capodopere ale prozei clasice grecești : „Banchetul”, „Fedon”, „Statul”, „Parmenide”, „Sofistul”, „Timen”, „Hippias”, „Fedru”.

570. PLATOU — limbaj în ● Discurs vocal mononocord și tern (J. MASSERMANN) ; înfîlînit în clinica psihiatrică în depresii, schizofrenie, stări deteriorative.

571. PLĂCERE (cf. lat. *placere* „a plăcea”) ● Starea afectivă pozitivă (senzație, emoție, sentiment) echivalentă cu satisfacerea unei trebuințe. Este o stare de mulțumire, de delectare, de bucurie. Trebuința produce în organism o tensiune interioară, o stare de neliniște, care se constituie ca expresie a unei lipse. Această stare de insatisfacție există independent de conștientizarea obiectului trebuinței ; cînd imaginea obiectului trebuinței apare în conștiință, trebuința devine dorință conștientă. Plăcerea, ca satisfacere a trebuinței sau a dorinței, însoțește însuși actul îndeplinirii. Ridicată la rangul de principiu reglator al funcționării mintale, plăcerea devine, la FREUD, principiul plăcerii. Așadar, plăcerea ar reprezenta satisfacția în urma finalizării acțiunii și, deci, a rezolvării tensiunii generate de trebuință. FREUD notează însă că tensiunea nu este neapărat identică cu neplăcerea („Dincolo de principiul plăcerii”, 1920) ; o tensiune este în genere neplăcută, dar există și tensiuni plăcute. O tensiune se transformă în motiv, devine neplăcere și necesită satisfacție în măsura în care ea atinge un anumit grad de intensitate → PRINCIPIUL PLĂCERII.

Modelul plăcerii, ca satisfacere a unei trebuințe, este oferit de pulsunile de autoconservare. În psihanaliză, plăcerea este legată și de o exipiență de satisfacție, procesele și fenomenele implicate în această satisfacție neavînd în mod necesar un caracter real (de pildă, visul ca realizare a dorințelor) ; în acest sens, actul satisfacerii funcționează după alte reguli decît în cazul trebuințelor vitale. Reacțiile de plăcere și de neplăcere sînt primele reacții pe care individul le manifestă în mod distinct încă în cursul primei luni de viață, aceste reacții fiind legate, în această perioadă, de îndeplinirea unor trebuințe fiziologice. OLDS și colaboratorii afirmă că ar exista la animale o zonă la baza creierului, a cărei excitație ar provoca reacții de plăcere. De asemenea, cele mai vechi amintiri ale unei persoane sînt cele însoțite de o emoție puternică, pozitivă sau negativă (plăcere sau neplăcere). Plăcerea favorizează retenția și evocarea mai mult decît neplăcerea. Plăcerea ca stare de satisfacție este implicată în fenomenul fixației (atașament puternic al libidoului la persoane, imagini sau acte, care reproduce un anumit mod de satisfacție caracteristic unui anumit stadiu de dezvoltare libidinală). În etiologia diverselor tulburări psihice fixația are un rol semnificativ, în special în mecanismele nevrotice (→ FIXAȚIE). Pe de altă parte, capacitatea de a resimți plăcerea ca emoție pozitivă se modifică în funcție de diversele tulburări

psihice, de natura, intensitatea și durata acestor tulburări. Ceea ce se schimbă este modalitatea persoanei de a-și procura plăcerea, de a evita disconfortul, atitudinea sa față de celălalt și față de real nemaifiind în măsură să-i aducă o stare de bine, în prezent și viitor. Reacțiile de plăcere și neplăcere sînt intense și spontane, chiar exacerbate, la personalitățile imature, la personalitățile primitive, cu o componentă instinctiv-emoțională puternică. Exacerbarea unor motive primare, determinate de cele două instincte majore (conservarea individului sau autoconservarea și conservarea speciei sau reproducerea), generează conduite delictuale însoțite de descărcări emoționale, dintre care unele aparțin categoriei plăcerii. La personalitățile perverse există o perturbare majoră în modalitatea de satisfacere a necesității și de provocare a plăcerii. După SZONDI, sindromul perversității este sindromul principiului plăcerii. O modalitate deviată de obținere a plăcerii apare și în viciu, dar ea nu este propriu-zis o conduită anormală (patologică), ci o conduită selectivă și rafinată, în care procurarea plăcerii este minuțios pregătită (H. EY). La pervers se manifestă o exclusivitate și o exacerbare sexuală în actul de dominare și, concomitent, o tulburare la nivelul Eului, o incapacitate a Eului în ceea ce privește funcțiunea sa ideală, de luare în stăpînire psihică a obiectului plăcerii. Toxicomania recurge la procurarea plăcerii prin consumul permanent de obiect-surogat, consum care semnifică o continuitate permanentă a relației cu partenerul; toxicul reprezintă surrogatul pentru partenerul pierdut (partenerul matern). La psihotici, reacțiile de plăcere și neplăcere revin din ce în ce mai mult la forma și natura lor primară; pierderea progresivă a simțului realului, precum și regresia care însoțește procesul psihotic (și se păstrează, în grade diferite, în stadiile defectuale) determină o primaritate a reacției la stimul și o nediferențiere a satisfacțiilor. În cazul în care intervine mecanismul sublimării, expresia dorinței și a plăcerii se diferențiază, se nuanțează, se spiritualizează.

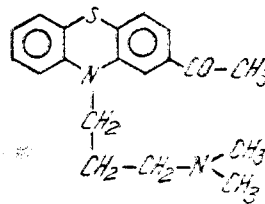
Există o „seducție estetică” (FREUD) care este în strînsă legătură cu economia dorinței, ca orice altă plăcere. O activitate sublimată generează o plăcere sublimată; procesul sublimării constă în derivarea energiei pulsionale de la scopul originar sexual spre în activități sociale și creatoare (în special, artistice și intelectuale); plăcerea sublimată implică desexualizare. Pe măsură ce omul se structurează și se înserează în viața socială, modalitățile sale de satisfacere a trebuințelor și dorințelor suferă transformări, în sensul că o serie de comportamente naturale se modifică în funcție de normele colective: manifestările de satisfacere se diferențiază; în cazul în care anumite dorințe

nu își găsesc obiect în realitate, ele se repliază, se orientează spre viața imaginară și spre mit, spre irealitatea visului. Refugiul în imaginar repune individul sub influența principiului plăcerii, a plăcerii cu componentă autoerotică. Reveria, mitomania, autoerotismul, conduitele magice sînt comportamente care semnifică fuga de realitate într-o satisfacere pur subiectivă a dorinței și determină în cele din urmă dezaprobarea.

Plăcerea, în filozofia greacă, este ridicată la rang de principiu (teoria epicuriană despre hedonism; cf. gr. *hedone* „plăcere”). După acest principiu, activitatea umană ar avea ca scop unic plăcerea; ca atare, omii caută să-și asigure condițiile minime necesare pentru ca acțiunile sale să provoace numai satisfacții.

572. PLĂCERE DE ORGAN ● Expresie utilizată de FREUD pentru a caracteriza sexualitatea infantilă și modul de satisfacere a pulsioniilor parțiale. Sexualitatea infantilă „...se bazează pe o funcție vitală, ea nu cunoaște obiect sexual, este autoerotică; scopul sexual este comandat de o zonă erogenă” (FREUD). În acest sens, plăcerea de organ este o „modalitate de plăcere caracterizînd satisfacția autoerotică a pulsioniilor parțiale: excitația unei zone erogene își găsește satisfacția chiar în locul unde se produce, independent de satisfacția altor zone și fără relație directă cu îndeplinirea unei funcții” (LAPLANCHE și PONTALIS) → PULSIUNI PARȚIALE; STADII LIBIDINALE.

573. PLEGICIL^(M) Eivația, Mexic, Turcia, SUA — DCI Acepromazină ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-13-(dimetilamino)propil-



notiazin-3-ii metil ketonă, cu acțiune sedativă, antiemetică și alfa-adrenolitică; potențează acțiunea narcoticelor, hipnoticelor, analgezicelor și curarizantelor. Acțiunea sa poate fi comparată cu a clordelazinei, avînd însă un efect de 2-3 ori mai puternic și o toxicitate redusă la jumătate. Efectele secundare fiind mai moderate, are o arie mai largă de utilizare.

574. PLEGINE^(M) Italia — DCI Fendimetrazină ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3, 4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în astenie, presenilitate, sevraj,

toxicomanie, obezitate secundară curei neuroleptice, tulburări de dinamică sexuală; este contraindicat în stările de excitație psihomotorie, anxietate, sarcină, comițialitate.

575. PLEGOMAZIN^(M) Ungaria — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago-simpaticolitică. Potențează acțiunea anestezi-celor, hipnoticelor și analgezicelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN^(M).

576. PLENILOCVENTĂ (cf. lat. *plenus* „plin”; *loquentia* „vorbitură”) ● Tulburare de limbaj conștient în folosirea unor cuvinte grandilocvente și redundante, trădând fie o stare de excitație maniacală, fie tulburări de gândire.

577. PLENUR^(M) Spania ● Timcozoleptic, sare sin. de litiu → CARBONAT DE LITIU^(M) România.

578. PLEONEXIE (cf. gr. *pleonexia* „cîștig, avanta-jă, cupiditate”) → CUPIDITATE.

579. PLETISMOGRAF (cf. gr. *plethysmos* „multiplicare, creștere”; *graphein* „a scrie”) ● Aparat utilizat de tehnica de pletismografie pentru explicarea circulației periferice a variațiilor dinamice de volum vascular la nivelul membrilor. În psihiatrie, pletismograful este utilizat în studiul psihofiziologic al reacțiilor afective pe baza modificărilor circulației care apar la nivel palmar. Sub influența acestor reacții afective, subiectul prezintă modificări dinamice de volum vascular (vasodilatație sau vasoconstricție). Circulația vasculară profundă, influențând hemodinamica în arterele mari, afectează fidelitatea explorării pletismografice a teritoriilor irigate de ele.

580. PLIDAN^(M) Argentina — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

581. PLIERE (cf. fr. *plier* „a îndoi, a încovoia”; figurat „a se supune”) ● În psihologie, noțiunea nu are un sens foarte specific, referindu-se la un ansamblu de reacții, manifestări sau modalități atitudinale care au la bază o anumită disponibilitate a persoanei de a se acomoda la celălalt sau la sine, de a-și modifica comportamentul în funcție de comportamentul celuilalt, de exigențele celuilalt sau de propriile ei exigențe. Plierea pe exigențele celuilalt presupune o trebuință proprie de a satisface aceste exigențe; a te plia pe ceea ce un altul cere înseamnă a avea un anumit

beneficiu din satisfacerea dorințelor acestei alte persoane. Motivul plierii și beneficiul de obținut pot fi mai mult sau mai puțin conștiente. În măsura în care atitudinea de pliere (acțiunea de pliere ca reacție sau ca atitudine) devine exagerată, indiferent dacă este vorba de relația cu altul sau de relația cu sine, întrucât o formă nevrotică și capătă o semnificație simptomatică. În cazul normalului, plierea presupune orientare rapidă în ceea ce privește exigențele celuilalt (dorințele sale) și selecție a răspunsurilor proprii în funcție de aceste exigențe sau corespunzător lor, reprezentînd un factor de adaptabilitate (modalitățile de răspuns ale individului sînt satisfăcătoare pentru trebuințele celuilalt, în așa fel încît individul nu suferă, dar are un beneficiu real).

În conduita nevroticului, plierea duce numai aparent la un beneficiu real, individul nefiind conștient de acest lucru. Astfel, plierea poate trece într-o conduită exagerat sumisivă, care trimite la o trebuință exagerată de supunere. Plierea în relația cu celălalt poate merge de la supunere excesivă pînă la modificare imediată, mai mult sau mai puțin spontană, a comportamentului propriu în funcție de comportamentul celuilalt (plasticitatea simptomatică a istericului). În relația cu sine, plierea caracterizează atitudinea introvertă, iar în patologia gravă, atitudinea autistă a schizofrenului. Plierea pe sine presupune o retragere din cîmpul relațiilor interpersonale și o îndreptare spre lumea proprie, spre exigențele interioare și subiective. Invers, incapacitatea de pliere reprezintă o atitudine rigidă în raportarea la sine și la celălalt, persoana persistînd în modalități proprii de angajare, indiferent că acestea aduc eșecul sau o falsă reușită (atitudinea paranoiacului). Incapacitatea de pliere apare în atitudinile dominante și poate trimite la o trebuință de dominație exacerbată. În clasificarea trebuințelor, elaborată de MURRAY, plierea s-ar asocia următoarelor trebuințe: trebuința de supunere, trebuința de afiliere, trebuința de defensă, trebuința de umilire, trebuința de izolare, trebuința de ajutor/sprijin.

582. PLIU SIMIAN (cf. fr. *pli* „îndoitură”; lat. *simius* „mărmuță”) — sin. LINIE (PLIU) CROOKSHANK; PLICĂ (LINIE) PALMARĂ TRANSVERSĂ UNICĂ ● În mod normal, palma unui individ are trei pliuri datorate mișcărilor de flexie ale mîinilor: pliuul transvers distal (de la baza indexului la marginea cubitală a palmei); pliuul transvers proximal (paralel cu precedentul, situat între police și index, cealaltă extremitate continuîndu-se spre eminiența hipotenară); pliuul longitudinal (are origine comună cu pliuul transvers și se termină la jumătatea distanței dintre marginea radială și cubitală a mîinii). Pliul simian, prezent la maimuțele inferioare, înlocuiește cele două pliuri transversale normale și este

considerat anormal (la oamenii normali se întîlnește doar în proporție de 1%).

În condiții patologice, plîul simian este întîlnit în: anomalii cromozomiale (trisomia 15, trisomia 18, trisomia 21, trisomia 22, sindromul Turner, translocății cromozomiale); boli genetice (acrocefalosindactilie, anencefalie, sindrom Lange, epilepsie, boala Hirschprung, sindrom Lenz, psihoza maniaco-depresivă, boala urinilor cu miros de sirop de arțar, întârzieri mintale, sindrom Noonan, fenilcetonurie, pseudohipoparatiroidism, psoriazis, nanism Virchow-Seckel, sindrom Smith-Lemli-Opitz, sindromul intoxicației cu thalidomidă, trombocitopenie asociată cu absența radiusului, sindrom Treacher-Collins, sindrom Zellweger etc.), aite situații clinice (22% din copiii malformați, 21% din cazurile de mortalitate neonatală).

583. PLÎNS SPASMODIC ● Tip de manifestare mimică, apărută nemotivat, fără acoperire afectivă; sînt posibile alternanțe cu risul. Este caracteristic sindromului pseudobulbar.

584. PLUBE^(M) (japonia — DCI *Citicolină*) ● Psihostimulant cu o structură chimică particulară de tip colină-citidină 5'-ester pirofosfat, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă, practic fără efecte simpatico-mimetice.

585. PLUTOMANIE (cf. gr. *ploutos* „avere”; *mania* „nebulie”) ● Atracție morbidă către bogății. Psihiatria clasică o socotea cauza unor tulburări comportamentale grave, atribuind dizarmoniilor de personalitate dorința de îmbogățire prin orice mijloace și transpunind avariția și parvenitismul, din planul etico-moral, în cel al patologicului.

586. PNEUMO- (cf. gr. *pneuma* „sufiu, respirație”) ● Element de compunere care introduce referința la „aer”.

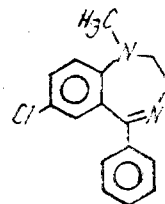
587. PNEUMOCEFALIE (cf. *pneumo-*; gr. *kephale* „cap”) ● Pătrunderea aerului în interiorul cutiei craniene.

588. PNEUMOENCEFALOGRAFIE (cf. *pneumo-*; gr. *enkephalos* „creier”; *graphein* „a scrie”) → ENCEFALOGRAFIE GAZOASĂ.

589. PNEUMOTERAPIE CEREBRALĂ (cf. gr. *pneumo-*; *therapeia* „îngrijire”) ● Metodă terapeutică de tip biologic, dezvoltată în jurul anilor '40, pornind de la constatarea empirică a faptului că o pneumoencefalogramă efectuată unui bolnav psihic ameliorează mult simptomatologia acestuia. Unii autori au numit această metodă „pneumosoc”. Datorită dificultăților tehnice și unor efecte secundare neplăcute, metoda a găsit puțini adepți.

590. PNEYMIC^(M) Grecia — 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 NAPOTON^(M).



591. PNIGOFOBIE^(F) (cf. gr. *pnigein* „a sugruma, a sufoca”; *phobos* „frica”) — sin. ANGIOFOBIE^(F)

● Teamă patologică de a nu fi sufocat, sugrumat, înăbușit. Bolnavul trăiește dureros această stare, recurgînd, ca și în cazul altor fobii, la acțiuni prin care încearcă să evite factorul declanșator, acestea conducînd la formarea unor veritabile ritualuri. Nu este o fobie în sine, deoarece obiectul fobic nu poate fi delimitat, ci mai degrabă consecința altor fobii (agorafobie, emetofobie etc.). Apare în nevroza obsesivo-fobică, isterie, psihastenie.

592. POEZIE — terapie prin (cf. lat. *poesis*) ● Formă de psihoterapie care utilizează subtilitățile metaforice ale limbajului pentru a scoate la lumină adevăruri ascunse, pentru a inspira creativitatea verbală și a stimula comunicarea interpersonală (J. MASSERMANN, 1978). Folosirea poeziei în scop terapeutic este legată de marea putere emoțională a acestui mod de expresie, de modalitățile ei polivalente de semnificare. Poezia poate facilita conștientizarea unor dorințe ascunse, a unor idei reprimare sau refulate, a unor sentimente și atitudini, fiind în acest fel un valoros instrument al dezvoltării mesajului terapeutic.

Este considerată ca o terapie adjuvantă și poate fi aplicată atât la nivelul individual, cît și în grup, în toate formele de asistență psihiatrică. Nu există „rețete” privitoare la nivelul artistic al lucrărilor folosite, scopul ședințelor nefiînd acela de cultivare a gustului artistic, ci cel psihoterapeutic. Nu există contraindicații pentru această terapie, ea nefiînd aplicabilă decît celor foarte grav bolnavi, total detașați și de acest tip de abordare.

Metodele de aplicare pot fi (după MURPHY, 1977):

- citirea de către terapeut a unor texte selectate de el sau de pacienți;
- citirea de către pacienți a unor versuri sau a propriilor creații;

- solicitarea pacienților de a realiza creații „poetice” în timpul ședinței de terapie sau la domiciliu, pe care apoi terapeutul le analizează.

A. ROTHEMBERG (1971), care a psihanalizat o serie de artiști și a făcut studii aprofundate asupra creativității, afirmă că personalitatea creativă permite susținerea simultană a două idei contradictorii și integrarea lor într-un singur act creativ, denumind acest proces mental „gândirea simultană dublă”, și considerându-l principiu „ianusian”. După opinia sa, acest principiu ar constitui esența folosirii terapeutice a poeziei; crearea unei lucrări poetice reprezintă o ocazie de a integra gânduri reprimite în inconștient cu gânduri conștiente. Dacă un pacient revine și rescrie de mai multe ori, face acest lucru pentru a-și integra intențiile conflictuale. Deși este destul de facilă, această terapie, fondată numai parțial pe baze științifice, își caută încă fundamentarea rațională.

593. POICHILOTIMIE (cf. gr. *poikilos* „variat, divers”; *thymos* „suflet, spirit”) ● Labilitate afectivă, care face posibilă adaptarea mimetică a stării afective la ambianța momentului, fără a mai fi tributară timiei bazale. Starea afectivă a subiectului, fiind dependentă de moment și de circumstanțele lui, manifestările vor fi mai ample și mai puternic mutate pe situație. Caracterizează timia dizarmonicilor instabili, isterici.

594. POINOFOBIE^(F) (cf. gr. *poine* „ispășire, pedeapsă”; *phobos* „frică”) ● Teamă patologică de a fi pedepsit, de consecințele aplicării unor legi sau de consecințele nefavorabile ale unor acțiuni. Apare în nevroza obsesivo-fobică, psih-astenie, nevroza anxioasă, în unele stări depresive și în unele forme de schizofrenie.

595. POISTON^(M) Columbia — DCI *Meprobat* ● 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 apărea un „mic sindrom de abinență”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT^(M).

596. POLARITATE (cf. fr. *polarité*; vezi gr. *polos* „pol, axă”; *polein* „a se întoarce”) ● Proprietatea unui sistem de a avea, în două puncte limită ale sale, caracteristici de aceeași natură, dar opuse una celeilalte.

În psihologie, termenul desemnează proprietatea activității nervoase și psihice prin care trăsă-

urile și fenomenele se manifestă în forme extreme și opuse, de obicei pe modelul pozitiv-negativ. Polaritatea caracterizează în special afectivitatea (emoția, sentimentele) și structura caracterială (dispoziții temperamentale, atitudini; de exemplu, primar-secundar, activ-pasiv, bun-rău). În patologie, simptomul denumit „inversiune afectivă” se înscrie în polaritatea sentimentelor, pe dimensiunea iubire-ură; principiul plăcerii — principiul realității sau pulsuniile vieții — pulsuniile morții reprezintă alte exemple de polaritate.

597. POLARIZARE — terapie (cf. gr. *polos*) ● Metodă terapeutică care folosește curentul electric de foarte joasă amplitudine (sub pragul percepției dermice), trecut prin electrozi fixați cu polul pozitiv pe arcadele orbitare, iar cu polul negativ la nivelul picioarelor. Acest mod de constituire a circuitului are, în opinia unor autori, un efect de stimulare a capacității de învățare (R. HEATH, 1963).

598. POLI- (cf. gr. *polys* „numeros, mult”) ● Element de compunere introducând semnificația de pluralitate.

599. POLIANDRIE (cf. *poli-*; gr. *aner* „bărbat”) ● Căsătoria unei femei cu doi sau mai mulți bărbați, mai rar întâlnită astăzi în raport cu poligamia. Era practică în unele societăți primitive, având la baza organizării lor matriarhatul (fără însă ca matriarhatul să includă poliandria ca o condiție sine qua non). Când se manifestă în cadrul civilizației moderne, denotă tulburări grave în structurarea personalității sau existența unor afecțiuni psihice care perturbă simțul moral. În cursul acceselor maniacale, starea de hiperexcitație sexuală, comportamentul ludic, scăderea pragului cenzurii pot determina bolnava să devină poliandă, contractând noi căsătorii.

600. POLICITEMIE ● (cf. *poli-*; gr. *kytos* „înveliș”) Tulburare hematologică constând în creșterea producției hematopoeice și stromale, atât intra- cât și extramedular.

601. POLICITEMIE DE STRES — sin. POLICITEMIE RELATIVĂ; PSEUDOPOLICITEMIE KASIN. UNG-PETERSON → LAWRENCE-BERLIN⁽⁶⁾ sindrom.

602. POLICLINICĂ (cf. fr. *polyclinique*) ● Unitate de asistență medicală ambulatorie de specialitate. În cadrul ei funcționează și servicii de psihiatrie sau Laborator de Sănătate Mintală. Policlinica poate fi parte componentă a spitalului unificat sau independentă.

603. POLICLONIE (cf. *poll-*; gr. *klonos* „agitație”) ● Clonii succesive.

604. **POLICROME^(H)** halucinații (cf. *poli-*; gr. *chroma* „culoare”) ● Imagini halucinatorii colorate, fie în culorile „naturale”, fie în culori modificate față de cele ale obiectelor reale. Sînt mai puțin frecvente decît halucinațiile monocromatice. Apar în administrarea de droguri cu efect psihihedelic (LSD, mescalină), în sindromul Bonnet, în sindroamele halucinatorii din alcoolism. În unele afecțiuni ale globului ocular pot apărea imagini halucinatorii colorate sub forma unor figuri geometrice simple.

605. **POLIDIPSIE** (cf. *poli-*; gr. *dipsa* „sete”) ● Nevoie imperioasă de ingerare a unei cantități mari de lichide, care apare la intervale scurte de timp și este determinată de o exagerare a senzației de sete. Asociată cu poliuria, este caracteristică diabetului insipid, diabetului zaharat și unor afecțiuni psihice: oligofrenie, demente.

606. **POLIDISTROFIE PROGRESIVĂ CEREBRALĂ INFANTILĂ** (cf. *poli-*; gr. *dys* — prefix, „dificil”; *trophe* „hrană”) → **ALPERS-CHRISTENSEN-KRABBE^(B)** boală.

607. **POLIESTEZIE** (cf. *poli-*; gr. *aisthesis* „senzație”) ● Tulburare de sensibilitate constînd în realizarea de senzații multiple printr-o excitație unică.

608. **POLIFAGIE** (cf. *poli-*; gr. *phagein* „a mânca”) ● Ingestie fără discernămint, atît a unor alimente, cît și a unor produși necomestibili. Apare în stări demențiale, oligofrenii, în unele forme de schizofrenie, în unele stări de alterare a conștiinței și în encefalopatii grave. O variantă mai puțin severă apare, prin pervertirea instinctului alimentar, în unele dizarmonii. Subiectul resimte o foame excesivă și ingeră cantități mari de alimente.

609. **POLIFONICE^(H)** halucinații (c. *poli-*; gr. *phone* „sunet, voce”) — sin. **POLIFONIE** ● Halucinații auditive, cel mai adesea psihosenzoriale, cu caracter complex, în care subiectul percepe mai multe voci care dialoghează „cu sau despre el”. Se traduc, în plan comportamental, prin atitudinile de ascultare ale subiectului, prin rostirea nemotivată a unor cuvinte sau fraze care demonstrează participarea activă la dialogul cu „vocile”. Nu sînt legate de o circumstanță etiologică unică.

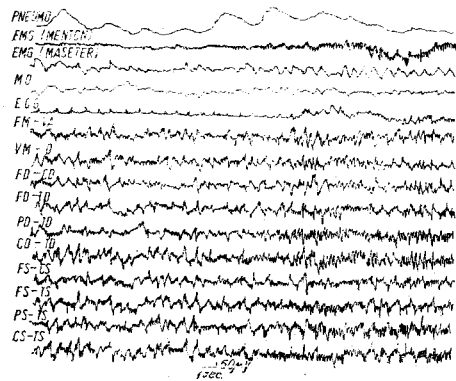
610. **POLIFRENIE** (cf. *poli-*; gr. *phren* „spirit”) ● Termen sub care R. D'ALLAN (1923) încerca o delimitare nosologică a psihozelor, în al căror tablou clinic predomină fenomenele de automatism psihic, halucinațiile auditive și pseudohalucinațiile. Autorul concepea această entitate ca avînd debut precisabil, o etiologie exogenă și o evoluție relativ favorabilă. Fiînd doar o încercare de trecere din nivelul dendrologic în cel noso-

logic (M. GULEAMOV, 1965), entitatea nu a fost recunoscută și termenul nu s-a impus.

611. **FOLIGIRIE** (cf. *poli-*; gr. *gyros* „învîrtitură”) ● Prezența de circumvoluțiuni supranumerare pe suprafața creierului.

612. **POLIGNOZIE** (cf. *poli-*; gr. *gnosis* „cunoștință, noțiune”) → **ENCICLOPEDIISM**.

613. **POLIGRAF** (cf. *poli-*; gr. *graphein* „a scrie”) ● Aparat care efectuează înregistrarea simultană a mai multor activități biologice: electrocardiograma (EKG); fonocardiogramă pe una sau mai multe frecvențe (FKG), inclusiv carotidiană și



Înregistrare multiplă (poligrafică)

prin derivate matematice ale pulsului; electroencefalogramă (EEG); electromiogramă (EMG); electronistagmogramă (ENG); electrodermatogramă (reflexul psihogaivanic). Rezultatul poate fi redat prin intermediul osciloscopului (display), al hîrtiei de înregistrare obișnuite sau al hîrtiei termosensibile. Aparatele moderne au încorporate și elemente de calcul, cu ajutorul cărora traseul grafic este transformat în cifre, iar acestea sînt prelucrate automat. Pe lîngă aplicațiile clasice din medicină, metoda își mai găsește utilizări eficiente în cercetările psihofiziologice (asupra emoțiilor, a somnului) și de farmacologie (în evaluarea unor efecte fiziologice ale administrării de medicamente psihotrope).

614. **POLIMORF^(D)** delir (cf. *poli-*; gr. *morphe* „formă”) — sin. **DELIR INCOERENT** ● Ansamblu slab structurat și neorganizat al unor idei delirante diverse (de grandoare, influență, transformare etc.), care se succed fără coerență internă și fără elaborarea unui sistem stabil. Mecanismele

de construcție a acestui tip de delir sînt diverse : intuiție, iluzii, halucinații, interpretări. Uneori, o temă sau o dispoziție poate domina celelalte note ale delirului, dar acest lucru este pasager și fără o dezvoltare tematică ulterioară. Se opune delirului sistematizat monotematic. MAGNAN l-a descris, în 1886, sub numele de „bufee delirante la degenerați”. ROGUES de FURSAC afirmă frecvența mai crescută a acestui tip de delir în bufeele delirante și în hebefrenie. Apare de asemenea în schizofrenie și în psihoze paranoide.

615. POLINEUROPATIE ACUTĂ (cf. *poli-*; gr. *neuron* „nerv”; *pathos* „încercare, experiență”) — sin. NEVRITĂ MULTIPLĂ ; POLINEVRITĂ IDIOPATICĂ ACUTĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LANDRY-GUILLAIN-BARRÉ-STROHL^(S) sindrom.

616. POLINEUROPATIE ATAXICĂ — sin. EREDOATAXIE HEMERALOPTICĂ POLINEVRITIFORMĂ ; EREDOPATIE ATAXICĂ POLINEVRITIFORMĂ ; FITONIC-ACID-LIPIDOZĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ REF-SUM^(S) sindrom.

617. POLINEVRITĂ (cf. *poli-*; gr. *neuron*) ● Afecțiune produsă de leziuni de tip inflamator sau degenerativ, localizate la extremitatea distală a nervilor periferici, în majoritatea cazurilor simetric ; poate avea o etiologie variată : toxică, infecțioasă, carențială ; poate realiza un tablou clinic în care tulburările senzitivo-motorii reprezintă principalul element.

618. POLINEVRITĂ ALCOOLICĂ ● Formă de polinevrită, caracterizată etiopatogenic prin carența de vitamine din complexul B, situație datorată în special alcoolismului cronic, iar clinic, prin predominarea simptomelor senzitive : dureri localizate mai ales la nivel plantar, avînd caracter de arsură intensă. Obiectiv se constată o anestezie dureroasă, iar în formele grave se adaugă sindromul Korsakov (amnezie, dezorientare temporo-spațială, confabulații). Sub tratament evoluția este benignă, vindecarea puțin surveni lent, în 1—2 ani.

619. POLINEVRITĂ ENTEROGENĂ ● Urmare a tulburărilor metabolice ; se poate instala în evoluția unor afecțiuni gastrointestinale cronice.

620. POLINEVRITĂ GRAVIDICĂ ● Urmare a vomismentelor și a unor perturbări metabolice care pot apare în primul trimestru de sarcină ; manifestările fobice pot aminti de un sindrom Korsakov de mică amplitudine.

621. POLINEVRITĂ IDIOPATICĂ ACUTĂ — sin. NEVRITĂ MULTIPLĂ ; POLINEUROPATIE ACUTĂ $\xrightarrow{\text{sin.}}$ LANDRY-GUILLAIN-BARRÉ-STROHL^(S) sindrom.

622. POLINOPSICE^(I) iluzii (cf. *poli-*; gr. *opsis* „vedere”) — sin. POLINOPSIE ● Formă particulară de iluzii vizuale constînd în deformarea imaginii unui obiect care a fost perceput anterior de către subiect (postimagine denaturată). Polinopsia este o iluzie vizuală a cărei apariție are o frecvență redusă și se poate datora atît unor cauze organice, cît și psihice.

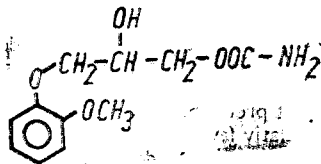
623. POLIOMIELITĂ^(B) (cf. gr. *polios* „cenușiu”; *myelos* „măduvă”) ● Boală infecțioasă determinată de un virus din familia enterovirusurilor, cu determinări inflamatorii în special la nivelul substanței cenușii a măduvei spinării și chiar a trunchiului cerebral, al centrilor motori ai nervilor cranieni și ai cortexului. În faza acută a bolii, simptomatologia neurologică predomină și ecranează manifestările psihice, care pot fi reprezentate de : astenie, irascibilitate, agitație psihomotorie sau alternanță agitație-somnolență, stări confuzionale, convulsii, comă.

În cazul instalării paralizii definitive și constituirii sechelelor post-poliomielitice, simptomatologia psihică este consecutivă sentimentelor de inferioritate determinate de infirmitatea fizică, dificultăților legate de orientarea profesională, de înțelegerea unei familii. Apar stări depresive, anxioase, bolnavii fiind suspicioși și iritabili. Cînd boala se manifestă în copilărie și este urmată de sechele, personalitatea se poate structura dizarmonic. Pentru subiect, consecința cea mai gravă este pierderea capacității de adaptare la mediul socio-profesional.

624. POLIOPSICE^(I) iluzii ● Tip de iluzie vizuală datorată unor defecte oculare (exemplu, astigmatism), de cele mai multe ori prin neregularități ale cristalinului, constînd în perceperea multiplicată a aceluiași obiect (simultan mai multe imagini ale aceluiași obiect). Este rar înțilnită în psihiatrie, fiind posibilă în nevroza isterică.

625. POLIOPSIE (cf. *poli-*; gr. *opsis* „vedere”) ● Formă de tulburare a percepției vizuale, prin care obiectele sînt percepute ca avînd dimensiuni mărite, datorate, în opinia lui E. MINGAZZINI (1908), autorul descrierii, cataractei incipiente, unor leziuni cerebrale, dar și isteriei. Ulterior, alți cercetători (H. HOFF, O. PÖTZL) au atribuit acest simptom tulburărilor oculostatice.

626. POLIPLIX^(M) Columbia — DCI Metocarbamol ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip



3-(0-metoxifenoxi)1,2-propandiol 1-carbamate, cu acțiune predominant miorelaxantă și, în secundar, anxiolitic-sedativă; are și valențe analgezice.

627. POLIPEUDOMIELIE PARESTEZICĂ (cf. *poli-*; gr. *pseudo* „fals”; *myelos*) ● Variantă a autotopagnoziei, constând în percepția falsă a unor membre supranumerare (două mâini de o singură parte, patru picioare, trei coate etc.). Apare la bolnavii cu hemiplegie stângă și mari tulburări ale sensibilității tactile și profunde.

628. POLISEMANTISM (cf. *poli-*; gr. *semantikos* „care semnifică”) ● Traducerea în planul expresiei verbale a tulburărilor de gândire de tip disociativ și ambivalent, întâlnită în schizofrenie. M. LEBEDINSKI subliniază faptul că bolnavul atribuie aceluiași cuvânt sensuri diferite, corespunzătoare unei semnificări proprii.

629. POLISCIUK⁽⁸⁾ sindrom ● „Astenie vitală” înregistrată în schizofrenie ca sumă a simptomatologiei „negative”: aspontaneitate, abulie, lipsa oricărui interes și motivații, scăderea impulsurilor și a instinctualității, apatie. Autorul a denumit-o „vitală” prin analogia cu sindroamele afective de același tip.

630. POLISEMIE (cf. gr. *polys* „mult, numeros”; *sema* „semn”) ● Proprietate a unui cuvânt (semn lingvistic) de a avea mai multe semnificații. În procesul de comunicare, sesizarea semnificației adecvate depinde de context; uneori, însă, acesta este ambiguu, limitând transparența semantică a mesajului, fapt care creează posibilitatea unor neînțelegeri sau erori în demonstrație. Caracteristică multora dintre cuvintele și expresiile limbii naturale, polisemia reprezintă un impediment în elaborarea riguros discursivă a sistemelor explicativ-teoretice; din acest motiv se cere a fi eliminată prin utilizarea unor limbaje artificiale, formalizate, în care orice termen sau expresie se asociază cu o singură semnificație, precis definită. Considerând opera de artă ca sistem de semne, purtătoare de mesaje, estetica semiotică vede în polisemie o proprietate a creației artistice, capacitatea ei de a sugera interpretări variate, în funcție de codurile și convențiile estetice ale diferitelor contexte socio-culturale, de experiență și sensibilitatea receptorului etc. În acest sens, polisemia conferă creațiilor artistice o „deschidere” spre straturi și conținuturi semantice diferite.

Dacă pentru un psihic normal utilizarea polisemiei denotă un nivel intelectual și de instrucție ridicat, conferind expresiei verbale un plus de semnificație într-un înveliș verbal (și deci, temporar) redus, în psihopatologie ea capătă aspecte care pot fi de o extremă „originalitate”. Limbajul

bolnavului schizofren reprezintă, în acest sens, locul de elecție în care polisemia poate deveni, mai ales în formele cronice, evolutive, un semn al tabloului disociativ. Sfera semantică a unui cuvânt poate fi astfel „îmbogățită” prin producții proprii bolnavului, pe care acestea le creează, uneori ad-hoc, în virtutea disociației ideative. Fără a mai respecta legile semantice ale limbii naturale, acest non-produs polisemantic nu reprezintă decât un „joc absurd” care poate culmina prin destructurarea cvasitotală a limbajului obișnuit și înstituirea unui non-limbaj → GLOSO-LALIE.

631. POLISENZORIALE⁽⁸⁾ halucinații (cf. *poli-*; lat. *sensus* — participiul verbului *sentire* „a simți”)
sin.
→ **MULTISENZORIALE⁽⁸⁾ halucinații.**

632. POLISENZORIALE⁽⁸⁾ iluzii — sin. **MIXTE⁽⁸⁾ iluzii** — sin. **MULTISENZORIALE⁽⁸⁾ iluzii.**

633. POLITETE (cf. fr. *politesse*; it. *politezza*) ● Atitudine comportamentală acțională, comunicativă, care caracterizează un mod de a se manifesta după reguli considerate bune într-o societate dată, reguli referitoare în special la relațiile interumane. Se formează prin integrarea (interiorizarea) normelor de conduită și aparține caracterului. Când se manifestă în mod exagerat, devine o deformare atitudinală cu originea profundă într-un Supraeu puternic în raport cu un Eu slab (semnificație defensivă).

Politetea este unul din aspectele formale pe care le îmbracă manifestările persoanei în cadrul relațiilor sale cu ceilalți; favorizează, cel puțin aparent, o bună impresie asupra individului. Poate fi exagerată și în mod intenționat, în scopul obținerii unor gratificații, de cele mai multe ori a unor aprecieri pozitive din partea celor din jur. Timizii, anancștii, emotivii manifestă în mod deosebit această atitudine; la isterici, apare în cadrul tendinței lor de a face o impresie cât mai favorabilă despre propria persoană (ei manevrează cu ușurință politetea ca modalitate adaptativă) în diverse situații (în special, în relații cerere-ofertă).

La psihotici, fiind alterată latura caracterială datorită procesului general de regresie a personalității, politetea se păstrează ca atitudine în funcție de nivelul defectual la care se plasează individul, defectul, la rindul său, depinzând de evoluția particulară a procesului psihotic.

634. POLITIC-tip (cf. lat. *politicus*; vezi gr. *polis* „oraș”) ● Tip de personalitate, în tipologia lui E. SPÄNGER, cu ambiții de conducător; bunurile materiale sînt considerate de el ca mijloace pentru afirmarea capacităților decizionale. Pentru omul politic, totul devine mijloc pentru atingerea unui scop, iar cunoașterea este

numai un mijloc de a-și impune propriile poziții, interese, propria voință.

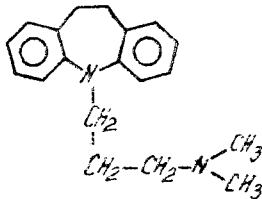
635. **POLITZER Georges (1903—1942)** ● Filozof și psiholog francez. A criticat, pe baza principiilor gnoseologiei marxiste, intuiționismul lui BERGSON („Bergsonismul, o mistificare filozofică”), opunându-i gândirea concretă, critică și demistificatoare, cu valoare decisivă în procesul cunoașterii umane. POLITZER a criticat caracterul abstract și fundamentul idealist al psihologiei dominante din epocă („Criza psihologiei contemporane”, „Critica fundamentelor psihologiei”). După POLITZER, psihologia și filozofia ar trebui să aibă ca fundament analiza vieții „dramatice” (active) a omului, considerat, în tr-o viziune complexă, într-o relație complexă cu mediul înconjurător (în special social).

636. **POLLE^(S) sindrom** ● Variantă infantilă a sindromului Münchhausen. Este vorba de copii cu afecțiuni ereditare (diabet juvenil, tulburări psihice, alte malformații grave), care fac totul pentru a-și prelunge șederea în spital. Sindromul, descris de I. BURMAN, a fost denumit astfel după numele fiicei baronului Münchhausen — Polle —, care a decedat la vârsta de un an. De remarcant faptul că în cazul acestor copii, durata medie de viață este foarte redusă, majoritatea decedând înaintea pubertății.

637. **POLTERSAT^(M)** Venezuela → POLY-SAL^(M) Grecia, sin.

638. **POLUȚIE NOCTURNĂ** (cf. lat. *pollutio* „murdărire”) ● Ejaculare spontană, nocturnă, apărind în timpul somnului, legată de regulă de vise erotice.

639. **POLYSAL^(M)** Grecia — DCI Amitriptilină ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N,N-dimetil-



-5H-dibenzofa, dl-cicloheptenă-Δ⁵,γ-propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de AMITRIPTILINĂ^(M).

640. **POLIZIEN^(S) sindrom** ● Hipotermie paroxistică apărind în acces și caracterizându-se prin scăderea temperaturii corporale cu 0,7—1,3°C,

însoțită de senzația de căldură, transpirații profuze, tanatofobie, tahicardie, greață, slăbiciune generală, dificultăți respiratorii. Criza încetează după câteva minute sau după câteva ore, cu senzația de frig, frisoane și astenie profundă. Ar putea fi expresia unor dereglări diencefalice. Este întâlnită în unele stări nevrotice.

641. **POMADEX^(M) SUA** — DCI *Dexamfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-α-metilfenetilamină — amină simpaticomimetice indicată în combaterea efectelor secundare ale unor psihotropice. Utilizarea ei în doze mari și repetate poate duce la dependență.

642. **POMME Pierre (1728—1814)** ● Medic francez, autorul lucrării „Traité des affections vaporeuses”, afecțiuni care reprezentau, de fapt,



Pierre Pomme

manifestări isterice. A introdus „tratamentul umectant”, metodă controversată, dar apreciată de bolnavi, printre care și unul celebru — Voltaire

643. **POMOLIN^(M) Mexic** — DCI *Pamolindă* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, fără efecte simpaticomimetice, cu indicațiile generale ale psihostimulentei. Nu se administrează în afecțiuni cu componentă depresivă → PSIHOSTIMULENTE.

644. **POMPONAZZI Pietro (1462—1524)** ● Autor al „Cauzelor și efectelor minunilor natu-

rale”, lucrare apărută după moartea sa, pentru a evita disputele cu „minunile” Inchiziției. El a demonstrat originea fizică sau „încă necunoscută” a unor fenomene ca demonomania, vrăjitoriile, miracolele. A relevat, de asemenea, rolul ignoranței, fricii, predispoziției morbide și exaltării imaginației în geneza unor tulburări psihice. Lucrarea, care a circulat în copii manuscrise timp de trei decenii, s-a bucurat de un evident succes (dar și de multe plagieri), influențând decisiv gândirea epocii.

645. **PONDERAL**^(M) Iugoslavia—DCI Fenflura-
PONDERAX^(M) Anglia *mind* ● Psiho-
PONDERAX R^(M) RFG stimulent cu
PONDEREX^(M) Mexic valențe ano-
rexigene, derivat feniletilaminat, amină simpato-
mimetică de tip N-etil- α -metil-m-(trifluoro-
metil)fenetilamină ; există pericolul dependenței.

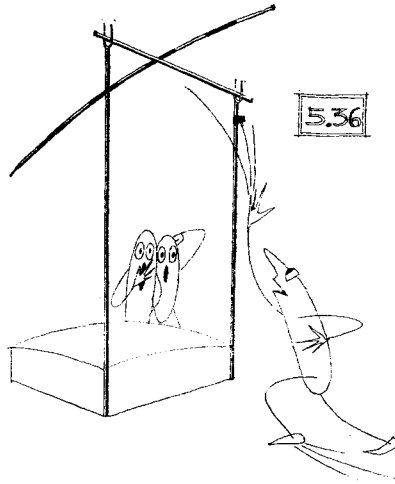
646. **PONDEX**^(M) Ungaria — DCI Pemolină ●
Psihostimulent, derivat feniletilaminat \rightarrow POMO-
LIN^(M) Mexic.

647. **PONDIMIN**^(M) Canada — DCI Fenfluramină
● Psihostimulent, derivat feniletilaminat \rightarrow
PONDERAX^(M) Anglia.

648. **FONDINIL**^(M) Belgia, Elveția, Franța
FONDINOL^(M) Argentina
— DCI Mefenorex ● Psihostimulent, derivat fenil-
etilaminat de tip N-(3-clorpropil)- α -metilfenetilami-
nă, cu efecte simpaticomimetice reduse și bune
performanțe anorexigene, util în tratamentul
ajutant cu NL.

649. **PONFLURAL**^(M) Elveția, Italia — DCI Fen-
fluramină ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat
 \rightarrow PONDERAL^(M) Iugoslavia.

650. **PONOFOBIE**^(F) (cf. gr. *ponos* „muncă
greă” ; *phobos* „frică”) ● Teamă exagerată de efort
fizic (după unii autori, de orice muncă). Fără a
caracteriza o entitate particulară, poate fi întâl-
nită la personalități astenice, în neurastenii, ne-
vroze hipocondriace, la persoane anxioase. O sem-
nificație deosebită o are ponofobia la dizarmonicul
de tip psihastenic, „paralizat” de teama că nu va
putea duce la bun sfârșit munca începută. Mai
poate fi semnalată după unele afecțiuni nevrotice
prelungite, după afecțiuni ortopedice (fracturi,
luxații) și după intervenții chirurgicale (în special
neurochirurgicale).



651. **PONOPATIE** (cf. gr. *ponos* ; *pathos* „încercare, experiență”) ● Termen prin care KRAEPELIN (1915) descrie stările reactive în al căror determinism poate fi identificată activitatea cotidiană și mai ales exagerarea acesteia. În acest cadru, autorul german includea neurastenia și nevroza de așteptare.

652. **PONSITAL**^(M) RFG — DCI Imiclopozină ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat de tip 1-12-14-13-(2-clorfenotiazin-10-il)propil-(1-piperazinil)etil-3-metil-2-imidazolidinonă, cu acțiune antipsihotică rapidă și valențe anxiolitice, sedative și antihistaminice. Are efecte secundare marcate (caracteristice neurolepticelor).

653. **PONTIRIDE**^(M) Mexic — DCI Sulpiridă ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-1(1-etil-2-pirolidinil) metil-5-sulfamoil-o-anisamidă, cu certe valențe antidepressive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile NL incisive (endogenii), fiind în același timp util în combaterea impulsivității obsesiv-compulsive și în afecțiunii psihosomatice. 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.

654. „POP” — psihologie ● Mișcare „de idei” apărută în deceniul al șaptelea în SUA, care și-a căutat resursele concepționale și obiectul în igiena mintală a normalului. Folosind limbajul și tehnicile psihologiei și grupîndu-și demersul teoretic în jurul conceptelor de creștere (growth), sentimente (feeling) și sine (self), pop-psihologia propune soluții pentru toate problemele și impasurile

individuale. Bazându-se pe un remarcabil „boom” publicistic, pop-psihologia „patologizează” realul, tratând normalitatea ca simptom (CASTEL) și constituindu-se ca o terapie fără psihologie (P. DIMASCIO). Deși se dorește „științifică”, pop-psihologia alunecă adesea în agnosticism și atitudinile declarative, recurgând frecvent la celebrul adagio „crede și nu cerceta”.

655. **POPESCU-SIBIU Ioan** (1901 — 1974) ● A studiat medicina la București și Iași, susținându-și teza în 1927 cu tema „Doctrina lui FREUD”; a fost cotate de un juriu deosebit de exigent, avându-l în frunte pe C. I. PARHON, cu



Ioan Popescu-Sibiu

„Magna cum laudae”. Lucrarea fusese publicată în anul anterior susținerii în fața comisiei, într-un tiraj de 3000 de exemplare. Toate cele patru ediții succesive (1927, 1932, 1936, 1947) s-au bucurat de un excepțional succes de public și de recenzii dintre cele mai elogioase în țară și peste hotare, lucrarea fiind premiată de Academia Română, la propunerea lui Gheorghe MĂRINESCU, în 1932. În 1934 a obținut și licența în psihologie, cu o lucrare având ca temă „Psihologia psihonevrozelor”.

Activitatea sa medicală desfășurată la Botoșani (1927—1931), Sibiu (1931—1938) și București (1938—1954) a urmat rigorile medicinei militare, fiind pensionat cu gradul de medic colonel. În această perioadă a funcționat și ca medic expert în psihiatria judiciară și a participat la organizarea Institutului de psihotehnică al armatei. În 1966 i

s-a echivalat titlul de doctor în medicină (peste 200 de lucrări). Activitatea sa științifică, desfășurată aproape o jumătate de secol, a cuprins preocupări de o diversitate extraordinară, culminând cu lucrările psihanalitice. A întreținut o valoroasă corespondență cu o serie de personalități în domeniul psihanalizei (cu FREUD — „singurul psihiatru român care a avut o astfel de corespondență” — P. CORTEZ, L. CORTEZ-SĂRMĂȘANU —; cu JUNG, ADLER, Anna FREUD, LEIBOVICI), în cel al psihiatriei și psihologiei (M. BLEULER, P. JANET, E. MINKOWSKI, J. DELAY, STOCKERT, LURIA), ca și cu alte celebrități medicale (SELYE, PALADE, DELGADO, PENDE, Von BOGAERT). O mare prietenie l-a legat de George CĂLINESCU în ciuda unei dispute de peste 20 de ani, referitoare la psihanaliza lui EMINESCU, în care marele critic român, deși inițial în total dezacord, în final, a acceptat mare parte din punctele de vedere ale prietenului, psihiatrului și marelui om de cultură care a fost Ioan POPESCU-SIBIU. A participat ca reprezentant al României la o serie de congrese internaționale de psihoterapie (Paris, Copenhaga). A fost membru fondator al Revistei române de psihanaliză și membru al Societății internaționale de psihanaliză (1947).

656. **POPOV⁸ simptom** ● Schimbare a conținutului afectiv al viselor în raport cu faza psihozei maniaco-depresive. Apariția de vise cu conținut afectiv pozitiv marchează începutul stingerii depresiei („semnul viselor ferice” — P. BIRUIKOVICI, A. POPOV, 1956).

657. **POPPELREITER-WOLPERT⁸ semn** ● Tip particular de agnozie optică manifestată prin imposibilitatea de a sintetiza într-un tot unitar datele și părțile separate ale unei ilustrații. Indică leziunea părții anterioare a regiunii occipitale din emisferul dominant.

658. **PORENCEFALIE** (cf. gr. *poros* „trecere, cale de comunicare”; *enkephalos* „creier”) ● Afecțiune descrisă de HESCHL în 1859, caracterizată anatomo-patologic de existența în profunzimea emisferelor cerebrale a unei sau mai multor cavități în formă de con, cu vârful spre ventriculi și baza la cortex, interesând atât substanța cenușie, cât și substanța albă cerebrală. Cavitățile comunică cu spațiile subarahnoidiene sau cu ventriculul lateral, printr-un orificiu denumit porus. Sunt descrise două forme ale acestei boli:

- porencefalia „adevărată” sau „schizencefalia”, congenitală, produsă prin lipsa de închidere a tubului neural la capătul oral;
- porencefalia „falsă” sau encefalomalacia — leziune chistică de mărime variabilă, produsă prin degenerarea țesutului nervos, consecutiv unui focar de hemoragie sau infarctizare, cu două variante (SCHWARTZ): tipul periferic și tipul central.

Porencefalia se produce în perioada fetală, aspectul morfologic al cavităților fiind în funcție de stadiul de dezvoltare al creierului în momentul în care ele au luat naștere; caracterul malformativ este cu atât mai evident, cu cât ea apare mai precoce.

Etiologia, în formele secundare, este datorată unor factori traumatici sau infecțioși, care determină leziuni vasculare, porencefalia putând fi un stadiu final al ramolismului cerebral, arterial, trombotic sau embolic. Expresia clinică este evidențiată la sugari, fiind evolutivă și manifestându-se prin hidrocefalie sau prin microcefalie. Tulburările psihice constau în oligofrenie, iar tulburările neurologice apar ca sindroame spastice, epilepsie, hemiplegii, cecitate. Diagnosticul de certitudine este precizat prin tomografie computerizată.

659. PORFIRIE — tulburări psihice (cf. gr. *porphyra* „purpură”) ● Grup de afecțiuni metabolice ereditare, cu transmitere dominantă, datorate unui defect de sinteză a porfirinei la nivelul eritroblaștilor. În acest grup sînt incluse:

- porfirie congenitală (boala Günther), caracterizată prin fotodermatoză, anemie, splenomegalie, coproporfirinurie—evoluează grav;
- porfirie cronică, caracterizată prin fotodermatoză, porfirinurie, crize abdominale mimînd abdomenul acut;
- porfirie acută intermitentă (boala Waldenström), cu dureri abdominale, vomismente, constipații, pareze și paralizii cu localizare variabilă, mai ales la nivelul extremității proximale a membrului inferior, sindrom polinevritic cu aspect polimiotonic, porfirinurie numai în accese.

Tulburările psihice sînt extrem de polimorfe, constînd în modificări dispoziționale bruște, astenie psihofizică, care ating paroxismul în cursul episoadelor acute. Cu o frecvență de aproximativ 20%, tulburările psihice sînt mai specifice în porfirie acută intermitentă, putînd contura stări nevrotice, decompensări isterice, depresie, dar și stări confuzionale cu onirism asemănător celui din delirium tremens, rar stare stuporoasă, sindrom Korsakov.

Evoluția bolii este însoțită de stări depresiv-hipocondriace. Rareori, pot apărea stări disociative, cu structură paranoidă. Curabile după o perioadă de evoluție, manifestările critice pot însă recidiva.

660. PORIOMANIE (cf. gr. *poroia* „mers, călătorie”; *mania* „nebulie, furie”) — sin. DRO-
sin.
MOMANIE → VAGABONDAJ.

661. PORNOGRAFIE (cf. gr. *porneia* „prostituție”; *graphein* „a scrie”) ● Producții scrise, cinematografice, plastice, fotografice, cu caracter

obscen, în care actul sexual, organele sexuale, versiunile sexuale constituie tematica principală a unei „industrii” foarte puternic dezvoltată în lumea occidentală contemporană. Exacerbînd, în scop comercial, erotica, dezumanizînd-o și considerînd-o o simplă marfă, pornografia are un impact social negativ, în special asupra tineretului și copiilor lipsiți de experiență sexuală, care pot substitui acestei experiențe monstruozițiile afișate de lipsa de scrupule a producătorilor „porno”. Datorită dezvoltării explozive a mijloacelor de reproducere a mesajului, producția pornografică s-a intensificat în mod deosebit în ultimele decenii. Multe state au luat măsuri de asanare a climatului psihic în care se desfășoară dezvoltarea tinereii generații, interzicînd sau restrîngînd la maximum producția pornografică. Cu toate acestea, faptul că „piața” producției pornografice este deosebit de tentantă, aceste măsuri se lovesc de dificultăți majore. Din punctul de vedere al psihiatruului, această producție imorală și antiaxiologică nu este decît un impact negativ, ducînd la o creștere a agresivității și a actelor antisociale. De asemenea, ea poate provoca fobii și obsesii, care pot transforma receptorul producției pornografice în pacient al psihiatriei.

662. PORNOGRAFOMANIE (cf. gr. *porneia*; *graphein* „a scrie”; *mania* „nebulie”) ● Preocupare morbidă perfru scrieri cu caracter obscen, care devin un substitut și surrogat de sexualitate. Apariția unor noi forme de expresie audio-vizuală a diminuat interesul pentru acest gen de scrieri, punctele de polarizare a atenției fiind, în epoca noastră, cele legate de imagine.

663. PORNOLAGNIE (cf. gr. *porneia*; *lagneia* „relații sexuale”) ● Preferință marcată sau exclusivă a unor subiecți pentru relațiile sexuale cu prostituatele. Explicația acestei tulburări pare să fie legată de nerezolvarea complexului oedipian, datorită unei idealizări excesive a femeii-mamă și a refulării tendințelor incestuoase. Prostituta reprezintă un prototip al dezidealizării imaginii feminine, permițînd subiectului realizarea unei relații sexuale normale.

664. POROPSIE (cf. gr. *poros* „trecere”; *opsis* „vedere”) — sin. TELEOPSIE ● Tulburare de vedere descrisă de HEILBRONNER în 1902, constînd în percepția deformată a obiectelor, a poziției și a raporturilor spațiale dintre ele (spațiul poate apărea îngustat sau lărgit, obiectele pot fi apropiate sau depărtate între ele), fără ca prin aceasta mărimea lor să sufere modificări. Este însoțită de modificări simultane ale percepției propriului corp și apare mai ales la epileptici (P. PICHOT).

665. POROSCOPIE (cf. gr. *poros* „trecere”; *skopein* „a privi”) ● Procedeu utilizat în cadrul identificării dactiloscopice a persoanelor, bazat pe stu-

dierea aspectelor oferite de orificiile glandelor sudoripare de la nivelul liniilor papilare. După opinia unor cercetători din SUA și Japonia, în cazul schizofreniei ar exista o dispoziție particulară în acest sens.

666. **PORTEUS** Stanley David (1883—1972) ● Psiholog și antropolog american. După terminarea studiilor la Universitatea din Melbourne (Australia), a fost numit coordonator al școlilor speciale din Melbourne, iar din 1919 director științific al Laboratorului de psihologie din Vineiand. Din 1922 devine profesor la Universitatea din Hawaii, la catedra de psihologie clinică. În 1929 a făcut o expediție în nord-vestul Australiei, urmată de călătorii în deșertul Kalahari și Africa de Sud (1934). În 1948 a primit titlul de profesor emerit.

Lucrările sale de psihologie se referă la îmbunătățirea modalităților de explorare a inteligenței, prin teste în special a capacității de organizare și anticipare. Labirinturile sale au fost incluse în scala de performanță Arthur—Grace. A mai publicat studii importante despre schimbările intervenite în performanțele și structura personalității la bolnavii lobectomiști și studii de etnologie și antropologie privitoare la populațiile africane și hawaiene.

667. **PORTEUS^(T)**—scală ● Baterie de inteligență nonverbală, cunoscută sub numele de „labirintele Porteus” sau de „scara de labirinte”. Elaborată de S. D. PORTEUS în 1914 și revizuită (completată) în 1919, 1924, 1955 și 1959, scala este larg utilizată în clinică și în domeniile psihologiei școlare și orientării profesionale (în special, în transporturi), atât la copii, cât și la adulți. Pune în evidență aptitudinile mintale, QI, unele particularități temperamentale și, în special, adaptabilitatea socială. Administrarea testelor este facilă (labirinte imprimate pe foi separate) și se poate realiza fără instrucții verbale, ceea ce permite examinarea surdo-mușilor, dislalicilor sau a subiecților aparținând unor grupări etnice la care este dificilă sau irelevantă investigarea intelectuală prin teste verbale. Probele sînt atractive, iar timpul de examinare este relativ scurt (între 10—30 minute). Există mai multe variante: Porteus-Maze, Thorndike-Schulte, McQuarrie, Miles sau testul labirint al lui Elithorn, utilizat în psihodiagnoza leziunilor cerebrale ale lobilor frontali și temporali, putînd fi aplicat în grup → LABIRINT.

668. **POSESIUNE^(D)** delir (cf. lat. *possessio* „posesiune”) ● Delir în care subiectul afirmă că în corpul său s-a instalat o altă ființă. Uneori, posesiunea ia o formă extremă, bolnavii fiind izgonit din propriul său corp, care la rîndul său suferă o serie de transformări. Delirul de posesiune apare în stări delirante acute sau în procese delirante cronice, îndeosebi paranoide, în melancolie (unde

se întîlnește de fapt o pseudoposiune a cărei temă joacă rol explicativ) și, în mod excepțional, în stările secundare isterice și epileptice, la subiecții cu intelect de limită, provenind din medii subculturale. Cele mai cunoscute deliruri de acest



tip sînt cele de posesiune demonică și de zoopatie internă. Fiind foarte rare în clinica contemporană, aceste deliruri prezintă doar interes istoric.

669. **POSBIL** (cf. lat. *posse* „a putea”) ● Capacitate a unui fenomen sau a unei acțiuni de a se realiza; ceea ce este cu putință. Pentru psihopatologie, aprecierea posibilului, ca și a limitelor sale, are o importanță deosebită în două direcții. Prima se referă la autenticitatea reiațiilor subiectului, la evenimentele și traiectoria sa existențială, care pot fi adesea legate de comprehensibilitatea sau incomprehensibilitatea unei situații. Relatarea unor evenimente imposibile sub aspectul spațio-temporal, biologic sau psihologic, pune de la început sub semnul întrebării starea mintală a persoanei (după ce s-a exclus eventualitatea că nu face acest lucru sub imperiul unui scop precis: alibi, ficțiune literară, minciună etc.).

Psihiatrul trebuie să aibă capacitatea de a discerne între posibil și imposibil în discursul bolnavului, orientîndu-și investigația anamnestică spre episoadele care par neclare și/sau neverosimile. Deși aparent această operație nu comportă dificultăți deosebite, nu rareori realitatea poate fi o adevărată desfășurare la limita posibilului, diferitele evenimente de viață fiind uneori deosebit de insolite. Este nevoie uneori de un buget sporit de timp și de investigații aproape „detectivistice” pentru depistarea evenimentului semnificativ care se abate de la limitele posibilului. Mai mult, pentru a aprecia valabilitatea sau lipsa de valabilitate a unei teorii sau a unei invenții pe care subiectul o prezintă ca posibilă, este necesar să se apeleze la specialiști din domeniul respectiv. Există cazuri extreme în care nu se poate stabili, fără consultarea specialistului în domeniul respectiv, un punct de vedere suficient de clar pentru a se emite un diagnostic sau pentru a se putea ac-

ționa medical într-o situație dată, mai ales atunci când subiectul are note accentuate de personalitate care pot induce o pistă falsă.

Cel de-al doilea aspect se referă la capacitatea de judecată a subiectului pus în fața aprecierii posibilității de realizare a unei situații. Dacă în cabinetul de psihiatrie acest lucru se referă la teste, mai mult sau mai puțin ingenios realizate, la situații în care absurdul este limita pe care bolnavul trebuie să o sesizeze în activitatea sa curentă, lipsa de apreciere corectă a posibilului (pe care, alături de intelectul de limită și dizarmonia de personalitate, o pot genera o serie de circumstanțe organice sau psihoze) în viața cotidiană poate produce prejudicii grave individului sau comunității.

Atât timp cât individul stă sub semnul posibilului, când este vorba de situații vitale dramatice, el își păstrează o capacitate de luptă și o capacitate adecvată de reacție, în care doar anxietatea poate fi un factor perturbator. Absența oricăror posibilități sau alternative paralele devine un factor demobilizator, ducând la prăbușirea întregului edificiu psihic. Acest lucru, adesea ignorat, este valabil și pentru familia bolnavului sau a celui supus unui stres psiho-social deosebit (pronunțarea sentinței medicale, juridice, sociale etc.), fiind urmat de o întreagă gamă-patologică, în care modificările afective sînt în prim plan. Corectitudinea raportului posibil/probabil este unul dintre indicatorii de valoare ai capacității de înțelegere a individului, unul din elementele care caracterizează sintetic personalitatea individuală. Între a aprecia că orice este posibil într-o lume a echiprobabilităților și că nimic nu este posibil într-o lume fără speranțe și dinamică, afectată de multitudinea variantelor, există o infinitate de nuanțe care pot caracteriza orice prezentă umană.

670. **POSBILITATE** (cf. lat. *possibilitas*) ● Categorie a determinismului dialectic, corelativă cu cea de realitate, ambele desemnînd două momente obiectiv necesare ale devenirii. În vreme ce realitatea se referă la tot ceea ce este actual, prezent efectiv în lume la un moment determinat, posibilitatea implică tot ceea ce nu este încă împlinit, dar poate fi, întrucît nu contravine legilor firii. Sfera posibilului cuprinde tendințele de evoluție temporală a sistemelor, configurate în conformitate cu legile imanente ale acestora, în corelație cu ansamblul condiționărilor exterioare. Posibilitatea și realitatea sînt intim corelate dialectic, definindu-se una prin cealaltă: astfel, posibilitatea este o realitate virtuală, dată ca potență în ceea ce este actual, pe cînd realitatea este o posibilitate actualizată, o tendință devenită fapt. Practic, orice formă de existență reprezintă o fostă virtualitate realizată (ca negație a unor stări anterioare ale unui sistem în devenire) și poartă

în sine, ca posibilitate, germeii propriei sale negații viitoare, a cărei actualizare înseamnă o repetare a nesfîrșitului lanț de treceri dialectice de la posibilitate la realitate și invers. Această necurmată trecere decurge prin meandre complicate: în orice stare actuală a unui sistem sînt date mai multe trasee posibile de evoluție, dar numai unul dintre acestea se realizează, eliminîndu-le pe celelalte, în funcție de variația condițiilor și de intervenția unor factori aleatori. Acțiunea hazardului în procesul de trecere de la posibilitate la realitate constituie un factor esențial de mediere exprimat de categoria probabilității, ca măsură a șanselor de realizare a diferitelor posibilități. În natură, trecerea de la posibilitate la realitate decurge spontan, conform unor legități „oarebe”, împletite cu evenimente pur accidentale, pe cînd în cadrul acțiunii sociale ea are un tot mai pronunțat caracter teleologic, împletind condițiile obiective cu intervenția conștientă, premeditată a subiectivității, a cărei eficiență sporește odată cu progresul cunoașterii legităților obiective din natură și societate.

Aprecierea eronată a propriei capacități de realizare sau de alegere, deci incapacitatea aprecierii propriilor posibilități poate deveni obiectul patologiei psihiatrice. În acest context, pot fi menționate cu titlu de exemplificare: incapacitatea psihastenicului de a-și aprecia corect propriile posibilități, incapacitatea distimicului hipomaniacal, angajat în sarcini care îi depășesc cu mult posibilitățile reale, sau a dizarmonicului paranoiac care își supraevaluează nu numai posibilitățile, ci și drepturile. Se pot produce reacții dramatice ale individului pus în fața propriei sale imposibilități de a realiza o sarcină considerată anterior ca realizabilă: astfel, în patologia organică de tip deteriorativ, subiectul poate avea așa-numita „reacție catastrofală” față de imposibilitatea de a răspunde la teste performanțiale. În cazul patologiei de involuție, restrîngerea posibilităților este nu numai fundalul pe care aceasta evoluează, ci și un factor patoplasic sau chiar patogenic. Același lucru este valabil și pentru cei la care apare un deficit prin accident sau boală. Se poate vorbi și despre o patologie a raportului aspirației/posibilitate, întotdeauna supraunitar, a cărui valoare este în directă legătură cu suferințele pe care le generează.

671. **POST-** (cf. lat. *post* „după”) ● Element de compunere care introduce semnificația de „consecutiv”, „de după”, „în spate”.

672. **POSTABORTUM** — tulburări psihice ● Patologia psihică declanșată postabortum este în general nespecifică și limitată, fiind determinată nu de avortul propriu-zis, ci de contextul în care s-a făcut acesta. După avorturile terapeutice,

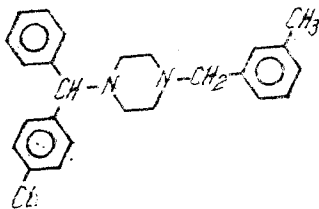
aceste tulburări sînt extrem de rare, avortul fiind în acest caz un eveniment profilactic (previne agravarea unei boli) sau curativ (sarcina este cauza declanșării unei simptomatologii greu de suportat). Diferit se prezintă însă situația după un avort provocat, din mai multe motive:

- în unele țări, avorturile sînt interzise, femeia care le efectuează putînd cădea sub incidența legii și suporta rigorile ei, ceea ce creează inerent stresul pericolului la care se expune. La acest stres se adaugă și nesiguranța reușitei, posibilitatea apariției complicațiilor (de multe ori, de o gravitate deosebită, putînd periclita viața);
- starea de conflict care se realizează între convingerile religioase (religiile creștine, cel puțin, interzic avortul) și morale ale grupului social din care face parte femeia și dorința acesteia de a scăpa de sarcină;
- avortul provocat contravine unor legi naturale, umane, ale reproducerii.

Tulburările psihice îmbracă de obicei aspectul nevrotiform cu importantă componentă anxioasă, depresivă (sentiment de culpabilitate). Uneori, depresia poate atinge intensitate psihotică, asociată sau nu unor idei delirante.

673. POSTACȚIUNE (cf. post-; lat. *actio* „acțiune, act”) ● Efect neurofiziologic datorat inerției proceselor nervoase, conștind într-o stare de excitație menținută după ce stimulul a încetat să acționeze. „Efectul de postacțiune” contribuie la continuitatea actelor neurodinamice și reflexe, făcînd posibile înlănțuirile și fuziunile de excitații. Vederea cinematică se explică prin efectul de postacțiune (P. POPESCU NEVEANU).

674. POSTAFEN^(M) RFG, Suedia — DCI Meclozina ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip 1-(p-clor- α -fenilbenzil) - 4-(m-metilbenzil)-piperazina,



zină, cu acțiune marcat sedativă, hipnotică și antiemetică. Se utilizează în special în asociere cu NL incisive.

675. POSTCARDIOTOMIC^(D) delir (cf. post-; gr. *kardia* „inimă”; *tome* „tăietură”) ● Delir descris de BLANCHLY, în 1964, drept un sindrom psihoorganic reversibil, în care pe prim plan intervin stările confuzionale și delirante. Frecvența

lor pare a fi în jur de 20%. Tulburările psihice în intervențiile pe cord au fost descrise și de FOX (1954), BLISS (1955), KORNFIELD (1980), fiind semnalate și în medicina românească de POP D. POPA și colaboratorii.

676. POSTCONFUZIONAL^(B) sindrom (cf. post-; lat. *confusio* „tulburare”) ● Termen întâlnit în literatura anglo-saxonă, ca sinonim cu CEREBRASTENIA POSTTRAUMATICĂ.

677. POSTCURĂ (cf. post-; lat. *cura* „îngrijire”) ● Acțiuni prin care bolnavul trebuie urmărit în perioada de după spitalizare, cură sau tratament. Această supraveghere este deosebit de importantă pentru îndepărtarea sentimentului de izolare, abandon, pe care îl poate resimți pacientul. Supravegherea pacientului se realizează prin intermediul policlinicii teritoriale, a centrului de sănătate mintală, cărora pacientul le este arondat. Crearea acestor centre reprezintă o etapă deosebit de importantă în creșterea eficacității asistenței psihiatrice, prin posibilitatea asigurării unei legături constante între medic și pacientul externat.

Un rol deosebit de important în postcură îl are familia, prin posibilitatea de reintegrare într-un mediu cald, apropiat, care să-i faciliteze subiectului și reinsertia socio-profesională. Reintegrarea socio-profesională este în funcție de gravitatea afecțiunii și de starea în care pacientul a fost externat. Ea necesită o atenție deosebită atît în ceea ce privește aprecierea și recomandările pe care medicul din policlinică le face, precum și din partea mediului profesional în care va activa bolnavul.

Postcura și reintegrarea familială și socio-profesională se fac cu mult mai ușurință dacă este combătută ideea de „alienat periculos”, nebunie nevindecabilă, ceea ce presupune un unanimitate deosebit manifestat de toți factorii implicați în aceste procese.

678. POSTDICȚIE (cf. post-; lat. *dictio* „explicare”) ● Reconstituire mintală a desfășurării unui proces, inversînd sensul evoluției evenimentelor — de la efect la cauză, cercetînd din aproape în aproape diacronia obiectivă, pentru a cunoaște geneza stării actuale a unui sistem prin dinamismul stărilor sale anterioare. Operație epistemică indispensabilă oricărei explicații științifice, postdicția are importanță deosebită în investigarea proceselor și evenimentelor istorice, a căror desfășurare, deși obiectiv determinată, nu se produce în limitele unor mecanisme repetitive, pe baza unor transformări cvasi-reversibile și, de aceea, riguros previzibile, ci suportă influența a numeroși factori aleatori, care dau acestor procese și evenimente caracterul unicității, astfel

încît deplina lor explicație nu poate fi elaborată decît retrospectiv.

679. **POSTELNICU Paul** (1917—1985) ● Inginer român, unul dintre inițiatorii ciberneticii; și-a efectuat studiile la Politehnica din București, între 1936—1941. După 1944 a devenit cadru didactic, iar din 1959 profesor la Facultatea de Electronică și Telecomunicații. În 1944 a trimis spre publicare un important articol despre reacția inversă, anticipînd ideea ciclului vicious. El a formulat patru dintre cele nouă legi universale ale ciberneticii, cu trei ani înainte ca N. WIENER să-și fi formulat teoria (de altfel rezumată numai la legea reversibilității — feedback). Din păcate, lucrările respective nu au fost înțelese la vremea aceea și nu au putut vedea lumina tiparului decît în 1968. În 1981 a publicat lucrarea „Cibernetica și conexiunea inversă”, în care a adus precizări legate de conceptul de viciozitate și de rolul hazardului în dezvoltarea unor sisteme complexe.

680. **POSTONIRIC^(D)** delir (cf. *post-*; gr. *oneiros* „vis”) ● Delir care se organizează pornind de la producția onirică. Apare în diferite circumstanțe etiologice; are drept caracteristici organizarea rapidă a unei tematici delirante megalomane, productivitate senzorială importantă. Fenomenele dispar progresiv în timp. Rareori (în alcoolismul cronic), evoluează spre cronicitate.

681. **POSTEL Guillaume** (1510—1581) ● Erudit, neînțeles sau considerat nebun, enigmă pentru contemporanii săi, personalitate descifrată numai de generațiile următoare; opera sa aduce lumină asupra demenței și manifestărilor ei în secolul al XVI-lea. Astfel, ei a vrut să devină „apostol al păcii universale” și să „realizeze noua umanitate reabilitată”. Această ultimă idee îi este insuflată de un „geniu” feminin de primă mărime, maica Jehanne — un „mesia feminin”. A fost condamnat la închisoare pe viață printr-o hotărîre plină de interes prin implicațiile ei psihiatrice: „demență periculoasă”.

682. **POSTIMAGINE** (cf. *post-*; lat. *imago* „imagine”) ● Menținerea imaginii senzoriale după ieșirea obiectului din câmpul perceptiv, manifestare a inerției funcționale a analizatorilor.

683. **POSTOPERATOR^(D)** delir (cf. *post-*; lat. *operatio* „lucrare, operație”) ● Sindroame confuzionale, cu debut brusc și evoluție relativ scurtă, care se instalează la scurt timp după o intervenție chirurgicală. Frecvența acestor complicații variază, după diverși autori, între 1—4% din cazurile de intervenție chirurgicală (KNOX, KELLY, MORSE, LITIN etc.).

Simptomatologia clinică a acestui sindrom nu diferă cu nimic de cea a oricărei stări confuzionale: obnubilare, dezorientare auto- și alopsihică, tulburări de somn, tulburări perceptiv; consecințele posibile sînt însă deosebit de periculoase, prin incidentele sau accidentele pe care le pot provoca: pot să compromită nu numai reușita actului operator, ci și să pună în pericol viața bolnavului. În etiopatogenia delirului postoperator, pot interveni succesiv trei grupe de factori:

- preoperatori — vîrsta, alcoolismul, antecedentele de agresiuni cerebrale, bolile endocrino-metabolice;
- operatori — operațiile prelungite, transfuziile masive, operațiile pe zone deosebit de întinse;
- postoperatori — epuizarea, imobilizarea și/sau izolarea, complicațiile infecțioase și dezechilibrările metabolice.

Rolul tipului de personalitate este socotit ca important de unii autori; în acest sens, KRONFELD afirma că persoanele mai active sînt mai predispușe la acest tip de complicații.

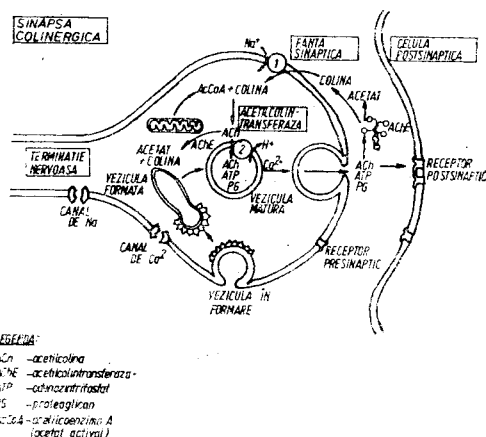
Tratamentul acestui delir postoperator presupune o recunoaștere precoce a sindromului confuzional, corectarea rapidă a dezechilibrilor hidroelectrolitici și tratamentul complicațiilor infecțioase sau hemoragice ale intervenției chirurgicale. Simptomatologia psihiatrică necesită tratament simptomatic anticonfuzional și sedativ obișnuit (haloperidol, clordelazin, tioridazin etc.). Probleme deosebite ridică apariția deliriumului tremens la operații cu antecedente alcoolice, urgențe vitale care complică atitudinea terapeutică. Fără a se putea stabili cu precizie mecanismul prin care intervenția chirurgicală interferează patologia delirului, se subliniază rolul mai important al tulburărilor metabolice față de sevrăjul propriu-zis. Apariția unor medicamente cu acțiune complexă, așa cum este heminevrinul, a modificat pozitiv prognosticul (PREDESCU și NICA-UDAN-GIU), mortalitatea scăzînd de la impresionante procente de 30—85%, la 2—10%.

684. **POSTPARTUM** — tulburări psihice — PERIODĂ PUERPERALĂ.

685. **POSTRUBEOLIC^(S)** sindrom (cf. *post-*; lat. *rubeus* „roșu”) — sin. EMBRIOPATIE RUBEOLICĂ → GREES^(S) sindrom.

686. **POSTSINAPTIC** (cf. *post-*; gr. *synapsis* „legătură”) ● Termen cu referire la componenta membranală neuronală care participă, alături de membrana neuronului presinaptic, la realizarea joncțiunilor interneuronale — sinapse. La nivelul membranei neuronale postsinaptice se află receptorii — structuri specializate în fixarea neurotransmițătorilor eliberați din membrana presinaptică. Receptorii își exercită acțiunea fie prin cuplarea cu canalele ionice din structura membra-

nei postsinaptice, fie prin cuplarea cu sistemele enzimactice implicate în activitatea metabolică a neuronului postsinaptic. Acești receptori reprezintă situsul de elecție pentru acțiunea drogurilor,



Ele intervin fie prin acțiune antagonică în raport cu neurotransmițătorii, așa cum este cazul opiaceelor, fie prin blocarea funcției receptorilor (de exemplu, stricnina).

Prin acțiunea mediatorilor la nivelul membranei postsinaptice se desfășoară fenomene electrice complexe, care constituie potențialul postsinaptic. Acesta este realizat prin modificări de conductanță ionică în neuronul postsinaptic, sub acțiunea neurotransmițătorilor eliberați în urma stimulării neuronului presinaptic. Dacă acest neuron aparține unei căi excitatoare, neurotransmițătorii vor produce depolarizarea membranei postsinaptice și apariția unui potențial postsinaptic excitator care, ajuns la un anumit nivel, declanșează un potențial de acțiune, condus după legea „tot sau nimic”, în neuronul postsinaptic și prelungirile sale.

Dacă neuronul presinaptic aparține unei căi inhibitoare, se va produce, prin intermediul neurotransmițătorilor, o hiperpolarizare a membranei postsinaptice, cu apariția unui potențial postsinaptic inhibitor, care va bloca formarea potențialelor de acțiune.

687. POSTULAT (cf. lat. *postulatum* „cerere”) ● Enunț acceptat într-un sistem deductiv drept adevărat fără demonstrație, din care sînt derivabile alte enunțuri (teoreme). În limbajul tradițional al filozofiei și al logicii, postulatele erau distinse de axiome, considerîndu-se că acestea din urmă sînt propoziții de la sine evidente, al căror adevăr este cert, în vreme ce postulatele sînt propoziții doar presupuse ca adevărate, indemonstrabile și lipsite de autoevidență, dar nece-

sare în construcția unui sistem deductiv pentru obținerea unor teoreme. În logica actuală se consideră postulatul orice enunț prim (nederivat din alte enunțuri) într-un sistem deductiv, din categoria postulatelor făcînd parte axiome, scheme de axiome, metaaxiome, reguli de definiție, reguli de deducție, reguli de interpretare.

688. POSTURĂ (cf. it. *postura* „atitudine”) ● Poziția pregătitoare a corpului, în vederea executării unui act motor; expresie semnificativă a poziției corpului. Menținerea posturii corpului se face automat, în cadrul motricității involuntare, prin reflexe somatice. Aceste reflexe sînt tonice, asigurînd repartiția tonusului la diferitele grupe musculare, în funcție de poziția capului, a corpului față de mișcările efectuate, arcul reflex închizîndu-se în trunchiul cerebral, cu implicarea căilor extrapiramidale. De asemenea, sînt implicate în păstrarea posturii și reflexe de redresare, care modifică prin mișcări coordonate o atitudine nefirească. Exagerarea reflexelor de postură apare în cadrul sindromului parkinsonian indus de neuroleptice.

689. POTAMOFOBIE^(P) (cf. gr. *potamos* „fluviu”, *phobos* „frică”) ● Teamă față de apă. Clasic, termenul a fost definit prin teama de apă curgătoare (rîuri, fluvii, cascade). Modifică activitatea subiectului. Este relativ rară în clinica psihiatrică; de obicei, nu apare singură, ci colorează tabloul clinic al nevrozei obsesive-fobice, al psihosteniei, isteriei și al schizofreniei.

690. POTENȚARE (cf. lat. *potentia* „putere, tărie”) ● Asocierea a doi factori cu acțiune sinergică, al căror efect reprezintă un răspuns mai mare decît suma efectelor considerate separat. CHANG (1952) o definește drept posibilitate de creștere a intensității răspunsurilor provocate de unii stimuli, printr-o excitație inițială facilitatoare.

691. POTENȚIAL (de) ACȚIUNE/REPAUS — INFLUX NERVOS.

692. POTENȚIAL EVOCAT (cf. fr. *potentiel*; vezi lat. *potens* „puternic”) ● Metodă de studiu a activității corticale, prin înregistrarea modificărilor activității electrice a scoarței ca răspuns la un stimul.

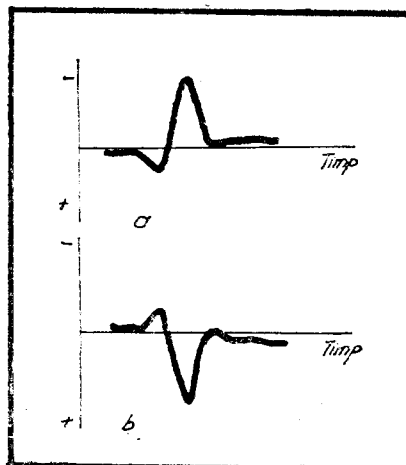
Apariția activității electrice evocate traduce activarea mecanismelor fiziologice senzoriale și are semnificații psihologice, ceea ce face din potențialul evocat un indice deosebit de interesant în psihiatrie, util pentru studii relațiilor dintre boala psihică și mediul extern. Imaginea grafică difazică, care apare după o perioadă de latență de la stimulare, trebuie diferențiată de imaginile activității electrice cerebrale spontane, avînd o relație temporală bine definită în raport cu stimulul. Această relație depinde de viteza

de propagare a influxului, de lungimea drumului parcurs de acesta și de numărul sinapselor străbătute.

Potențialul evocat primar, somestezic, vizual sau auditiv, permite analiza topografică a zonei de proiecție corticală a diferitelor sensibilități (ariile primare). Prin analiză se poate realiza separarea unor circuite nervoase, detectarea externă a acestei manifestări electrice intrînd în domeniul investigațiilor neurologice, prin intermediul ordinatorului numeric. Oscilațiile activității electrice corticale, înregistrate cu ajutorul electrozilor dispuși pe pielea capului, în regiunea parietală, apar ca răspuns la stimulii exogeni sau endogeni. Este evidențiată astfel o modificare electrofiziologică ce ocupă 10–15% dintr-un traseu EEG, fiind dispersată în traseul de fond al activității electrice corticale spontane. Utilizarea ordinatorului numeric permite vizualizarea potențialului evocat în cadrul acestui traseu de fond, rezultat care nu poate fi obținut cu ajutorul altor tehnici. Imaginile grafice apar sub formă de succesiuni de unde, distribuite în numeroase regiuni ale scalpului, notate în funcție de rapiditatea apariției și de polaritate. Sînt folosite cifre romane pentru accidente precoce, litere și cifre variate, în funcție de polaritatea și latența apariției, pentru accidente mai tardive. S-a constatat că o parte din unde sînt modificate de atenția selectivă, de vigilență, motivație, decizie perceptivă, în timp ce altele nu se modifică decît în funcție de modalitatea senzorială. Se poate spune deci că potențialele evocate reprezintă un fenomen global, a cărui analiză fină permite observarea diferitelor etape parcurse ca răspuns la stimularea senzorială, precum și a etapelor ce conduc la decizia motorie. Aceste proprietăți fac din potențialul evocat un indice deosebit de prețios pentru psihiatri, care, nu numai că face mai sensibilă înregistrarea EEG utilizată în diagnosticul bolilor mintale, dar permite utilizarea și unor noi cîmpuri de investigație în procesele senzoriale, perceptivă, cognitive. Aceste aspecte permit, la rîndul lor, discutarea unor teorii psihologice bazate pe observațiile comportamentale în lumina elementelor EEG obiective și cuantificabile. Se pot distinge :

- potențiale evocate senzoriale — care apar în primele 250 ms după un stimul senzorial (somestezic, auditiv sau vizual) ; sînt expresia excitației ariilor primare sau secundare de către stimul, după ce a parcurs căile ascendente specifice. Aceste unde sînt vizibile permanent, oricare ar fi atitudinea subiectului față de stimul. Ele pot fi tardive sau precoce și variază în funcție de proprietățile fizice ale stimulului. Undele tardive, mai larg distribuite la suprafața scalpului, au aproape aceeași configurație pentru stimulii vizuali

auditivi sau somestezici. Larga lor răspîndire topografică și absența specificității modulatorie ar putea indica faptul că aceste unde reflectă în primul rînd o activitate corticală



nespecifică, realizată prin conexiuni cortico-corticale și comisurale sau prin conexiuni medulo-talamice nespecifice. Potențialele senzoriale evocate pot fi socotite expresia atenției acordată de subiect stimulului și sînt modificate de atenția selectivă, de obișnuință sau, dimpotrivă, de nouitatea stimulului ;

- potențiale endogene, contrar precedentelor, sînt asociate mai mult evenimentelor psihologice decît celor fiziologice. Ele nu variază în funcție de modalitatea senzorială, iar distribuția lor topografică principală se află în zonele fronto-centrală și centro-parietală. Apar mai ales în situațiile în care subiectul este implicat într-o activitate perceptivă legată de un proces de decizie. Tot potențialele endogene sînt considerate și manifestările electrice produse în intervalul dintre un semnal de avertizare și un semnal imperativ care necesită un răspuns mental sau motor (dovada timpului de reacție).

În psihiatrie, sînt luate în discuție amplitudinea, latența și distribuția topografică a diverselor unde, în cadrul studiilor transversale sau longitudinale. Aceste caracteristici ale undelor, corelate cu fluctuațiile de comportament, confirmă lipsa specificității activității electrofiziologice a creierului în afecțiunile psihice. Lipsa modificărilor calitative specifice ale EEG în dezordinile psihopatologice a determinat încercarea de a lua în discuție variațiile cantitative, ceea ce deschide perspective de aplicare în domeniul diagnosticului,

fiziopatologiei și terapeuticii acestor afecțiuni. Astfel, unii autori consideră că este posibilă o diferențiere a diverselor populații psihopatologice prin studiul potențialelor evocate în toate tipurile de stimulări (modalități senzoriale). Este astfel sugerată o disfuncție diferită a mecanismelor neurofiziologice pentru populații de nevrotici în raport cu psihoticii. În cazul psihoticienilor, este posibilă separarea schizofrenilor de melancolici prin măsurarea potențialelor lor somestezice. Se apreciază, de asemenea, că răspunsul sistemului nervos central la o stimulare progresivă este o caracteristică individuală relativ stabilă. Această particularitate poate fi corelată cu unele dezordni psihopatologice, pacienții cu depresii unipolare și schizofrenie prezentând potențiale evocate de mică amplitudine. Rezultate inverse au fost observate la bipolari. În paralel cu corelațiile clinice posibile, analiza potențialelor evocate oferă și perspectiva explicării proceselor patologice. La schizofreni, diminuarea potențialelor evocate ar putea fi consecința slăbirii mecanismului de filtrare senzorială sau a competiției între stimulii endo- și exogeni. În stările depresive, încetinirea proceselor de prelucrare a informației la reducerea motivației sau/și la modificarea strategiei cognitive ar fi baza variațiilor înregistrate la potențialele evocate. Se apreciază, de asemenea, că analiza potențialelor evocate endogene ar putea exprima modificări ale activității sistemelor catecolaminergice și colinergice din SNC. Acestea ar permite utilizarea potențialelor evocate în domeniul teraputicii, aspect confirmat de studiile psihofarmacologice.

Înregistrarea potențialelor evocate a devenit în anii din urmă o tehnică de investigație din ce în ce mai utilizată și cu un câmp din ce în ce mai larg de aplicare și cercetare, ajutat fiind de progresele electronicii și miniordnatoarelor, care îi facilitează contribuția obiectivă la elucidarea unui diagnostic și, deci, la instituirea unei teraputici precoce și eficiente.

693. POTENȚIAL GENERATOR ● Potențial de excitație nervoasă inițială, care se declanșează local și se amplifică progresiv. Este denumit „generator” deoarece comandă declanșarea impulsurilor nervoase. Frecvența impulsurilor declanșate este dependentă de amplitudinea acestui potențial. Se deosebește de potențialul de acțiune prin faptul că nu se supune legii „tot sau nimic” și nu se propagă pe căi nervoase.

694. POTENȚIAL GENETIC ● Potențial determinat de complexitatea fondului genetic moștenit de un individ. Din interacțiunea bazei genetice moștenite și a factorilor de mediu rezultă fenotipul, a cărui evoluție va fi influențată de caracteristicile acestui potențial genetic.

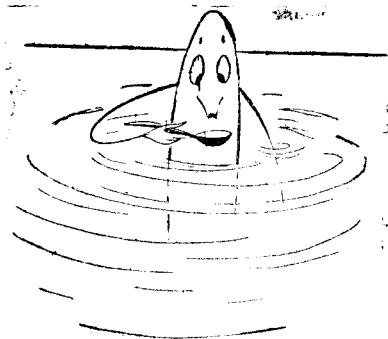
695. POTENȚIAL (de) REACȚIE ● Definiție operațională dată de HULL (1947), care exprimă prin amplitudine, forță sau viteză, anumite reflexe fiziologice : gradul de contracție pupilară, latența reflexului psihogalvanic etc.

696. POTENȚIAL S ● Potențial probabil legat de prezența nevrogliilor la nivel retinian ; se înregistrează la acest nivel și este provocat de lumină, fiind legat de sistemele receptoare luminoase și cromatice.

697. POTENȚIAL (de) SUMARE ● Apare în timpul unei stimulări acustice sub forma unei diferențe de potențial, probabil prin sumarea unor efecte elementare. Sumarea este necesară frecvențelor înalte pentru a determina apariția unui potențial de acțiune autopropagat.

698. POTENȚIALIZARE (vezi *potențial*) ● Efect pe care administrarea unui drog o are în sensul întăririi și favorizării acțiunii unui alt drog administrat concomitent. Se poate vorbi de potențializare și în cazul alcoolului, a cărui utilizare întărește și favorizează acțiunea anestezicelor, a unor antidepresive și a altor numeroase droguri

699. POTOMANIE (cf. gr. *potos* „acțiunea de a bea” ; *mania* „nebulie”) ● impuls morbid de a ingera cantități mari de lichide, fără ca acest lucru să fie datorat unor tulburări renale sau endocrine.



Se deosebește de dipsomanie care constă în ingestia paroxistică și periodică de băuturi alcoolice. Debutul se produce în copilărie sau adolescență și, pe parcursul evoluției ei, potomania se poate complica cu un diabet insipid. Poliuria secundară acestei ingestii masive de lichide poate pune probleme de diagnostic diferențial cu diabetul insipid sau poate declanșa, în special la copii, un enurezis secundar. Examenele paraclinice, testele care folosesc extractele retrohipofizare, precum și evidențierea caracteristicilor personalității subiectului și a elementelor conflictuale, tranșează diagnosticul. În schizofrenie, oligofrenii, stări demențiale, stări maniacale, se descriu ingestii

masive de lichide care nu trebuie confundate cu potomania.

Există un tip de potomanie caracterizat printr-o luptă obsedantă împotriva impulsurilor patologice și altul caracterizat printr-un comportament de lăudăroșenie, întâlnit mai ales la subiecții isterici. Potomania ar constitui, din punct de vedere psihopatologic, o regresie instinctuală la cel mai primitiv stadiu de alimentație.

700. **POZĂ** (cf. fr. *pose* : vezi lat. *pausa* „repaus“)

● Termen propus de UHTOMSKI pentru a desemna tensiunea posturală anticipativă unei activități.

701. **POZITIV** (cf. lat. *positivus* „constant“) ● Tot ceea ce poate fi apreciat ca fiind superior (deasupra) limitei marcate prin „zero“; ceea ce se întemeiază pe experiență, fapte, realitate; are și sensul de cert, adevărat, real, precis; corespunde ideii de bine, favorabil etc., în opoziție cu „negativ“ (tot ceea ce poate fi apreciat ca situându-se sub limita „zero“, sau asociat ideii de rău, nefavorabil etc.).

Termenul „pozitiv“ este utilizat cu semnificații diferite, în funcție de obiectul de referință. De exemplu :

- om pozitiv — care consideră latura utilă, materială a lucrurilor ;
- cantitate pozitivă (în matematică) — ceea ce se măsoară printr-un număr precedat de semnul (+) ;
- personaj pozitiv — personaj care întrunește trăsături corespunzătoare normelor, valorilor sociale și morale acceptate ;
- tropism pozitiv — atracție exercitată de un stimul sau o situație stimul („pozitiv“ referindu-se aici la calitatea stimulului) ;
- răspuns pozitiv — fie răspuns afirmativ, fie răspuns corect.

În psihologie, termenul este utilizat cu următoarele sensuri (P. POPESCU NEVEANU) :

- accelerare pozitivă (în procesul învățării, trecerea de la un ritm lent la un ritm rapid) ;
- metoda cazurilor pozitive și negative (T.FECHNER) în psihofizică (stimuli cu valori apropiate care sînt prezentați în ordine schimbată) ;
- mișcare pozitiv-negativă, în mișcările aparente (cînd o linie albă pe fond negru este percepută ca o linie neagră pe un fond alb) ;
- reflex pozitiv de susținere (reflex care intervine în menținerea posturii corpului) ;
- sentimente pozitive (față de sine sau față de alții), sentimente implicate în atitudinile de apreciere favorabilă a propriei persoane sau a altor persoane (de la reacția emoțională de plăcere, satisfacție, pînă la admirație, considerație, respect etc.) ;
- trăsături pozitive — trăsături caracteriale în sistemul de referință etico-moral, corespunzătoare valorilor morale acceptate social ;

- transfer pozitiv → TRANSFER (termen psihanalitic).

702. **POZITIVISM** (cf. lat. *positivus*) ● Curent filozofic întemeiat de A. COMPTE în secolul al XIX-lea, pe baza unui program de restaurare radicală a filozofiei, vizînd transformarea acesteia dintr-un discurs speculativ, nebulos, neverificabil, într-o știință riguroasă. În toate fazele sale de evoluție, pozitivismul contestă legitimitatea logico-epistemologică a generalizărilor filozofice referitoare la totalitatea ființei, întrucît sînt „speculații metafizice“ — construcții a priori, fără conținut empiric și, din acest motiv, necontrolabile. Eliminînd preocupările tradiționale ale gîndirii filozofice (între care ținta celor mai vehemente atacuri este problematica ontologică, axată pe raportul dintre existență și conștiință), pozitivismul le descalifică drept pseudoprobleme și își propune să restrîngă investigația filozofică la analiza și interpretarea strictă a faptelor „pozitive“, verificabile în experiență. Sensul pozitivist al experienței limitează însă cunoașterea la senzațiile și percepțiile subiectului, ordonate logic de anumite scheme și reguli de inferență cu caracter convențional. Golînd cunoașterea de conținutul reflectoriu al realității obiective, pozitivismul nu poate evita o „metafizică“ tacită, de esență idealist-subiectivă, și nici consecințele agnostice în plan epistemologic. Strategia pozitivistă interzice cunoașterii accesul la esență și cauzele fenomenelor, atribuind științei numai capacitatea de a descrie și sistematiza datele observabile, explicația lor teoretică fiind legată de anumite postulate și construcții conceptuale adoptate prin convenție. În evoluția pozitivismului se disting trei faze :

- pozitivismul clasic (A. COMPTE, E. LITTRÉ, J. ST. MILL, H. SPENCER) ;
- empiriocriticismul (MACH, AVENARIUS) ;
- neopozitivismul, cu diferitele sale variante (pozitivism logic, empirism logic, filozofia analitică).

703. **POZIȚIE** (cf. lat. *positio* „poziție, dispunere“)

● Termen preferat de Melanie KLEIN noțiunii de stadiu, întrucît desemnează nu atît o etapă de dezvoltare, cît o anumită configurație a relației dintre obiect și mecanisme de apărare caracteristice. „... . Aceste ansambluri de anxietăți și de apărare, deși apar mai întîi în stadiile cele mai precoce, nu se limitează la această perioadă, ci reapar în primii ani ai copilăriei și ulterior în anumite condiții“ (Melanie KLEIN — „Cîteva concluzii teoretice privind viața emoțională a copilului“)

704. **POZIȚIE DEPRESIVĂ** ● Noțiune introdusă de Melanie KLEIN în 1934, în „Contribuții la psihogeneza stărilor maniaco-depresive“. Aștoarea pornește de la analiza mecanismelor care intră în joc în stările de doliu și melancolie și de la obser-

vațiile privind labilitatea emoțională a copilului. Poziția depresivă a copilului apare consecutiv poziției paranoid-schizoide, în jurul vârstei de 6 luni; este depășită la sfârșitul primului an de viață, dar poate fi reactivată atât la copil, cât și la adult. Are următoarele caracteristici :

- diminuarea clivajului bun-rău (obiect) și raportarea acestor aspecte la același obiect real ;
- ambivalența față de acest obiect real, pulsivitățile agresive și cele libidinale vizând același obiect ;
- apariția angoasei de pierdere a obiectului total ; agresivitatea „riscă în universul fantastic al copilului să distrugă, să rănească, să provoace abandonul” (LAPLANCHE și PONTALIS) ;
- mecanisme de apărare care intră în joc alături de cele ale perioadei anterioare (poziția paranoid-schizoidă : negare, idealizare, clivaj, control omnipotent) și de cele specifice fazei depresive (inhibiția agresivității și repararea obiectului). Repararea obiectului presupune „efortul de a abolii starea de dezintegrare și necesitatea de a face obiectul să devină bun și perfect” (Melanie KLEIN — „Contribuții la psihanaliză”) → DOLIU, COMPULSIUNE DE REPETIȚIE.

705. POZIȚIE PARANOIDĂ → POZIȚIE, POZIȚIE PARANOID-SCHIZOIDĂ.

706. POZIȚIE PARANOID-SCHIZOIDĂ ● Configurație specifică implicând o anumită relație cu obiectul și anumite mecanisme de apărare, situată de Melanie KLEIN în jurul vârstei de 3—4 luni ; corespunde stadiului oral și constă în :

- ambivalența relației cu obiectul ;
- obiect parțial (sinul, în acest caz) ;
- clivajul obiectului în bun și rău, în funcție de frustrarea sau gratificația pe care o oferă și de iubirea sau ura proiectată în obiect → CLIVAJ ;
- mecanisme de apărare specifice : proiecția și introiecția ;
- în funcție de introiecția obiectului bun, idealizat, sau de introiecția obiectului rău, terifiant, copilul poate căpăta senzația că este apărat de angoasă (introiectând obiectul bun) sau riscă un pericol de destrucție internă (introiectând obiectul rău) ;
- alături de mecanismele de clivaj și idealizare, Eul, care în această fază are o capacitate minimă de a suporta angoasa, utilizează și mecanismul de control omnipotent → OMNIPOTENȚĂ.

Pentru Melanie KLEIN, deși nu contestă distincția nosografică între paranoia și schizofrenia paranoidă, termenul paranoid desemnează aspectul persecutiv al delirului, aspect regăsit în ambele afecțiuni.

707. PÖTZL⁽⁵⁾ sindrom ● Triadă simptomatologică constând în alexie, cromoagnozie și îngustare a câmpului vizual, înfîlțită în leziunile emisferei cerebrale dominante.

708. PÖTZL-HOFF⁹ simptom ● Incapacitate a bolnavului de a mai recunoaște fețele celor cu care vorbește, cu toate că deosebeste fizionomiile diverșilor interlocutori. Este caracteristică leziunilor emisferului nedominant → PROSOPAGNOZIE. A fost descris în 1937.

709. PRACTICĂ (cf. gr. *praktika* „știință, practică”) ● Activitate prin care oamenii transformă în mod conștient realitatea, existența materială, utilizând instrumente și procedee eficiente pentru atingerea unor scopuri și satisfacerea unor nevoi sau interese. Principalele domenii ale practicii sînt : munca, activitatea de producție, în și prin care oamenii creează și dezvoltă forțele de producție ale societății, modificînd mediul natural și transformîndu-l în bunuri menite să satisfacă nevoile materiale de trai ale oamenilor ; activitate social-politică, prin care oamenii transformă relațiile sociale și cadrul instituțional ce structurează fizionomia unei orînduirii sociale (sub acest aspect, lupta dintre clase și activitatea revoluționară a claselor și partidelor politice progresiste prezintă o importanță deosebită) ; activitatea instructiv-educativă, care are menirea de a forma și transforma însuși omul ca „purător material” al relațiilor sociale, influențînd sistematic modelul de personalitate adecvat unui anumit context socio-cultural ; componentele experimentale și aplicative ale cercetării științifice sau activitatea de informare artistică a materiei purtătoare de mesaj estetic — cu precizarea că în aceste forme ale practicii obiectul transformării îl constituie nu numai „substanța” asupra căreia se exercită acțiunea, ci mai ales structurile ideale întruchipate în alcătuirii materiale. Categorie fundamentală a filozofiei marxiste, practica se corelează dialectic cu teoria — activitate spirituală cu caracter explicativ, care dezvăluie esența, determinările cauzale și configurațiile structurale ale fenomenelor, operînd cu abstracții și scheme logice. Practica este, în ultimă instanță, punct de plecare, forță motrice și scop final al construcțiilor teoretice, oferînd, totodată, și un criteriu fundamental de verificare a valorii lor de adevăr. La rîndul ei, teoria dispune de o relativă autonomie în raport cu exigențele și cerințele practicii, progresul cunoașterii teoretice constituînd o premisă ideală a creșterii gradului de eficiență a activității materiale, nemijlocit transformatoare. Teoria și practica sînt, prin urmare, dimensiuni inseparabile ale acțiunii sociale, care se potențează reciproc. Pornind de la înțelegerea acestei corelații, materialismul dialectic și istoric se detașează critic de interpretarea mărginită a practicii ca activitate

senzorială și contact empiric, pur contemplativ, cu lucrurile (ignorând funcția ei activ transformatoare) sau ca o simplă relație naturală între oameni și cadrul ambiental, determinată de nevoile lor biologice (ignorându-se caracterul social-istoric al activității practice). Totodată, filozofia marxistă se opune interpretărilor subiectiviste, behavioriste sau pragmatiste, care ignoră dimensiunea relațională a practicii, cercetându-i temelele exclusiv în sfera individualității (trăiri subiective, structuri comportamentale, utilizarea individuală etc.). În concluzie, definind practica drept activitate transformatoare, gândirea marxistă subliniază caracterul ei socio-istoric și dimensiunile ei cognitive-nosologice (intemeierea pe cunoașterea legilor obiective ale realității) și teleologice (prefigurarea mintală a rezultatului final al acțiunii și evaluarea acestuia în concordanță cu anumite scopuri, nevoi, aspirații, idealuri etc.).

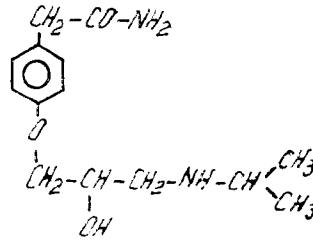
Caracteristicile definiției ale practicii sînt :

- este o activitate materială, obiectivă și sensibilă, care nu exclude latura subiectivă și intelectuală a omului;
- are caracter conștient, este orientată spre un scop anume și, în acest sens, devine un proces de realizare materializare a unor scopuri care răspund unor serii de trebuințe biologice, sociale, spirituale;
- este o activitate transformatoare în care omul se manifestă de la acțiuni limitate, restrînse ca trebuință și scop, la acțiuni creatoare (de la reproducere la producere);
- folosește un ansamblu de instrumente (unelte și tehnici) prin care omul intervine asupra realității, asupra naturii;
- este determinată social-istoric, orice individ fiind reprezentantul societății în care s-a dezvoltat și s-a format; dincolo de specificul său individual, el poartă în persoana sa specificul societății a căreia îi aparține; astfel, practica suferă și ea modificări social-istorice corespunzătoare epocilor pe care le traversează omenirea;
- conținutul practicii îl constituie munca (activitate specific umană, conștientă și orientată spre producerea unor bunuri cu valoare materială și spirituală); munca reprezintă trecerea de la condiția animală la condiția umană (legea antropogenetică formulată de ENGELS în 1872);
- procesul cunoașterii nu poate fi separat de practică (cunoașterea își găsește surse în practică și se orientează spre practică).

Din perspectivă psihologică, practica poate fi concepută și analizată ca activitate specializată în diferite domenii ale realității. Pierderea sau scăderea capacității de activare și de inserție practică apare, în bolile psihice, în special în cazul deteriorării și dezorganizării (destructurării) persoanei

la diverse nivele: cognitiv, afectiv, senzorio-motor. După nivelul la care acționează în mod pregnant boala, activitatea este afectată pe una sau mai multe dimensiuni ale sale. Este sever afectată în oligofrenii, în deteriorările organice moderate și severe, în psihoze. Terapia ocupațională, ca ansamblu de metode destinate readaptării individului prin activități practice (SIVADON), vizează o reinsertie socială a individului, de proporții reduse, prin asigurarea unui timp social terapeutic privilegiat și supravegheat. Aici, procesul practicii nu răspunde tuturor notelor sale definitorii, în schimb angajează persoana într-o viață socială, redându-i sentimentul de apartenență la grup, sentimentul utilității într-un grup, chiar dacă eficiența socială reală a acestei angajări este redusă sub aspectul cerințelor și scopurilor urmărite.

710. PRACTOLOL^(DC1) ● Psihotrop betablo-cant de tip 4'-12-hidroxi-3-(isopropilamino)propoxilacetanilidă, 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 produșii IMAO → BETABLOCANTE. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

- Cel mai cunoscut este:

ERALDIN^(M) Anglia, Brazilia, Danemarca, Elveția, Finlanda

- Alți produși sînt:

CARDIOL ^(M)	Finlanda
CORDIALINA ^(M)	Argentina
DALZIC ^(M)	RFG
ERALDINA ^(M)	Suedia
PRAKTOL ^(M)	Finlanda
PRALON ^(M)	Finlanda

711. PRADER-LABHARDT-WILLI^(S) sindrom

sin. HHHO^(S) sindrom $\xrightarrow{\text{sin.}}$ ZELLWEGEN^(S) sindrom.

712. PRADERAL^(M) Coreea — DCI Propranolol

● Psihotrop betablocant, derivat propanolol de tip 1-(isopropilamino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acțiune anxiolitică și valențe psihostimulente

și adrenolitice. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

713. **PRAG** ● Intensitatea minimă necesară unui stimul pentru a produce incitația unei structuri, apariția unei senzații, declanșarea unei acțiuni (în biologie). Termenul desemnează și nivelul sau mărimea unui stimul la care poate apare sau dispăre un proces psihic; prin extensie, poate fi utilizat și în ceea ce privește unele procese emoționale și intelectuale.

714. **PRAG ABSOLUT** ● Valoarea certă (reală), exactă, a unui excitant necesară pentru a produce un răspuns (o senzație), cu referire fie la valoarea (pragul) inferioară (minimă), fie la valoarea (pragul) superioară (maximă); în ambele variante, referirea se face la ultimul răspuns cert (sigur).

715. **PRAG DIFERENȚIAL** ● Diferența minimă de intensitate dintre doi stimuli, capabilă să producă două efecte sensibil diferite. Modificarea sesizabilă conștient în ceea ce privește senzația inițială poate fi exprimată printr-o relație cantitativă între intensitatea excitantului inițial și cea adăugată acestuia și capabilă să determine modificarea senzației. Această relație a fost exprimată printr-o lege psihofizică (BOUGUER-WEBER), potrivit căreia în activitatea analizatorilor, raportul dintre valoarea inițială a stimulului și valoarea ce trebuie adăugată pentru a determina o modificare perceptibilă a senzației este constant.

Manifestările experimentale au dovedit că această lege este valabilă numai în zona spectrului intensităților medii și uzuale. Stimulii foarte slabi sau foarte puternici necesită un prag diferențial mult mai ridicat. În acest sens, PAVLOV a elaborat legea intensităților, conform căreia intensitățile medii iradiază și se concentrează rapid, pe când excitațiile slabe sau puternice iradiază mai mult timp și se concentrează dificil. Prin această prismă, analizatorul este considerat un canal de comunicație, un sistem de autoreglaj. P. POPESCU-NEVEANU iar pragul diferențial este utilizat în sensul optimizării diferențierii senzoriale.

716. **PRAG DINAMIC** ● Termen introdus de WALTER, cu referire la pragul senzorial care interesează atât intensitatea stimulului, cât și variația intensității lui în timp (dinamismul).

717. **PRAG (de) EXCITABILITATE** ● Intensitatea minimă a unui curent (reobază) sau timpul minim în care el este aplicat (cronaxie) pentru a produce răspuns.

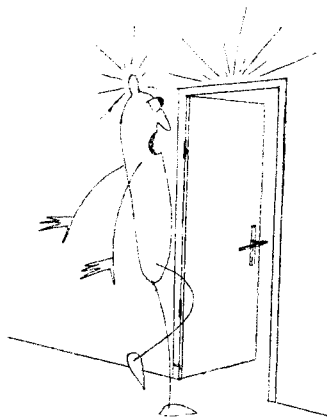
718. **PRAG INFERIOR** ● Valoare minimă a intensității unui stimul, necesară pentru a provoca o excitație și a determina o senzație. Poate fi mă-

surată, în funcție de natura stimulului, prin unități fizice corespunzătoare acestor stimuli. Valoarea pragului inferior oferă informații asupra excitabilității unei structuri. Astfel, cu cât valoarea pragului este mai ridicată, cu atât excitabilitatea țesutului este mai mică, și invers. Acest aspect este deosebit de important pentru activitatea adaptativă a analizatorilor.

719. **PRAG NEUROLOGIC** ● Noțiune introdusă în 1954 de H.J. HAASE pentru a delimita doza de la care administrarea neurolepticului începe să fie urmată de efecte terapeutice nefavorabile. Această doză este cea la care apar modificări ale scrisului bolnavului (micrografie, scris tremurat, scurtarea rindurilor etc.). Deși extrem de importantă, cunoașterea acestui prag este deseori ignorată în practică, reducându-se la aprecieri empirice și subiective.

720. **PRAG PERCEPTIV** ● Noțiune complexă care se referă la ierarhia nivelurilor detecției, discriminării sau identificării. Astfel, pentru nivelul detecției este utilizată noțiunea de minimum vizibil: pragul minim la care obiectul își semnalează prezența, dar nu poate fi diferențiat. Nivelul superior, în ceea ce privește pragul percepției vizuale, este reprezentat de minimum separabil, care desemnează pragul absolut al vederii obiectelor fără claritate. Superior nivelului de minimum separabil este minimum cognoscibil, reprezentând pragul minim de la care obiectul este clar perceput și identificat.

721. **PRAG SENZORIAL** ● Noțiune legată de primele cercetări experimentale în psihologie, elaborată de psihofizică; poate fi definită ca nivel minim al unei excitații pentru a putea produce o senzație. În funcție de procesele senzoriale sau psihice la care noțiunea este aplicată, pot fi dis-



tinse : praguri auditive, praguri de inteligibilitate a limbajului, praguri de perceptibilitate a limbajului etc. (PIÉRON, 1973).

Primele cercetări efectuate asupra pragurilor senzoriale au dus la concluzia că ele sînt mărimi constante, invariabile, independente de activitatea individului, determinate ereditar, asupra cărora mediul nu are nici o influență (ROȘCA, 1963). Studiile ulterioare au demonstrat însă că aceste praguri nu rămîn constante, ele variază în funcție de vîrsta subiectului, de acuitatea organelor sale de percepție, de nivelul atenției etc.

722. PRAG SENZORIAL OPERATIV ● Termen apărut din necesitatea de a utiliza mărimi care să caracterizeze diferențialitatea optimă a unui stimu, semnificînd valoarea minimă a unui interval diferențiat, la care viteza și precizia devin maxime. Termenul este utilizat în psihologia industrială, în cadrul căreia experimentele au demonstrat că odată cu creșterea intervalului diferențiat, crește și viteza și precizia diferențierii. După A. CHAPANIS, termenul desemnează valoarea pragului care, în condiții concrete, permite o diferențiere optimă.

723. PRAG SUPERIOR ● Valoare maximă a intensității unui stimu, la care se mai produce încă o senzație specifică. În cazul în care valoarea intensității stimului depășește acest prag, senzația specifică este înlocuită de durere. În ceea ce privește activitatea analizatorilor, este importantă distanța dintre cele două praguri (superior și inferior). Cu cît aceasta este mai mare, cu atît scala sensibilității absolute a analizatorului este mai întinsă.

724. PRAGMAREL^(M) Franța — DCI Trazodonă
s.n.

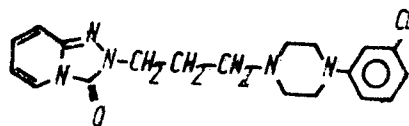
● Psihotrop timoleptic, derivat piridinic → PRAGMAZONE^(M) Franța.

725. PRAGMATIC (cf. gr. *pragmatikos* „capabil de acțiune, eficient, abil”) ● Atribut care se referă la eficiența unei acțiuni materiale, la aspectul ei utilitar, în baza faptelor și a valorii lor practice. O acțiune este utilă dacă ea satisface anumite trebuințe și realizează un anumit scop, cu beneficii pentru persoană, în prezent și în perspectivă. Acest lucru presupune din partea individului atît o cunoaștere a realității, cît și o cunoaștere a sa proprie, o raportare la real în funcție de datele lui, precum și o apreciere a efectelor activității în viitor. Sub aspect pragmatic, nevroticul este predispus la eșec, deoarece el acționează conform unor scopuri fictive, atribuie mare importanță unor valori subiective și false, are atitudini exagerate ; atitudinea nevroticului este originar conflictuală și marcată de mecanisme defensive ; beneficiile nevroticului nu sînt beneficii real-utile.

Psihoticul pierde simțul realului ; articularea lui la realitate nu este falsă, dar se plasează dincolo de sau paralel cu exigențele realității concrete, atît în ceea ce privește prezentul, cît și în perspectivă. Regresînd masiv, psihoticul rămîne disponibil pentru activități restrînse, în care folosește deprinderi limitate, mergînd pînă la o serie de stereotipii al căror aspect concret-utilitar îl reprezintă mai mult acțiunea în sine, decît efectele și beneficiile ei. Apragmatismul, ca sindrom, poate apărea și la sechelari, în stări confuzionale cu evoluție cronică, în afecțiuni grave cu substrat organic.

726. PRAGMATISM (cf. gr. *pragma* „acțiune”) ● Curent idealist subiectiv pentru care valoarea utilitară sau reușita practică reprezintă unicul criteriu acceptabil de adevăr. Inițiat în secolul al XIX-lea de Ch. PIERCE, pragmatismul s-a bucurat de o mare autoritate în SUA la începutul secolului al XX-lea, avîndu-i ca principali promotori pe W. JAMES și J. DEWEY. Varianta a empirismului și puternic influențat de pozitivismul clasic, de voluntarismul lui NIETZSCHE și de vitalismul iraționalist bergsonian, pragmatismul identifică obiectul cunoașterii cu conținutul psihic al actului cognitiv, conceput ca instrument de adaptare biologică a individului în relațiile sale concurențiale cu ceilalți și cu mediul. Negînd conținutul reflectoriu al cunoștințelor, pragmatismul consideră că nu putem vorbi despre idei adevărate decît în măsura în care actele cognitive se dovedesc utile în acțiune, conducînd la succes ; orice presupuziție sau construcție mentală utilă individului — prin „randamentul” ei practic — este, implicit, adevărată. În această perspectivă, unii reprezentanți ai pragmatismului încearcă să legitimeze adevărul credințelor religioase, al moralei și ideologiei burgheze, invocînd utilitatea lor în procesul adaptării sociale a individului. J. DEWEY dezvoltă o variantă instrumentalistă a pragmatismului, caracterizînd noțiunile și teoriile științifice drept „instrumente” (tools) intelectuale care servesc acțiunea eficientă. Adevărul nu este o descoperire, ci o invenție, a cărei evaluare depinde exclusiv de utilitatea sa în raport cu intențiile individului. Încurajînd empirismul și practicisul îngust, pragmatismul, mai ales în varianta sa instrumentalistă, a influențat în mod considerabil neopozitivismul, convenționalismul, neorealismul etc.

727. PRAGMAZONE^(M) Franța — DCI Trazodonă ● Psihotrop timoleptic, cu o structură chi-



mică de tip 2-13-14-(m-clorfenil)-1-piperazinilpropil-5-triazol/4,3-alpîridin-3(2H)-onă, cu acțiune antidepresivă și valențe anxiolitic-sedative. Efectele secundare sînt practic nule. Nu se administrează în primele luni de sarcină.

728. PRAKTOL^(M) Finlanda — DCI *Practolol* ● Betablocant de tip 4'-12-hidroxi-3-(isopropilamino)propoxilacetanilidă, indicat în anxietate, miotonii neurovegetative, combaterea tremorului senil; are efecte psihostimulente. Nu se administrează concomitent cu săruri de litiu, potențîndu-le efectul toxic, și nici cu produșii IMAO → BETABLOCANTE.

729. PRALON^(M) Finlanda — DCI *Practolol* ● Betablocant $\xrightarrow{\text{sin.}}$ PRAKTOL^(M) Finlanda.

730. PRAMIN^(M) Coreea — DCI *Alimemazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic (aminoalkil) de tip 10-(3-dimetilaminopropil-2-metil)fenotiazină, cu acțiune anxiolitică, sedativ-hipnotică și cu valențe antihistaminice, antidepresive și miorelaxante. Are o bună toleranță, influențează însă reflexele conducătorilor auto. Este indicat în exogenii, reacții și în tratamentul de întreținere al endogeniilor, fiind util și în medicina psihosomatică (astm, tuse alergică, prurit de diverse etiologii).

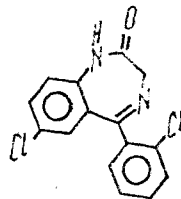
731. PRAMINIL^(M) Anglia — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-13-(dimetilamino)propil-10,11-dihidro-5H-dibenz[b,flazepină, cu acțiune antidepresivă cu spectru larg, incluzînd depresia endogenă; se pretează și se recomandă asocierea cu NL bazale în psihoze. Efectele terapeutice se instalează lent (12—14 zile). Este necesar ca tratamentul să fie susținut, existînd riscul recăderilor (în nevroze, minimum trei luni, în psihoze, șase luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRI^(M).

732. PRAMIRACETAM^(DCI) ● Psihostimulent, activator al metabolismului neuronal, derivat al piracetamului de tip N-bis(1-metiletil)aminoetil-2-oxo-1-pirolidinacetamid. Eficacitatea sa asupra funcțiilor mnestică a determinat inițierea unor studii privind utilizarea acestui produs în tratamentul bolii Alzheimer.

733. PRAMOLAN^(M) Polonia — DCI *Opipramol* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 4-13-(5H-dibenz[b,flazepin-5-ii)propil-1-piperazinolanol, cu acțiune antidepresivă medie, dar bun anxiolitic și sedativ hipnotic, ceea ce face să fie considerat de către unii specialiști ca tranchilizant cu acțiune antidepresivă. Nu se va asocia totuși cu IMAO.

734. PRANOLOL^(M) Norvegia; PRANON^(M) Japonia ● Betablocante $\xrightarrow{\text{sin.}}$ PROPRANOLOL^(M) Romania.

735. PRANTAL^(M) Grecia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodia-



zepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

736. PRAOL^(M) Grecia — DCI *Meprobat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol 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 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).

737. PRAVIDEL^(M) RFG, Suedia — DCI *Bromocriptină* ● Antiparkinsonian cu structură chimică particulară de tip 2-brom- α -ergocriptină, cu acțiune similară timolepticelor, fapt care a dus la încercarea de a fi utilizat ca atare, însă fără rezultate certe; este indicat în parkinsonismul idiopatic, postencefalitic sau indus; fiind stimulator al prolactinei, poate fi utilizat și în combaterea efectelor secundare ale neurolepticelor, de tip amenoree, galactoree.

738. PRAXIS (cf. gr. *praxis* „acțiune, execuție”) ● Termen utilizat în limbajul filozofic în locul celui de practică, cu scopul de a preveni înțelegerea lui în accepțiunea banală de activitate concretă, aplicativă, desprinsă nemijlocit din experiență, accentuînd sensul filozofic al acțiunii și semnificînd activitatea conștientă prin care oamenii transformă realitatea materială (natura și existența socială), potrivit unor scopuri și idealuri individuale sau colective.

739. PRAXIE (cf. gr. *praxis*) ● Ansamblu funcțional care face posibilă efectuarea coordonată a mișcărilor și conferă execuției suplețe și siguranța atingerii scopului propus.

740. PRAXIOLOGIE (cf. gr. *praxis*; *logos* „cuvânt, discurs”) ● Disciplină de sinteză, recent constituită, care cercetează structura acțiunii sociale pentru a desprinde criterii operaționale, de natură să maximizeze eficiența activităților umane. Valorificând investigațiile filozofice ale acțiunii (între care teoria marxistă a praxisului deține o valoare cu totul aparte) și concluziile cercetărilor de sociologie a acțiunii (între care se deosebesc lucrările lui E. DURKHEIM, V. PARETO, M. WEBER și T. PARSONS), filozoful polonez T. KOTARBINSKI consacră praxiologia în gândirea contemporană, prin lucrarea sa de largă notorietate „Tratat despre lucrul bine făcut” (1955)—prima expunere sistematică din perspectivă logico-epistemologică a obiectului și problematicii praxiologiei, concepută ca teorie a acțiunii eficiente. Dezvoltându-se în strânsă corelație cu cibernetica, cu teoria generală a sistemelor, cu logica acțiunii (științe generale, cu valoare metateoretică în raport cu disciplinele particulare ale acțiunii), praxiologia oferă astăzi un univers teoretic vast și complex, în care se disting mai multe niveluri sau registre ale discursului. Ea este o știință a acțiunii eficiente, o metodologie a maximalizării eficienței acționale, o metateorie a științelor particulare ale acțiunii și o filozofie a acțiunii, marcate prin concepte fundamentale precum: agent, motivație praxiologică, strategie și situație-acțională, operații efective, act etc.

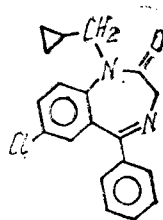
741. PRAXITEN^(M) Austria, Iugoslavia, RFG — DCI Oxazepam ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune identică cu a diazepamului, fiind un metabolit al său, ceea ce permite realizarea unei concentrații plasmatice mai rapide (4 ore); acțiunea sa este sedativ-anxiolitică, moderat hipnotică, miorelaxantă și simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM^(M).

742. PRAZENE^(M) Italia ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic → PRAZEPAM^(DCI).

743. PRAZEPAM^(DCI) ● Derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-(ciclopropilmetil)-1,3-dihidro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică, sedativă și ușor hipnotică. Nu se administrează în sarcină. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

● Cel mai cunoscut este:

DEMETRIN^(M) Austria, Elveția, Iugoslavia, RFG, Spania



● Alți produși sînt:

CENTRAC ^(M)	Grecia
CENTRAX ^(M)	Anglia
EQUIPAX ^(M)	Mexic
EQUIPAZ ^(M)	Argentina
LYSANXIA ^(M)	Franta
MONO DEMETRIN ^(M)	RFG
PRAZENE ^(M)	Italia
PRAZEPAM ^(M)	Japonia
QUIPAX ^(M)	Venezuela
REAPAM ^(M)	Olanda
SEDAPRAN ^(M)	Japonia
SETTIMA ^(M)	Argentina
TREPIDAN ^(M)	Italia
VERSTRAN ^(M)	SUA

744. PRAZIL^(M) Danemarca — DCI Clorpromazină ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potentează acțiunea anesteziei, hipnoticei și analgezicei. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN^(M).

745. PRAZINE^(M) Belgia, Elveția, Olanda — DCI Promazină ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă (inferioară clorpromazinei) și antiemetică, util în tratamentele de întreținere ale psihozelor cronice și în stările psihotoidale.

746. PRAZINIL^(M) Franța — DCI Carpipramidă ● Psihotrop cu o structură chimică hibridă, reunind un segment al neurolepticelor sedative, specific derivaților butirofenolici (haloperidol) cu un segment al antidepresivelor timoleptice, specific derivaților dibenzazepinici (imipramina), realizînd prin această sinteză o structură de tip 1'-3-(10,11-dihidro-5H-dibenz[b, flazezin-5-il]propil)-(1,4'-bipiperidin)-4'-carboxamidă, cu acțiune timoleptic-sedativă moderată; este indicat în psihogenii și reacții cu componentă depresivă, sindroame depresive consecutive sevrajelor, în endogenii cu acompaniament depresiv sau depresii inhibate și delirante, în asociere cu un neuroleptic sau antidepresiv, în funcție de tabloul clinic

747. **PRE-** (cf. lat. *prae* „înainte”) ● Element de compunere care introduce semnificația de „înainte”, „precedent”.

748. **PREADOLESCENȚĂ** (cf. *pre-*: lat. *adolescētia* „tinerețe”) ● Perioadă de tranziție în dezvoltarea copiilor, cuprinsă între 11–12 și 14–15 ani, în care se face trecerea de la copilărie la vârsta adultă. Această perioadă se caracterizează prin faptul că dezvoltarea fizică și psihică a copilului este marcată de o profundă restructurare, organismul aflându-se în plină creștere și formare din punct de vedere biologic. Caracteristicile principale ale acestui stadiu sînt:

- modificări morfologice, endocrine și sexuale;
- apariția caracterelor sexuale secundare;
- constituirea și afirmarea Supraeului;
- nevoia de independență;
- afirmarea independenței;
- reactivarea unor conflicte din istoria copilăriei;
- labilitate timică;
- interes pentru realitate, cu afirmarea prin cipiului realității în detrimentul principiului plăcerii: orientare spre real.

Pe acest fond biologic în plină ascensiune, începe să se formeze, să prindă contur personalitatea, ia amploare capacitatea intelectuală și se întăresc forțele, principiile morale. Atît din punct de vedere biologic, fizic, cit și, mai ales, psihic, preadolescența este considerată una dintre etapele „critice” din viața individului. Capacitatea de cunoaștere și de apreciere a valorilor este încă redusă, labilitatea afectivă și emoțională este mare, copilul este agitat, curios, instabilitatea domină activitatea. Încep să se formeze convingeri morale și sentimente. Se conturează trăsături de caracter și un comportament specific. Pe măsură ce subiectul avansează în vîrstă, interesul, curiozitatea pentru cele ce se petrec în jurul său, ca și capacitatea de cunoaștere a realității și de apreciere a ei din toate punctele de vedere, devin mai intense, mai profunde.

Se intensifică interesul pentru oameni și pentru sine, elemente cu rol deosebit de important în formarea personalității. În cadrul conștiinței de sine se manifestă o tendință marcată de independență, de ieșire de sub „tutela celor mari”. Tendința de independență în acțiune, de autoconducere, formarea spiritului subiectiv și existența unui început, instabil dar real, de atitudine critică față de sine constituie baza autoeducației. În acest proces, efortul personal are un rol deosebit de important, alături de modelele pe care preadolescentul le are în jurul său și de cerințele pe care le sesizează. Fondul timic al individului este deosebit de labil, cu modificări brutale, frecvente de dispoziție și, implicit, de comportament.



Se semnalează o excitabilitate crescută, care poate fi corelată cu labilitatea neuroendocrină tipică acestei vârste, ceea ce poate influența profund caracterul și deci personalitatea în formare, în măsura în care mediul social exercită influențe mai mult sau mai puțin favorabile.

749. **PREADESTELEZIE** (cf. *pre-*: gr. *an-* prefix privativ; *aisthesis* „senzație”) ● Metodă adjuvantă a anesteziei, pe care o precedă, avînd drept scop sedarea subiectului și potențarea anestezicului.

750. **PRECOCITATE** (cf. fr. *précocité*: vezi lat. *praecox* „timpuriu, prematur”) ● Termen utilizat mai ales în caracterizarea copiilor ale căror performanțe psihomotorii, intelectuale sau și aptitudinale se constată înaintea vârstei la care ele apar la nivelul comun, mediu. De exemplu: mers înainte de 12 luni, citit înainte de 5 ani sau performanțe în activitate comparabile cu ale unui adult exersat.

Precocitatea poate fi atribuită eredității sau condițiilor de stimulare și educație. Precocitatea, ca și întârzierea în dezvoltare, pune probleme de abordare instructiv-educativă diferențiată. S-au făcut experimente cu clase de copii supradotați, în care metodele psihopedagogice au fost adaptate.

tate specificului acestor copii, în scopul dezvoltării armonioase a aptitudinilor și a personalității lor. În evoluția copilului precoce, pot apărea nivelări sau regresii, fenomene guvernate de legile evoluției afective.

Deși aparent spectaculoasă, precocitatea nu reprezintă garanția unei evoluții ulterioare de același tip. Copilul precoce nu trebuie tratat ca o ființă excepțională, ci trebuie educat în ritmul dezvoltării sale, ritm mai accelerat sau diferențiat de cel comun.

751. PRECOCITOTE INTELLECTUALĂ ● Apariția unor aptitudini sau a unor capacități intelectuale deosebite la o vârstă neobișnuit de mică, diferită net de cea la care respectivele însușiri apar la majoritatea celorlalți indivizi. Literatura de specialitate a notat cazurile unor copii hiperdotati din punctul de vedere al capacității de judecată sau al capacității de creație artistică, ca și pe cele ale unor adolescenți care au realizat opere deosebit de valoroase. Dintre personalitățile care au reprezentat cazuri de precocitate, pot fi menționate :

- Blaise PASCAL (1623—1662), care a reușit la vârsta de 12 ani, fără nici un ajutor sau îndrumare de specialitate, să descopere primele 32 de teoreme geometrice euclidiene; la vârsta de 16 ani a redactat un tratat despre suprafețele conice, iar doi ani mai târziu a inventat prima mașină de calcul.

- José Comas SOLA, care a scris prima sa lucrare de astronomie la vârsta de 10 ani, urmată, doi ani mai târziu, de o lucrare cu ilustrație proprie și de descoperirea, la numai 13 ani și cu mijloace deosebit de modeste, a petelor solare.

- Frederich GAUSS (1777—1855), care la vârsta de 3 ani rezolva probleme numerice și trasa figuri geometrice.

- Sanzio RAFAEL (1483—1520), care a debutat ca pictor la 8 ani, la 12 ani a făcut schițele pentru „Masacrul inocenților”, iar între 16—17 ani a creat o serie de lucrări care i-au adus celebritate europeană.

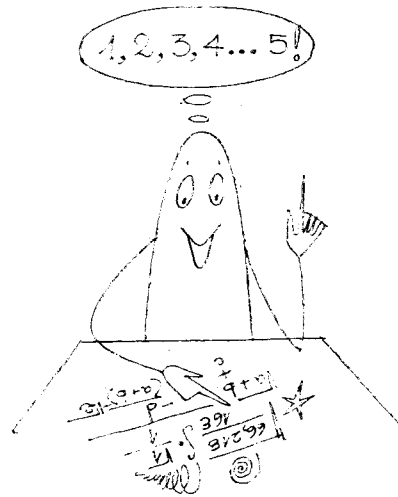
- J. Baptista GREUZE (1725—1805), care a debutat în pictură la numai 8 ani; GIOTTO (1266—1327) și Antoine VAN DICK (1599—1641), care au debutat la 10 ani.

- Gian Lorenzo BERNINI (1598—1680), care a sculptat în marmură prima sa lucrare importantă la vârsta de 10 ani.

- DANTE Alighieri (1265—1321), care a compus la numai 9 ani un sonet pentru Beatrice; George Gordon BYRON (1788—1824), care a scris versuri de la vârsta de 12 ani, iar la vârsta de 18 ani a publicat primul său volum.

- Victor HUGO (1802—1885), care scrisese până la vârsta de 14 ani peste 3000 de versuri și începuse două tragedii; Johann Wolfgang von

GOETHE (1749—1832), care a scris dialoguri și schițe între vârsta de 6—8 ani, iar la 10 ani a scris o piesă de teatru; primele sale lucrări tipărite au apărut înainte ca autorul să împlinească 15 ani.



- Aleksandr PUSKIN (1799—1831), care a scris primul poem la 10 ani, urmat de o comedie; Ralph EMERSON (1803—1882), care a scris poemul său epic „Fortus” la numai 12 ani.

- Iulia HAȘDEU (1869—1888), care, deși s-a stins la numai 19 ani, a lăsat trei volume de poezii de o certă valoare, în limba franceză.

- Wolfgang Amadeus MOZART (1756—1791), care a scris la 4 ani un concert pentru clavecin, concerta, atât la pian, cât și la vioară, la 7 ani, iar la 12 ani a compus o operă în trei acte; înainte de a împlini 15 ani a compus a doua operă (Mitriade, re di Ponto), prezentată la Scala din Milano.

- Ludwig van BEETHOVEN (1770—1827), care a dat primul său concert la 8 ani, iar la 13 ani compusese deja trei sonate celebre.

- Franz LISZT (1811—1886), care a început să cânte la pian la 6 ani, la 8 ani dădea primele concerte publice, iar la numai 14 ani, Opera din Paris îi puna în scenă lucrarea „Don Sancho”.

- Franz SCHUBERT (1797—1828), care scrisese, până la 12 ani, sonate, simfonii și opere. Karl Maria von WEBER (1786—1827), care, la aceeași vârstă, scrisese șase simfonii, trei sonate și o operă, la care va adăuga, un an mai târziu (1798), o operă în două acte prezentată la Praga, Viena și Petersburg.

- George ENESCU (1881—1955), care a fost de asemenea un foarte precoce compozitor și interpret.

Desigur, o trecere în revistă a tuturor „copiilor minune” ai epocii contemporane ar fi imposibilă, domeniile în care se manifestă astăzi precocitatea intelectuală a unor indivizi fiind extrem de variate: de la calculatoarele electronice la muzică și de la jocul de șah la matematicile moderne.

752. PRECOMPETIȚIONAL⁽⁶⁾ sindrom (cf. pre-; lat. *competitio* „întrecere”) ● Suită de simptome, de intensitate nevrotică, cu „declansare psihogenă”, cert legate de un anumit eveniment. Se întâlnește nu numai la sportivi, în ajun de competiții importante, ci și la elevi, studenți (examen de admitere, examen dificil, restanță decisivă) și, în general, la orice subiect în ajunul unei situații decisive (reale sau considerate astfel de subiect). Cu debut strict legat de eveniment și evoluție bună, aflat la limita patologicului, se caracterizează prin următoarele aspecte: anxietate exagerată, stări obsesive, insomnii, inapetență, irascibilitate, labilitate afectivă, tablouri vegetative. Întreaga simptomatologie se amendează după depășirea evenimentului.

753. PRECONCEPȚIE (cf. pre-; lat. *conceptus* „concepție, idee”) ● Fază incipientă în procesul ontogenetic de însușire și formare a conceptelor, în care copilul acordă primelor semne verbale semnificații restrânse. Particularitatea preconceptelor o constituie impregnarea cu elemente concrete senzoriale, deci neesențiale și schematizate; există însă o schemă reprezentativă, care face legătura între generalitatea conceptului și individualitatea elementelor care-l compun. J. PIAGET caracterizează preconceptele prin „absența includerii elementelor într-un tot și identificarea directă a elementelor particulare între ele, fără intermediul acestui tot”.

754. PRECONȘTIENT (FREUD) (cf. pre-; lat. *conscire* „a ști bine”) — sin. **CONȘTIINȚĂ OBSCURĂ**; **CONȘTIINȚĂ STINSĂ (RIBOT)**; **INCONȘTIENT NORMAL (PRADINES)**; **INFRA-CONȘTIENT (BUROLOUD)** → **SUBCONȘTIENT**.

755. PEDA Gheorghe (1879—1965) ● Inițiatorul primei forme de asistență psihiatrică extraspitalicească: Dispensarul de psihiatrie Sibiu. În același an, 1933, apare același tip de unitate și în URSS (DJAGAROV). Este autorul lucrării „Manual de inițiere în ergoterapie”, publicată în 1963.

756. PREDELIRIUM TREMENS (cf. pre-; lat. *delirium* „delir”; *tremens* „tremurător”) ● Termen folosit pentru descrierea formelor subacute ale delirului alcoolic. Simptomatologia acestui „accident atenuat” al alcoolismului cronic este

mai redusă decât cea a deliriumului, evoluția mai favorabilă și remisia mai rapidă sub tratament.

Debutul este precedat de o accentuare a sindromului de impregnare alcoolică cronică și se produce, de obicei, nocturn, ca o continuare a coșmarurilor care agită somnul bolnavului. Se descriu două forme clinice: una confuzo-onirică (mai frecventă) și alta halucinatorie. Delirul oniric înglobează halucinații mai ales vizuale, profesionale, dar și zoopsice, liliputane, terifiante. Mobilitatea halucinatorie este impresionantă, iar participarea comportamentală și afectivă a bolnavului traduce destul de fidel caracterul caleidoscopic al onirismului. Totuși, bolnavul poate avea, fragmentar și pentru scurtă durată, dacă este ajutat, critica trăirilor halucinatorii. După episoadele confuzo-onirice, bolnavul are amnezie lacunară sau doar o amintire estompată a acestora.

În absența intervenției terapeutice poate evolua către delirium tremens. Vindecarea poate fi grevată de sechele de tipul ideilor postonirice sau chiar al psihozelor alcoolice cronice. Printre indicii de prognostic pot fi enumerate, alături de rapiditatea instituirii tratamentului, vîrsta subiectului, numărul episoadelor confuzo-onirice din antecedente, starea somatică a bolnavului. Unii autori preferă termenul de psihoză alcoolică subacută

757. FREDESCU ● semn ● Refuz al bolnavului psihic de a-și declara identitatea, la care se poate adăuga negarea totală a acestei identități (anonimia — BLEIHER, 1983). Se poate întâlni în patologia organică a involuției, schizofreniei și, cu caracter ludic, în manie.

758. PREDESTINARE (cf. lat. *praedestinare* „a hărăzi, a sorti”) ● Concepție religioasă potrivit căreia creatorul divin al cosmosului reprezintă și voința care guvernează succesiunea evenimentelor, totul decurgînd conform unui „plan” prestabilit de ființa supremă încă de la facerea lumii. În iudaism și creștinism, predestinarea vizează totalitatea existenței, care se îndreaptă spre scopul final al mîntuirii prin resurrecție, acordată de către Dumnezeu datorită infinitei sale iubiri față de propria sa creație. Într-o accepțiune mai restrînsă, analizată de teologia calvinistă și jansenistă, predestinarea este înțeleasă ca hotărîre implacabilă a divinității privind soarta fiecărui om; acordarea sau refuzul grației divine (sansa mîntuirii finale) nu depind, în aceste doctrine, de strădaniile și faptele indivizilor, ci numai de voința misterioasă, incomprehensibilă a creatorului.

Fără a se identifica pe deplin cu sensul religios al termenului, conținutul semantic al „predestinării” se regăsește în unele afecțiuni psihiatrice, cu o semnificație oarecum înrudită. Astfel, în cazul unor subiecți caracterizați printr-o gîndire

rudimentară, primitivă, cu o afectivitate puternică și care suferă psihotraume capabile de a le determina reacții psihice de diferite intensități, se constată prezența unui mod de a gândi de tipul : „așa a fost să fie” . . . „așa mi-a fost predestinat”. Eludarea unui determinism obiectiv în apariția reacției (depressive, anxioase etc.) face loc dezvoltării libere a subiectivismului, individului fiindu-i mult „mai ușor” să accepte fatalismul decât să-și recunoască, eventual, propriile greșeli.

În cadrul relației psihoterapeutice, medicului psihiatru îi revine un rol important în dezvoltarea mecanismelor psihologice (și fiziologice) care au adus subiectul în starea de boală, subliniindu-i și caracterul de tranzitivitate al acesteia. Formele patologice extreme se regăsesc în delirurile mistice, unde credința în predestinare nu mai suportă nici un contraargument, nici o confruntare cu realitatea obiectivă.

759. **PREDICȚIE** cf. lat. *praedictio* „prezicere, prevestire”) ● Descrierea anticipativă a desfășurării unui proces sau fenomen. Funcție esențială



Foto : Sam Zareंबर

a cunoașterii științifice, predicția (sau previziunea), spre deosebire de presimțirile intuitive sau prezicerile obscurantiste, bazate pe tehnici și practici magice sau divinatorii, are un caracter rațional, discursiv, întemeindu-se pe cunoașterea unor legi esențiale ale unei clase de obiecte și procese, asociate cu stabilirea exactă, prin metode observaționale, a unor stări de fapt în care se găsește, la un moment determinant, sistemul căruiu îi este anticipată evoluția viitoare. Predicția științifică poate fi riguros exactă atunci când

este aplicată unor fenomene a căror desfășurare, relativ uniformă, suportă o influență redusă a factorilor aleatori, astfel încât este posibilă cunoașterea exactă (cuantificabilă și exprimabilă în limbaj matematic) a legilor genezei și dezvoltării fenomenelor respective. Predicția este aproximativă și probabilistică în acele domenii ale existenței în care legile nu au fost formulate exact, iar influența condițiilor instabile, supuse hazardului, nu poate fi neglijată.

Exagerând la modul hiperbolic veridicitatea unor predicții emise ca evidențe inatacabile, bolnavii [paranoici] îmbrățișează cu totală convingere ideile anticipative de care sînt dominați, ridicînd stindardul cît mai sus și salvîndu-l cu orice preț, respingînd orice argument în defavoarea „adevărurilor” susținute.

760. **PREDILECȚIE** (cf. pre- ; lat. *dilectio* „iubire”) ● Preferință marcată de afecțiune, de prietenie, înclinație pentru o anumită persoană (categorie de persoane) sau un anumit lucru → **PREFERINȚĂ**.

761. **PREDISPOZIȚIE** (cf. pre- ; lat. *dispositio* „dispunere, aranjament, ordine”) ● Capacitate ereditară a unui organism de a dezvolta o anumită patologie, atunci cînd sînt prezente condițiile ambientale necesare declanșării acelei patologii. După principiile geneticii, nu se moștenesc toate caracterele ereditare, ci se realizează o transmitere a factorilor predispozanți genetici. În psihiatrie, s-a constatat că psihoza maniaco-depresivă, schizofrenia, depresiile unipolare sînt afecțiuni legate de o predispoziție genetică. Personalitatea, anumite comportamente și chiar fenomene somatice au fost considerate semne de predispoziție. Exemplificînd, putem afirma că personalitatea schizoidă are predispoziție pentru schizofrenie, iar tipul melancolic, pentru depresia endogenă. În stările depresive nevrotice reacționale, se poate lua în considerație predispoziția datorată unei traume survenite în perioada copilăriei.

762. **PREDISPOZIȚIE PENTRU ACCIDENTE** ●

Studii minuțioase efectuate în ultimele decenii asupra cauzelor accidentelor de muncă, de circulație și chiar cosmice, au ajuns la surprinzătoarea concluzie că între diverși indivizi există deosebiri semnificative în ceea ce privește probabilitatea de a fi antrenati într-un accident. S-a putut demonstra că există persoane ale căror trăsături psihologice le predispun într-o măsură mai mare spre a fi victimele accidentelor. Printre aceste trăsături se pot enumera : indiferența, fanfaronada, dezechilibrul emoțional. Vîrsta subiectului influențează, de asemenea, predispoziția spre accidente, statisticile arătînd că, în mod paradoxal, tinerii (deci persoane cu nivel de reacție superior) sînt mai predispuși atît spre accidente de muncă (în

care schimbarea de profesie joacă un rol deosebit), cât și spre accidente de circulație.

ROGMANS (1980), făcând un studiu asupra copiilor implicați în accidente, ajunge la concluzia că nu există o diferență netă între aceștia și cei din lotul martor, dar că există o rată net crescută a subiecților de sex masculin. Mc CORMICK și ILGEN (1980) afirmă că, în afara vârstei și a sexului, nu poate fi vorba de „un tip de personalitate” predispus la accidente, dar în același timp nu se poate nega existența unor „recidiviști” ai accidentelor.

J. HUNTING, M. DEBOECK și E. SOETENS (1986) afirmă că, între diverși indivizi, există deosebiri structurale în modul de tratare a informației. Indivizii caracterizați prin capacitate de percepție și de mișcare rapidă, sesizează mai bine și mai repede aspectele importante ale unei situații, deci sînt mai puțin expuși accidentelor.

O serie de studii făcute în special de psihologii anglo-saxoni au arătat că există persoane atrase în mod deosebit de activități în care riscul de accidentare — chiar fatală — este mai crescut, fie că aceste activități au caracter profesional, fie că se desfășoară în timpul liber, căutînd o supra-stimulare senzorială, crearea unei stări de excitație, satisfacerea nevoii de schimbare (D. BER-LYNE, 1960; H. EYSENCK, 1969; A. MEHRABIAN, 1974; Ch. SPIELBERGER, 1972; M. ZUCKERMAN, 1979). Au putut fi sistematizați cinci factori determinanți ai atracției către pericole:

- căutarea surprizei;
- căutarea riscului;
- căutarea schimbării;
- căutarea neobișnuitului;
- căutarea unui subterfugiu

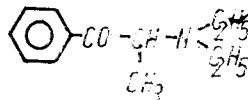
Aceștia corespund nevoilor subiectului de excitație prin situații neobișnuite, de practicare a unor sporturi periculoase, de modificare a mediului și a ocupației obișnuite, de a încerca rezolvarea unor situații neobișnuite și de a întâlni persoane dificile, de a părăsi cadrele considerate ca supraorganizate. Cu cît un individ se caracterizează prin mai mulți dintre acești factori, cu atît crește și gustul lui pentru risc, deci predispoziția spre accidente.

Subiecții care simt o mare nevoie de tensiune prezintă, în fața situației implicînd un risc important, o anxietate mult mai redusă, decît subiecții obișnuiți. Indivizii labili, cu o anxietate de proiecție crescută, au o scădere performanțială mult mai rapidă în fața unor situații stresante, decît indivizii cu un nivel mediu al anxietății de proiecție.

763. PREDNISON^(M) România — DCI *Prednisonum* ● Derivat de corticoizi, utilizat în clinică datorită efectelor sale antiinflamatorii, antialergice, antireumatice, antileucemice, antitoxice, cu

numeroase indicații. Prezintă efecte adverse, multe de natură psihică. Acestea apar ca efect al stimulării sistemului nervos central și sînt de tip: insomnie, anxietate, agitație psihomotorie, mai rar tulburări de tip psihotic. Faptul contraindică sau impune o prudență deosebită în administrarea drogului la bolnavii psihici.

764. PRÊFAMONE^(M) Elveția, Franța — DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip 2-(dietilamino)propiofenonă. Este



o amină simpaticomimetică anorexigenă, cu performanțe psihostimulatoare inferioare amfetaminelor și anorexigene apropiate de ale fenmetrazinei. Nu se asociază cu IMAO, putînd determina, în timp, farmacodependență. Acțiunea unei doze durează 5—6 ore. Se poate utiliza în combaterea unor efecte secundare ale neurolepticilor.

765. PREFAZĂ (cf. *pre-*; gr. *phasis* „aparitiie a unei stele”) ● Termen desemnînd debutul procesului schizofren, în care predomină simptomatologia neproductivă (negativă — H. EY): sărăcire afectivă, lipsa mobilității psihice, scăderea motilității (IUDIN, 1941). Caracterizează, în special, debutul formelor hebefrenice. GRUHLE a descris un tablou asemănător sub numele de hipofază.

766. PREFERINȚĂ (cf. fr. *prêférence*: vezi lat. *praeferre* „a prefera”) ● Modalitate particulară de a acorda, justificat sau nejustificat, favoare, atenție, afecțiune unui obiect (persoană, lucru, situație), ca rezultat al atracției exercitate de obiectul respectiv. Presupune o raportare afectivă, motivată pozitiv, conștient sau inconștient, și se manifestă prin simpatie, dorința de a intra în relație, alegere a obiectului preferat dintr-un grup — așadar reprezintă o atitudine selectivă a persoanei față de ceva anume și orientează persoana spre anumite domenii, realități, sfere de preocupări. Preferința (sau o categorie de preferințe) are și o determinare socio-culturală (tradiție, obiceiuri familiale).

În psihologia socială, preferința se implică în (și susține) relațiile interpersonale simpatetice, afective, care au la bază fie similitudini motivaționale (trebuințe, interese), fie motive complementare. Preferința poate fi unilaterală sau reciprocă; în al doilea caz, ea se naște printr-o adecvare motivațională (trebuințele nu sînt neapărat identice, ci convergente); în primul caz, ea poate

avea la bază o dorință de identificare, de completare, de autovalorizare, de securizare etc. cu sau prin obiectul către care de orientează.

MORENO folosește termenul pentru a desemna atracțiile reciproce și spontane. Alți autori (MORY, J. NORTHWA, Margueritte HELL) consideră că preferința este determinată de caracteristicile individuale (vîrstă, preocupări intelectuale) și de factori de mediu. În sociometrie (ca metodă de studiu a grupurilor și a relațiilor interpersonale din interiorul unui grup), preferința se manifestă ca alegere (simpatie), iar opusul ei ca respingere (antipatie) a fiecărui membru al grupului față de ceilalți membri ai grupului. Convergența preferințelor, pe de o parte, în cadrul relațiilor interpersonale din grup, pe de altă parte, în raport cu satisfacerea unor motivații comune, devine unul dintre factorii de coeziune a grupului.

În patologia psihică, există atracții (respingeri) între două subiectivități, bazate în special pe dinamica pulsională (→ SZONDI) a partenerilor. De asemenea, o boală psihică poate schimba un sistem anterior de preferințe și poate crea altul, în funcție de natura bolii și de modificările apărute, în special la nivel motivațional-afectiv. Astfel, în psihoze, fiind grav afectat simțul realului, preferința pentru un domeniu exterior (sau alegerea preocupărilor) revine la inadecvarea dintre o dorință nedefinită și o posibilitate (disponibilitate) reală de a o satisface; ea comportă o notă de bizar, de straniu, fie în raport cu personalitatea premorbidă, fie cu realitatea prezentă (fie cu ambele). La personalitățile accentuate (dină la dizarmonii), modalitatea particulară de alegere (favorizare) a unui obiect este dictată de tipul de personalitate: înclinația istericului pentru situații de esec, pe care le amplifică și în cadrul cărora joacă rol de victimă; impulsivitatea alegerilor la personalitățile nestăpînite, atracția lor pentru ce este pregnant, perceptibil; ștergerea registrului preferențial (și mai ales ștergerea diferențelor în atitudinile de alegere) la distinciți; schimbarea preferințelor (privind lucruri sau persoane) la personalitățile labile afectiv; dificultatea de a-și manifesta preferințele la anancaști; exprimarea intensă a preferințelor la personalitățile exaltate (uneori, acest lucru se manifestă în entuziasmele și disperările unor asemenea personalități). Indiferent de domeniul în care apar, fie că vizează o persoană, o situație, un lucru, o sferă de preocupări, un grup, preferințele, în special cînd au o anumită intensitate, sînt analizabile și trimit la un motiv (aspirație pulsională, dorință inconștientă latentă) caracteristic persoanei căreia îi aparțin și mediului ei de viață.

767. PREFRONTALĂ — zonă (cf. *pre-*; lat. *frons*, „frunte”) ● Porțiunea situată la polul anterior al lobului frontal.

768. PREGENITAL (cf. *pre-*; lat. *genitalis* „care procreează”) ● Termen utilizat în teoria psihanalitică a dezvoltării psihosexuale pentru a defini stadiile care preced primatul zonei genitale (stadiul genital), deci perioada acoperită de stadiile oral, anal și falic.

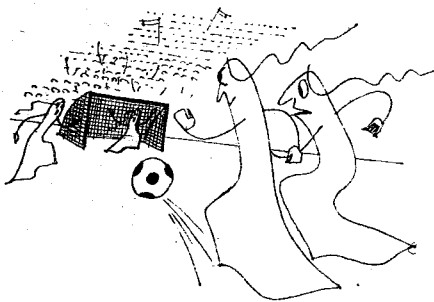
769. PREGNANȚĂ (cf. fr. *prégnance*; vezi lat. *prægnans* „plin, umflat”) ● Caracteristică a unei structuri de a se impune prin evidență, claritate, expresivitate, prin forță și stabilitate de relevanță în raport cu restul structurilor cîmpului, care sînt dispersate, discontinue, estompate, neregularizate. Legea pregnanței sau a formei celei mai bune, a formei optime, este o lege fundamentală a organizării perceptuale, elaborată de școala gestaltistă (KOFFKA și WERTHEIMER). Această lege explică cum se trece de la cîmpul perceptiv omogen la cel eterogen, pregnanța definind forța și, prin urmare, stabilitatea și frecvența unei organizări psihice. Criteriile pregnanței sînt: reguliaritatea, simetria, simplitatea, inclusivitatea, continuitatea și unificarea. Pregonța depinde de modul cum este organizat stimulul, dar și de factori subiectivi, de contribuția specifică adusă de subiect în organizarea cîmpului perceptiv.

În relația medic-pacient, capătă caracteristici de pregnanță anumite aspecte care pot constitui factori favorizanți sau nefavorizanți în evoluția ulterioară a relației. Pentru medic, pot fi pregnante anumite caracteristici ale aspectului exterior al bolnavului, aspecte constituționale, modificări cu semnificație patologică, mimică, gesturi, comportament, anumite acuze subiective din relațiile subiectului, care capătă relevanță pentru un anumit diagnostic. În același timp, ceea ce se detașează cu pregnanță din comportamentul medicului poate influența atitudinea pacientului.

770. PREHENSIUNE (cf. lat. *prehensio* „prindere”) ● Termenul desemnează gestul sau acțiunea mîinii de a apuca, de a prinde obiectele, cu ajutorul unei pînze formate între degete sau între palmă și degete. În primii doi ani de viață, mîna este inițial obiect de cunoaștere, apoi de mînare a obiectelor de joc, de autoservire, pentru ca apoi să devină organ pentru numeroase activități. Gestul prehensiunii se structurează, de asemenea, în primii doi ani de viață. Există și un reflex de prehensiune (de apucare forțată), util în practica neurologică.

771. PREJUDECATĂ (după fr. *préjugé*) ● Opinie tenace, deși insuficient fundamentată și verificată, la care subiectul aderă cu toată convingerea, fără să o supună unui examen critic și confruntării imparțiale, lucide, cu experiența. Pe deplin satisfăcătoare pentru gîndirea dogmatică și stereotipă, grăbită să se ancoreze în certitudini pentru a evita efortul intelectual pe care îl presupune orice

problematic și orice examen reflectiv, prejudecata are, cel mai adesea, „cite ceva dintr-o bază reală”, întemeindu-se pe constatarea unor fapte, pe care le deformează, însă, și le interpretează eronat, generalizând fără temei experiențe și observații personale, privite în mod unilateral și universalizate prin asocieri sau analogii grăbite și forțate. Greu, dacă nu chiar imposibil de eliminat din gândirea comună a vieții cotidiene, prejudecățile constituie un mare handicap în gândirea teoretică, pe care o „anchilozază”, limitându-i orizontul problematic, creativitatea și ingeniozitatea, condiții necesare ale invenției și descoperirii de noi cunoștințe.



Boala psihică și bolnavul psihic au fost de-a lungul timpului ținta unor șiruri de prejudecăți dintre cele mai bizare, care au generat o adevărată optică socială deformată, incluzând fragmente insolite de gândire magică. De la „boala divină” și comunicarea cu zeii din antichitate, la „posesiunea diabolică” a evului mediu, până la „psihogenizarea” sau etiologia exclusiv sexuală a epocii noastre, diverse prejudecăți au însoțit originea patologiei psihiatrice, pătrunzând cu o ușurință uimitoare în mentalitatea indivizilor. Eliberarea bolnavilor din lanțuri, pe care a înfăptuit-o PINEL în pragul secolului al XIX-lea, nu a fost deloc sau a fost prea puțin urmată de abolirea prejudecăților care socoteau bolnavul psihic nu un suferind, ci o curiozitate sau chiar un permanent pericol.

Prejudicata este atributul unei gândiri închisate, puțin deschise spre critică, limitate la o comunicare în clișee. Oricine poate recunoaște în cele ce urmează o serie de propoziții care par a fi statuate științific, dar de fapt nu sînt decît prejudecăți: despre alcool și alcoolism (după COLLEMAN, 1975):

- Alcoolul este un stimulent.
- Alcoolul poate fi esențial în tratamentul unor boli.
- Se poate detecta întotdeauna alcoolul în respirația unei persoane care a băut.

- Tulburările de judecată nu se produc decît după ce au apărut semne evidente de intoxicație.
- Individul este mai repede intoxicat de „amestecul” de băuturi „curate”.
- O persoană excepțională poate să aibă o concentrație de alcool de 1⁰/₀₀ sau chiar mai mult și să-și păstreze complet controlul facultăților.
- Bărbatul își stăpînește mai bine beția decît femeia.
- Alcoolul este un drog mult mai puțin periculos decît altele (de exemplu, marijuana).
- Persoanele cu „voință tare” nu trebuie să se îngrijoreze că ar putea să devină alcoolici.
- Alcoolicii care au fost tratați cu succes pot să se rezume doar la un „alcoolism social” adică la consum ocazional de alcool.

Este doar unul dintre exemplele cele mai grăitoare pentru marea forță cu care prejudecata poate acționa și pentru consecințele evidente pe care le poate avea.

Oricît ar fi de absurd, prejudecățile publicului sînt mult mai inteligibile prin faptul că funcționează în afara rigorii științifice decît cele medicale a căror ciudătenie este nu numai neliniștitoare, ci și periculoasă. Reducerea modelului general la modelul personal (al așa-numitei experiențe proprii) este sursa unor prejudecăți, care, în funcție de poziția emitătorului, se infiltrează pe o arie variabilă, limitîndu-și și extinzîndu-și efectul nociv, uneori în proporții surprinzătoare. Dacă, spre exemplu, malarioterapia a fost relativ ușor acceptată, cu toate dificultățile tehnice și inconstanța rezultatelor, nu același lucru se poate spune despre terapia electroconvulsivantă sau medicația neuroleptică, în ciuda riscului minor și a acțiunii lor terapeutice nete. Prejudicata, lipsa dorinței de informare au făcut ca zidul spitalului să devină o fortăreață care să apere, de fapt, un mod de a gândi anacronic și comod.

Față de psihanaliză, prejudecățile s-au manifestat prin abordarea ei reduționistă (în fapt, reduționismul este unul dintre atributele constante ale prejudecăților), înlocuindu-se sexualitatea cu genitalismul, trebuința cu instinctul, teoria despre inconștient cu imaginea unui inconștient funcționar și amenințător.

Asupra psihiatriei și a posibilităților sale ca domeniu medical, planează încă o serie de prejudecăți care nu-i diminuează potențialul de acțiune, dar îi lipsesc încă pe mulți suferinzi de contactul benefic pe care l-ar putea avea cu medicul.

772. PREJUDICIU (cf. lat. *praejudicium* „neajuns, prejudiciu”) ● În psihologie, sentiment al unei nedreptăți morale sau materiale pe care un îi subiecții îi încearcă, deși obiectiv motivația nu

este argumentată. În aceeași categorie pot fi încadrate sentimentele pe care unii subiecți le încercă atunci când primesc unele reparații pentru pagube de o natură oarecare pe care le-au suferit, considerându-le însă total insuficiente.

Sentimentul de prejudiciu este frecvent întâlnit în patologia psihiatrică, în circumstanțe dintre cele mai variate. Astfel, în deficitul mintal, prejudiciul este legat de incapacitatea subiectului de a aprecia valorile și de sărăcia registrului său afectiv. În dizarmoniile de personalitate, subiecții construiesc o serie de povestiri din care rezultă că au fost prejudiciați, întâmplările povestite împiedicându-i să obțină succesele așteptate pe diverse planuri. Aceste povestiri mitomanice sînt adesea înșușite ca o biografie pe care subiectul o reproduce cu scop justificativ și revendicativ ori de cîte ori are posibilitatea. În dizarmoniile de tip paranoiac, orice injustiție este mult exagerată și poate oriînd declanșa o serie de demersuri pentru obținerea „adevăratei” dreptăți. Pentru acești subiecți, prejudiciile devin repede un scop în sine.

În delirul de prejudiciu de tip paranoiac, existența unei daune reale sau imaginare antrenează apariția unor idei prevalente, care se organizează rapid într-un sistem delirant, polarizînd întreaga energie a subiectului preocupat exclusiv de repararea prejudiciului. Cu cît acțiunile subiectului devin mai ample, cu atît și prejudiciul imaginar capătă dimensiuni mai semnificative pentru subiect.

Ideile de prejudiciu mai pot fi întîlnite în psihozele vîrstei a treia și în debutul stărilor demențiale de la această vîrstă, fiind adesea generate de tulburările mnezice ale pacientului, care se crede prădat sau jefuit de unele obiecte pe care nu le găsește. Și aici, ca și în debilitatea mintală, apare incapacitatea de a mai aprecia valoarea reală a unor obiecte sau fapte, ideile de prejudiciu căpătînd, în acest context, un caracter tot mai absurd. Accentuarea unor trăsături ale personalității și rigidizarea acestora constituie o altă cauză a apariției ideilor de prejudiciu la bătrîni. Mai mult, ideile de prejudiciu apar ca o compensație a reducerii sferei de preocupări și interese, specifică vîrstnicului.

Despre ideile de prejudiciu se poate vorbi și în cazul subiecților care, în urma unui traumatism, dezvoltă fenomene „sinistrozice” și hipocondriace, reclamînd repararea presupusului prejudiciu prin compensații materiale pe care le-ar dori viațere.

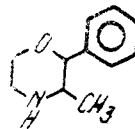
773. PREJUDICIU MORAL^(D) delir ● Delir secundar unei intervenții asupra corpului bolnavului, intervenție ce are cauze medicale (intervenții chirurgicale, tratamente) sau accidentale. Deși este în evidentă discrepanță cu presupusele tulburări organice sau funcționale care i-au fost provocate, bolnavul se consideră grav prejudiciat, cerînd nesfîrșite reparații ale prejudiciului. Simp-

toamele devin dovezile „de necontestat” ale suferinței și deci ale dreptului la reparație, recompensă. Victimă perpetuă nu numai a „agresorului” inițial, ci și a medicilor, tribunalelor, avocaților, comisiilor de expertiză, bolnavul devine un acuzator permanent și ajunge, de obicei destul de tîrziu, la psihiatru („innebunit” de nedreptățile care i se fac și de perpetua tracasare la care este supus).

774. PREJUDICIU SENIL^(D) delir ● Delir specific perioadei de involuție, a cărui descriere clasică îi aparține lui KRAEPELIN. Subiecții devin în mod treptat bănuitori și neliniștiți, simțindu-se în permanență tracasati de evenimentele cele mai neînsemnate. Absența de la domiciliu, chiar și pentru intervale scurte, este urmată de verificări minuțioase care „scot la iveală” furturi de îmbrăcăminte, tacîmuri, spargerî de veselă, falsificări ale băuturilor alcoolice, sustragerea de piese din aparatura electronică etc. Halucinațiile auditive nocturne, ca și percepțiile delirante sînt constante, furnizînd „dovezile” prezenței agresorilor. În cadrul suspectiilor sînt incluși foarte repede membrii familiei, personalului de serviciu, vecinii. Mijloacele acestora de persecuție a bătrînilor sînt cele la îndemînă (de exemplu, otrăvirea alimentelor și a apei). Împotriva celor care urmăresc tenac prejudicierea bătrînilor, aceștia își creează un comportament de apărare, din care nu lipsesc mijloacele de alarmă și pregătirile de fugă, ca ultim mod de a scăpa de persecutori.

Examenul psihic pune în evidență creșterea prolixității discursului, hipoprosexia, creșterea gradului de circumstanțialitate. Delirul de prejudiciu senil se întîlnește cel mai frecvent la debutul demențelor senile.

775. PRELAZIN^(M) Canada — DCI Fenmetrazină ● Psihostimulent, derivat fenilentilaminat de tip 3-metil-2-fenilmorfolină, cu puternice valențe



anorexigene. Este utilizat în combaterea unor efecte secundare ale NL. Pot exista fenomene de sevraj la întreruperea tratamentului → PSIHOSTIMULENTE.

776. PRELIS^(M) RFG — DCI Metoprolol ● Beta-blocant de tip (±)-1-(isopropilamino)-3-*ip*-(2-metoxietil)fenoxil-2-propanol, indicat în anxietate, alcoolism, distonii neurovegetative, afecțiuni psihosomatice. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

777. **PRELOGIC** (cf. pre-; gr. *logike* „logică”) ● Ceea ce precede logica. Termenul s-a bucurat de o largă audiență datorită teoriei sociologului francez L. LÉVY BRUHL, potrivit căreia societățile arhaice ar fi fost dominate de un sistem de gândire (și mentalitate) prelogică (asociativă), structurată pe alte principii decât gândirea rațională a societăților civilizate, aflându-se deci într-un stadiu inferior de evoluție spirituală. Asaltat de numeroase critici, LÉVY BRUHL a renunțat la această concepție, recunoscându-i lipsa de temei. Cercetări etnologice ulterioare au demonstrat că mentalitatea primitivă se deosebește de spiritualitatea societăților mai evolute nu prin structurile ei logice, ci prin sincretismul ei, în care sînt contopite fără diferențieri accentuate cunoștințe, reguli tehnice, datini și rituri, credințe religioase, practici magice și norme estetice, astfel încît premisele categoriale și postulatele ontologice ale omului arhaic sînt altele decît cele pe care se fundamentează conștiința de sine și Weltanschauung-ul culturilor occidentale moderne.

778. **PRELU-2^(M) SUA** — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în astenie, presenilitate, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară curei neuroleptice, tulburări de dinamică sexuală. Este contraindicat în stările de excitație psihomotorie, anxietate, sarcină, comițialitate.

779. **PRÉLUDINE^(M) Franța** — DCI *Fenmetrazină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat → **PRELAZIN^(M) Canada**.

780. **PRELUTAL^(MC) Argentina** ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate cu acțiune diferită, care se completează: ● **FENMETRAZINĂ^(M)** — noanaleptic, derivat feniletilaminic; ● **PROMAZINĂ^(M)** — neuroleptic, derivat fenotiazinic.

Are acțiune anxiolitic-sedativă, cu efecte secundare atenuate.

781. **PREMIĂ** (cf. lat. *praemittere* „a trimite înainte, a emite”) ● Propoziție din care se deduce o altă propoziție, numită concluzie. În cazul inferențelor imediate, concluzia decurge dintr-o singură premisă (de exemplu, în inferența: „toți atleții sînt sportivi”, prin urmare „unii sportivi sînt atleți”, judecata „toți atleții sînt sportivi” este unica premisă). În cazul inferențelor mediate, concluzia este derivată din cel puțin două sau mai multe premise. În silogismul: „toți atleții sînt sportivi, toți sprinterii sînt atleți, toți sprinterii sînt sportivi” — primele două propoziții sînt premisele din care decurge cea de a treia (concluzie).

782. **PREMISE EREDITARE** ● Expresie ce desemnează, în psihologie, un ansamblu de însușiri morfologice și funcționale, particularități ale sistemului nervos, ce influențează dezvoltarea (formarea) personalității. Premisele ereditare se referă la: calitățile neuronale și somatice, calitățile temperamentale (ca latură dinamico-energetică a personalității), disponibilitățile pulsionale (→ SZONDI^(T) test).

După P. POPESCU NEVEANU, premisele ereditare sînt nespecifice (exceptînd funcționalitatea analizatorilor ca factor semispecific), pentru că ele nu determină esențial un tip sau altul de personalitate. Particularitățile endocrine intră tot în categoria acestor premise. Expresia „premise ereditare” nu este sinonimă cu noțiunea de „ereditate”. Unii specialiști în psihologie folosesc sintagma „premisă ereditară”, în cazul în care nu se cunoaște ereditatea unor însușiri și caracteristici psihice, însușiri ce apar, totuși, gata constituite.

783. **PREMIU** (cf. lat. *praemium* „răsplată, recompensă”) ● Termen desemnînd sancțiunea-recompensă în opoziție cu sancțiunea-pedeapsă. Avînd un rol important în constituirea sau întărirea unor motivații ale activității, trebuie să respecte cîteva reguli de bază:

- să fie stimulativ, adică proporțional cu acțiunea premiată (nici prea mare, nici prea mic);
- să fie în concordanță cu vîrsta și nevoile de stimulare ale subiectului;
- să împletească armonios recompensa materială cu cea morală, pentru a evita crearea unei motivații extrinseci (a învăța pentru notă, în loc de motivația intrinsecă de a învăța pentru a ști).

Premiul, ca și pedeapsa, trebuie să țină cont de performanțele grupului din care face parte subiectul. În acest sens, ele sînt relative, dar stimulative prin raportarea continuă la performanțe superioare.

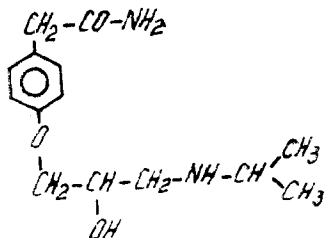
784. **PREMODRIN^(M) Italia** — DCI *Metamfetamină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-N,α-dimetilfenetilamină, cu acțiune și indicații similare cu ale amfetaminei și același risc al dependenței.

785. **PREMONIȚIE** (cf. lat. *praemonitio* „avertisment”) — sin. **PRECOGNIȚIE** ● Fenomen psihic paramental (paragnostice), inclus în categoria fenomenelor paranormale, care se referă, în parapsihologie, la posibilitatea de cunoaștere spontană și relevantă a evenimentelor viitoare, probabil pe cale perceptivă extrasenzorială. Dotarea paranormală de a prevedea cursul evenimentelor se deosebește de predicție și anticipare prospectivă, fiind mai degrabă similară cu previziunea de fac-

tură neștiințifică sau cu clarviziunea, prin fundamentarea ei (după unii autori) mai mult pe intuiție subiectivă, criptestezie și afectivitate, care se sustrag condiționărilor temporale. În psihopatologie, premonițiile au fost descrise inițial în stările de transă sau de extaz mistic, apoi în debuturi discordante, deliruri cronice sistematizate (paranoia, parafrenia), psihastenii severe și psihoze isterice, având cu precădere un conținut catastrofic.

Este necesară diferențierea premoniției ca fenomen parapsihologic, de afirmațiile și/sau trăirile determinate de procesele morbide din psihiatrie. Studiul fenomenelor paranormale se efectuează în institute de cercetare în domeniul parapsihologiei din diverse locuri în lume → PARAPSIHOLOGIE.

786. **PRENORMINE^(M)** Argentina — DCI *Atenolol* ● Betablocant de tip 2-*ip*-12-hidroxi-3-(isopropilamino)propoxilfenilacetamidă, indicat în anxietate cu și fără componentă somatică, tulburări



funcționale ale sistemului cardiocirculator, ca adjuvant în tratamentul sevrăjelor, în combaterea tremorului senil. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

787. **PRENT^(M)** Austria, Elveția, Italia, RFG — DCI *Acebutolol* ● Betablocant de tip 3'-acetil-4'-12-hidroxi-3-(isopropilamino)propoxilbutiranilidă. Este indicat în anxietate, sindroame psihovegetative simpaticotone, sevrage de origine diversă, combaterea tremorului parkinsonian, senil, urmare a intoxicației cu litiu. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

788. **PREOBICTAL** (cf. *pre-*; lat. *objectum* „obiect”) ● Termen desemnând faza premergătoare identificării Eu/Non-Eu. Corespunde etapei imediat următoare nașterii, când percepția lumii exterioare se face numai în funcție de nevoile primare (→ OMNIPOTENȚĂ; RELATIE OBIECTUALĂ; NARCISISM).

789. **PREODIPIAN** (cf. *pre-*; *Oedip* — personaj mitologic) ● Termen desemnând o fază de dezvoltare libidinală a individului. Această fază, anali-

zată din punctul de vedere al relațiilor interpersonale, se situează înaintea relațiilor triunghiulare oedipiene, când la fetiță nu a avut loc schimbarea de obiect, iar la băiat, tatăl nu este încă rival și obiect de identificare. Faza este caracterizată prin relația duală mamă-copil. Se diferențiază de faza pregenitală doar din punct de vedere teoretic, practic acoperind aceeași zonă de vîrstă. Această fază se referă la perioada stadiilor pulsionale precedînd primatul zonei genitale.

790. **PREPARARE** (cf. lat. *praeparare* „a pregăti”) ● Etapă premergătoare procesului creației. Analiza ei a dus la conturarea teoretică a următoarelor subetape:

- observația sau definirea problemei;
- acumularea, implicînd strîngerea materialului de lucru;
- subetapa operațională, cu formularea ipotezelor, restructurarea materialului, apariția primelor ipoteze (J. DEWEY, 1910; J. ROSSMAN, 1931; J. HAEFEL, 1962; A. PROSBY, 1972).

791. **PREPARTEN^(M)** Mexic — DCI *Profenamidă* ● Neuroleptic sedativ, derivat aminofenotiazinic de tip 10-(2-dietilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă și antihistaminică.

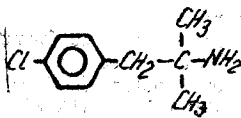
792. **PREPSIHOZĂ** (cf. *pre-*; *psyche* „suflet”) ● Tablouri psihopatologice în clinica infantilă, care lasă să se întrevadă o evoluție psihotică ulterioară. Unii autori susțin că este vorba doar de psihoze paucisimptomatice. În antecedentele multor schizofreni, a căror simptomatologie la adolescență îmbracă un aspect clasic, se pot regăsi adesea tablouri prepsihotice (A. POROT, B. AUBIN). Termenul este ambiguu și nu poate fi folosit în locul vreunei entități clinice.

793. **PREQUIL^(M)** Austria, Belgia, Italia — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic, de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol 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 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).

794. **PRESCRIPTIE MEDICALĂ** (cf. lat. *praescriptio* „prescripție, normă”) ● Dispoziție scrisă a medicului privind tratamentul, dieta și unele recomandări prin care se urmărește însănătoșirea sau prevenirea bolii.

795. **PRESAMINE**^(M) SUA — DCI *Imipramină* ● Antidepressiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-*I*-3-(dimetilamino)propil-10,11-dihidro-5H-dibenz[*b*,*f*]azepină, cu acțiune antidepressivă cu spectru larg, incluzând depresia endogenă. Este posibilă și se recomandă asocierea cu NL bazale, în psihoze. Efectele terapeutice se instalează lent, în 12—14 zile. Este necesar ca tratamentul să fie susținut, existând riscul recăderilor (în nevroze, minimum trei luni, în psihoze, șase luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **ANTIDEPRI**^(M).

796. **PRE-SATE**^(M) Canada — DCI *Clorfentermină* ● Psihostimulent anorexigen, derivat fenil-etilaminat 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 neuroleptice → **PSIHOSTIMULENTE**.

797. **PRESBIOFRENIE**^(B) boală (cf. gr. *presbytes* „bătrîn”; *phren* „spirit”) ● Entitate clinică considerată de școala germană de psihiatrie (**WERNICKE** creează acest termen în 1906) ca făcând parte din patologia senescenței; ulterior, **KRAEPELIN** o va integra demenței senile, iar **WEITBRECHT** o va considera ca pe o hipomanie ușoară (psihoză maniformă pe fond arteriosclerotic cerebral), apărută la o personalitate sintonă la care funcțiile mnestice sînt grav afectate.

BARDENAT (1985) o consideră tot o formă a demenței senile, care reunește pe plan clinic elementele sindromului demențial cu cele ale sindromului Korsakov, evocînd ceea ce **CHASLIN** și **SEGLAS** denumeau confuzie mintală cronică. De remarcat că autorii americani nu mai menționează presbiofrenia ca formă clinică distinctă în clasificarea din DSM III.

În concepția clasicilor psihiatriei, tabloul clinic al acestei boli ar consta în: debut de cele mai multe ori lent, progresiv (la vîrsta senilității și predominant la femei); perioadă de stare manifestată prin amnezii de fixare, dezorientare temporo-spațială, false recunoașteri, fabulații cu caracter extravagant și absurd.

Relativ buna conservare intelectuală și a comportamentului instictiv-afectiv, ca și păstrarea unor automatisme sociale permit o integrare acceptabilă a subiectului în mediu pentru o perioadă rela-

tiv lungă de timp, în comparație cu celelalte forme de demență. Examenul anatomopatologic nu reușește să fie concludent în sensul unei specificități a substratului lezional al presbiofreniei, punînd deocamdată sub semnul întrebării existența sa de sine stătătoare.

798. **PRESENILITATE** (cf. *pre-*; lat. *senilis* „bătrînesc”) — sin. **PRESENESCENȚĂ**; **PREINVOLUȚIE**; **VÎRSTĂ CLIMACTERICĂ** ● Perioadă din ontogeneză, delimitată între vîrsta adultă de stabilizare și începutul senilității (45—60 de ani). Deși granițele de vîrstă sînt unanim acceptate, diferitele școli de psihiatrie nu folosesc aceiași termeni. Astfel, climacteriul este utilizat, în mod arbitrar, ca termen pentru a descrie presenilitatea (**URECHIA**), preinvoluția (**PREDESCU**), presenescența (**DUMITRU**), vîrsta climacteriană (școala italiană de gerontologie), pe care însă școlile germană (**WEITBRECHT**) și americană (**DSM III**) le ignoră total vorbind numai despre involuție (*senium*).

Termenul „presenilitate” este utilizat, în general, cu două accepțiuni: parametrul psihofiziologic al unei „vîrste critice”, reprezentînd totuși o perioadă normală din existența omului, și scenă pe care se desfășoară „accidente” patologice de o amploare mai mică sau mai mare. „Wechseljahre” sau „retour d’age”, cum este denumită vîrsta respectivă, reprezintă un ax în jurul căruia au loc profunde modificări în structura personalității, pe toate cele trei planuri definitorii: biologic, psihologic și social.

Unii oameni pot afirma că „viața începe la 40 de ani”, pentru majoritatea, această vîrstă și anii care urmează semnificînd bogăție spirituală și profesională, randament maxim, plin avînt social și profesional, realizarea echilibrului familial. După 50—55 ani se trece printr-o „criză de interiorizare”, ocazionată de instalarea menopauzei la femei (la bărbați, climacteriul își face apariția, de obicei, mai tîrziu), însoțită de o slăbire generală, atît pe plan fizic, cît și psihic. Este perioada cînd unele femei se pensionează. Bărbații își vor susține în continuare activitatea profesională și socială, bucurîndu-se de apreciere din partea celorlalți, transmițîndu-și cunoștințele generațiilor mai tinere. Sînt posibile conflicte între generații. Tabieturile devin un mijloc de asigurare a comodității în sînul familiei.

Pe plan psihologic se constată, mai mult sau mai puțin vizibil, o scădere a performanțelor generale, deși autori de prestigiu (**MÜLLER**, **HEGEMAN**) consideră că excesul de alcool, cafea și țigări, ca și consumul de tranchilizante, reprezintă cauza principală a acestui fenomen.

Scăderea nivelului sensibilității (vedere, auz, miros, simț tactil), modificările trofice la nivelul pielii (uscare, riduri) și al părului (albirea părului, apariția cheliei), deformarea siluetei — devin din ce în ce mai vizibile după 40—42 de ani.

În general, contextul profesional oferă posibilitatea de a atinge a aspirațiilor maturității sau semnaleză momentul în care individul își dă seama de pista falsă pe care a ales-o. Viața de familie este marcată de tensiunile afective generate de părăsirea, pe rînd, a casei de către copii, scăderea nivelului libidinal, dar întărirea relațiilor de interdependență între soți.

În afara acestei evoluții „normale”, există și situații în care vîrsta presenilității poate fi grevată de afecțiuni cardio-respiratorii, digestive, metabolice, de instalare progresivă a insuficienței circulatorii cerebrale, cu suferință consecutivă organică (încă parțială și reversibilă la această vîrstă).

Tulburărilor psihice instalate nu li se poate conferi o specificitate legată de perioada biologică respectivă ; pot fi recunoscute mecanisme psihopatologice în care se întîlnesc : încetinirea proceselor intelectuale (sărăcirea ideetii, a creativității, predominanța reminiscentelor și automatismelor, apariția fatigabilității), tulburări ale nivelului dispoziției și afectivității în condițiile implacabilei treceri a timpului („dulcea pasăre a tineretii”), cu înclinare spre tristețe și un oarecare grad de anxietate.

Este îndreptățită opinia unor autori (POROT și BARDENAT, 1985) care nu consideră posibilă existența veritabilelor neurastenii la vîrsta presenilității, socotind că astenia își poate avea mai degrabă originea în încălcarea patologică (somatică sau cerebrală) pe care subiectul o prezintă în această perioadă. Susceptibilitatea, introspecțiunea pe linia corporalității, avînd drept rezultat preocupările hipochondrice, acordarea unei atenții particulare sexualității, atitudinile de opoziție față de nou: și chiar interpretativitatea în sens de prejudiciu, de gelozie — sînt parametri psihocomportamentali care jalonează vîrsta presenilității, favorizînd o patologie psihică de la tonalitatea nevrotică, la cea psihotică și demențială.

În ceea ce privește unele cazuri de involuție precoce, care devin manifeste în presenilitate, POROT observă că acești subiecți sînt mai degrabă posesorii unui capital vital insuficient, pe care l-au epuizat prea repede, devenind „falși neurastenici prin insuficiență”. Psihozele afective care survin în această perioadă pot fi reprezentate de afecțiuni cu debut anterior, care numai se prelungesc în presenium, sau cu debut tardiv, dar se descrie și forma mult discutatei melancoliei de involuție, a maniei presenile (RÉGIS) care apare după vîrsta de 45 de ani. Paranoia de involuție (KLEIST, HALBERSTADT) și parafrenia sînt deli-

ruri cronice sistematizate care debutează în aceeași perioadă. Psihozele schizofrenice (cu excepția contestatei schizofrenii tardive) sînt în general stabilizate la această vîrstă sau evoluează fie către ameliorare, fie către deteriorare. În demențele presenile (Pick și Alzheimer) sau de tip arteriosclerotic, în cazul unei paralizii generale, substratul organic este evident.

Remisia unora dintre tulburările psihice sub tratament reprezintă un important criteriu de diagnostic diferențial pentru presenilitate față de involuție și, respectiv, de prognostic favorabil. Investigațiile paraclinice (radiologice, tomografia computerizată) și testele psihologice performanțiale completează (susțin sau infirmă) argumentele clinice.

799. PRESIUNE (cf. lat. *pressio*) ● Mărime fizică care definește raportul dintre o forță și suprafața pe care se exercită. Prin extensie, termenul are conotația de constrîngere a unui individ sau a unui grup social.

800. PRESIUNE A GRUPULUI (cf. lat. *pressio* „presiune”) ● Influență pe care membrii unui grup o exercită asupra fiecărui membru din componența lui, în vederea conformării acestuia la sarcinile mediate și la regulile grupului. Asocierea oamenilor în grupuri constituie o condiție fundamentală a existenței și supraviețuirii lor. S. BERENT afirma, privind aspectul istoric al acestor probleme, că expulzarea din grup constituie cea mai mare dintre tragediile pe care un individ o putea suferi. S. ASCH arată că o persoană din interiorul unui grup nu poate să nu țină cont de regulile acestuia ; W. BION arată că grupul, la rîndul său, se formează în raport cu un scop sau o sarcină care implică apariția unui grad de coeziune între membrii săi. Acest grad de coeziune permite pe de o parte realizarea scopurilor propuse, pe de altă parte potențarea capacităților fiecărui membru.

Presiunea grupului poate influența selecția sarcinilor, credințele, atitudinile și chiar imaginea individului despre realitate. M. SERIFIM (1935) și, ulterior, S. ASCH (1952) au demonstrat experimental că percepțiile și raționamentele unor membri ai grupului pot fi influențate de afirmațiile celorlalți membri. C. MORGAN și R. KING (1966) arată că dorința de aprobare socială a celor mai mulți dintre membrii grupului este așa de puternică încît ei se conformează rapid afirmațiilor celorlalți, pentru a nu risca să fie dezaprobați și, deci, izolați. F. ALLPORT demonstrează că indivizii își limitează net raționamentele în prezența grupului, oferind soluții mai puțin eficiente decît ar face-o dacă ar fi singuri.

În cadrul grupului apar în mod deschis sau numai subtil tendințe disimulate de intimidare a celorlalți pentru impunerea opiniilor proprii

sau pentru a se adopta o soluție aleasă de un anumit membru în realizarea unei sarcini. Experiința anterioară a indivizilor în ceea ce privește respingerea socială sau alte metode primitive poate juca un rol însemnat în aceste cazuri. H. EZRIEL (1950) analizează modul în care indivizii exercită presiuni asupra celorlalți în cadrul interrelațiilor de comunicare din grup. El evidențiază trei tipuri de relație: impusă, evitantă, catastrofală — descriind mecanismul fiecăreia.

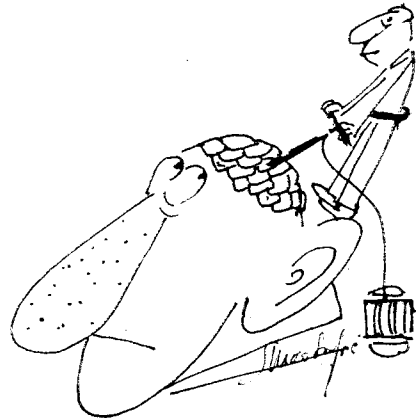
În relația impusă, indivizii interacționează pe căi pe care le consideră a veni în întâmpinarea doleantelor celorlalți și exercită o puternică presiune ca și ceilalți să se comporte la fel, lăsând să se înțeleagă că o exprimare deschisă și directă a gândurilor și simțămintelor ar produce o catastrofă în relațiile din cadrul grupului și amenințându-i pe ceilalți în mod indirect cu izolarea. Cel care manevrează relația impusă mizează pe numărul mare de aderenți la o relație confortabilă, care să nu ridice probleme. În acest fel se obține realizarea unor puternice relații formale, care nu au nimic comun cu sinceritatea și onestitatea, reflectându-se negativ asupra creativității grupului. În opinia autorilor americani, acest tip de relație este cel mai frecvent, iar presiunea exercitată de grup tinde, din această cauză, să fie în permanență redusă de individ.

801. PRESIUNE INTRACRANIANĂ ● Valoarea presiunii lichidului subarahnoidian la nivelul cunetei craniene (valoare normală: 25 cm³ de apă). Această valoare poate crește (→ HIPERTENSIUNE INTRACRANIANĂ) la 400 cm³ de apă, determinând, alături de semnele inițiale (cefalee, vărsături), tulburări de vedere și o simptomatologie psihică (abulie, iritabilitate, tulburări de atenție și memorie, eventual tulburări confuzionale). Tardiv, apar tulburări de conștiință (obnubilare, onirism, somnolență și chiar comă), însoțite de modificări ale tonusului muscular și tulburări neurovegetative (respiratorii și circulatorii).

Circumstanțele etiologice sînt legate de obstacole create în scurgerea sau resorbția lichidului cefalorahidian, tulburări vasculare (tromboze, vasodilatație activă sau pasivă) sau edem cerebral tumoral, traumatic etc. Diagnosticul pozitiv și diferențial se bazează pe utilizarea tomodiagnosticele cerebrale și EEG.

Valorile normale ale presiunii hidrostatice a LCR se pot reduce consecutiv unor cauze lichidiene (traumatisme craniocerebrale cu scurgeri de LCR), vasculare sau parenchimatose (deshidratare cerebrală). Aspectul clinic se aseamănă frecvent cu acela prezent în cazul hipertensiunii. Apare rar la subiecții vîrstnici, în caz de traumatism craniocerebral, și poate ceda la tratamente etiologice (chirurgicale sau terapie de corecție ionică). Diagnosticul pozitiv se pune numai prin măsurarea directă a presiunii intracraniene.

802. PRESOPUNCTURĂ (cf. lat. *pressare* „a presa”; *punctura* „înțepătură”) ● Tehnică terapeutică chineză, constînd din masarea cu ajutorul degetelor, mai precis cu indexul și policele, a anumitor meridiane și puncte de acupunctură. Derivă din tehnica acupuncturii, avînd un mecanism de acțiune asemănător cu aceasta. Tehnica și explicațiile presopuncturii au fost sistematizate de medicul TCHRENN QENN TCHONG în secolul al XIII-lea e.n., care recomandă masajul cu pulpa degetului, unghia sau palma (pentru suprafețe mai întinse). Masajul se efectua pe pielea uscată sau unsă cu uleiuri vegetale, grăsimi, alcool, loțiuni sau decocturi de plante. În funcție de boală, se foloseau două manevre: NGAN-MO, cu efect sedativ, și TOUEI-NA, cu efect stimulant.



Presopunctura era utilizată fie ca metodă unică de tratament, fie ca adjuvant al altor terapii. O variantă a presopuncturii este TAO-INN și constă dintr-un automasaj executat prin bătăi cu pumnul pe jumătate închis, cu palma în formă de cupă, cu degetele executînd bobirnațe sau folosind un baston de bambus. Azi, în Japonia se folosește masajul tradițional numit AN-MA, pentru calmarea durerilor. Medicina chineză folosește și alte tehnici de masaj: cu ajutorul unei linguri chinezești încălzită în apă fierbinte, cu bulgări de sare încălziți, cu pene de pasăre înmuiate în apă caldă.

Presopunctura se utilizează mai ales la copiii, la care acupunctura este dificil de aplicat. Ca și acupunctura, presopunctura este indicată în tratamentul tulburărilor funcționale sau a simptomelor subiective din anumite afecțiuni. Astfel, este recomandată în: durerea din bolile reumatismale sau nevralgii; sindroame cardiovasculare (hipertensiunea și hipotensiunea arterială, extrasistole, lipotimie, anghina pectorală); sindroame digestive (aerofagie, grețuri, constipație, diaree, hemoroizi, indigestie, sughit, vărsături); sindroame respiratorii (guturai, gripă, tuse, astm bronșic); simptome psihice (insomnie, crize funcționale, pitiatică, oboseală, alcoolism, frigiditate) și

tuiburări neurovegetative legate de menopauză. Fiind un tratament simptomatic sau sindromo-igic, presopunctura trebuie să fie aplicată alături de terapia etiopatogenică.

803. **PRESORECEPTORI** (cf. lat. *pressare*; *re-* sin. *captare „a primi”*) → **BARORECEPTORI**.

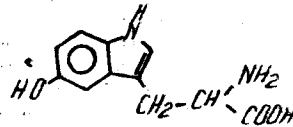
804. **PRESTIGIU** (cf. lat. *praestigium* „iluzie”) ● Autoritate morală, considerație, importanță, valoare ce se acordă de către un grup unei persoane anume sau unui alt grup, unei funcții sau unei activități. Se leagă în special de statutul profesional al persoanei sau grupului (prestigiu profesional). Prestigiul unei persoane sau al unui grup este determinat de cantitatea și calitatea activității, de utilitatea ei socială.

În psihologia socială, prestigiul și ierarhizarea lui au fost investigate prin intermediul anchetelor: prima anchetă privind prestigiul profesiunilor a fost realizată în 1920 (S. CHELCEA); alte anchete au fost realizate de BOGARDUS (1928), TAHT (1935), TIRYAKIAN (1958); o anchetă internațională efectuată în șase țări (Germania, Japonia, Anglia, URSS, SUA, Noua Zeelandă), de către A. INKELES și P. N. ROSSI (1956), a dus la concluzia ierarhizării prestigiului în raport cu sistemul industrial. O anchetă realizată în Japonia (S. NISHIHARA) a arătat că factorii determinanți ai prestigiului ocupațional în această țară sînt nivelul intelectual și funcția de conducere. Ierarhizarea profesiunilor (valorizarea lor diferențiată) într-o societate (comunitate socială) depinde de nivelul de aspirație al colectivității, de nivelul trebuințelor, sub incidența dezvoltării societății respective, aspirația și trebuința fiind categorii ale motivației.

Dorința de prestigiu și acordarea prestigiului, ca modalități atitudinale, sînt determinate, pe de o parte, de elemente (obiective) de statut și de rol social, pe de altă parte, ele derivă din anumite trebuințe (de exemplu, un narcisic reclamă stimă, atenție, omagii; trebuința de filiație favorizează atitudinea de acordare a prestigiului unui obiect catectat pozitiv, mai ales cînd afiliația se combină cu trebuința de supunere).

805. **PRESTIM^(M)** Anglia — 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, afecțiuni psihosomatice, alcoolism, adjuvant în tratamentul sevrajelor. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → **BETABLOCANTE**.

806. **PRÉTONINE^(M)** Franța — DCI *Oxitriptan* ● Antidepresiv timoleptic, cu o structură chimică particulară de tip (-)-5-hidroxi-L-triptofan, precursor al serotoninei, care se presupune a fi scăzută în depresii. Este indicat în depresii endo-



gene, involutive, mascate, fiind util și în combaterea efectelor secundare L-dopa. Are certe valențe sedativ-hipnotice (în special pentru insomnia de readormire); nu se administrează concomitent cu IMAO.

807. **PREVALENȚĂ** — idee (cf. lat. *praevalens* sin. „foarte puternic”) → **IDEI PREVALENTE**.

808. **PREVALENȚĂ A MORBIDITĂȚII** (cf. lat. *praevalentia* „superioritate”) ● Preponderanța, frecvența cazurilor de îmbolnăvire într-o colectivitate umană (în unele publicații este utilizat și termenul de stare de morbiditate). Se remarcă din această definiție că îmbolnăvirile sînt considerate independent de data debutului sau a depistării lor. În raport cu timpul, prevalența îmbolnăvirilor poate fi un fenomen de perioadă (se iau în considerație în acest caz bolile care au existat într-o populație între două date calendaristice) sau un fenomen de moment (bolile care există la o dată calendaristică, de obicei sfîrșitul anului calendaristic).

Pentru aprecierea prevalenței îmbolnăvirilor se utilizează un indicator de tipul:

$$P = \frac{NNI + NIE}{NMP} \times 100$$

în care:

NNI = numărul de îmbolnăviri noi din teritoriu, deci cazurile noi;

NIE = numărul de îmbolnăviri vechi existente în teritoriu și înregistrate pînă la data calculării, deci cazurile cronice;

NMP = numărul mediu al populației teritoriului dat.

Se pot astfel calcula și indicatorii de prevalență specifică, de exemplu la boli psihice, situație în care se vor lua în calcul numai îmbolnăvirile de acest gen. Informațiile furnizate de prevalență oferă atît avantaje, cît și limite. Prin indicii de prevalență se poate determina dimensiunea problemelor de sănătate care există într-o colectivitate și ponderea fiecăreia dintre boli.

Necesitatea cunoașterii exacte a afecțiunilor existente într-o populație face ca, în acest caz, să se recurgă la o depistare de masă, la supravegherea medicală activă a unei subpopulații. Dat fiind caracterul activ al colecției datelor, spre deosebire de incidență, rolul perturbator al accesibilității este minim. Prevalența este un bun indicator al bolilor cronice, dar culegerea datelor prin

examinare medicală activă limitează numărul subiecților, datorită unor restricții de cost, efort uman și material. În același timp, profunzimea investigației medicale, numărul de afecțiuni care constituie obiectivul acțiunii și calitatea examinărilor pot influența hotărâtor nivelul prevalenței înregistrate.

Informațiile referitoare la prevalența îmbolnăvirilor provin, în țara noastră, din două surse diferite. O primă sursă o constituie bolile comunicate în mod obișnuit ca aflate în evidența serviciilor medicale ambulatorii de medicină generală și de specialitate. Unitățile de asistență medicală teritorială au obligația dispensarizării unor grupe de afecțiuni considerate de importanță publică. Cazurile sînt ținute în evidența acestor unități și raportate periodic ca „boli” sau „bolnavi” în evidență la finele anului. Deoarece raportările sînt făcute defalcăt pe boli, nu sînt sesizate practic diferențe între numărul bolilor și cel al bolnavilor de aceeași boală, diferențe care ar putea fi generate de faptul că un bolnav poate avea mai multe boli. Indicatorul folosit exprimă proporția cazurilor de îmbolnăvire la 100 de locuitori și este asemănător cu indicele de prevalență de moment la finele anului. Există însă o importanță deosebită de conținut: în timp ce prevalența de moment presupune date culese în exclusivitate prin examinări medicale de masă, bolile fiind raportate la populația cuprinsă în examinări, bolnavii în evidență provin, în proporții variabile, atât din depistări active, cît și din depistări pasive, deci din consultații acordate la inițiativa pacienților. Cu alte cuvinte, este de așteptat ca indicii de evidență să subestimeze indicii de prevalență pentru aceleași afecțiuni.

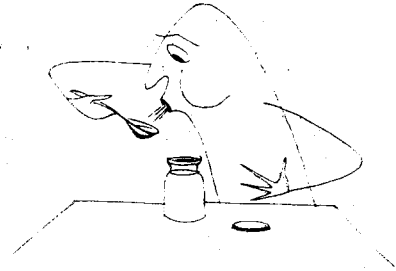
O a doua sursă de date o constituie examinările medicale de masă, pe care le întreprind serviciile sanitare în scopul unei cunoașteri mai complete a morbidității. Asemenea acțiuni sînt organizate în mod curent asupra unor subpopulații aflate în condiții particulare de risc de îmbolnăvire (colectivități de copii, muncitorii din anumite ramuri industriale etc.).

În afara acestui cadru de rutină, unitățile medicale organizează și depistări speciale ale unei boli sau ale mai multor boli. Aceste depistări urmăresc un dublu scop: pe de o parte, diagnosticarea precoce a unui număr cît mai mare de bolnavi, pentru a li se aplica tratamente ieftine și eficiente (scop prospectiv), pe de altă parte, o mai bună cunoaștere a nevoilor populației (scop informativ), care să permită administratorilor de sănătate organizarea și planificarea asistenței medicale pe o bază cît mai obiectivă.

În România, Ministerul Sănătății a organizat două mari anchete pentru stabilirea prevalenței bolilor. Ambele anchete s-au desfășurat pe cîte un eșantion de aproximativ 5% din populația

țării (cca. un milion de locuitori), selectat după o prealabilă zonare a teritoriului, și s-au bucurat de o metodologie de investigație comună.

809. **PREVEDERE** (cf. lat. *praevidere* „a prevedea”) ● Deducere sau apreciere a mersului evenimentelor în viitor, apreciere care se bazează pe anumite legături cauzale între experiențe și fapte prezente sau trecute și experiențe și fapte viitoare. Prevederea presupune un comportament în cunoștință de cauză și trimite la prudență, ca atitudine de evitare a riscurilor inutile, a eșecurilor posibile. Presupune, de asemenea, capaci-



tatea de anticipare a unor consecințe și modificarea comportamentelor în funcție de această anticipare. La persoanele cu deficit intelectual determinat fie de insuficienta dezvoltare a inteligenței sau a funcțiilor mental-cognitive în genere, fie de pierderea parțială sau aproape totală a acestor funcții (deteriorare, demențiere), prevederea este semnificativ diminuată; aceste persoane nu sînt capabile să realizeze operații de anticipare sau să elaboreze variante posibile în ceea ce privește mersul evenimentelor. Există și tendința de prevedere exagerată (nevroticul obsesional și personalitatea hiperexactă); în acest caz, subiectul elaborează multiple variante posibile, dintre care nu reușește să o aleagă pe cea mai potrivită, nu atât pentru situația prezentă, cît pentru efectele ei viitoare. La psihotic, capacitatea de a prevedea scade sever, pînă la absența totală, datorită afectării majore a simțului realului. Producția mentală a psihoticului, fie că este foarte săracă, fie că este deosebit de bogată (expansiv-delirantă), modifică esențial datele realului și, mai ales, relațiile de cauzalitate. Personalitățile dizarmonice au o capacitate redusă de prevedere, nu datorită insuficienței cognitive propriu zise, ci datorită insuficienței autocontrolului asupra reacțiilor, mai ales la nivel afectiv și relațional.

810. **PREVERBIAJ** (cf. lat. *proas* „înaintea”; fr. *verbillage*) ● Limbajul spontan, onomatopoeic, al copilului (PICHON).

811. **PREVESTIRE** (cf. lat. *proas*: s. *vestis* „veste”) ● Fără anticipație asupra viitorului („des

tînului) unui individ, grup, al unei societăți mai largi, pînă la viitorul omenirii (numeroase prevestiri despre „sfîrșitul lumii”), avînd la bază o interpretare retrospectivă pe baze subiective, în absența cauzalității ce caută să dea un sens de presemn/preaviz unor evenimente din real sau ireal (vis), privind perspectiva în sens variat, favorabil sau nefavorabil; caracterizează persoane cu nivel cultural scăzut, credule și sugestionabile.

812. **PREVIZIUNE** (cf. lat. *prœvisio* „previziune”) ● Modalitate de anticipare a celei mai probabile desfășurări a unor evenimente viitoare, folosind ca instrument diferite operații mintale, și ca material—informații din experiența trecută și prezentă sau informații științifice. Previziunea constă într-o serie de raționamente de tip ipotetico-deductiv privind variantele de desfășurare a evenimentelor, variantele de soluții eficiente, variantele finalităților probabile. Previziunea poate fi științifică (construcție logică în baza unor informații și metode științifice) sau poate avea un caracter pronunțat afectiv. Previziunea este deci o prognoză asupra desfășurării evenimentelor. În psihopatologie, ea suferă modificările procesului psihopatologic, îndepărtîndu-se astfel esențial de realitate (de pildă, revelațiile psihotice din intuițiile delirante) → **PREVEDERE**; **PROGNOSTIC**.

813. **PRÉVOST-FECHNER-BENHAM** — culori ● **PRÉVOST** Benedict sesizează pentru prima oară, în 1826, culorile subiective, redescoperite de **FECHNER** și apoi descrise de **BENHAM**. Din aceste considerente, în 1949, **COHEN** și **GORDON** vor numi aceste culori **PRÉVOST-FECHNER-BENHAM**.

814. **PREVOST^B simptom** ● Deviere simultană a corpului și globilor oculari spre partea focarului lezional, în accidentele vasculare cerebrale („bolnavul își privește leziunea”).

815. **PREXICIDE^(M)** Japonia — DCI *Pemolină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, fără efecte simpatomimetice; are indicațiile generale ale psihostimulentelor. Nu se administrează în afecțiuni cu componentă depresivă → **PSIHOSTIMULENTE**.

816. **PREZUMȚIE** (cf. lat. *prœsumptio* „păreră, presupunere”) ● Element important în mecanismele gîndirii, atît în sfera normalului, cît și a patologicului; este o construcție ipotetică neconfirmată de fapte, dar poate avea corectitudinea raționamentului; este un raționament plauzibil, și, atîta timp cît rămîne în stadiu de ipoteză probabilistică, este util. Drama începe cînd este etichetat drept certitudine, uitîndu-se absența faptelor

și mizîndu-se numai pe plauzibilitatea raționamentului.

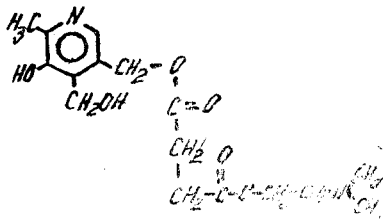
817. **PRIADEL^(M)** Anglia, Olanda, Portugalia ● Timoizoleptic, sare de litiu^{sin} → **CARBONAT DE LITIU^(M)** România.

818. **PRIAPISM** (cf. gr. *Priapos* — zeu falic grec, care simboliza fecunditatea naturii și senzualitatea iubirii, considerat fiu al Afroditei și al lui Dionisos. În reprezentările plastice i se evidențiau întotdeauna atributele virile) ● Stare de erecție persistentă și adeseori dureroasă, care apare în absența unei excitații sexuale. Poate fi întîlnită în uretrite, cistite acute, unele leziuni medulare sau afecțiuni vasculare. Unii autori consideră a fi cauza unor cazuri de satiriazis sau a unor perversiuni sexuale. Contactul sexual cu sau fără ejaculare nu duce la detumescentă peniană și este numai în cazuri excepționale însoțit de orgasm.

819. **PRICHARD James** (1786—1848) ● Medic și antropolog englez. A studiat medicina la Bristol și Edinburgh, unde a susținut în 1808 și teza cu tema „De humani generis varietate”, evidențînd orientarea sa către antropologie, domeniu în care va mai publica „O analiză a mitologiei egiptene” (1819) și „Istoria naturală a omului” (1843).

Numele său se leagă de istoria psihiatriei prin descrierea a ceea ce el a numit „moral nesănătos” sau „nebulie morală” în „Tratatul nebuniei și a altor dezordini ce afectează spiritul” (Londra, 1835), care nu este altceva decît „mania fără delir” (**PINEL**), „monomania contradictorie” (**ESQUIROL**), „depravarea morală innăscută” (**Benjamin RUSH**). După opinia lui **PRICHARD**, această afecțiune „constă dintr-un deranjament izolat al simțului moral și al comportamentelor sociale, fără a leza inteligența, nici capacitatea de judecată, fără manifestări delirante, dar care conduce la delincvență, punînd totdeauna magistraților și medicilor problema delicată a responsabilității penale a subiecților la care se observă”. Problema boală psihică/justiție îl va preocupa permanent; în 1842 a publicat ultima sa lucrare: „Diferitele forme de nebunie în raportul lor cu justiția”.

820. **PRIDANA^(M)** Spania — DCI *Pirisudanol* ● Psihostimulent, derivat dimetilaminometanolic



de tip 2-(dimetilamino)etil-5-hidroxi-4-(hidroximetil)-6-metil-3-piridil/metilsuccinat, cu acțiune psihostimulentă, prin creșterea concentrației de acetilcolină, și valențe antidepresive. Se poate utiliza în corectarea efectelor secundare ale NL sedative; are acțiune proconvulsivantă.

821. PRIMAR^(D) delir (cf. fr. *primaire*: vezi lat. *primus* „cel dintâi”) ● Stare delirantă, descrisă de WERNICKE, care afectează conținutul gândirii fără a fi determinată de stări afective și fără a dezvolta ideile delirante anterioare. Delirul primar nu este o entitate clinică, ci o încercare de fundamentare a unui model psihopatologic. El nu este un delir fără cauză, ci un delir fără o cauză psihologică decelabilă (fenomenologic este inteligibil). Formele de manifestare ale acestui delir sînt dispoziția delirantă, interpretarea delirantă, percepția delirantă, intuiția delirantă.

Prin elaborarea pe care o realizează (muncă delirantă), încercînd să-și motiveze delirul (care este inexplicabil și pentru el), subiectul construiește un delir secundar al dihotomiei mîrire-persecuție.

822. PRIMARITATE (cf. fr. *primarité*) ● Însușire-criteriu, în tipologia lui HEYMANS (și în alte tipologii ale temperamentului), constînd în (pre)dispoziția nativă a unei persoane de a reacționa aici și acum, deci în prezent sau în viitorul imediat; se caracterizează prin incapacitate sau dificultate de diferențiere a reacțiilor, predominanță a proceselor primare (senzații și emoții). Din punct de vedere al activității nervoase superioare, primaritatea presupune un prag scăzut al excitabilității → PROCES PRIMAR; PROCES SECUNDAR.

823. PRIMIDON^(M) România — DCI *Primidonum* ● Derivat fenobarbituric de tip 2-dezoxi-fenobarbital, cu acțiune anticonvulsivantă și anti epileptică. Se administrează singur sau asociat cu fenobarbital; nu se va depăși doza de 2 g/zi, cumulate în cazul asocierii.

824. PRIMITIVISM (cf. lat. *primitivus* „care se naște primul”) ● Etapă/stare primară a dezvoltării omenirii și civilizației, marcată prin trecerea de la condiția animală la condiția umană, și primele stadii ale instituirii ei treptate.

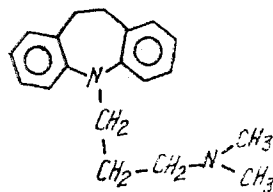
În psihologie, primitivismul trimite la gîndirea primitivă, magică, ce se caracterizează prin animism și „atotpaternicia ideilor”. Așadar, animismul (reprezentările referitoare la suflet; reprezentările unor ființe spirituale bune sau rele care sălășluiesc în animale, plante, oameni și chiar în lucruri; însuflețirea naturii și a lucrurilor), atotpaternicia gîndurilor (ceea ce este intens gîndit capătă valoare de realitate, procesul psihic ca

atere devine mai puternic decît realitatea, primitivul crede că puterea ideilor sale transformă realitatea) și magia sînt elementele definitorii ale gîndirii primitive și, implicit, ale primitivismului ca mod de existență. E. TAYLOR considera că la baza comportamentului primar al oamenilor sînt credințele în existența ființelor spirituale care însuflețesc universul prin generalizare; formele materiale ale mediului natural erau asimilate cu ființele însuflețite. Ulterior, J. FRAZER va afirma că în dezvoltarea societății umane a existat o fază preanimistă a „magiei pure și nealterate” în care omul încerca să controleze natura prin rit și vrajă în scopuri practice, avînd convingerea că obiectele și ființele sînt ele însele stăpînite de o forță proprie, intrinsecă. A. von GENNEP arată că societatea umană este cu atît mai înapoiată pe treapta dezvoltării sociale, cu cît credințele au un rol mai important în comportamentul general.

În „Totem și Tabu”, FREUD consideră că omenirea a trecut prin trei mari concepții despre lume, concepții centrate pe trei modalități (sisteme) intelectuale: concepția animistă sau mitologică (etapa primitivă sau primitivismul), concepția religioasă și concepția științifică. Faza animistă (gîndirea este profund sexualizată) corespunde narcisismului, faza religioasă corespunde perioadei obiectivării (elementul principal este aici fixația libidinală la părinți), faza științifică corespunzînd maturității.

Pornind de la tiparele primitive, grupurile sociale au elaborat noi modele a căror varietate a fost accentuată de interferențe, diverse tradiții religioase. Magia, mitul, superstiția, gîndirea primitivă au fost eliminate treptat pe parcursul cunoașterii, în măsura în care aceasta a devenit un fenomen de masă.

825. PRIMONIL^(M) Israel — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-13-(dimetilamino)propil-10,11-dihidro-



-5H-dibenz[*b,f*]azepină, cu acțiune antidepresivă cu spectru larg, 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 nevroze

minimum trei luni, în psihoze, șase luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **ANTIDEPRIŢIN^(M)**.

826. **PRIMUM^(M)** Argentina — DCI *Flunitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 5-(o-fluorofenil)-1,3-dihidro-1-metil-7-nitro-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică și ușor anxiolitică.

827. **PRINCE Morton** (1854—1929) ● Psihiatru american. A fost unul dintre primii specialiști americani care s-au ocupat de psihopatologie (R. W. LUNDIN, 1984).

După obținerea titlului de doctor în medicină, a devenit un adept al lui S. W. MITCHELL și al „curei de odihnă” în neurastenii.

A studiat la Paris, unde l-a cunoscut pe celebrul Pierre JANET de care a fost puternic influențat, în primul rând în ceea ce privește concepția asupra „disociației” ca tulburare fundamentală a conștiinței. El a dezvoltat acest concept în studiile sale asupra personalităților multiple. A venit în contact și cu ideile lui FREUD referitoare la psihologia dinamică. Împreună cu B. SIDIS și W. JAMES a fondat, în 1905, la Boston, „Revista de psihologie anormală”; în 1927 a fondat Clinica de psihologie Harvard.

Lucrarea sa cea mai cunoscută, „Disociația personalității” (1905), introduce în limbajul psihiatric termenii de personalitate multiplă, co-conștient etc.

828. **PRINCIPIALITATE** (cf. rus. *principialnostî*: vezi lat. *principium* „fundament, principiu”) ● Calitate decurgând din sistemul de valori morale cărora li se supune individul. În întregul comportament al individului, caracterizat ca principial, fiecare acțiune, atitudine, reacție devin coerente și permanent raportate la sistemul de principii conștiente acceptate. Această caracteristică poate facilita anticiparea reacțiilor unui individ, pornind de la cunoașterea sistemului de valori al principiilor adoptate de acesta, sau poate conduce spre cunoașterea principiilor adoptate de individ, pornind de la coerența atitudinilor și actelor lui.

În limbajul comun, termenul are nuanța de psihorigiditate, trăsătură accentuată care își găsește expresia deplină în cazul personalității paranoicase și, într-o oarecare măsură, în cazul celei psihastenice și distimice (depressive); la acești indivizi, principialitatea atinge intensități care au drept rezultat blocarea unei adaptări suplă la cerințele societății, provocând suferințe atât subiecților, cât și grupului (mai mare sau mai mic), căruia îi aparțin. Când totul este ridicat la nivel psihotic, reprezintă, alături de celelalte elemente de ax, una din trăsăturile paranoiei, în care bolnavul,

în psihorigiditatea sa extremă, jertfește totul în sprijinul cauzei pe care o susține.

Extrema cealaltă, lipsa oricărei principialități, poate frapa în cazul personalităților antisociale, în care nota răcelii afective, a detașării, este pregnantă, facilitând comiterea unor acte medicolegale dintre cele mai grave.

829. **PRINCIPIU** (cf. lat. *principium*) ● În sens ontologic, substanță, cauză primordială, temei pe care se fondează o formă sau un domeniu al ființei. În sens epistemologic, teză fundamentală sau legitate care universalizează un întreg câmp al cunoașterii și acțiunii omenești (de exemplu, în logică, principiul identității sau al tertului exclus; în gândirea dialectică, principiul contradicției; în cunoașterea științifică, principiul simplității — conform căruia dintre cele mai multe explicații valabile ale unei clase de fenomene se cere a fi aceeași cea mai simplă etc.).

830. **PRINCIPIUL CONSTANȚEI** ● Tendința aparatului psihic de a menține cantitatea de energie la un nivel cât mai scăzut sau cât mai constant posibil. Împrumutat de FREUD de la FECHNER (1837), termenul este utilizat cu sens explicativ încă de la începuturile psihanalizei (1895) și nu este niciodată abandonat, explicând procesul de descărcare, însoțit de satisfacție, ca și procesele de apărare împotriva unui exces de excitație.

831. **PRINCIPIU (de) CONȘTIINȚĂ** ● Normă morală integrată de individ. Reglează integrarea sa socială și influențează aiegerile, comportamentul manifest, judecățile de valoare, ierarhizează trebuințele.

832. **PRINCIPIUL INERȚIEI** ● Principiu de funcționare a sistemului neuronal, descris de FREUD în 1895, în „Proiect de psihologie științifică”, și reluat apoi în textele de metapsihologie. Acest principiu afirmă că neuronii tind să evacueze complet la polul motor al actului reflex, printr-o acțiune specifică, toate cantitățile de energie primite și să se mențină într-o stare de excitație constantă cât mai coborâtă.

833. **PRINCIPIU MORAL** ● Normă social admisă care reglează conduita individului în vederea adaptării la grupul social din care face parte. Ansamblul de principii morale asumate de individ în cursul educației și al experienței alcătuiesc conținutul (conștient și inconștient) al Supraeului.

834. **PRINCIPIUL NIRVANEI** ● Tendința aparatului psihic de a reduce orice cantitate de excitație externă sau internă: este strins legat de principiul constanței și aproape echivalent cu principiul inerției. În budism, precum și în filozofia

fla îndină sankhya. Nirvana semnifică stingerea oricărei dorințe, disoluția individualității în spiritul colectiv, „repausul absolut”, încetarea ciclului reîncarnărilor și eliberarea definitivă de suferințe. FREUD a văzut în principiul Nirvanei expresia pulsunii morții, deosebindu-se prin complexitate de principiul inerției.

835. PRINCIPIUL PLĂCERII ● Principiu care guvernează procesele inconștiente și se traduce prin revendicarea inconștientă a îndeplinirii imediate, totale și fără condiții a oricărei trebuințe. Consecință a principiului constanței, orice conduită are la origine o stare de excitație psihică și tinde să ajungă la reducerea acestei excitații, cu evitarea neplăcerii și cu producerea plăcerii.

La copil, evitarea neplăcerii derivate din creșterea excitației se face prin agitație motorie, urfînd, luptînd și imaginînd satisfacția dorită, comportament prin care se realizează o descărcare parțială.

La adult, principiul plăcerii se manifestă în reverie, în vis, în ignorarea mai mult sau mai puțin conștientă, intenționată, a aspectelor neplăcute ale realității. Puterea de acțiune a principiului plăcerii se manifestă la nevrotici, la care dorința refulată continuă să se revendice și să se satisfacă în simptom. Refularea este răspunzătoare de deficiența funcției realului la nevrotic.

836. PRINCIPIUL REALITĂȚII ● Principiu care derivă din modificarea principiului plăcerii, tinzînd spre aceleași scopuri, dar acomodîndu-se condițiilor impuse de lumea exterioară. Principiul realității nu detronează principiul plăcerii, este numai o protecție a acestuia, în sensul că plăcerea imediată este abandonată în favoarea unei plăceri ulterioare mai sigure.

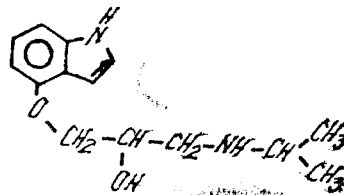
În ceea ce privește aparatul mental, substituirea principiului plăcerii prin principiul realității se traduce prin dezvoltarea funcțiilor conștiente de ajustare la realitate (atenție, memorie, gîndire), care se substituie refulării, și prin dezvoltarea acțiunii adecvate la realitate, care se substituie descărcării motrice dezordonate. În ceea ce privește imaginația, ca funcție mentală, ea rămîne, în jocul copiilor și reveria adulților, tributară principiului plăcerii.

Pulsuniile sexuale rămîn un timp mai îndelungat sub imperiul principiului plăcerii, din cauza maturizării tardive. Odată cu pubertatea, obiectele imaginare sînt înlocuite de relațiile cu obiectele reale, activitatea autoerotică diminuează în favoarea satisfacției reale, principiul realității capătă amploare. Factorii care contribuie la dezvoltarea „simțului realității” sînt morala, educația și experiența.

Din punct de vedere economic, procesul se traduce prin transformarea energiei libere din

procesele primare, inconștiente, în energia legată din procesele secundare, conștiente. Din punct de vedere dinamic, Eul reușește, fiînd cont de realitate și de exigențele Supraeului, să stăpînească și să dea satisfacție (direct sau indirect) exigențelor pulsionale.

837. PRINDOL^(M) Finlanda — DCI *Iprindol* ● Antidepressiv timoleptic, derivat indolic de tip 5-*B*-(dimetilamino)propil-6,7,8,9,10,11-hexa-



hidro-5H-ciclooct[1,2-b]indol, cu acțiune antidepressivă medie, dar cu o rapidă eficiență, fără efecte secundare; nu se asociază cu IMAO.

838. PRINGLE-BOURNEVILLE^(B) boală — sin. BOURNEVILLE-PRINGLE-HARTDEGEN^(B) boală; EPILOIE SHERLOCK; FACOMATOZĂ BOURNEVILLE-VAN DER HOEVE; SCLEROZĂ TUBEROASĂ ^{sin} → BOURNEVILLE^(B) boală.

839. PRIVARE SENZORIALĂ (cf. lat. *privare* „a deposeda”) → DEPRIVARE SENZORIALĂ.

840. PRIVARE (de) SOMN ● Stare asemănătoare, ca mecanism generale, cu deprivările senzoriale, caracterizată însă și prin mecanismul apariției viselor, care contribuie la apariția tulburărilor halucinatorii. Lipsa somnului produce de asemenea iluzii, creșterea duratei timpului de reacție și variații mari ale scorului de performanță. Este de semnalat aspectul electrogenezei cerebrale care apare în timpul halucinațiilor determinate de privarea de somn și de somnul parțial cu focar de veghe activ, ambele tipuri de EEG prezentînd încetinirea și aplatizarea ritmului alfa → DEPRIVARE SENZORIALĂ.

841. PRIVAȚIUNE (cf. lat. *privatio* „lipsă, absență”) ● În psihologie și psihiatrie — efecte negative și perturbatoare în plan psihic și neurologic, inductoare de stări afective dezagreabile, de insatisfacție, nemulțumire, disconfort și/sau de modificări ale constantelor biologice, de durată și intensitate variabile, cu caracter reversibil sau cronic (termen similar celor de frustrare și de privare). Înregistrate la nivel individual sau de grup, aceste efecte se instalează consecutiv unor condiții nefavorabile. Etiopatogenic, privațiunea,

ca „suferință rezultând dintr-o lipsă” (SILLAMY, HESNARD, 1971), își are originea în izolare, abandon, nesatisfacerea unor trebuințe vitale, prin deprivare de somn (agripnie), deprivare senzorială, apariția unor obstacole sau dificultăți în calea realizării unor dorințe, aspirații, gratificații pe linie de rol și statut etc.

Stricto sensu, privirea (privațiunea) senzorială desemnează și o metodă psihofiziologică de studiu a efectelor întreruperii contactelor senzoriale cu ambianța, în condițiile amplasării subiectului într-o cameră obscură, complet izolat de orice stimulare exterioară și total imobilizat (Y. PELLICIER). În ceea ce privește privațiunile afective („frustrări primare”), în teoria frustrației elaborată de ROSENZWEIG (1934), acestea pot fi cuantificate prin diverse teste psihometrice sau chestionare de personalitate, dintre care cel mai utilizată de psihologii clinicieni este „Picture Frustration Study” (testul de măsurare a intensității și tipurilor de frustrare, creat de ROSENZWEIG în 1935) → AGRIPNIE ; DEPRIVARE SENZORIALĂ ; FRUSTRARE.

§42. PRIVIRE ÎN APUS DE SOARE⁸ semn ● Semn care constă în rotirea în jos a globilor oculari, irisul fiind parțial acoperit de pleoapa inferioară ; în această poziție, ochii au fost comparați cu „apusul de soare”. Deasupra irisului, sclerotică bulbară este bine vizibilă, deoarece se adaugă a doua componentă a semnelui, retractorii pleoapei superioare. Până în prezent, mecanismul producerii acestui semn nu a fost încă elucidat. Privirea „în apus de soare” a fost descrisă în hidrocefalia sugarului, icterul nuclear, anomaliile congenitale ale pleoapelor, hipertensiunea intracraniană (semn tardiv). Uneori, acest semn este moderat exprimat chiar la sugarul sănătos.

§43. PRIZĂ DE CONȘTIINȚĂ (cf. fr. prise de conscience) → CONȘTIENȚIZARE.

§44. PROBABILITATE (cf. lat. *probabilitas*) ● Concept fundamental în gândirea teoretică modernă, cu multiple semnificații :

● În sens filozofic (ontologic), este o categorie a determinismului dialectic, ce desemnează măsura sau gradul posibilității — mai exact, șansele unei posibilități, în raport cu altele — de a se actualiza devenind realitate.

● În fizică, semnifică tendința sau dispoziția unui eveniment de a se produce.

● Din punct de vedere semantic, se referă la verosimilitatea unei propoziții.

● În accepțiunea comună, probabilitatea desemnează credibilitatea unei afirmații, aparența ei de a fi adevărată; conceptul de probabilitate este indispensabil interpretării adecvat-deterministe a fenomenelor și proceselor complexe, cu caracter

static și neunivoc, în care cauzalitatea interacționează cu ansambluri variabile de condiții aleatoare, conexiunile necesare se corelează cu cele întâmplătoare, iar trecerea de la posibilitate la realitate este mediată de intervenția hazardului, astfel încât evoluția sistemelor nu se înscrie pe trasee prestabilite, cvasi-stereotipe, ci poate actualiza în mod alternativ mai multe stări, ceea ce face indispensabilă o previziune statistică.

● În sens statistic, probabilitatea exprimă frecvența relativă a unui eveniment singular într-o mulțime de evenimente asemănătoare. Această definiție este însă restrictivă, deoarece presupune a priori echiprobabilitatea evenimentelor elementare, situație foarte rar întâlnită în natură (de exemplu, aruncarea unui zar perfect simetric, geometric și omogen în repartiția materialului din care este constituit). Probabilitatea este reprezentată printr-un număr cuprins în intervalul (0,1), evenimentul imposibil având valoarea zero, iar evenimentul sigur, valoarea unu. În studiul fenomenelor complexe, probabilitatea este reprezentată de un număr care se află în intervalul (0,1), iar dacă două evenimente A și B sînt incompatibile, atunci probabilitatea reuniunii celor două evenimente este egală cu suma probabilităților lor : $P(A \cup B) = P(A) + P(B)$. Complexitatea fenomenelor biologice și mai ales a celor psihice determină dificultăți apreciabile în studiul probabilității desfășurării unui fenomen aparținând acestor domenii, dar permite evidențierea unor egități obiective, cu caracter statistic. Oamenii



de știință au fost de multă vreme atrași de domeniul probabilității subiective — probabilitatea intuitivă aprioric de un subiect privind șansele de reușită a unei acțiuni. Aceasta ar putea fi apreciată ca un fel de „traducere a bunului simț în cifre”, o expresie subiectivă bazată pe experiența anterioară, pe logică, pe starea afectivă și uneori pe intuiție.

● În domeniul psihologiei au fost realizate modele experimentale (CLAPARÈDE, 1933 ; PIRE,

1958; PIAGET, 1953; BROSS, HICK, SUPPES, ZINNES, ANDERSON, 1961; ȘCHIOPU, 1966) care au vizat studiul „șanselor” în cadrul psihismului normal.

● În domeniul patologiei psihice, teoria probabilității capătă valențe în abordarea statistică a fenomenelor morbide, prin intermediul căreia se poate pătrunde în intimitatea evoluției și cunoașterii acestora. Astfel, pentru evaluarea probabilității apariției unei anumite forme clinice a schizofreniei la un anumit subiect, trebuie să se țină seama de numeroși factori, printre care: vîrstă, sex, mediu socio-cultural, stres, nivel socio-economic, statut familial, arbore genealogic. Probabilitatea caracterizează nu numai debutul și forma clinică, ci și răspunsul la tratament, evoluția și prognosticul. Această presupune creșterea rigurozității în alegerea loturilor, în definirea variabilelor aleatoare care vor fi studiate, în stabilirea metodelor statistice corespunzătoare. Respectarea acestor condiții de lucru reprezintă premisele unei evaluări corecte a probabilităților, deci a preziviunii.

845. **PROBAL^(M)** Canada — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Este indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, în 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)**.

846. **PROBAMATO^(M)** Portugalia — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic — sin. **PROBAL^(M)** Canada $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **MEPROBAMAT^(M)** România.

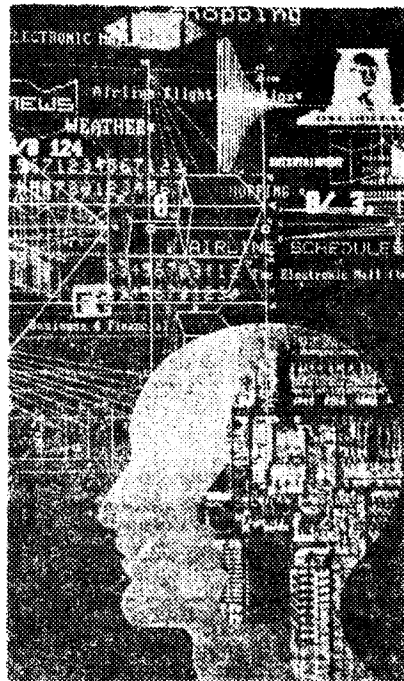
847. **PROBAMYL^(M)** Elveția — sin. **PROBAMATO^(M)** Portugalia $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **MEPROBAMAT^(M)** România.

848. **PROBLEMĂ** — în psihologie (cf. gr. *problema* „obstacol”) ● Dificultate cognitivă sau afectivă în calea atingerii unui scop, apărută ca urmare a inexistenței unui răspuns adecvat în repertoriul de cunoștințe și deprinderi a individului. Dificultatea este conștientizată de subiect în momentul în care, în dorința de a-și atinge scopul, constată că nu are suficiente mijloace. Problema se constituie astfel ca un efect al interacțiunii dintre subiect și ambianță (POPESCU-NEVEANU, 1977). Unica modalitate de atingere a scopului este rezolvarea problemei, fapt care presupune restructurarea unor răspunsuri existente sau dobîndirea altora noi. O problemă este cu atît mai dificilă, cu cît

posibilitățile individului de a apela la experiența sa trecută sînt mai reduse. În funcție de gradul de ambiguitate, de caracterul mai sau mai puțin cunoscut al unora dintre elementele componente, NEWELL și SIMON împart problemele în bine definite și slab definite, acestea din urmă avînd un nivel de dificultate mai ridicat. De asemenea, după Van de GEER, problemele pot fi de fixație, unde sînt posibile mai multe soluții, pentru rezolvarea lor fiind necesară o activitate creativă, și de gîndire discursivă, a căror rezolvare este condiționată de parcurgerea unor faze secvențiale bine ordonate (POPESCU-NEVEANU, 1977).

În limbaj cotidian, termenul este folosit cu sensul unei sarcini care urmează a fi rezolvată și pentru care subiectul prevede unele dificultăți, dar apreciază că dispune de mijloacele necesare soluționării.

În rezolvarea problemelor, experiența trecută a subiectului are un rol important, deoarece îi permite transferul procedurilor și cunoștințelor folosite anterior la o nouă problemă (ROȘCA, 1976). Atunci cînd problema care trebuie rezolvată nu are însă nici un element comun cu problemele anterioare, subiectului nu-i mai sînt suficiente datele stocate în experiența sa anterioară, el fiind obligat să găsească alte mijloace adecvate de soluționare. Procesul rezolvării problemelor a suscitat un larg interes, datorită, pe de o



parte, aplicațiilor practice, iar pe de alta, angrenării unui mare număr de procese cognitive (abstractizare, generalizare, memorie), motivaționale (tensiunea creată de dorința atingerii scopului) și de personalitate (interes, perseverență).

Pe baza cercetărilor, au fost considerate mai multe etape sau faze ale procesului rezolutiv, numărul lor variind în funcție de specificul experimentărilor și de interpretarea rezultatelor. Astfel, după VINAKE (ROȘCA, 1976) pot fi distinse trei faze : prima fază — confruntarea cu problema: momentul cînd subiectul întîlnește o dificultate în calea atingerii scopului și dorește să o depășească ; faza a doua — căutarea soluției : subiectul se implică cognitiv, operează cu materialul și verbalizează ; ultima fază — găsirea soluției (sau recunoașterea eșecului). Rezolvarea problemelor este influențată negativ de așa-numita fixitate funcțională, care reprezintă convingerea unui individ că un obiect nu poate fi utilizat și în alt mod decît cel cunoscut. Rezolvarea problemelor nu are neapărat un caracter individual. Ea poate fi efectuată și în grup. Pentru aceasta este bine ca grupul să fie compus dintr-un număr mic de persoane, iar în cadrul lui să existe relații de cooperare bazate pe atracții interpersonale, fapt ce poate asigura o mai bună valorificare a potențialităților individuale.

849. **PROBLEMĂ — factori de influențare** ● Variabile obiective (externe) și subiective (interne), care influențează rezolvarea de problema, determinant fiind modul de relaționare subiectiv-obiectiv. Condițiile externe se înscriu în ceea ce se numește „situația problemă”. Situațiile problematice prezintă o serie de atribute clasificate de REITMAN, astfel :

- constantele (reprezentînd elementele invariabile) ;
- variabilele (grupul de alternative ce pot fi folosite pentru obținerea soluției) ;
- atributele deschise (parametrii nespecificați în datele inițiale ale problemei) ;
- atribute structurale sau implicite (elemente neexplicite, ce se relevă treptat în procesul rezolutiv).

O situație obiectiv-problematică poate sau nu să devină subiectiv problematică, sau poate fi rezolvată în funcție de o serie de particularități relațional-subiective.

850. **PROBLEMA FUNDAMENTALĂ A FILOZOFIEI** ● Criteriu riguros de clasificare a doctrinelor filozofice în orientări principial ireductibile, formulat de Fr. ENGELS în lucrarea „Ludwig Feuerbach și sfîrșitul filozofiei clasice germane”, care se referă la raportul dintre materie și conștiință, dintre existența obiectivă și gîndire. Sub aspect ontologic, în funcție de felul în care soluționează problema raportului de prioritate dintre

materie și conștiință, concepțiile filozofice se împart în două mari orientări :

- materialismul, care consideră că lumea este în esență materială, necreată și nedestructibilă, infinită în spațiu și timp, independentă de orice entitate spirituală — în vreme ce conștiința este un factor secund, derivat, o proprietate sau un mod de a fi al unor sisteme materiale complexe (creierul omenesc), care reflectă realitatea materială ;
- idealismul, care consideră că esența primordială a cosmosului este de natură ideală, existența avîndu-și principiul generator și dinamizator într-o entitate spirituală — fie supraindividuală și impersonală, desprinsă de conștiința umană (idealism obiectiv), fie individuală (idealism subiectiv).

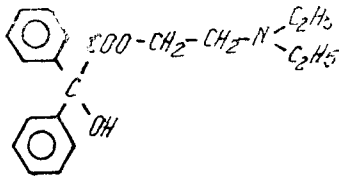
Materialismul și idealismul sînt soluții moniste, întrucît întemeiază ordinea firii pe un singur factor primordial. În afara acestor concepții, istoria filozofiei a cunoscut și soluții dualiste sau pluraliste, care încearcă să concilieze eclectic și, de aceea, inconstant, materialismul și idealismul. Raportul dintre conștiință și realitate se cere clarificat și din punct de vedere gnoseologic, pentru a stabili argumentativ dacă și în ce măsură gîndirea este capabilă să cunoască în mod cert, adecvat, existența obiectivă. Materialiștii și idealiștii obiectivi răspund afirmativ la această întrebare, aceștia din urmă considerînd însă că obiectul prim și temeiul cunoașterii nu este lumea materială, dată în experiență și controlabilă în și prin praxis, ci esența ideală, abstractă, a universului, cognoscibilă prin exercițiul pur al rațiunii filozofice sub forma unor construcții a priori. Teoriile idealist-subiective contestă sau limitează într-o formă sau alta posibilitatea de a cunoaște esența realității obiective, elaborînd gnoseologii sceptice (care pun la îndoială autenticitatea cunoștințelor omului, avînd dubii principiale față de posibilitatea discriminării certe între adevăr și falsitate) sau agnostice (care neagă total sau parțial posibilitatea ieșirii din sfera subiectivității, pentru a ști ceva cu certitudine despre existența obiectivă). Interpretarea raportului ontologic și gnoseologic dintre materie și conștiință constituie problema fundamentală a oricărei filozofii, deoarece se referă la cele mai cuprinzătoare categorii conceptibile, de soluționarea acestui raport depinzînd abordarea și soluționarea oricărei alte probleme filozofice.

851. **PROBLEMATIZARE** ● Activitate cognitivă de formulare sau reformulare a unei probleme. Prezentarea unei situații în așa fel încît, modificînd una din componente, situația se transformă într-o dificultate pentru a cărei soluționare subiectul nu dispune de mijloacele necesare, fiind obligat să-și restructureze răspunsurile. Problematizarea

poate să fie rodul gândirii individului sau poate fi impusă din afară de necesitățile legate de ambianță. În primul caz, combinarea datelor este făcută de așa manieră încât rezultatul să constituie o problemă. Deși datele inițiale pot fi cunoscute, restructurarea lor voluntară sau involuntară poate duce la apariția unei dificultăți insurmontabile pentru moment. Problematizarea poate constitui o activitate specifică pentru descoperitorii de probleme. POPESCU-NEVEANU (1977), analizând lucrările unor cercetători, distinge în activitatea descoperirii de probleme, cinci niveluri: problematizarea situațiilor anterior neproblematică, formularea problemei, recompunerea și definitivarea ei, restructurarea rezolutivă și desfășurarea gândirii creatoare.

În sens uzual, problematizarea se referă la exagerarea importanței unor elemente situaționale sau, dimpotrivă, minimalizarea lor, fapt ce duce la apariția problemei.

852. PROCALM^(M) RDG — DCI Benactizină ● Tranchilizant, derivat difenilmetan de tip dietilaminoetil benzilat, cu acțiune anxiolitică medie,



dar cu bune efecte anticolinergice centrale și periferice. Are acțiune proconvulsivantă. În timpul tratamentului se interzice consumul de alcool.

853. PROCALMADIOL^(M) Franța — DCI Meprbamamat ● Tranchilizant, derivat propandiolic sin.
→ MEPROBAMAT^(M) România.

854. PROCES (cf. lat. *processus* „înaintare, progres”) ● În psihopatologia jaspersiană, noțiune fundamentală care definește acele trăiri ale bolnavului ce nu mai sînt accesibile unei înțelegeri statice sau generice. JASPERS a folosit acest concept într-un articol privind gelozia patologică (1910), în care, inspirat de lucrările lui W. DILTHEY (1894), unde termenul de înțelegere este opus celui de cunoaștere, afirmă că la un moment dat psihiatrul devine incapabil de a mai sesiza înlănțuirea concretă a reprezentărilor interlocutorului. În tratatul său de psihopatologie, JASPERS revine, arătînd pe de o parte, durabilitatea fenomenului procesiv, pe de altă parte, modificarea rapidă a personalității, care creează „o nouă stare cu progresie constantă”.

Procesul se poate datora unor cauze org. nice, provocînd o evoluție lineară în raport cu leziunea cerebrală, dar fără posibilitatea de a putea stabili o relație comprehensibilă psihologic. Oricare ar fi cauza procesului (endogenă sau organică), „în nici un caz nu se poate stabili o relație cu personalitatea preexistentă” (privită ca ansamblu și nu ca o sumă de trăsături distincte).

Procesele psihotice produc o alterare definitivă a personalității (în opoziție cu cele organice, care sînt doar uneori ireversibile), diferită, în esența ei, de traiectoria anterioară momentului îmbolnăvirii. Bazat pe realitatea clinicii, și nu pe demersul pur teoretic, conceptul de proces „servește clinicienilor ca profilaxie contra derivei” (G. LANTERI-LAURA), introducînd o separare metodologică importantă, opoziția binară proces-dezvoltare a oferit, prin criteriul comprehensibilității, un domeniu fertil de deschidere spre delimitarea grupelor nosologice, ca și a nivelelor de intensitate, spre explicarea cauzalității fenomenului morbid.

855. PROCES (de) CONȘTIINȚĂ ● Autoanaliză critică a unei situații în care persoana a fost implicată și a acționat printr-un anumit comportament, raportînd ulterior conduita proprie la valori și norme sociale, acceptate și avînd o funcție reglatorie. În procesul de conștiință intervin, pe de o parte, conștiința de sine, ca imagine pe care individul și-o construiește (formează, descoperă) despre el însuși, pe de altă parte, modul în care este perceput de ceilalți, imaginea pe care o au și o vehiculează ceilalți despre el.

Procesul de conștiință revine la o analiză și evaluare prin introspecție; funcționează aici, ca instanță psihică profundă, Supraeul, în măsura în care latura critică este accentuată și în măsura în care sentimentul resimțit (în urma situației și a participării proprii) este culpabilitatea. Înclinăți spre procese de conștiință sînt îndeosebi nevroticii, obsesionalii, anxioșii, depresivii, persoanele cu Supraeu puternic și cu Eu slab, ușor de culpabilizat; false procese de conștiință își fac personalitățile isterice. Personalitățile narcisice (→ SZONDI, clasa psihopulsională Sch K+) analizează și evoluează o situație și pe sine ca persoană implicată, în detrimentul obiectului și în favoarea propriei persoane, întrucît ele se caracterizează printr-o alegere narcisică a obiectului, cu rezonanță autopsihică și tendința de a supune totul propriilor interese.

Procesele de conștiință ale persoanelor cu afecțiuni psihice apar în măsura în care comportamentul lor este superficial, în mod obiectiv dezaprobat de norme, fără a reuși însă să integreze o sancțiune negativă. Dizarmonicii antisociali nu se lasă antrenați în procese de conștiință; la psihotici, fiind grav afectat simțul realului, analiza critică.

și obiectivă a unei situații, evaluarea conduitei, a motivelor și efectelor produse, nu se realizează ca atare sau se realizează la nivel strict subiectiv (→IDEE DELIRANTĂ, IMORALITATE), fără corespondență (obiectivă) cu faptele reale.

Procesele de conștiință presupun o normalitate psihică sau, în cazul în care persoana prezintă manifestări psihopatologice, acestea să nu depășească nivelul nevrozei sau al personalităților accentuate.

856. PROCESE EMOȚIONALE ● Procese psihice afective reprezentând ansamblul desfășurării lor emoționale în relația persoanei cu lumea și cu sine, deci ansamblul fenomenelor emoționale (de trăire), de la modificările organice vegetative, cu reglare predominant diencefalică, până la trăirile subiective complexe, trecînd prin comportamente motorii afective (→ NIVELE ȘI FORME ALE AFECTIVITĂȚII).

857. PROCES PRIMAR ● În accepțiune psihanalitică, ansamblul manifestărilor psihice caracteristice inconștientului (aspectul topic); vehiculează o energie psihică liberă, care se reinvestește în reprezentări în mod direct, prin mecanisme de condensare și deplasare, mai ales în acele reprezentări specifice experiențelor de satisfacție (aspectul economic și dinamic). Procesul primar, spre deosebire de procesul secundar, reprezintă un mod de funcționare mintală cu legi proprii, analog visului; astfel funcționează inconștientul în procesul primar, strîns legat de experiența de satisfacție originară. Mecanismele care intervin aici sînt: deplasarea (semnificația și intensitatea unei reprezentări originare este atribuită unei alte reprezentări, aparent nesemnificative) și condensarea (într-o singură reprezentare se încrucează o serie de semnificații diferite și oarecum independente, semnificații al căror suport sînt diverse lanțuri asociative). El este și el implicat în procesul primar, în special în modalitățile defensive patologice (defensa este compulsivă și tinde spre o descărcare imediată și totală a energiei). Procesul primar presupune circulația liberă a energiei; el reprezintă un anumit mod de funcționare psihică, dar și o etapă în evoluția organismului, etapă dominată de „funcțiunea primară” (FREUD), caracterizată prin faptul că aparatul psihic și, mai ales, sistemul neuronal funcționează pe principiul arcului reflex (o cantitate de excitație se descarcă imediat și în întregime). Procesul primar nu se reduce la funcțiunile primare biologice, chiar dacă se desfășoară după modelul acestora. Patologia psihică, în măsura în care generează regresia persoanei (regresia mai intensă sau mai puțin intensă), favorizează acest mod de funcționare psihică ce constituie procesul primar.

858. PROCESE PSIHICE ● Ansamblul manifestărilor psihismului în diferite modalități de conduită, modalități specifice în funcție de conținutul informațional implicat și vehiculat, de natura operațiilor și mecanismelor care intră în acțiune și de stilul propriu, subiectiv în care aceste manifestări se realizează. Procesele psihice sînt reflectorii; ele vehiculează o anumită energie psihică, pe care o orientează, în desfășurarea lor, în cadrul unei activități. Aceste procese se împart în câteva categorii mari:

- procese psihice de cunoaștere (senzația, percepția, reprezentarea, gîndirea, memoria, imaginația);
- procese psihice afective și motivaționale (emoții, afecte, sentimente, pasiuni; impulsuni, stări tensionale, tendințe, ansamblul elementelor energizatoare, orientative, care stau la baza conduitei);
- procese psihice voliționale (manifestări, de organizare și conducere a activității; analiza situației și a variantelor deliberare pentru alegerea soluției, elaborarea unui plan de acțiune pentru realizarea unui scop; conștiința de comandă sau, după J. PIAGET, „reglaj al reglajelor”, subordonat controlului rațional).

Nu sînt considerate ca procese psihice atenția și limbajul; deși manifestarea lor are aspect procesual, ele nu dispun de conținuturi specifice.

Procesele psihice nu pot fi separate, în mod exclusiv, unele de altele. După conținutul lor reflectoriu, după modul de desfășurare și de vehiculare a energiei psihice, precum și după calitatea de nemijlocit-mijlocit în relația subiect-obiect, procesele psihice sînt primare (senzația, percepția, emoția) și secundare, elaborate și controlate (gîndirea, imaginația, sentimentul, elaborarea unui plan de acțiune). Nu există însă proces psihic secundar care să nu implice elemente din procesele psihice primare.

În psihopatie, modificarea proceselor psihice este mai mult sau mai puțin gravă, atît sub aspectul conținutului lor reflectoriu, cît și sub aspectul formei lor subiective de expresie, modificarea avînd loc în funcție de procesul morbid și urmînd evoluția acestui proces. Boala acționează predominant la un nivel sau altul al psihismului, afectînd un proces psihic sau altul. De pildă, un proces psihic poate fi afectat nu atît sub aspectul operațional, cît sub aspectul conținutului vehiculat (există forme de schizofrenie în care sînt semnificativ modificate unele procese afective și voliționale, în timp ce capacitatea de a rezolva probleme nu suferă modificări grave; la fel se întîmplă în psihoza maniactală). Psihopatiile nu afectează aspectele cognitive ale psihismului, ci în mod esențial aspectele afectiv-motivaționale și voliționale. Procesele psihice:

de cunoaștere sînt sever afectate în oligofrenii și în sindroamele psihoorganice de diverse etiologii; ele sînt ușor sau relativ afectate (și cu grad mare de reversibilitate) în stările de suprasolicitare, în stres, în situații tensionate.

Reversibilitatea modificării unui proces psihic în cazul unei boli psihice depinde de gravitatea sa, de natura procesului morbid (sub aspect etiologic și evolutiv). Procesele psihice suportă modificări în sens negativ (diminuare a spontaneității, acuității, expresiei) și în tratamentul psihiatric major (cura neuroleptică). Acest tratament ameliorează exacerbarea și deformarea (în expresie și conținut) proceselor afective, productivitatea delirantă, unele aspecte ce țin de controlul reacțiilor, de productivitatea senzorială, dar, simultan, impregnarea neuroleptică șterge, la nivelul tuturor proceselor psihice, spontaneitatea în manifestare, originalitatea, individualitatea. Orice remisiune conține un grad de defect, predominant la unele nivele și minim, chiar abia observabil, la alte nivele.

859. PROCES SECUNDAR ● În accepțiune psihanalitică, mod de funcționare a psihismului, caracteristic sistemului preconștient-conștient (aspectul topic); energia vehiculată în procesul secundar este o energie legată, controlată, ea se investeste cu o mai mare stabilitate. Procesele secundare au constituit obiectul de studiu al psihologiei tradiționale (gîndirea, judecata, raționamentul, controlul acțiunii etc.). În procesul secundar intervine major funcțiunea reglatorie a Eului, în special în cazul în care Eu nu pune în acțiune defense patologice. Această reglare vizează și inhibarea sau transformarea procesului primar. Opoziția dintre procesul primar și procesul secundar revine la opoziția dintre principiul plăcerii și principiul realității.

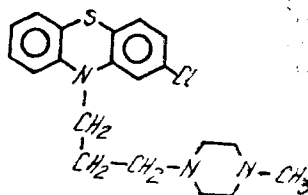
860. PROCESIV^(D) delir → **REVEDICARE^(D) delir.**

861. PROCESIVĂ — personalitate ● Personalitate cu tendințe patologice de ceartă, dispută, interpretare a legilor și normelor, precum și a relațiilor cu restul indivizilor cu care vine în contact — atitudine finalizată prin intentarea de procese repetate și interminabile.

862. PROCESUALITATE ● Desfășurarea în timp a unui fenomen, sistem material sau ideal, printr-o succesiune de etape și stări distincte, înlănțuite cu necesitate. În psihiatrie, termenul este utilizat pentru a defini, în general, procesele psihotice cronice, în deosebi schizofrenia.

863. PROCHLORPERAZIN^(M) Cehoslovacia, SUA — DCI *Prochlorperazină* ● Neuroleptic, derivat piperazinicilfenotiazinic → **EMETIRAL^(M)** România.

864. PROCHLORPERAZINE^(DCU) ● Derivat fenotiazinic piperazinat de tip 2-clor-10-13-(4-metil-1-piperazinil)propilfenotiazină, cu acțiune anti-psihotică, sedativă, antiemetică și cu valențe



antivertiginoase și antispasmodice. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **EMETIRAL^(M)**. Constituie principiul activ al următoarelor produși farmaceutici:

● Cel mai cunoscut este:

STEMETIL^(M) Anglia, Canada, Danemarca, Finlanda, Italia, Iugoslavia, Olanda, Portugalia, Suedia

● Alți produși sînt:

ANTI-NAUS^(M)	Australia
APIRAN^(M)	Coreea
CHLOROPERNAZINUM^(M)	Polonia
COMPAZINE^(M)	SUA
DEPAFEN^(M)	Finlanda
GREENTAP^(M)	Coreea
KLOMETIL^(M)	Finlanda
METARAZIN^(M)	URSS
NIBROMIN-A^(M)	Japonia
NIPODAL^(M)	RFG
POSOTOMIN^(M)	Japonia
PROCHLORPERAZIN(E)^(M)	SUA
STEMETIL R^(M)	Suedia
TÉMENTIL^(M)	Franța
VERTIGON^(M)	Anglia

865. PROCHOLIN^(M) RDG — DCI Deanol ● Psihostimulent, derivat dietilaminoetanol (DMAE); este un precursor al acetilcolinei, cu acțiune psihostimulentă, realizată prin creșterea concentrației de acetilcolină, și valențe antidepressive. Se poate utiliza în corectarea efectelor secundare ale NL sedative; are acțiune proconvulsivantă.

866. PROCRAZINE^(M) Japonia — DCI *Levomepromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip(—)-10-(3-dimetilamino-2-metilpropil)-2-metoxifenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică și cu valențe antidepressive și anxio-litice. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **LEVOMEPRMAZIN^(M)**.

867. PROCTALGIE ANORECTALĂ THAYSEN (cî. gr. *proktos* „anus”; *algos* „durere”) — sin. **PROCTALGIE FUGITIVĂ** ● Algii nocturne vii, situate în ampula rectală, dar cu iradiere variată,

însoțite de fenomene vegetative și anxietate marcată. Apare la femei între 40—60 ani. Etiologia și mecanismul de producere sînt încă obscure.

868. **PRODEPRESS^(M)** (Australia — DCI *Imipramină*) ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-13-(dimetilamino)propil-10, 11-dihidro-5H-dibenz[*b*, *f*]azepină, cu acțiune anti-depresivă cu spectru larg, 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 nevroze, minimum trei luni, în psihoze, șase luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **ANTIDEPRI^(M)**.

869. **PRODIGALITATE** (cf. lat. *prodigalitas* „risipă”) ● Cheltuire dezordonată, cu generozitate exagerată, a banilor. **MICHAUX** o consideră mai puțin întîmplătoare și mai mult legată de satisfacții imediate, impulsive. Se poate manifesta impulsiv și constant la personalități dizarmonice sau tranzitoriu la maniacali (ca simptom-semnal sau în cursul euforiei din perioada de stare, cînd poate atinge uneori nivele fabuloase). În cazul dizarmoniilor de personalitate de tip obsesional (psihastenici) sau al personalităților pasiv-agresive, poate evolua împreună cu colecționarismul. La dizarmonici de tip isteric indeosebi, dar și în alte forme de dizarmonii de personalitate, prodigalitatea traduce caracteristica megalomanică, vanitatea, hedonismul, menținîndu-se însă mai mult la nivel declarativ decît la traducerea în faptă, avînd deseori un caracter utilitar (de obținere a unor beneficii, de la ceilalți în numele unor promisiuni viitoare — **MICHAUX**).

Forme speciale ale prodigalității sînt (după **MICHAUX**):

- oniomania — nevoia impulsivă, irezistibilă de a cumpăra obiecte inutile; este întîlnită mai des la femei cu accentuată imaturitate afectivă;
- donromania — impulsivitatea de a face cadouri inutile.

Prodigalitatea poate apărea și în cadrul imaturităților cognitive (oligofrenie) sau în deteriorările grave, demențe, necesitînd aprecierea medicolegală psihiatrică a punerii sub interdicție.

870. **PRODORM^(M)** (RFG — DCI *Metaqualonă*) ● Tranchilizant, derivat chinazolinic de tip 2-metil-3-0-tolil-4(3H)-chinazolinonă, cu acțiune sedativ-hipnotică.

871. **PRODROM** — în epilepsie (cf. gr. *prodromos* „mesager, emisar, precursor”) ● Una dintre principalele manifestări precritice ale epilepsiei; alături de aură, este o manifestare subiectivă care precede în unele cazuri criza epileptică, constînd de regulă în modificări psihologice (iritabilitate, anxietate,

tristețe, apatie), mai rar în stări hipomaniacale; poate apărea și sub forma unor modificări de apetit sau a unor tulburări neurovegetative. Se aseamănă cu aura, prin durată și prin unicitate (particulară fiecărui subiect), dar se deosebește de aură prin intervalul liber obligatoriu (variabil ca durată) și prin absența grafoelementelor particulare EEG → **AURĂ**.

872. **PRODROM SCHIZOFRENIC** (cf. gr. *prodromos*) ● Complex sindromologic care poate preceda debutul schizofreniei. Observarea unor semne prodromale ale unui episod acut la bolnavul schizofrenic oferă o cale eficientă de tratament și îngrijire a acestui tip de bolnav.

Trecînd în revistă o serie de date din literatura care se referă la această problemă, **DOCHERTY** (1984) a constatat un consens general privind aceste semne prodromale, ca și câteva etape previzibile în desfășurarea proceselor psihice care preced decompensarea psihotică. Acestea ar fi:

- supraextensia, caracterizată prin trăiri copleșitoare ale anxietății, cu iritabilitate, scădere performanțială;
- îngustarea câmpului de conștiință, manifestată prin apatie, izolare, accentuarea unor simptome non-psihotice, scăderea energiei și activității;
- dezinhibiția: prezența unor impulsii nestăpînite și incontroabile și a primelor simptome psihotice;
- dezorganizarea psihotică, cu următoarele subfaze:
 - destructurarea lumii externe, cu distorsionarea sistemului perceptual și cognitiv;
 - destructurarea selfului, cu pierderea identității (depersonalizare);
 - pierderea sentimentului identității și autocontrolului;
- rezoluția psihotică, manifestată printr-o scădere a anxietății și reorganizare a Eului la nivel psihotic.

Peste 2/3 din pacienți și mai mult de 4/5 din membrii familiilor schizofrenicilor au putut recunoaște semnele prodromale cu cîteva zile înaintea decompensărilor. Anxietatea, tulburările de somn și creșterea suspiciozității formează triada de semne cel mai frecvent întîlnită. Pentru clinicieni, această perioadă reprezintă momentul cheie al intervenției terapeutice, în care, prin modificarea schemei neuroleptice, se poate evita respitalizarea. Numai 20% dintre bolnavii la care s-a făcut o intervenție terapeutică de acest fel au necesitat reinternarea.

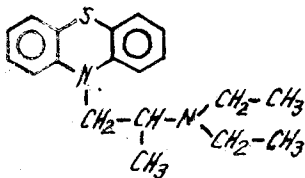
873. **PRODUCTIV** — tip de personalitate (cf. lat. *producere* „a aduce, a expune, a prezenta”) ● Termen introdus de E. FROMM în biotipologia sa psihosocială. Productivitatea este definită ca o

aptitudine pe care fiecare ființă umană o poate avea în condiții de normalitate mentală sau emoțională. Tipul productiv este creativ și realist, dînd dovadă de responsabilitate față de propriile comportamente și consecințele acestora. Este orientat către activitate, echitate și dragoste pentru semenii ; manifestă obiectivitate în cunoaștere și autocunoaștere.

874. **PRODUS PSIHIC** (cf. lat. *producere*) ● Rezultatul proceselor psihice ; distincția care se face între procese și produse este relativă, semnificînd numai faptul că produsul psihic apare în urma activității procesuale. P. POPESCU-NEVEANU apreciază relația dintre cele două entități ca fiind asemănătoare cu relațiile posibile între gîndire și gînd, conceptualizare și concept, percepție și percept, imaginație și proiect, aducere aminte și amintire, decizie, încordare voluntară și atingerea scopului sau execuție. Cele două noțiuni pot fi deci considerate ca strîns legate între ele, în sensul că produsul psihic este de fapt unitatea cu care psihicul lucrează în cadrul proceselor psihice pentru elaborarea lor.

875. **PROFAMINA^(M)** Portugalia — DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip (\pm)- α -metilfenetilamină, cu acțiune adrenomimetică indirectă, realizată prin intermediul eliberării de catecolamină, noradrenalină și dopamină, cu 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 prescripție medicală este deosebit de periculoasă.

876. **PROFENAMINE^(DCI)** ● Derivat fenotiazinic de tip 10-(2-dietilaminopropil)fenotiazină, cu ac-



țiune sedativă și antihistaminică. Constituie prin π cipiul activ al următorilor produși farmaceutici :
DIBUTIL^(M) RFG
LYSIVANE^(M) Anglia
PARDISOL^(M) Austria
PĂRFEZIN^(M) URSS
PARKIN^(M) Japonia
PARSIDOL^(M) Franța

PARSITAN^(M) Canada
PARSOTIL^(M) Spania
PREPARTEN^(M) Mexic
RODIPAL^(M) RDG

877. **PROFESIONAL^(D) delir** (cf. lat. *professio* „profesie”) ● Denumire clasică dată nu atât unor idei delirante legate de activitatea profesională (aceste idei au un caracter fragmentar), cît unor acte și preocupări profesionale pe care subiectul în stare de delirium alcoolic le repetă incoerent. Trăirea onirică a ambianței celei mai obișnuite duce la participarea mimico-gestuală și verbală a subiectului la starea de vis. Poate fi înțeles și în stări confuzionale de altă origine decît cea etilică.

878. **PROFESIONALĂ — terapie** (cf. lat. *professio*) ● Formă de terapie preconizată de unii autori, în care deturnarea energilor periculoase ale subiectului s-ar face în activități care permit o descărcare corespunzătoare : activități normale, dar care presupun acțiune violentă sau cu un coeficient de risc satisfăcător din punctul de vedere al subiectului. O serie de autori (J. MASSERMANN, K. LEONHARD etc.) preconizează o astfel de orientare ca rezolvare a dificultăților probleme ridicate de personalitatea dizarmonică. Această modalitate terapeutică ar fi indicată mai ales în turburări de tip impulsiv și exploziv. Alți autori, printre care L. SZONDI, vorbesc despre un „profesiotropism” natural care sublimează încărcătura pulsională suplimentară a individului.

Se poate considera, indiferent de premisele teoretice, că reorientarea profesională poate avea în anumite cazuri un efect benefic, în cadrul unor măsuri terapeutice globale.

879. **PROFET** (cf. gr. *prophetes* „profet”) ● Persoană care se socotește înzestrată cu însușirea de a prezice viitorul, fie prin contact cu divinitatea de la care obține „revelația”, fie prin interpretarea „viziunilor și oracolelor”.

880. **PROFETICE^(H) halucinații** (vezi *profet*) ● Producții halucinatorii, vizuale sau auditive, care stau la baza dezvoltării unor deliruri cu caracter mistico-religios ; bolnavul își exprimă convingerea că poate prevedea (și prevesti) viitorul, atât în ceea ce privește unele evenimente limitate la indivizi, cît și fenomene globale privind lumea ca ansamblu. Halucinațiile îi întăresc bolnavului convingerea că se află în legătură directă cu o forță supranaturală care îi oferă materialul „faptic” al descrierilor sale. Puterea de proliferare a unor „profeti” din această categorie ține nu atât de calitatea lor sau de probabilitatea realizării profetiilor lor, cît de nivelul de cultură al mediului său de anumite momente cu efect important asupra psihologiei de masă. În acest sens, este cunoscut cazul lui Petrache LUPU („Magla-

vitul"), devenit „profet” în urma unor halucinații vizuale cu caracter mistic.

881. PROFETAMINE^(M) SUA — DCI *Amfetamină* ^{sin.}
 Psihostimulent, derivat feniletilaminic → PROFAMINA^(M) Portugalia.

882. PROFIL PSIHOLÓGIC (cf. it. *profilo*) ● Reprezentare grafică a scorurilor obținute de un subiect atunci când se aplică mai multe teste pentru evaluarea caracteristicilor sale de personalitate, intelectuale etc. Testele respective sînt dispuse în plan vertical sau orizontal, avînd înscrise fiecare în dreptul lui notele standard în care au fost etalonate. Se unesc cu o linie notele subiectului, obținîndu-se astfel o imagine globală a rezultatelor testării. Toate testele aplicate, indiferent dacă sînt de sine stătătoare sau fac parte dintr-o baterie, trebuie să fie etalonate cu aceleași unități de măsură. Procedul a fost imaginat de ROSSOLIMO. Scopul întocmirii unui profil psihologic este acela de a oferi o imagine de ansamblu a caracteristicilor personale evaluate și, în același timp, de a scoate în evidență acele trăsături care individualizează cel mai bine subiectul.

Profilul psihologic permite o interpretare dinamică a rezultatelor, luînd în considerație combinațiile dintre două sau mai multe scoruri; se depășește astfel interpretarea mecanică și deseori eronată, în care prezența sau intensitatea unei trăsături este direct dependentă de mărimea notei obținute. Odată cu introducerea elementelor de calcul automat, a devenit posibilă întocmirea și interpretarea profilului psihologic prin intermediul calculatorului.

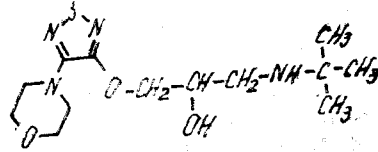
883. PROFILAXIE — a bolilor psihice (cf. gr. *pro* „înainte”; *phylaxis* „protecție”) ● Ansamblu de măsuri menite să prevină, să combată și să reducă atât îmbolnăvirile, cît și potențialul invalidant al bolilor psihice. Pot fi delimitate următoarele tipuri de psihoprofilaxie:

- profilaxie primară — complex de măsuri medico-sociale avînd drept scop protecția individului sau a grupului (colectivității) față de boală, într-o perioadă anterioară producerii ei. Datele din ultimele decenii au evidențiat o cauzalitate complexă, multifactorială, la majoritatea bolilor psihice. Din acest motiv, este necesară o analiză cît mai diferențiată a mecanismului de acțiune al fiecăruia dintre acești factori, în scopul influențării lor. Alături de identificarea factorilor nocivi, în profilaxia primară, un aspect important îl reprezintă și determinarea categoriilor, a grupelor din populație care sînt mai susceptibile la acțiunea acestor factori (populația cu risc crescut), ceea ce permite orientarea precisă a acțiunilor me-

dico-sociale. Profilaxia primară se realizează prin cunoașterea factorilor de risc, măsuri medico-sociale, acțiuni de educație sanitară și influențare a opiniei publice;

- profilaxie secundară — depistarea cît mai precoce și instituirea unui tratament adecvat în cazul în care, cu toate măsurile luate, boala a devenit totuși manifestă; se realizează prin depistarea precoce activă sau și pasivă și prin instituirea tratamentului adecvat, precoce și susținut;
- profilaxia terțiară — prevenirea prin măsuri medicale a agravării sau cronicizării afecțiunii, a recăderilor și producerii invalidității; se realizează prin dispensarizare și recuperare → FACTORI DE RISC, DEPISTARE (activă, pasivă), DISPENSARIZARE, RECUPERARE.

884. PROFLAX^(M) Argentina — DCI *Timolol* ● Betablocant de tip (—)-1-(tert-butilamino)-3-[(4-morfolino-1,2,5-tiadiazol-3-il)oxil]-2-propanol, în-



dicat în anxietate, distonii neurovegetative, afecțiuni psihosomatice, alcoolism, adjuvant în tratamentul sevrajelor. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

885. PROFUNZIME (cf. lat. *profundus*) ● Caracteristică atribuită de FREUD psihanalizei, pe care o consideră o psihologie a profunzimilor, deosebind-o de psihologiile comportamentale care se cantonează într-o zonă „superficială”.

886. PROGAN^(M) Australia — 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).

887. PROGERIE CRANIO-FACIALĂ CU ALTERĂRI OCULARE (STREIFF) (cf. lat. *progerere* „a da afară, a scoate afară”) — sin. DISCEFALIE CU CATARACTĂ CONGENITALĂ ȘI HIPOTRICOZĂ (ULLRICH); ULLRICH-FREMERY-DOHNA^(B) ^{sin.} sindrom → HALLERMANN-STREIFF-FRANÇOIS^(B) sindrom.

888. PROGNOSTIC (cf. gr. *prognostikon* „previziune”) ● Estimarea anticipativă de către medic,

pe parcursul urmării pacientului, a evoluției, duratei și sfârșitului unei boli, cu alte cuvinte „elaborarea diagnosticului viitor al bolnavului”.

Istoria a cunoscut modalități diferite prin care, începând cu vrăciul arhaic și pînă la medicul specialist al zilelor noastre, s-a încercat să se prevadă evoluția bolilor. Depășind interpretările magico-religioase (practicile vrăjitoarești, ritualurile religioase, „ghicirea” soartei, urmate uneori de izgonirea din colectivitate a bolnavilor incurabili, interpretarea diferitelor semne cerești sau a condițiilor meteorologice, tălmăcirea viselor, sacrificarea animalelor și studiul măruntaielor acestora), știința medicală a făcut un mare pas înainte în timpul lui HIPOCRATE care își întemeia judecata prognostică pe ansamblul semnelor observate la bolnavi, pe studiul lor atent și urmărirea evoluției bolnavului.

Corelînd prognosticul bolii cu reputația medicului, HIPOCRATE spunea : „în medicină merită să fie lăudat acela care face mai puține greșeli”. Marile progrese făcute în medicină prin îmbogățirea mijloacelor paraclinice și a arsenalului terapeutic au schimbat mult, dar încă insuficient, valoarea prognosticului. Astfel, psihiatria, ca ramură a antropologiei și componentă a științelor medicale, beneficiază astăzi de marile cuceriri ale științelor naturii (V. PREDESCU), dintre care cele oferite de ultimele trei decenii au determinat o adevărată revoluție în traterea bolilor mintale, deschizînd o perspectivă mai optimistă în prognosticarea acestora.

În condițiile accesului prin „uși deschise” al bolnavilor psihici la mijloacele terapeutice complexe (chimioterapice, psihoterapice, ergo- și socioterapice), cînd 4/5 din pacienți beneficiază de asistență psihiatrică în cabinetele de specialitate, în cadrul laboratoarelor de sănătate mintală sau a centrelor de sănătate mintală, s-a redus considerabil incidența prognosticurilor de gravitate într-o serie de boli psihice considerate anterior ca incurabile ; formele catatonice periculoase ale schizofreniei sînt mult mai rare, cea simplă și hebefrenică se remite mai ușor, crește frecvența formelor afective, mania scade în gravitate, cu tendința de generalizare a diagnosticului de hipomanie. În același timp, crește riscul (se înrăutățește prognosticul) depresiilor reactive și al celor farmacogene referitor la tentativa de suicid (PREDESCU). Psihotropele moderne reprezintă un factor catalizator de neegalat pînă în prezent pentru modificarea istoriei naturale a bolilor psihice și, implicit, a prognosticului acestora.

Deși depinde (și îi urmează secvențial) de diagnostic, prognosticul nu este o rezultată directă a acestuia ; exprimînd un fenomen statistic, prognosticul bolilor psihice se supune și el legilor caracteristice acestui tip de investigație. Dimen-

sionarea multilaterală a terenului bolnavului în diagnosticare — vîrstă, sex, reactivitate, tip de personalitate, nivel de cultură — îndreptățește aforismul „cîți suferinzi de aceeași boală, tot atîtea prognosticuri” (RÎMNICEANU).

Unicitatea bolii și a bolnavului este valabilă în psihiatrie mult mai mult decît în alte specialități medicale ; pe lîngă suferința psihică propriu-zisă, medicul nu trebuie să ignore trecutul patologic al bolnavului, starea organelor, aparatelor și sistemelor acestuia ; depresia reactivă poate avea un prognostic bun, dar starea organelor secundar sau anterior afectate — inimă, ficat, rinichi — poate determina un prognostic mai grav. Bolnavul, boala psihică și medicul constituie un trinom care condiționează prognosticul, deci viitorul bolii, mult mai dificil de elaborat decît stabilirea diagnosticului. Absența actuală a unei etiologii precise în bolile psihice, ca și caracterul complex al personalității umane în interrelație cu mediul social, reprezintă dificultăți serioase în formularea unui prognostic absolut, rigid (presupunînd că medicului „i se pare” că știe totul despre boala respectivă).

Neputînd stăpîni toate aspectele relației boală-bolnav, psihiatrul va trebui să manifeste prudență în exprimarea categorică a prognosticului unei boli psihice, fie ea endogenă sau psihogenă, fără ca acest fapt să exprime o slăbiciune, ci mai degrabă o atitudine responsabilă în fața unui fenomen natural, despre care încă nu putem afirma o cunoaștere deplină. În experiența fiecărui psihiatru, mai nou sau mai vechi, există multe cazuri cînd aprecierea prognosticată inițial ca gravă a fost infirmată de evoluția ulterioară a pacientului, care nu a mai repetat niciodată boala ; invers, o reacție depresivă căreia i se prevede un prognostic bun prin îndepărtarea factorului psihogen, apărînd pe un anumit teren biologic, psihologic, poate lua forma unei psihoze depresive cu valoare prognostică gravă. Afirmăția „pentru ca prognosticul să fie cît mai aproape de adevăr, diagnosticul trebuie să fie cît mai corect”, își dovedește veridicitatea dacă i se adaugă un corolar : prognosticul este o noțiune dinamică, urmînd fidel modelul evolutiv al fiecărei boli în parte, curba ei pozitivă sau negativă. Adaptîndu-și în mod responsabil și competent atitudinea în funcție de stadiul evolutiv al bolii psihice, medicul psihiatru va trebui să aibă aceleași nuanțări fine și în răspunsurile pe care le dă întrebărilor despre viitor ale bolnavului, ale familiei acestuia, evitînd extremele prea optimiste sau prea pesimiste, la fel de dăunătoare.

Orientările moderne de nosologizare și sistematizare în psihiatrie oferă, prin stabilirea de criterii obiective de diagnostic și prognostic, șanse mai mari în psihogenii și în psihiatria organică, unde lucrurile sînt relativ mai clare sau, altfel spus, prognosticul este mai lesne evidentiabil. Psihozele

Tabel nr. CVII**PROGNOSTICUL ÎN BOLILE PSIHICE**

Manifestări psihice	Forme clinice	Tipuri de prognostic	Factori care influențează negativ prognosticul
1	2	3	4
<p><i>I. Patologie psihiatrică secundară unui proces organic</i></p> <p>1. Manifestări psihice în boli cu localizare encefalică</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● traumatisme craniocerebrale ● tumori cerebrale ● lues cerebral ● infecții intracraniene ● epilepsie 	<ul style="list-style-type: none"> ● favorabil ● favorabil ● favorabil ● rezervat ● favorabil (bolile infecțioase generale) ● nefavorabil (infecțiile intracraniene) ● dificil de precizat 	<ul style="list-style-type: none"> ● complicațiile organice sau psihologice ; ● pierderea conștiinței pe o durată lungă ; ● structura introvertă a personalității ; ● boală psihică sau somatică preexistentă ● stabilirea tardivă a diagnosticului ; ● localizare neabordabilă neuro-chirurgical ; ● contraindicații neuro-chirurgicale. ● diagnostic tardiv ; ● absența sau incorectitudinea tratamentului ; ● stadiul de atrofie cerebrală. ● instituirea tardivă a tratamentului antibiotic și corticoterapic ● repetarea crizel conferă ideea că 75% din crize vor fi de același tip
<p>2. Manifestări psihice în bolile generale</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● boli endocrine ● boli metabolice ● boli neurologice 	<ul style="list-style-type: none"> ● favorabil, paralel cu ale endocrinopatiei ● favorabil, paralel cu deficitul metabolic ● rezervat 	<ul style="list-style-type: none"> ● durată mare a disfuncției ● tulburări metabolice grave ; ● posibilități terapeutice reduse ; ● deficit prelungit ; ● instituirea tardivă a tratamentului etiologic. ● intricarea factorilor organici cerebrali și psihologici.

(continuare tabel VCH)

1	2	3	4
	<ul style="list-style-type: none"> ● boli infecțioase generale ● afecțiuni cardiovasculare 	<ul style="list-style-type: none"> ● favorabil, paralel cu evoluția sindromului infecțios ● favorabil ● rezervat 	<ul style="list-style-type: none"> ● teren biologic deficitar ● infarctul miocardic acut ; ● encefalopatie acută hipertensivă.
3. Manifestări psihice în bolile cu etiologie toxică	<ul style="list-style-type: none"> ● alcoolism ● toxicomanii 	<ul style="list-style-type: none"> ● favorabil ● rezervat ● rezervat 	<ul style="list-style-type: none"> ● vârsta precoce ; ● repetarea recăderilor ; ● prezența complicațiilor ; ● complicații somatice, psihice și sociale.
4. Manifestări psihice în perioada puerperală	<ul style="list-style-type: none"> ● tulburări nevrotice ; ● tulburări psihotice. 	<ul style="list-style-type: none"> ● favorabil ● favorabil 	<ul style="list-style-type: none"> ● prelungire în postpartum tardiv ; ● stările schizofreniforme ; ● tratament inadecvat.
5. Manifestări psihice consecutive vârstei	<ul style="list-style-type: none"> ● tulburări psihice ale adolescenței ● oligofrenii 	<ul style="list-style-type: none"> ● favorabil ● rezervat 	<ul style="list-style-type: none"> ● tablouri psihopatologice „atipice” ● absența măsurilor terapeutice etiologice (posibile), a măsurilor educaționale și socioprofesionale.
6. Demențe	<ul style="list-style-type: none"> ● senescența ● secundare ● presenile ● tardive 	<ul style="list-style-type: none"> ● rezervat ● grav ● rezervat ● grav 	<ul style="list-style-type: none"> ● intrucări somatice ; ● tentative de suicid ; ● complicații medico-legale. ● absența unui tratament etiologic.
II. Psihogenii			
1. Reacții acute (psihotice, nevrotice)	<ul style="list-style-type: none"> ● nevrotice ● psihotice 	<ul style="list-style-type: none"> ● favorabil ● favorabil (30—90%) 	<ul style="list-style-type: none"> ● persistența unui simptom ; ● cronicizarea ;
2. Dezvoltările reactive patologice	<ul style="list-style-type: none"> ● nevrotice ● psihotice 	<ul style="list-style-type: none"> ● rezervat ● rezervat 	<ul style="list-style-type: none"> ● persistența pe întreaga durată a vieții.
III. Endogenii			
1. Psihoza maniaco-depresivă	<ul style="list-style-type: none"> ● episod maniacal ● episod depresiv 	<ul style="list-style-type: none"> ● favorabil (imediat) ● rezervat (îndepărtat) 	<ul style="list-style-type: none"> ● repetarea foarte frecventă a acceselor (mai ales la tînăr) ; ● trecerea spre o formă cronică a accesului ; ● instalarea unei stări psihopatoide ;

(continuare tabel CVII)

1	2	3	4
2. Schizofrenii		<ul style="list-style-type: none"> ● favorabil (25%) ● rezervat(50%) ● grav(20—25%) 	<ul style="list-style-type: none"> ● debut insidios, conștiință clară ; ● vîrstă tînără ; ● forma simplă hebefrenică ; ● predominanța tulburărilor de gîndire ; ● constituție displastică ; ● personalitate schizoïdă ; ● ereditate pozitivă ; ● întreruperea tratamen- tului ; ● familie dezorganizată .
3. Psihoze delirante cronice, neschizofrenice	<ul style="list-style-type: none"> ● paranoia ● parafrenia 	<ul style="list-style-type: none"> ● rezervat (influențat parțial de chimioterapie) 	<ul style="list-style-type: none"> ● intricări somatice ; ● complicații medico-legale.

schizofrene au fost terenul pe care s-au încercat mai multe scheme de prognostic, care, în ciuda caracterului lor riguros, nu au decît o valoare orientativă.

Formele sub care se exprimă un prognostic evolutiv, dinamic (după RÎMNICEANU —modi-

ficat), în cadrul bolilor psihice, pot fi prezentate printr-o schemă ce nu abordează decît un criteriu didactic (Tabel CVII, CVIII).

889. **PROGREDIENT** (cf. lat. *progredio* „a merge mai departe, a înainta”) ● Modalitate de evoluție a unor boli psihice constînd într-o dezvoltare continuă, lentă, a simptomatologiei, cu instalarea unor tablouri psihopatologice tot mai complexe. Evoluția progredientă poate caracteriza atît psihozele endogene (schizofrenie, paranoia, parafrenie și chiar psihoze maniaco-depresive), cît și unele psihogenii (nevrozele, în special neurastenia și nevroza obsesivă, dezvoltările).

O parte din patologia organică are de asemenea evoluție progredientă: toxicomaniile, în special alcoolismul cronic (toate formele), demențele, paralizia generală, epilepsia, tulburările psihice din sindromul imunodeficitar dobîndit (SIDA). Apariția unor terapii deosebite, în special medicația neuroleptică și cea timoizoleptică, au modificat mult tablourile evolutive ale bolilor psihice, mărind durata remisiunilor și influențînd manifestările clinice din episoadele acute. Evoluția progredientă diferă de alte modalități evolutive, cum ar fi vindecarea (reacții, episoade delirante acute) și evoluția defectuală (oligofrenie, stări psihopatoide), prin dinamica sa.

Se preferă termenul de progredient celui de progresiv în definirea modalităților de evoluție

Tabel nr. CVIII

PROGNOSTICUL EVOLUTIV (DINAMIC)

Tipul prognosticului	Favorabil	Rezervat	Grav
Tipul evoluției	Vindecare completă, rapidă sau lentă	Apariția unui incident evolutiv : — agravare ; — recădere ; — recidivă ; — sechele ; — complicații.	Exitus apropiat sau îndepărtat

a bolilor, deoarece conotația pozitivă a cuvântului progres conduce către o semnificație contradicțorie.

890. PROIECTIV (cf. fr. *projectif*) ● Înșurire a manifestării psihismului, care are la bază mecanismul proiecției (ca mecanism primar de defensă, în normal și patologic).

În psihologie, termenul se referă în general și la funcția conștiinței de a valorifica în planuri, în scheme de viitor, diferite conținuturi subiective ; este o funcție care caracterizează și imaginația (în special, imaginația creatoare).

Termenul proiectiv definește însă și calitatea unor probe (teste, tehnici) de personalitate (K. L. FRANK — tehnici proiective), cu următoarele caracteristici esențiale :

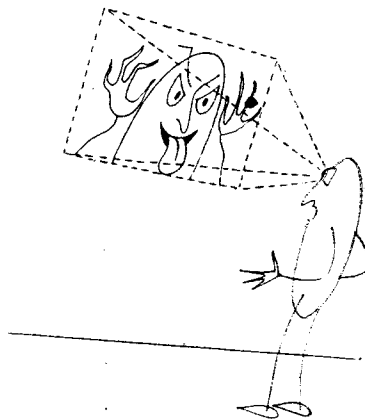
- sînt situații-stimul cu grad mare (chiar maxim) de ambiguitate (în sensul că nu au o structură determinată, nu exprimă o temă anume ca punct de plecare) ;
- au consemn de liberă alegere a răspunsului (subiectul nu descoperă în stimul un ansamblu, ci numai unul dintre elementele cognitive organizate), astfel încît nu există răspuns bun sau rău, în raport cu stimulul (calitatea stimulului nu este prestabilită) ;
- libertatea de expresie este asociată cu libertatea de timp.

D. ANZIEU apreciază că situația de test proiectiv se definește după asemănările și diferențele cu situația psihanalitică. Un test proiectiv este o „analiză condensată”. Există două principii comune psihanalizei și testului proiectiv : libertatea de expresie (de asociație) și libertatea de timp. Testul proiectiv și psihanaliza cunoscută, de asemenea, ca reguli comune : non-omisiunea și abținerea, ca reguli comune : non-omisiunea și abținerea. Cel care testează proiectiv are față de subiect aceeași atitudine de neutralitate binevoitoare ca și psihanalistul. Între cel care testează și subiect se stabilește o relație transferențială, mai mult sau mai puțin manifestă, mai mult sau mai puțin scurtă, care stimulează productivitatea pacientului sau blocajele sale. Deosebirea constă în faptul că materialul-test este un ecran între cel care testează și cel testat ; dorințele și fantasmele, complexe subiectului se dezvăluie indirect ; subiectul vorbește și elaborează plecînd de la un material-stimul. O altă deosebire este aceea de durată, în sensul că durata unei psihanalize (privite ca incursiune în inconștient) este incomparabil mai lungă față de o ședință de investigație proiectivă.

891. PROIECȚIE (cf. lat. *projectio* „întindere înaintea”) ● Fenomen, operație, procedeu prin care un element (obiect, fapt, însușire etc.) este deplasat și localizat în exterior, fie de la centru la periferie, fie de la subiect la obiect.

Termenul este utilizat cu semnificații particulare în diferite domenii științifice sau de activitate :

în matematică — corespondența dintre un punct (sau ansamblu de puncte) din spațiu și un punct (sau ansamblu de puncte) de pe o dreaptă sau suprafață (geometrie proiectivă) ; în optică — raze sau radiații transmise de la o sursă pe un ecran ; în neurologie



— corespondența între o arie centrală și un aparat senzorial sau motor (zonele centrale corticale la care ajung căi aferente de la receptorii periferici) ; în psihofiziologie — localizarea senzațiilor de către un subiect la nivelul aparatului receptor ; în psihologie și în antropologia culturală — animismul, mitul, superstiția, considerate ca percepere din lumea exterioară a unor stări afective care sînt, în realitate, interioare, aparținînd subiectului. Proiecția este implicată în psihologie de următoarele tipuri de manifestări :

- răspunsul dat de individ situațiilor din jurul său (mediului ambiant, încărcat de stimuli extrem de variați) ; este un răspuns selectiv, în funcție de trebuințele, interesele, atitudinile, obiceiurile, dorințele, exigențele, aspirațiile, așteptările, emoțiile sau sentimentele individului ; obiectele din jur sînt preferate sau respinse, apreciate pozitiv sau negativ, căutate sau evitate ; astfel, structurile personalității, însușirile ei esențiale se manifestă prin conduite individuale proprii ; aceste conduite sînt alegeri, răspunsuri sau producții ale persoanei într-o situație mai mult sau mai puțin definită (→ TEHNICI PROIECTIVE) ;
- asimilarea de către subiect a unei persoane cu altă persoană (în psihanaliză, fenomenul este transferul ; de exemplu, un bărbat „proiectează” asupra partenerei sale imaginea mamei sau a surorii) ;

- atitudinea prin care subiectul se asimilează pe sine unor persoane străine sau își asimilează aceste persoane ori personaje (subiectul se recunoaște în altul sau în producția sa; creația sa de „obiecte” animate sau inanimate îl conțin, ele conțin esențial sentimentele și trăsăturile subiectului) → IDENTIFICARE:

- atitudinea prin care subiectul atribuie altcuiva dorințe și tendințe pe care nu le recunoaște ca fiind ale sale (astfel, gelozia este proiecția în celălalt a unei proprii tendințe la infidelitate).

În sens psihanalitic, după FREUD, proiecția desemnează operația și mecanismul prin care subiectul expulzează din sine și localizează în altul (sau în altceva) însușiri, sentimente, dorințe necunoscute sau refuzate de el. FREUD utilizează termenul de proiecție cu referire atât la normal, cât și la patologic. În coordonatele acestui termen au fost interpretate, încă din 1896, următoarele fenomene: mecanismul refuzării în formarea și explicarea simptomelor isterice, rezistența și transferul în tratament; deplasarea culpabilității în obsesie; negarea realității ca urmare a unei dureri profunde în halucinații. Proiecția este în special legată de paranoia (aici „reproșul față de sine este refutat într-un mod care poate fi considerat proiecție, provocând un simptom de deferență ce constă în neîncrederea față de altul” — 1896, prima utilizare clinică a termenului de proiecție). Dar sensul termenului este limitat, întrucât proiecția este considerată ca reprezentând numai o parte a mecanismului de defensă paranoiac. În 1911, pornind de la analiza unui caz devenit celebru (Schreber), FREUD investighează termenul cu o semnificație mai largă: „o percepție internă este reprimată, iar conținutul ei, după ce a suferit o deformare, revine în conștiință sub forma unei percepții exterioare”. Paranoia se explică printr-o dorință homosexuală refuțată și proiectată, în care gena delirului de persecuție (după FREUD) ar avea următorul traseu:

- „eu (un bărbat) îl iubesc pe el (alt bărbat)”, dar caracterul homosexual al acestei iubiri o face intolerabilă conștiinței;
- ca urmare, sentimentul de iubire trece în contrariul său: „nu-l iubesc, îl urăsc”, dar conștiința nu tolerează nici sentimente ostile;
- rezultă: „îl urăsc” — devine „mă urăște, ceea ce justifică ura ce i-o port”. Se formează o proiecție: „ura nu-mi aparține, dar ea există și, deci, aparține dușmanilor mei”.

Astfel, subiectul are un sentiment (de origine interioră) care pare să aibă la bază un fapt exterior („nu-l iubesc, îl urăsc pentru că mă perse-

cută”), proiecția reprezentând expulzarea unei dorințe intolerabile (este proiecția a ceea ce ființa nu dorește să fie).

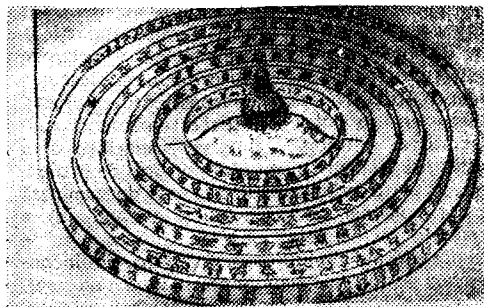
În 1915, FREUD explică fobia ca proiecție în exterior a unui pericol pulsional (Eul consideră pericolul ca venind dintr-o percepție exterioară, deci el se ferește prin fugă de diverse obiecte exterioare). În gelozie, ca expresie a proiecției, subiectul reproșează partenerului infidelitatea pentru a se apăra de propriile sale tendințe la (sau dorințe de) infidelitate; în loc să centreze atenția pe inconștientul său propriu, subiectul o deplasează (deturneză spre inconștientul celui alt).

Caracterul normal al proiecției este recunoscut în superstiție, mitologie, animism (referințe care reprezintă o lărgire a sensului noțiunii de proiecție); în acest context, proiecția este determinată de o simplă necunoaștere (nu și o expulzie) a dorințelor și efectelor pe care subiectul nu le acceptă ca fiind ale lui (de care este parțial inconștient și pe care le atribuie realității exterioare). De exemplu, credința în liberul arbitru este generată de necunoașterea motivelor inconștiente care determină ideile și acțiunile; superstițiosul proiectează în afară o motivație care se află înăuntrul său; „concepția mitologică asupra lumii... nu este altceva decât o psihologie proiectată în lumea exterioară”. Aici proiecția este deplasare (mecanismul este relevat de FREUD prin analiza propriilor vise); proiecția păstrează conținutul sentimentului inconștient, dar deplasează obiectul sentimentului. În situația analitică, FREUD folosește proiecția ca fenomen particular între analizat și analist, dar nu ca transfer în genere.

Proiecția reprezintă un proces (care poate fi și defensă) constând în faptul că subiectul atribuie unei persoane sau unui lucru (din exterior) sentimente, dorințe, însușiri care îi aparțin, dar pe care le refuză sau nu le recunoaște în sine. Antropomorfismul, ca fundament al proiecției, este vechi la ființa umană; de altfel, proiecția este un proces profund ancorat în om (cel mai vechi mecanism inconștient). Proiecția, ca proces psihic primar, se supune principiului plăcerii (tendința de a căuta același obiect cărui i s-a asociat o satisfacție). Animismul, gândirea magică, atotputernicia gândurilor și producțiilor mintale la primitivi, la copil, la nevrotic, rezultă din proiecția proceselor psihice primare asupra lumii exterioare. JUNG afirmă că au fost necesare civilizații milenare pentru ca omul să fie separat, despărțit pînă la un anumit punct, de obiectul exterior. SZONDI vorbește de Eul mistic în stadiul în care există fuziunea totală Eu-Lume, deci proiecție totală.

Metapsihologia proiecției. Relația interior-exterior în cadrul proiecției este legată de pulsione; organismul fiind supus, ipotetic, la două categorii de excitații (cele de care se poate proteja și cele de

care nu poate fugi), proiecția apare ca defensă originară împotriva excitațiilor interne, neplăcute prin intensitatea lor, pe care subiectul le proiectează în exterior ; în felul acesta, el poate fugi și se poate proteja (de exemplu, comportamentul de evitare din fobii).



Cuplul proiecție-introiecție în cadrul opoziției subiect (Eu)-obiect (lumea exterioară) (SZONDI, FERENCZI) semnifică faptul că, pe de o parte, subiectul îngurgitează obiectele în Eul său, aceste obiecte fiindu-i folositoare ca sursă de plăcere, le introiectează (SZONDI — destinul Eului la subiectul de tip k), iar pe de altă parte, subiectul expulzează, el proiectează ceea ce în interiorul său există ca sursă de neplăcere (→ SZONDI — destinul Eului la subiectul de tip p, alegerea pe cale genotopică, prin proiecție).

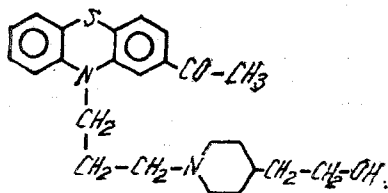
La nivel oral, relația a ingera—a rejecta suprimă procesul introiecție-proiecție. Anna FREUD afirma că introiecția și proiecția intră în funcțiune în etapa de diferențiere a Eului de lumea exterioară. Melanie KLEIN leagă introiecția și proiecția de obiectul „bun” și „rău”, considerând că aici se întemeiază diferențierea interior-exterior.

Esențial în definirea psihanalitică a noțiunii de proiecție (și a procesului pe care noțiunea îl desemnează) este faptul că în interiorul persoanei se produce o împărțire a unor conținuturi și, simultan, o parte din aceste conținuturi pe care persoana le refuză sînt rejectate asupra exteriorului.

892. PROIECȚIE PARANOICĂ • Mecanism defensiv descris de FREUD în formarea simptomelor din paranoia. Primul timp al formării simptomului îl constituie refularea tendințelor homosexuale și transformarea lor în contrar. În al doi-

lea timp, aceste tendințe sînt proiectate în exterior, în sensul psihanalitic al termenului de proiecție (expulzarea tendințelor inadmisibile și atribuirea lor altor persoane). Datorită acestui mecanism patogen, în paranoia funcția realului este grav perturbată. Realitatea devine ostilă, primejdioasă, în aceeași măsură în care conținutul proiectat este primejdios pentru Eu și în care defensiva nu a reușit → PROIECȚIE!

F 893. PROKETAZINE^(M) SUA — DCI Carfenazina • Neuroleptic incisiv, derivat piperazinil-kilfenotiazinic, de tip 1-11C-13-14-(2-hidroxi)etil-



1-piperazinil-propil-fenotiazin-2-il-1-propanonă, avînd aceleași indicații ca și flucrofenazinele.

894. PROLAPS DE VALVĂ MITRALĂ (cf. lat. *prolapsus* „aberație”) — sin. REID-BARLOW⁽⁶⁾ sindrom • Descris în 1877 de B. CUFFER, clinic mezosistolice a fost considerat ca avînd origină extracardiacă. Abia studiile din deceniul al VII-lea al secolului nostru au evidențiat etiologia valvulo-mitrală a acestuia (BARLOW, 1963). Anterior acestei descoperiri, o serie de autori au atras atenția asupra unei corelații existente între zgomotele valvulare și tulburările de tip anxios : cordul iritabil, astenia neurocirculatorie, sindromul de efort sînt doar cîteva din entitățile care au asociat cele două tipuri de simptome. WOLLEY, în 1976, propune ca cele două tulburări să fie considerate ca expresii ale uneia și aceleiași suferințe.

Deși prolapsul de valvă mitrală (PVM) poate fi considerat ca avînd o etiologie eterogenă, incluzînd cauze legate de tulburări ale țesutului conjunctiv, ca sindromul Marfan și sindromul Ehlers-Danlos, majoritatea cauzelor sînt determinate de o degenerare idiopatică mixoedematoasă a valvei mitrale (DEVREUX, PERLOFF, REICHEK, 1976). Carac-

teristicile PVM pot fi sintetizate (după R. R. CROWE, 1985), astfel :

Tabel nr. CIX

CARACTERISTICILE PROLAPSULUI DE VALVĂ MITRALĂ (după R.R. Crowe, 1985)

Etiologie	● degenerare mixedematoasă
Fiziopatologie	● prolaps în mijloc de sistolă
Simptome	● durere toracică ● dispnee ● amețeală ● sincopă ● palpitații ● oboseală
Semne	● clic mediu sistolic ● murmur sistolic tardiv
EKG	● unde T aplatizate sau inversate în derivațiile II, III și AVF; ● activitate ectopică ventriculară
Ecocardiogramă	● îndoirea (curbarea) posterioară a cuspidelor mitrale în sistola de mijloc
Prevalență	● 5,3% (femei 7,6%; bărbați 2,5%)
Genetică	● penetranță autosomal dominantă, limitată la sex

R. JERESATY a confirmat o similitudine între simptomatologia clinică a prolapsului de valvă mitrală și cea din atacul anxios: dureri toracice, sincopă, amețeală, palpitații, astenie. La 4/5 din subiecții care prezintă această simptomatologie se evidențiază prolapsul de valvă mitrală.

Studiile lui VENKATESH (1978), PARISER (1979), GORMAN (1980) și GRUNHAUS (1982) privind tulburările de tip anxios corelate cu cele ale lui KANTOR (1980), MAVISSIKALIAN (1983) și HICREY (1983) privind agorafobia, comparativ cu studiul populației generale (SAVAGE, 1983) au condus la următoarele rezultate:

Tabel nr. CX

	Nr. subiecți	Prolaps valvă	%
Crize anxioase	81	36	44,4
Agorafobie	111	17	14,4
Populația generală	4967	263	5,3

Problema modului în care o tulburare cardiacă duce la apariția unei patologii psihiatrice nu a putut fi tranșată, dar există o serie de ipoteze. După KLEIN și GORMAN, ele ar fi:

- prolapsul de valvă mitrală este cauza crizelor de anxietate;
- anxietatea duce la apariția prolapsului de valvă mitrală;
- ambele tulburări sînt consecința unei disfuncții fundamentale;
- o tulburare fundamentală care precede apariția anxietății este activată de stresuri fizice (PVM, tireotoxicoză, naștere).

Diagnosticul diferențial între atacurile anxioase și simptomatologia de PVM este dificil de făcut, din cauza asemănărilor clinice. Singura probă care are valoare în acest sens este proba de efort, pozitivă în PVM.

În patogeneza tulburărilor din PVM sînt implicate modificările sistemului nervos vegetativ, constînd în creșterea răspunsurilor alfa-adrenergice și scăderea celor parasimpatice, răspunsurile beta-adrenergice fiind normale. WOLEY distinge un sindrom PVM funcțional, dar cu expresie clinică, și unul cu substrat anatomopatologic clar, care poate să nu aibă expresie clinică.

Terapia „atacurilor de panică” (crize de anxietate) asociate cu PVM este imipramina, impunîndu-se monitorizarea EKG, date fiind efectele secundare ale triciclicelor pe cord. Dedramatizarea acestei afecțiuni cardiace minore (este semnificativ faptul că pînă la 5% din populație este afectată de prolaps fără să acuze vreun fel de tulburări) care, după opinia multor autori, este doar „una din ultimele boli la modă”, devine obligatorie atît pentru psihiatru, cît și pentru alți specialiști, orice limitare a activității fizice a subiecților fiind lipsită de vreo fundamentare științifică.

895. **PROLAX**^(M) SUA — DCI Mefenesin ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(o-metilfenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxantă și sedativ-anxiolitică.

896. **PROLIGNE**^(M) Franța — DCI Amfepentorex ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip N,α-dimetil-p-pentilfenetilamină, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă.

897. **PROLINEMIE** (cf. *prolină*; gr. *haima* „sînge”) ● Grup de afecțiuni ereditare rare, înrudite clinic și patogenice, care au la bază o tul-

burare în procesul de catabolizare a prolinei. Până în prezent au fost descrise două tipuri clinice și anatomopatologice: hiperprolinemia tip I și hiperprolinemia tip II.

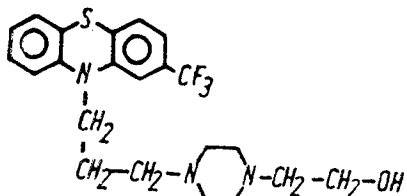
- Hiperprolinemia tip I se caracterizează prin tulburări neuropsihice (întârziere în dezvoltarea psihomotorie, convulsii tonico-clonice, surditate de tip central), la care se asociază o serie de anomalii (mai des renale); biochimic se evidențiază hiperprolinemie (de aproximativ 10–15 ori cifra normalului) și secreție urinară cu conținut crescut de hidroxiprolină, prolină și glicină.
- Hiperprolinemia tip II se caracterizează de asemenea prin întârziere psihomotorie și convulsii, mai accentuate decât în tipul I.

Evoluția și prognosticul ambelor forme este nefavorabil, iar tratamentul inoperant.

898. **PROLINTANE**^(DC1) ● Derivat feniletilaminic de tip 1-(α -propilfenetil)pirolidină, cu dublă acțiune: psihostimulatoare și anorexigenă. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

CATOVIT ^(M)	Finlanda
KATOVIT ^(M)	RFG
PROMOTIL ^(M)	Franța
VILLESICON ^(M)	Anglia

899. **PROLIXIN**^(M) SUA — DCI *Flufenazină* ● Neuroleptic, derivat fenotiazinic (piperazinilă kilfenotiazină) de tip 4-/3-/2-(trifluorometil)fenotiazin-10-illpropil-1-piperazinetanol. Este indica



în psihoze paranoid-halucinatorii, catatonice, depresii agitate. Are efecte secundare de tip neuroleptic incisiv. Diminuează efectul L-dopa. Pe lângă produsul standard există și produse retard, utilizate cu mult succes în tratamentul de întreținere din ambulator:

PROLIXIN DECANOATE ^(M)	SUA
— DCI Flufenazină decanoat	
PROLIXIN DECANOATE RETARD ^(M)	Turcia
— DCI Flufenazină decanoat	
PROLIXIN ENANTHATE ^(M)	SUA
— DCI Flufenazină enantat	
PROLIXIN INJECTION ^(M)	SUA
— DCI Flufenazină enantat	

900. **PROMACHEL**^(M) SUA
PROMACHLOR^(M) SUA
PROMACID^(M) Austria

— 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).

901. **PROMACTIL**^(M) Spania — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic sin.
 → CLORDELAZIN^(M) România.

902. **PROMANYL**^(M) Canada — DCI *Promazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat aminoalkilfenotiazinic → PROMAZINE^(DC1).

903. **PROMAPAR**^(M) SUA — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat aminoalkilfenotiazinic — sin. PROMACTIL^(M) Spania → CLORDELAZIN^(M) România.

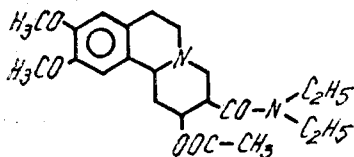
904. **PROMATE**^(M) SUA — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Este indicat în nevroză cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, unele forme de epilepsie petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putând apărea un „mic sindrom de abinență”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT^(M).

905. **PROMAX**^(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 sedativă relativ redusă, cu valențe anxiolitice și antiemetice; efectele antihistaminice, antispastice și adrenolitice sînt mai mult decât reduse. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de TRIFLUOPERAZIN^(M).

906. **PROMAZ**^(M) SUA — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat aminoalkilfenotiazinic — sin. PROMAPAR^(M) SUA → CLORDELAZIN^(M) România.

907. **PROMAZETTES**^(M) Canada
PROMAZIN^(M) Polonia
 ● Neuroleptic sedativ, derivat aminoalkilfenotiazinic → PROMAZINE^(DC1).

908. **PROMAZINE**^(DC1) ● Derivat fenotiazinic (aminoalkilfenotiazină) de tip 10-(3-dimetilamino-propil)fenotiazină, cu acțiune sedativă (inferioară



clorpromazinei) și antiemetică, util în tratamentele de întreținere ale psihozelor cronice și în stările psihopatoide. Este contraindicat în intoxicația acută cu alcool și în epilepsie. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

● Cel mai cunoscut este:

SPARINE^(M) Anglia, Australia, Canada, Danemarca, Finlanda, Grecia, SUA

● Alți produși:

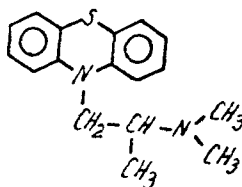
ATARACTIL ^(M)	Portugalia
ATARZINE ^(M)	Canada
CALMAZIN ^(M)	Italia
CALMOTAL ^(M)	Italia
CENTRACTYL ^(M)	Suedia
ELIRANOL ^(M)	Italia
FRENIL ^(M)	Polonia
HYZINE ^(M)	SUA
INTRAZINE ^(M)	SUA
LIRANOL ^(M)	Mexic
NECTIL ^(M)	Grecia
NEUROPLEGIL ^(M)	Italia
PRAZINE ^(M)	Iugoslavia
PROMANYL ^(M)	Canada
PROMAZETTES ^(M)	Canada
PROMAZIN ^(M)	Polonia
PROMAZINE ^(M)	Olanda
PROMEZERINE ^(M)	Canada
PROTACTYL ^(M)	RFG
PRO-TRAN ^(M)	Canada
PROZINE ^(M)	SUA
PROZYL ^(M)	Grecia
SAVAMINE ^(M)	Japonia
SEDISTON ^(M)	Italia
SERENEX ^(M)	Italia
SINOPHENIN ^(M)	RDG
STARAZINE ^(M)	Finlanda
TALOFEN ^(M)	Italia
TRANQUAZINE ^(M)	SUA
VEROPHEN ^(M)	RFG

909. **PROMEGAN**^(M) Venezuela — DCI Prometazinic — sin. PROMAZ^(M) SUA → CLORDELAZIN^(M) România.

910. **PROMEXIN**^(M) Japonia — DCI Clorpromazină ● Neuroleptic sedativ, derivat aminoalkilfe-

notiazinic — sin. PROMAZ^(M) SUA → CLORDELAZIN^(M) România.

911. **PROMETAZINE**^(DC1) ● Derivat fenotiazinic (aminoalkilfenotiazină) de tip 10-(2-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă, anti-histaminică și antiemetică. Se utilizează în numeroase combinații cu alte neuroleptice, în scopul



potențării. Are efecte secundare modeste. Constituie principiul activ al mai multor produși farmaceutici, dintre care:

● Cei mai cunoscuți sînt:

FENERGAN ^(M)	Argentina, Brazilia, Mexic, Portugalia, Spania
PHENERGAN ^(M)	Anglia, Austria, Belgia, Canada, Danemarca, Finlanda, Franța, Grecia, Iugoslavia, Olanda, SUA

● Alți produși similari sînt:

AVOMINE ^(M)	Anglia
ATOSIL ^(M)	RFG
DIPHERGAN ^(M)	Polonia
DIPRAZIN ^(M)	URSS
DIPROZIN(E) ^(M)	SUA
DORME ^(M)	SUA
FARGAN ^(M)	Italia
FELLOZINE ^(M)	SUA
FENAZIL ^(M)	Italia
GANPHEN ^(M)	SUA
HIBERNA ^(M)	Japonia
HISTANTIL ^(M)	Canada
INFA-STRESS ^(M)	Columbia
K-PHEN ^(M)	SUA
LEMPROMETH ^(M)	SUA
LERGIGAN ^(M)	Suedia
LERGOBIT ^(M)	Danemarca
MEPERGAN ^(M)	SUA
METHAZINE ^(M)	SUA
NAUSEDIN ^(M)	Columbia
PELPICA ^(M)	Belgia
PENTAZINE ^(M)	SUA
PHENCEN ^(M)	SUA
PHENERJECT ^(M)	SUA
PIPOLPHEN ^(M)	Japonia
PIPOLPHEN(E) ^(M)	Ungaria
PROGAN ^(M)	Australia
PROMEGAN ^(M)	Venezuela
PROMETAZINA ^(M)	Brazilia

PROMETHAPAR ^(M)	SUA
PROMETHAZIN(E) ^(M)	Elveția
PRÖREX ^(M)	SUA
PROTHAZIN ^(M)	RDG
PROTHAZINE ^(M)	SUA
PROTHIA ^(M)	Japonia
PROTHIAZINE ^(M)	Israel
PROVIGAN ^(M)	SUA
REMSERD ^(M)	SUA
ROLAMETHAZINE ^(M)	SUA
ROMERGAN ^(M)	România
SAYMOL ^(M)	Spania
SYNALGOS ^(M)	SUA
THIERGAN ^(M)	Suedia
ZIPAN ^(M)	SUA

912. **PROMEZERINE^(M)** Canada — DCI *Promazine* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic → **PROMAZINE^(DCI)**.

913. **PROMIDOL^(M)** Elveția — DCI *Iprindol* ● Antidepresiv timoleptic, derivat indolic de tip 5-*B*-(dimetilamino)propil-6,7,8,9,10,11-hexahidro-5H-ciclooctblindol, cu acțiune antidepresivă medie, dar cu o rapidă eficiență, fără efecte secundare; nu se asociază cu IMAO.

914. **PROMINE^(M)** SUA — DCI *Prometazina* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic → **PROMETAZINE^(DCI)**.

915. **PROMOSOL^(M)** Canada — DCI *Clorpromazina* ● Neuroleptic sedativ, derivat aminoalkilfenotiazinic → **CLORDELAZIN^(M)** România.

916. **PROMOTIL^(M)** Franța — DCI *Prolintan* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip 1-(α -propilfenetil)pirolidină, cu acțiune anorexigenă mai marcată decât cea stimulatorie asupra sistemului nervos central, indicat în special în combaterea unor efecte secundare ale neurolepticilor.

917. **PROMPTITUDINE** (cf. lat. *promptus*) ● Calitatea unui subiect de a acționa rapid, fără întârziere. Se referă atât la viteza cu care se răspunde la o solicitare, cât și la ușurința cu care se pot elabora producții mintale. Prezența acestei însușiri presupune integritatea anatomo-funcțională a tuturor analizatorilor și efectorilor motori.

Indispensabilă unei bune adaptări, atât la mediul natural, cât și la cel social, promptitudinea face parte integrantă din structura personalității, marcând individul în mod specific. Este vizibilă în mod deosebit la personalitățile ale căror procese de gândire sînt puțin influențate de starea afectivă, acești indivizi fiind indicați pentru profesii care

necesită decizii imediate și de mare răspundere (dispeceri, piloți, cosmonauți, cadre superioare din armată etc.). Personalitățile hipertimice, hipomaniacalii expun o pseudopromptitudine în întregul lor comportament, avînd drept suport rapiditatea ideo-motorie, dar calitatea actelor; este deficitară; scăderea sau lipsa promptitudinii denotă tulburări bazale în sfera ideo-motorie, caracteristice fie-oligofreniilor, fie sindromului deteriorativ de diverse etiologii.

918. **PRONDOL^(M)** Anglia — DCI *Iprindol* ● Antidepresiv timoleptic, derivat indolic → **PROMIDOL^(M)** Elveția.

919. **PRONEURIT^(M)** Grecia — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-5-(o-clorofenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

920. **PRONIDIN^(M)** Canada — DCI *Fentermină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip α,α -dimetilfenetilamină, cu efecte simpaticomimetice și anorexigene, utilizat și în combaterea obezității secundare curei îndelungate cu neuroleptice → **PSIHOSTIMULENTE**.

921. **PRONOXAN^(M)** Danemarca — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-5-(o-clorofenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică. Nu se administrează în: miastenie, glaucom, sarcină, alăptare, la copii și vîrstnici.

922. **PRONOVAN^(M)** Norvegia — DCI *Propriolanol* ● Betablocant → **PROPRANOLOL^(M)** România.

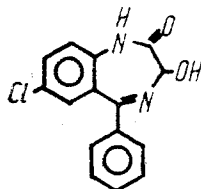
923. **PRONTOPAZ^(M)** Spania — DCI *Loprodol* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2,2-bis(clorometil)-1,3-propandiol, cu acțiune anxiolitică și miorelaxantă.

924. **PRO-PAM^(M)** Australia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **DIAZEPAM^(M)**.

925. **PROPAPHENIN^(M)** RDG — DCI *Clorpromazina* ● Neuroleptic sedativ, derivat aminoalkilfenotiazinic — sin. **PROMOSOL^(M)** Canada → **CLORDELAZIN^(M)** România.

926. **PROPAPAN^(M)** Suedia — DCI *Propiomazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat aminofenotiazinic de tip 1-10-(2-dimetilaminopropil)fenotiazin-2-il-1-propanonă, cu acțiune sedativă inferioară cfordelazinului, dar cu certe calități sedativ-hipnotice.

927. **PROPAX^(M)** Japonia — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizat, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune identică cu a diazepamului, fiind un metabolit al său, ceea ce 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)**.



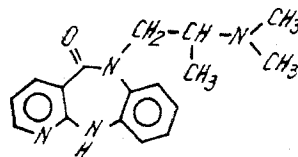
928. **PROPAYERST^(M)** Argentina — DCI *Propranolol* ● Psihotrop betablocant — sin. **PRONOVAN^(M)** Norvegia → **PROPRANOLOL^(M)** România.

929. **PROPEDEUTICĂ** (cf. gr. *pro* „înainte”; *paidentike* „instrucțiune”) ● Disciplină al cărei scop este acela de a face o inițiere preliminară în domeniul altei discipline, prezentând metodele, conceptele, condițiile obligatorii necesare demersului științific sau pentru a putea desfășura corect o anumită activitate. În medicină se poate vorbi despre o propedeutică medicală, chirurgicală etc., dar și de o propedeutică a psihodiagnozei.

930. **PROPILNIAZIDA^(M)** Portugalia — DCI *iproniazid* ● Antidepresiv timoanaleptic, derivat hidrazinic de tip acid isonicotinic-2-isopropilhidrazidă, indicat în depresiile inhibitate; este lipsit de efecte sedative (necesită asocierea). Nu se administrează concomitent cu betablocante, psihostimulente și antidepresive timoleptice, ci după o pauză de 14 zile. Contraindicațiile sînt în general cele ale timoanalepticelor → IMAO.

931. **PROPITAN^(M)** Japonia — DCI *Pipamperonă* ● Neuroleptic sedativ, derivat butirofenonic de tip 1'-13-(p-fluorobenzoil)propil/1,4'-bipiperidini-4'-carboxamidă, cu acțiune sedativ-anxiolitică.

932. **PROPIZEPINE^(DC1)** ● Derivat dibenzodiazepinic de tip 6,11-dihidro-6-12-(dimetilamino)-2-metiletill-5H-piridol/2,3-bil/1,5/benzodiazepin-



-5-onă, cu structură chimică asemănătoare cu cea a tranchilizantelor benzodiazepinice; acțiunea sa este conformă structurii, fiind un bun anxiolitic cu valențe timoleptice. Constituie principiul activ a doi produși farmaceutici:

DEPRESSIN^(M) Franța; **VAGRAN^(M)** Franța.

933. **PROPOL^(M)** Mexic — DCI *Propranolol* ● Psihotrop betablocant — sin. **PROPAYERST^(M)** Argentina → **PROPRANOLOL^(M)** România.

934. **PROPOREX^(M)** Brazilia — DCI *Fentermină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat → **PRONIDIN^(M)** Canada.

935. **PROPOZIȚIE** (cf. lat. *propositio*) ● Ansamblu de cuvinte care exprimă o idee. Prin propoziție se poate înțelege fie o formă gramaticală (privind conținutul „material” al judecării și relațiile dintre elementele lexicale ale acesteia), fie o formă logică; aceasta din urmă presupune o formă gramaticală la care se mai adaugă: un conținut informațional, o structură logică și o valoare de aprobare sau respingere. După semnificație, propozițiile pot fi:

- declamative, care exprimă o aserțiune (afirmație sau negație), fiind demonstrabile drept adevărate sau false. Rostite de simulanți sau nevrotici, de personalități dizarmonice și de psihotici, în psihiatrie se poate întâlni toată gama de propoziții declamative, fie că ele afirmă sau neagă, exprimînd un adevăr sau un fals. Cu nuanțări de la caz la caz, ele prezintă de fapt instrumentul cunoașterii și aprofundării fiecărui bolnav în parte de către medicul clinician;
- interogative, care formulează o întrebare. Sînt frecvente la vîrstele extreme, cînd copilul vrea să afle ceea ce nu știe încă, iar bătrînul aflat într-o senescență patologică vrea să știe ceea ce a uitat. Întrebările retorice, dacă survin mult prea frecvent în discursul unui pacient, ridică ipoteza unei trășături accentuate de demonstrativitate („nesigurul de sine” preferă să se îndoiască în gînd);

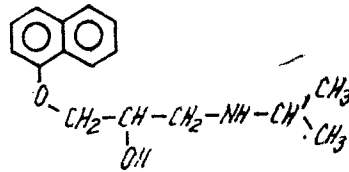
- optative, care exprimă o dorință. Ele pot deveni un mod disconfortant de existență atunci când „voalează” discrepanța de fond între dorințe și posibilități, mai ales în cazul bolnavului nevrotic care se întreabă pe sine și întreabă pe ceilalți, exprimându-și mereu dorințe pe care nu le poate îndeplini;
- imperative, care formulează un ordin (comandă, îndemn etc.). Imperativitatea unor afirmații se regăsește în psihopatologie, în modul de gândire și interrelaționare al personalităților paranoiace, ca și în conținutul halucinator din unele psihoze (schizofrenie, parafrenie);
- axiologice (judecări de valoare) care exprimă o raportare apreciativ-evaluativă față de ceva. Diferitele afirmații sau negații capătă valori axiologice accentuate în discursul acelorași personalități paranoiace și mai ales al psihoticilor (deliranti pasionali, mistici etc.), de neclintit în fața oricăror contraargumentări;
- exclamative, care exteriorizează anumite sentimente. Sînt apanajul personalităților timopate (distimice sau hipomaniacale) și, în variantele lor extreme, al psihozei maniaco-depresive, conținutul fiind un clișeu fidel al fondului afectiv preponderent (depresiv sau hipomaniacal/maniacal).

Cu excepția primului tip, restul, deși nu sînt integral lipsite de conținut cognitiv, nu pot fi nici adevărate, nici false. Analiza logică a propozițiilor declarative prin intermediul funcțiilor de adevăr constituie un capitol al logicii simbolice, numit logica propozițiilor — asociată cu regulile de inferență ale unor propoziții din altele, studiate de calculul propozițional (bivalent sau polivalent, după numărul valorilor de adevăr considerate). Studiul propozițiilor pragmatice (optative, imperative) sau axiologice formează obiectul unor discipline recente — logica deontică sau logica acțiunii.

936. **PROpra**^(M) RFG; **PROPRAL**^(M) Finlanda — sin. **PROPOL**^(M) Mexic → **PROPRANOLOL**^(DC1).

937. **PROPRANOLOL**^(M) România; **PROPRANOLOL**^(DC1) ● Psihotrop betablocant de tip 1-(isopropila-mino)-3-(1-naftiloxi)-2-propanol, cu acțiune anxiolitică, cu valențe psihostimulente și adrenolitice. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → **BETABLOCANTE**. Constituie

principiul activ al unui număr mare de produși farmaceutici, dintre care:



- Cei mai cunoscuți sînt:

INDERAL^(M) Anglia, Austria, Belgia, Canada, Coreea, Danemarca, Elveția, Finlanda, Grecia, Italia, Iugoslavia, Japonia, Portugalia, Suedia, SUA
INDERAL LA^(M) Anglia, Canada, Iugoslavia
INDERAL RETARD^(M) Belgia Elveția Olanda
PROPRANOLOL^(M) Argentina, Brazilia, Iugoslavia, Polonia, RFG

- Alți produși similari sînt:

ACIFOL ^(M)	Mexic
ALFAZICAL ^(M)	Grecia
APO-PROPRANOLOL ^(M)	Canada
ARTENSOL ^(M)	Columbia
AVLOCARDYL ^(M)	Franța
BEDRANOL ^(M)	Elveția
BERKOLOL ^(M)	Anglia
BETANEG ^(M)	Italia
BLOCARDYL ^(M)	Argentina
CARDINOL ^(M)	Noua Zeelandă
CARIDOLOL ^(M)	Japonia
DERALIN ^(M)	Israel
DETENSOL ^(M)	Canada
DIDERAL ^(M)	Turcia
DOCITON ^(M)	RFG
DORISAN ^(M)	Grecia
FREKVEN ^(M)	Suedia
FRINA ^(M)	Grecia
HERZBASE ^(M)	Japonia
INDERALICI ^(M)	Mexic
INDOBLOC ^(M)	RFG
KEMJ ^(M)	Japonia
KITERAN ^(M)	Grecia
KOSTALERG ^(M)	Grecia
NOLOTEN ^(M)	Argentina
OBSIDAN ^(M)	RDG
OPOSIM ^(M)	Argentina
PALISAN ^(M)	Grecia
PRADERAL ^(M)	Coreea
PRANOLOL ^(M)	Norvegia
PROPAYERST ^(M)	Argentina
PROPOL ^(M)	Mexic
PROpra ^(M)	RFG
PROPRAL ^(M)	Finlanda

PROPRANUR ^(M)	RFG
PUR-BLOKA ^(M)	Africa de Sud
PYLAPRON ^(M)	Japonia
REDUCOR ^(M)	Finlanda
STOBETIN ^(M)	Polonia
SUMIAL ^(M)	Spania
TENOMAL ^(M)	Grecia
TENSIFLEX ^(M)	Argentina
TONUM ^(M)	Italia
WAUCOTON ^(M)	Grecia

938. **PROPRANUR^(M)** RFG ● Psihotrop beta-blocant → **PROPRANOLOL^(DCI)**.

939. **PROPRIOCEPTIVE⁽¹⁾** iluzii (cf. lat. *proprius* „propriu”; *capere* „a înțelege”) → **PROPRIORECEPȚIE**

940. **PROPRIORECEPȚIE** (cf. lat. *proprius*; *capere*) ● Termen introdus de SHERRINGTON pentru a desemna modalitatea senzitivă legată de perceperea în fiecare moment a poziției în spațiu a corpului, a componentelor sale, precum și de mișcările efectuate. Propriorecepția asigură de asemenea și menținerea tonusului muscular și a posturii, participă la elaborarea senzațiilor somatice și la controlul actelor motorii voluntare. Conform schemei generale de organizare a oricărei modalități senzitive, propriorecepția presupune existența unor receptori, a unor căi de conducere specifice și nespecifice și a centrilor de integrare a informațiilor.

Localizați la nivelul aparatului locomotor, proprioreceptorii (receptorii analizatorului kinestezic) transmit informații astfel:

- pentru sensibilitatea kinestezică (simțul poziției și al mișcării în spațiu) — informațiile preluate de la corpusculii Golgi, Ruffini, Pacini și terminațiile nervoase libere ajung, pe calea fasciculelor spinobulbare, la cortexul cerebral, în ariile somestezice 1 și 2 și în aria senzitivo-motorie;
- pentru simțul tonusului muscular (sensibilitatea proprioreceptivă de control a mișcării) — informațiile oferite de fusurile neuromusculare ajung prin fasciculele spino-cerebeloase la cerebel, de unde vor fi retransmise talamusului și ulterior cortexului senzitivo-motor.

Prin intermediul propriorecepției se realizează unul din mecanismele de feedback ce participă la reglarea activității motorii somatice. Ca orice modalitate senzorială, propriorecepția poate fi afectată de iluzii sau, mai ales, de halucinații caracteristice delirurilor hipocondriace, schizofreniilor paranoide sau psihozelor de involuție.

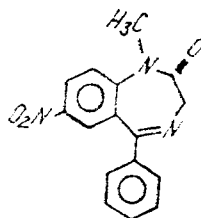
941. **PROREX^(M)** SUA — DCI *Prometazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(2-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune

sedativ-hipnotică, antihistaminică și antiemetică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **ROMERGAN^(M)**.

942. **PROSEXIE** (cf. gr. *prosexis* „atenție”) ^{sin.} → **ATENȚIE**.

943. **PROSKINEZIE^s** semn (cf. gr. *pros* „(pe) lângă”; *kinesis* „mișcare”) ● Semn descris de K. LEONHARD (1936) în catatonie, ca un negativism inversat, constând în faptul că orice impuls exterior generează reacții motorii. Reprezintă opusul negativismului.

944. **PROSONNO^(M)** Italia — DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-



-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, realizând un somn aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **NITRAZEPAM^(M)**.

945. **PROSOPO-** (cf. gr. *prosopon* „față”) ● Element de compunere care introduce referența la față.

946. **PROSOPAGNOZIE** (cf. *prosopo-*; gr. *agnosia* „ignoranță”) ^{sin.} → **BODAMER^s** simptom.

947. **PROSOPOLOGIE** (cf. *prosopo-*; gr. *logos* „cuvânt, discurs”) ● Tipologie bazată pe studierea unor caracteristici ale fizionomiei și expresiei mimice spontane; deși insuficient fondată științific, este considerată ca făcând parte dintre elementele așa-numitului „fler clinic”.

948. **PROSOPOPLEGIE** (cf. *prosopo-*; gr. *plege* „lovitură”) ● Paralizie cu localizare facială.

949. **PROSOPSPASM** (cf. *prosopo-*; gr. *spasmos* „spasm”) ● Crampă musculară a feței (V. **POPESCU**), tic convulsiv.

950. **PROSPECTIV** (cf. fr. *prospectif*) ● Mod de investigație științifică pentru explorarea viitorului, pornind de la cunoașterea unor cauze socio-economice și tehnice, a evoluției accelerate a lumii moderne. Nu este o previziune bazată pe

statistici prezente, ci un raționament științific, dinamic, pornind de la date imaginate în legătură cu viitorul (și nu de la datele trecutului). Este un efort de creație. Grupul care a creat această ramură a științei a fost format din psihologi (G. BERGER), economiști (A. SAUVY), personalități administrative (L. ARMAND).

951. PROSPECȚIE ȘI SĂNĂTATE MINTALĂ (cf. fr. *prospaction*: vezi lat. *prospicere* „a prevedea”) • Termen opus retrospectivității, folosit de BERGER în filozofia sa în legătură cu cercetările despre evoluția viitorului umanității, din care se pot desprinde elemente de previziune.

Referitor la evoluția viitorului psihatriei, se poate prevedea că aceasta se va realiza îndeosebi prin sisteme de îngrijire extraspitalicești, spitale de zi, centre de postură, spitalizări la domiciliu, centre de ajutor pentru handicapați mintal, asistări de spitalele de psihiatrie, a căror amploare va fi mult mai mică. Eforturile vor fi intensificate mai ales în sensul obținerii unei psihoprofilaxii eficiente, în care cea de tip primar trebuie să fie preponderentă.

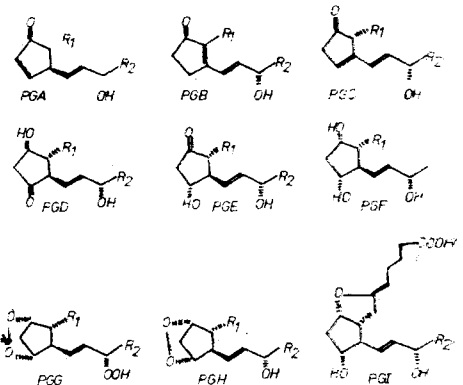
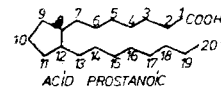
Dezvoltarea epidemiologiei bolilor mintale, a igienei mintale, a ergonomiei și a geneticii va permite o cunoaștere mai profundă a factorilor de risc, a etiologiei bolilor mintale și deci evitarea lor. Studiile biochimice și metabolice vor permite, în viitor, depistarea etiopatogenei precise a psihozelor maniaco-depresive sau schizofreniei, precum și stabilirea unor terapii eficiente. Bolile psihice datorate unor predispoziții ereditare-congenitale (deficiențele mintale, psihozele endogene, epilepsia, psihopatiile) vor putea fi depistate și controlate prin măsuri bazate pe sfatul genetic activ sau pasiv și prin programe adecvate de psihoprofilaxie.

Factorii cu potențial agresiv cerebral vor fi înlăturați începând cu măsuri legate de creșterea tehnicității actului medical la naștere, până la măsuri sociale, legislative și medicale preventive, adresate grupelor de populație cu risc crescut (copii, gravide, bătrâni). Psihoprofilaxia copiilor impune măsuri de educație și instrucție la nivelul familiei și al colectivităților școlare, constând, printre altele, în crearea unui climat afectiv adecvat, a unui raport corespunzător între sarcini și posibilitățile de efectuare a lor, o bună orientare profesională. Pentru anul 2000 se prevede însă că alcoolismul și toxicomania vor fi prevalente, în ciuda măsurilor profilactice, care se cer intensificate. Și în privința sănătății mintale se impun măsuri de educație sanitară, de ridicare a nivelului cunoștințelor medicale individuale privitoare la bolile psihice, de formare a unor deprinderi corecte, care să permită supravegherea echilibrului psihic propriu și al celor din jur.

952. PROSTAGLANDINE (PG) • Grup de metaboliți oxidați ai unor acizi grași poliesterați cu 20 de atomi de carbon, care fac parte din categoria acizilor grași esențiali; au fost descoperite de Von EULER și GOLDBLATT cu aproape o jumătate de secol în urmă. Cele două serii de PG, cunoscute și desemnate cu literele A, B, C, D, E, F, G, H, I, au la bază structura unei molecule ipotetice de referință, acidul prostanoic. Practic, toate tipurile de celule au capacitatea de a converti acizii grași precursori în PG, biosinteza fiind declanșată atât de stimulii specifici (stimularea nervoasă și acțiune hormonală), cât și de stimulii nespecifici (mecanici). Acțiunea PG se exercită prin intermediul unor receptori specifici sau zone cu afinitate crescută pentru PG, evidențiate în membranele unor tipuri variate de celule. Efectele biologice ale PG se bazează pe trei acțiuni principale:

- acțiunea la nivelul terminației nervoase;
- acțiunea asupra fibrei musculare;
- acțiunea la nivelul membranei celulare.

La nivelul terminației nervoase (deși modifică în mod considerabil fiziologia sinapsei) nu sînt considerate mediatori chimici, existînd însă relații certe între PG și sistemele adrenergice și colinergice. PG au fost identificate în toate structurile sistemului nervos central și periferic, unde se eliberează sub influențele nervoase



STRUCTURA NUCLEULUI CICLOPENTANIC AL DIFERITELOR SERII DE PG, ÎN COMPARAȚIE CU ACIDUL PROSTANIC (MOLECULA IPOTETICĂ DE REFERINȚĂ)

și chimice și desfășoară o multitudine de acțiuni care implică modificări de comportament, modificări ale funcțiilor motorii, ale termoreglării, ale debitului sanguin cerebral, eliberări ale mediatorilor chimici etc.

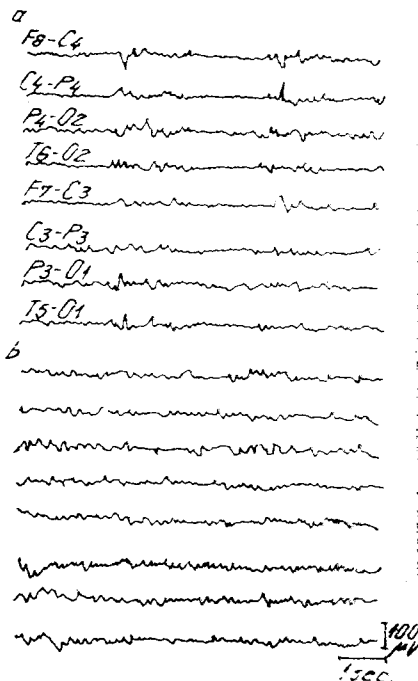
La nivelul sistemului nervos, PG funcționează ca modulatori ai neurotransmisiei sinaptice. Ele interacționează cu Ca^{2+} la nivel presinaptic, modulând (de obicei inhibând) eliberarea neurotransmițătorului în exces din neuronii presinaptici. Toate aceste constatări determină implicarea PG în tulburări neurologice și psihice, mai ales în cele în care rolul principal este determinat de mediatorii chimici nervoși din grupul catecolaminelor (noradrenalina, dopamina), precum și de serotonină. S-au constatat astfel concentrații crescute de PG din seria F la bolnavii cu boli convulsivante, infecții ale SNC, spasme vasculare, hemoragii intracraniene. Ținând seama de faptul că PG pot modifica regimul funcțional al neurotransmițătorilor, este firească implicarea lor în producerea unor afecțiuni psihice, în interacțiuni cu substanțe psihotrope, precum și în elucidarea rolului jucat de noradrenalină, dopamină, serotonină în producerea și evoluția proceselor patologice comportamentale.

Datele experimentale sînt încă incerte, incomplete și contradictorii; totuși, unele rezultate obținute deschid un câmp larg de cercetări. Astfel, la bolnavii depresivi, creșterile cronice ale turnoverului serotoninei cerebrale (realizat de psihotrope) induc inhibiția sintezei de PG cerebrale, probabil prin inhibarea sistemelor enzimatice, implicate în procesul de sinteză. S-au constatat, de asemenea, creșteri ale nivelului PG de tip F în tulburările afective primare, inhibarea aproape totală a sintezei PG de tip F 1 în trombocitele bolnavilor cu schizofrenie, o stimulare ușoară a acestui proces la cei cu sindroame manico-depresive.

Este de asemenea probabilă o interacțiune între PG și litiu; astfel, litiul (al cărui mecanism de acțiune pare a fi axat pe influențe asupra sintezei de neurotransmițători chimici și pe influențe asupra metabolismului electrolitic al celulei nervoase) interferează cu PG plasmatică și trombocitare din seria F. Unele observații clinice — rezistența schizofrenicilor la artrita reumatoidă și alte inflamații, toleranța lor mai mare la durere —, sugerează de asemenea o relație posibilă între schizofrenie și deficitul de PG.

S-au constatat și modificări electroencefalografice la copiii tratați cu PG pentru permeabilizarea canalului arterial. Astfel, administrarea intrarterială a PG (care în acest mod ajung în SNC în cantități mai mici) determină o uniformizare a traseelor EEG, cu aspect asemănător traseelor nou-născuților imaturi (explicabile prin nematurizarea sistemului reticular activator ascendent),

cea ce reflectă efectul sedativ al PG de tip F 1 și PG de tip F 2. Administrarea intravenoasă a acestor PG (determinând doze mai mari care ajung în SNC) are efecte excitante asupra unor zone din SNC, producînd și fenomene mioclonice de tip epileptic care implică activarea corticală. Nu



Efectul PG F₁ asupra electroencefalogrammei

este elucidat încă dacă mecanismul de acțiune al PG este realizat prin acțiune directă asupra neuronilor centrali sau prin modificări vasomotorii locale. PG exogene au dovedit o acțiune de reducere a debitului sanguin cerebral și de producere a cefaleei, probabil ca urmare a vasoconstricției pe care o induc, putînd fi deci incriminate în mecanismul de apariție a migrenei și cefaleei posttraumatice.

953. PROSTRĂȚIE (cf. lat. *prostratio*) • Termen puțin folosit în clinica psihiatrică modernă, desemnînd o stare patologică a cărei caracteristică este lipsa de răspuns la excitațiile mediului, dezinteresul total față de lumea înconjurătoare. Se poate întîlni în stările de epuizare extremă, în depresiile profunde, în unele sindroame psihoorganice.

954. PROSYL^(M) Japonia — DCI *Protipendil* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)-10H-pirido[3,2-b]1,4-benzotiazină, cu acțiune neuroleptic sedativă și efecte secundare minore.

955. PROTACTYL^(M) Danemarca, RFG, Suedia — DCI *Promazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă inferioară clorpromazinei și antiemetică. Este util în tratamentele de întreținere ale psihozelor cronice și în stările psihopatoide.

956. PROTAGORAS (485—415 î.e.n.) ● Filozof grec originar din Abdera (Tracia), unul dintre cei mai de seamă reprezentanți ai sofismului. El a emis următoarea cugetare celebră: „Omul este măsura tuturor lucrurilor, a celor ce sînt, în ce fel sînt, a celor ce nu sînt, în ce fel nu sînt”, care exprimă un anumit relativism, dar și tendința de a valorifica personalitatea umană, de a judeca lucrurile în raport cu omul și de a legitima normele juridico-politice stabilite prin dezbateri colective. PROTAGORAS a fost partizan al democrației sclavagiste, prieten cu PERICLE. Drept urmare a faptului că a pus la îndoială existența zeilor, cartea sa „Despre zei” a fost arsă, iar el obligat să părăsească Atena.

957. PROTANOPIE ^{sin.} → DALTONISM.

957. PROTECTIE^(D) delir (cf. lat. *protectio* „apărare”) ● Delimitat în 1964 de LAFON și MAUREL, este consecința tulburărilor de afectivitate și a modificării în sens psihotic a Eului, apariția lui în diferite entități morbide avînd valoarea de prognostic nefavorabil. Clinic, el apare sub forma unor halucinații auditive (sfaturi, compasiune), a unor „influențe exterioare” („fluid”) sau a unor interpretări delirante.

Contextul psihopatologic în care survine este extrem de polimorf: delirurile de persecuție, megalomane, erotomane. În delirurile de persecuție, aceste modificări sînt percepute de bolnav ca „încercări la care este supus” sau ca (în cazul halucinațiilor auditive cu caracter de compasiune) o „dovadă” a existenței persecuției. În erotomanie, „protecția” este asimilată de bolnav ca dovadă a sentimentelor de iubire manifestate față de el. În megalomanie, „protecția” argumentează „valoarea” temei delirante. În schizofrenie, delirul de protecție poate apărea în contextul ambivalenței.

Un alt aspect al acestui delir îl constituie delirul de contradicție descris de SÉRIEUX și CAPGRAS.

Psihanaliștii văd în acest delir proiecția imaginii narcisice, a dublului, sub forma protectorului sau a simbolului matern în persoana protectoare, îndeosebi în cazurile caracterizate prin carență afectivă. Asocierea protecție—persecuție este legată, după unii autori (AUBIN), de gîndirea magică, în sensul credinței într-o forță supranaturală, care poate fi cînd binevoitoare, cînd răuvoitoare; după alți autori, legătura dintre ele este de tipul continuității procesuale, opoziția fiind doar aparentă, pur verbală.

959. PROTECȚIE A INTERESELOR BOLNAVI-LOR PSIHICI ● Legislația noastră ocrotește bolnavul psihic, asocierii psihiatriei cu dreptul permițînd colaborarea în interesul bolnavului și al justiției. În legislația țării noastre, în Codul de procedură civilă, Codul familiei, precum și în Decretul 313/1980, sînt prevăzute norme precise privind protecția intereselor bolnavilor psihici. Pentru protecția bolnavilor psihici, este necesară stabilirea cu exactitate a responsabilității fiecăruia, în funcție de gradul de discernămint, ce poate fi absent sau diminuat. În funcție de aceasta, măsurile legale ce pot fi aplicate sînt diferențiate. Bolnavii psihici lipsiți de discernămint sînt ocrotiți prin instituirea interdicției judecătorești, care presupune declararea persoanei de către instanța de judecată, pe baza unei expertize medico-legale psihiatrice, drept lipsită de capacitatea de exercițiu. Pentru cei fără capacitate de exercițiu, actele juridice sînt făcute de reprezentanții lor legali, care au sarcina de a se îngriji de persoana celui ocrotit, de a-i administra bunurile și de a încheia, în numele lui, actele juridice necesare. Acești reprezentanți legali sînt tutorii și curătorii, iar instituția care îi propune și îi supraveghează este Autoritatea Tutelară.

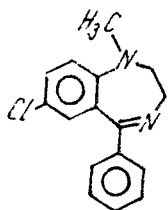
Tutela este o formă de ocrotire care are ca scop protecția exclusivă a bolnavului psihic, reprezentînd o sarcină socială obligatorie, gratuită și netransmisibilă. Ea facilitează ocrotirea medicală, fiind subordonată acesteia în sensul folosirii tuturor bunurilor personale ale celui fără capacitate de exercițiu în scopul îmbunătățirii condițiilor de viață și al vindecării rapide a acestuia (→ TUTELĂ). Pentru situațiile bolnavilor psihici cu discernămint diminuat sau neconstat încă, dar puși în imposibilitatea de a-și exercita drepturile legale, situație valabilă și pentru bolnavii psihici internați, curatela, ca instituție de ocrotire a acestora, prevăzută de Codul familiei, este o măsură tranzitorie de ocrotire a celor mai sus menționați (→ CURATELĂ).

Lipsa discernămintului atrage după sine și folosirea unor măsuri de siguranță în cazul bolnavilor psihici care au comis acte antisociale, măsuri ce

sînt reglementate de Codul penal. Astfel, în situația unor infracțiuni săvîrșite de persoane supuse unor expertize medico-legale psihiatrice care au constatat lipsa de discernămint, articolul 114 din Codul penal prevede tratament sau internare obligatorie în spitalele de specialitate, odată cu scoaterea persoanei respective de sub incidența răspunderii penale. Aceste măsuri legislative sînt menite să ocrotească bolnavii psihici, precum și pe cei care pot lua contact direct cu aceștia.

960. **PROTEIDOLIE^(I) iluzie** ● Formă particulară de tulburare perceptivă, descrisă de H. EY, constînd în iluzii senzoriale cu caracter elementar, dar deosebit de vii și de intense.

961. **PROTENSIN^(M)** Canada — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1,4-benzo-



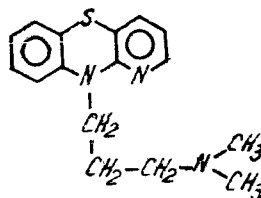
diazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivantă și micrelaxantă. Nu are efect hipnotic, fiind unul dintre cele mai răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON^(M).

962. **PROTHAZIN^(M)** RDG, RFG, SUA — DCI **PROTHIA^(M)** Japonia — 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).

963. **PROTHIADEN^(M)** Anglia, Belgia, Cehoslovacia, Franța — DCI *Dosulepin* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzotiepinic de tip N,N-dimetil-dibenz/b,eltiepin- $\Delta^{21(6H)}$ - γ -propilamină, cu acțiune antidepresiv-timoleptică moderată, dublată de calități anxiolitice și efecte secundare moderate.

964. **PROTHIAZINE^(M)** Israel — DCI *Prometazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic —
sin. **PROTHAZIN^(M)** RDG \rightarrow ROMERGAN^(M) România.

965. **PROTHIPENDYL^(DC1)** ● Derivat azofenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)-10H-piridol3, 2-bll1, 4l-benzotiazină, cu acțiune neuroleptic-sedativă, cu efecte secundare minore. Consti-



tuie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

AZACON ^(M)	Spania
DOMINAL ^(M)	Franța
DOMINIL ^(M)	RFG
PROSYL ^(M)	Japonia
TIMOVAN ^(M)	SUA
TOLNATE ^(M)	Anglia

966. **PROTIRÉLINE^(M)** Franța; **PROTIRELI-
NUM^(M)** Austria — DCI *Protirelin* ● Psihotrope cu acțiune ușor antidepresiv-timoleptică, de tip 5-oxo-L-prolil-L-histidil-L-prolinamidă, utilizate și în diagnosticul diferențial al disfuncției tiroidiene.

967. **PROTNOV^(S) sindrom** ● Idei obsesive legate de consumul drogului, care apar la toxicomani înainte de administrarea unei noi doze. Dispoziția se îmbunătățește în imediata apropiere a administrării, înlocuind sentimentele de descu-rajare și anxietate ale bolnavului. Deseori, subiectul invocă motive pro și contra administrării drogului, contradicții din care întotdeauna au câștig de cauză prima categorie de argumente.

968. **PROTO-** (cf. gr. *protos* „întîiul, primul”) ● Element de compunere care introduce sensul de prioritate.

969. **PROTODIAKRISIS** (cf. *proto-*; gr. *diakrisis* „distingere”) ● Componente rudimentare ale unui act psihic.

970. **PROTOPATICĂ—sensibilitate** (cf. *proto-*; gr. *pathos* „încercare, experiență”) ● Denumire dată de HEAD funcțiilor senzoriale caracterizate printr-o sensibilitate discriminativă, difuză, grosieră, redusă, dar cu puternice repercusiuni afective; este o sensibilitate care nu surprinde cu fidelitate proprietățile stimulului. Sub raport filogenetic este mai veche și inferioară din punctul de vedere al capacității de discriminare specifică a diverselor tipuri de stimuli și a relațiilor organis-

mului cu aceștia. Sensul biologic al acestui tip de sensibilitate este reprezentat de intrarea în alarmă a organismului în fața unei agresiuni.

971. **PROTOPOPOV Victor (1880—1957)** ● Psihiatru rus, colaborator și discipol al lui BECHTEREV. Conduce catedra de psihiatrie din Harkov și Perm, stabilindu-se ulterior la Kiev, unde înființează, în cadrul Institutului de fiziologie, o secție dedicată în exclusivitate studiului activității nervoase superioare și patologiei psihiatrice. Inițiază aici o serie de lucrări originale privind fiziopatologia activității nervoase superioare : „Metode reflexogene de investigare ale omului” (1923). Descrie sindromul simpaticotonic din psihoza maniaco-depresivă și dedică două lucrări schizofreniei (1938, 1956), abordând într-o manieră personală problema patogeniei acestei boli și a tratamentului ei. ■

972. **PROTOPOPOV^(S) sindrom** ● Autorul definește prin acest sindrom intricările endocrinoneurologice din psihoza afectivă (midriază, tahicardie, constipație — SÎRBU, 1979). Elementele sindromului sînt însă frecvent întîlnite ca efecte secundare ale tratamentului specific. Deși autorii francezi (LÔO, MARCHAIS, PELICIER) încearcă acreditarea lui, sindromul nu este însă unanim recunoscut.

973. **PROTOTAXICĂ — experiență** (cf. gr. *proto-*; *taxis* „ordine, aranjament”) ● Prima dintre secvențele dezvoltării cognitive, în viziunea lui H. S. SULLIVAN, constînd într-o serie de momente ale organismului senzitiv care vine în contact cu mediul înconjurător pe cale orală, anală etc., impact care se face aleator, fără conexiuni, cauzalități, predicții și fără o organizare temporală. Informațiile receptate din mediu vin pe un teren virgin în care anterior nu au sosit mesaje prin nici un fel de sursă sau canal. Experiențele de tip prototaxic pot apărea, în opinia autorului, și în viața adultă, cînd un subiect percepe un fenomen care îl impresionează în mod deosebit, dar este incapabil să exprime adecvat această experiență (exemplificat cu sentimentul de exogenitate a schizofrenului). De asemenea, experiența prototaxică poate fi un model pentru memoria bazală, deși nu se cunoaște cum se face stocarea și reactualizarea acestor informații.

Experiența prototaxică este urmată de tipul parataxic de trăire a evenimentelor și situațiilor, în care apar elemente ale comparației, se stabilesc conexiuni și cauzalități și apare funcția simbolică. Situațiile capătă un sens predictiv și subiectul își poate organiza reacțiile și comportamentul. SULLIVAN folosește termenul de „distorsiune parataxică” referindu-se la reminiscențe ale experienței parataxice în viața adultă, cînd unii indivizi îi tratează pe ceilalți ca pe figuri parentale

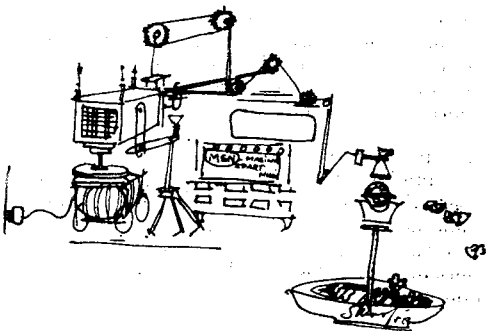
căroră le caută aprobarea și susținerea activității lor pentru a-și stăpîni anxietatea.

Următorul stadiu este reprezentat de modul sintactic al experienței, care relevă o gîndire logică, secvențială, cu o consistență internă recurent modificabilă privind oamenii și evenimentele, în timp ce simțurile și performanțele Sinelui devin verificabile de alții în diferite și complexe interacțiuni.

Ultimul stadiu este reprezentat de validarea consensuală.

974. **PROTOTIMIE** (cf. *proto-*; gr. *thymos* „spirit”; vezi și engl. *mood*; germ. *Stimmung*) ● Termen utilizat de CHAUVIN pentru a denumi acționarea unei pulsioni principale generatoare de trebuință (cum ar fi trebuința de reproducere), care antrenează și conduce, în atingerea scopului, pulsioni subordonate, denumite de CHAUVIN deuterotimii (engl. „submood”).

975. **PROTOTIP** (cf. *proto-*; gr. *typos* „amprentă, marcă”) ● Obiect material sau ireal cu valoare exemplară, de model original al unei întregi clase de obiecte. În filozofia idealistă de sorginte platoniciană, categoriile abstracte (entitățile conceputibile) sînt ipostaziate în prototipuri ideale — perfecte, eterne și inalterabile —, care întemeiază fenomenele sensibile, cu statut secund în ordinea existenței, copii sau imitații aproximative și perisabile ale formelor sau arhetipurilor esențiale.



Prin extensie, în domeniul psiho-medical și cu referire strict metodologică, prototipurile desemnează cazurile exemplare (reale sau ideale); schemele tip sau standardele reprezentative pentru o clasă de situații, fenomene, procese, persoane etc., ceea ce permite analiza și încadrarea unui simptom, a unei entități nosografice, constelații personale, relații sau activități specific umane. Așadar, prototipul intervine orientativ în demersurile metodologice din psihologie și psihiatrie, ca „schemă de interpretare” sau cadru de referință cu valoare operațională.

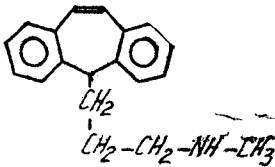
Rămân consacrate și recunoscute ca prototipuri cazurile de isterie prezentate de CHARCOT, BREUER și FREUD (1882) sau cazul de mitomanie benignă al baronului Münchhausen, descris de ASHER (1951). Diagnosticul multiaxial, propus de DSM III, reprezintă deocamdată un prototip pentru diagnosticul complet și dinamic → ARHE-TIP; PARADIGMĂ.

976. **PROTRAN**^(M) Australia — 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 CLOR-DELAZIN^(M).

977. **PROTRAN**^(M) SUA — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1, 3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Este indicat în nevroze cu componente anxioase și depresive, 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 apărea un „mic sindrom de abinență”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT^(M).

978. **PRO-TRAN**^(M) Canada — DCI *Promazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă (inferioară clorpromazinei) și emetică, util în tratamentele de întărire ale psihoze-lor cronice și în stările psihopatoide.

979. **PROTRIPTYLINE**^(LC1) ● Derivat dibenzocicloheptatrienic de tip N-metil-5H-dibenzla,dI cicloheptan-5-propilamină, cu acțiune asemănă-



toare nortriptilinei, fără efecte sedative. Este indicat mai ales în depresii inhibitate, având efecte secundare numeroase (nu se administrează în sarcină). Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

CONCORDIN ^(M)	Elveția
CONCORDINE ^(M)	Franța
MAXIMED ^(M)	RFG
TRIPTIL ^(M)	Canada
VIVACTIL ^(M)	SUA

980. **PROVERBE**^(T) test (cf. lat. *proverbium*) ● Probă folosită în evaluarea empirică a capacității de abstractizare și a posibilității subiectului de a înțelege sensul unor expresii simbolice. Subiectului i se cere să explice sensul unor proverbe dintre cele mai cunoscute. În cazul unor subiecți care prezintă fenomene de demențiere, acest lucru pare imposibil, explicațiile fiind fie repetări ale proverbului, fie concretizări legate de unele întâmplări petrecute recent în viața lor. Se poate înregistra, de asemenea, o reacție de perplexitate. Folosirea acestei probe în schizofrenie duce la rezultate nesemnificative, deoarece subiectul poate refuza intenționat răspunsul sau îl poate lega de simbolică propriului delir. În stările de excitație maniacală, de asemenea, rezultatul probei este nesemnificativ, deoarece subiectul are tendința la asociații autmate, fugă de idei și joc.

981. **PROVIGAN**^(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).

982. **PROZIL**^(M) Danemarca || — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic → **PROTRAN**^(M) Italia || Australia.

983. **PROZINE**^(M) Italia || — DCI *Promazină* ● **PROZYL**^(M) Grecia || Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic → **PRO-TRAN**^(M) Canada.

984. **PRUDENTĂ** (cf. lat. *prudencia*) ● Trăsătură de caracter constând într-o prevedere rațională, realistă, a pericolelor și a măsurilor ce trebuie adoptate pentru prevenirea acestor pericole. Prudența presupune o proporție optimă între curaj și teamă, fiind necesară în situații critice, riscante. Prudența nu înseamnă îndepărtarea totală a riscurilor, ci se referă numai la o modalitate conștientă de a aborda situațiile, deci la o modalitate reflexivă și evaluativă în acțiune, în scopul evitării greșelilor, a pericolelor, deci în scopul creșterii (pregătirii) eficienței acțiunilor. Atât în zonele de graniță, cât și în patologice, structurile anxioase, structurile anancaste manifestă puternice tendințe spre hiperprudență; activitatea acestor persoane este marcată de o grijă excesivă (care poate perturba, la rîndul ei, echilibrul activității) pentru evitarea riscurilor, pentru cîntărirea pericolelor; un anancast ia foarte greu o hotărîre, mai ales într-o împrejurare critică (prin incapacitate de decizie, cîntărirea permanentă a elementelor pro și contra, raționalizarea exagerată a pericolelor și a măsurilor de prevedere);



René Margritte

tentativele repetate de verificare nu diminuează anxietatea, ci dimpotrivă, o accentuează pînă la crize de panică, ceea ce poate determina aceste persoane să renunțe la activitate sau să abandoneze situația.

În dizarmoniile de personalitate (mai ales la isterici și la impulsivi) în care este afectată structura caracterială, această trăsătură/capacitate este mult diminuată : istericul se grăbește, el trăiește intens în prezent, deciziile sale nu implică și evaluări în perspectivă ale efectelor ; impulsivul nu are capacitatea de a-și amîna reacțiile, tendința spre act îl depășește în măsura în care afectul primează. Conștiința pericolului, a riscului, a prevenirii este diminuată ; în momentul critic ea nu mai funcționează, persoana trece la act prin scurtcircuitare.

985. **PRUNCUCIDERE** (cf. *prunc* (et.nec.) ; lat. *occidere*) ● Infracțiune de omor a copilului născut săvîrșită imediat după naștere, de către mamă, aflată într-o stare de tulburare pricinuită de naștere. Este pedepsită cu închisoare de la 2—7 ani (art. 177 CP). Legea penală acordă acestei fapte un regim special, mai puțin sever (prin durata mai redusă a pedepsei comparativ cu omorul simplu), din rațiuni de protecție a mamei, considerată a fi virtualmente expusă unor astfel de tulburări. Existența lor se stabilește numai prin expertiză medico-legală psihiatrică, obligatorie în pruncucidere (art. 117, alin. 1, CP). Problema teoretică cu directă semnificație practică (în ideea stabilirii cît mai exacte a adevărului științific) este aceea a definirii noțiunii de „tulburare pricinuită de naștere” (DRAGOMIRESCU), care include numai tulburări psihopatologice postpartum, distorsionînd calitatea conștiinței lăuzei (la toate nivelurile), diminuîndu-i coeficientul de structurare și (eventual) chiar de luciditate, cu repercusiuni asupra posibilității de control al comportamentului.

Nașterea joacă rolul unui factor declanșator sau activator al unui fond psihopatologic preexistent

(de orice natură ar fi el, cu condiția să fie identificabil, obiectivabil, în condițiile și cu mijloacele expertizei). În sfera acestor tulburări pot intra decompensări ale personalităților dizarmonice, tulburări nevrotice, psihoze endogene, epilepsie, nedezvoltări cognitive, reacții acute și, în mod excepțional sindroame psihoorganice deteriorative (avînd în vedere vîrsta de obicei foarte tînără a expertizatei). Nu pot intra în această sferă modificările psihoemoționale, unele cu răsunet psihosomatic care însoțesc orice naștere (durere, emoție, bucurie, frica de naștere, de a nu deceda în timpul parturii, de a nu naște făt mort sau malformat), îngrijorarea în legătură cu perspectivele nefavorabile (materiale, sociale) ale copilului născut în afara căsătoriei (DRAGOMIRESCU). Stabilirea laturii subiective a faptei presupune vinovăția cu intenție, iar a laturii obiective presupune acțiunea de ucidere comisivă sau omisivă (de exemplu, lăsarea nou-născutului în frig, inaniția) exercitată asupra nou-născutului (noțiune vagă din punct de vedere medico-legal, ce trebuie definită după criteriile morfo-fiziologice ale neo-natalogiei), imediat după naștere, deci după terminarea expulziei, cînd se mai mențin semnele nașterii recente a copilului, cu restrîngerea maximă a acestui interval, care nu trebuie să depășească șapte zile după naștere (SCRIPCARU, TERBAN-CEA).

Intenția, fiind vorba de un omor calificat, trebuie să fi luat naștere în timpul tulburării pricinuite de naștere și să nu fi fost premeditată în timpul sarcinii. Pentru argumentarea științifică a acestor aspecte, este necesară interpretarea neuro-fiziopatologică, expusă în raportul de expertiză, care să explice cauzalitatea manifestărilor agresogene materne în condițiile bio-psihopatologice specifice fiecărui caz în parte (PREDESCU, DRAGOMIRESCU, ROMILA), însoțită de o cercetare sociologică (anchetă socială), menită să completeze explicarea cauzalității și să orienteze măsurile adresate făptașei, să reconstruiască structura personalității acesteia în contextul mediului ei social.

În condițiile stabilirii cauzalității cerute de definiția juridică a acestei infracțiuni, experții vor opta pentru discernămint scăzut sau pierdut (echivalent cu responsabilitate atenuată sau pierdută).

986. **PRURIT** (cf. lat. *pruritus* „mîncărimă”) ● Ansamblu de senzații complexe de disconfort cutanat, de diferite intensități, care determină nevoia de scărpinare (grataj). Se presupune că reprezintă consecința stimulării ușoare, concomitente, a receptorilor tactili și dureroși. Experimental, s-a constatat că după ligaturarea tractului spino-talamic lateral, senzația de prurit dispare, deși sensibilitatea tactilă rămîne nealterată. Do-

vada experimentală că pruritul nu este considerat o senzație dureroasă subliminară o constituie faptul că morfina suprimă durerea, dar poate intensifica pruritul, iar imersia în apă la 40° C poate calma pruritul, dar accentuează durerea. Stimulii senzației de prurit sînt transmiși de fibre amielinice de tip C, similare celor ce conduc impulsurile pentru senzația de arsură.

Pruritul fiziologic este de tip epicritic și se caracterizează prin apariție pe o piele sănătoasă, durată limitată și intensitate minimă. Pruritul patologic este de tip protopatic, scărpinat intens accentuînd senzația, deoarece lezarea locală produce, prin microtraumatisme locale, creșterea eliberării de către celule a substanțelor pruriginoase (histamină, acetilcolină, ionul K⁺, bradichinină, serotonină). După localizare, se descrie un prurit localizat și unul generalizat. După etiologie, pruritul se clasifică în simptomatic și esențial (idiotipic).

Pruritul simptomatic poate avea, la rîndul său, mai multe etiologii :

- boli dermatologice : urticarie, dermatită alergică, psoriazis, sclerodermie, parazitoze cutanate ;
- boli generale : insuficiență renală cronică, diabet, icter, insuficiență cardiacă, hemopatii ;
- intoxicații : cocaină, alcool, medicamente ;
- boli neurologice : zona Zoster, poliradiculonevrite, siringomieliile, tabes, scleroză în plăci.

Pruritul esențial are o componentă psihogenă marcată, survenind în afara oricărei afecțiuni generale organice, și se caracterizează prin accentuare în stări de tensiune psihologică, iritabilitate, anxietate, dispărînd sub medicație sedativă și tranchilizantă (G. IONESCU).

Studiînd pruritul în afecțiuni psihice, H. P. KLOTZ distinge următoarele tipuri :

- pruritul din psihoze (este rar) ;
- pruritul din isterie se caracterizează prin persistență și rezistență la tratament ;
- pruritul din fobii (este mai frecvent) se în-tîlnește în fobiile referitoare la cancer, tuberculoză, sifilis, boli de sînge ; psihoterapia duce frecvent la vindecarea pruritelui.

Un domeniu de predilecție al studiului pruritelui în raport cu tulburările psihice îl reprezintă afecțiunile psihosomatice dermatologice. Se observă frecvent cum dermatozele preexistente devin extrem de pruriginoase în condiții de stres (A. MUNRO). În fața unui bolnav care se plînge de prurit este esențial să se elimine mai întîi orice cauză organică posibilă (din cele enunțate) — recomandare valabilă atît pentru pruritul generalizat, cît și pentru cel localizat, în mod special

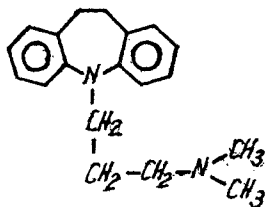
în regiunea anogenitală. Această ultimă eventualitate trebuie să excludă o gamă largă de cauze, de la aspecte deficitare de igienă locală, pînă la diverse infestări microbiene și boli dermatologice ce lezează și această regiune.

Aspectele psihologice ale pruritelui au fost interpretate, în viziunea psihanalistilor, prin acțiunea unui mecanism de deplasare al gratificației sexuale (PILLSBURY, SHELLEY, KLIGMAN, 1956), a unei nevoi de autoexcoriație în vederea satisfacerii pulsioniilor masochiste și a îndepăr-tării stării de tensiune prin activitatea de grațaj, fiind în același timp expresia rușinii, vinovăției și trăsăturilor exhibiționiste. Pruritul anogenital, în special, ar fi echivalentul sentimentului de ostilitate și vinovăție, ca și al conflictelor sexuale. Studiul efectuat de WITTKOWER și RUSSEL asupra cazurilor de prurit vulvar a evidențiat stări de frustrare din perioada copilăriei care au condus la tulburări în dezvoltarea comportamentului psihosexual (masturbare) și apariția ulterioară a unor sentimente de vinovăție și a altor conflicte emoționale.

MUSAPH (citată de HAYNAL) remarcă, în cazurile de prurit psihogen, prezența unor trăsături de personalitate cum ar fi : hipersensibilitate, incapacitate de exprimare adecvată a propriilor sentimente, simț exagerat al proprietății, prezența simptomelor obsesional-compulsive, imposibilitatea coordonării propriilor tendințe agresive. Simbolistica psihanalitică merge chiar mai departe, conferind pruritelui anogenital mascat o semnificație a dorințelor interzise în legătură cu aceste zone erogene (pruritul anal ar fi chiar expresia unei tendințe homosexuale conflictuale).

În ciuda ideii specificității tipului de personalitate obsesiv-compulsive, acreditate de unii autori, altele studii (LAUGIER, REIFFERS) au demonstrat diversitatea structurală a celor ce prezintă prurit psihogen (personalități dizarmonice polimorfe decompensate).

987. PRYLEUGAN^(M) RDG — DCI Imipramină ● Antidepressiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-13-(dimetilamino)propil/10,11-dihidro-5H-dibenz[b,f]azepină, cu acțiune antidepressivă cu spectru larg, incluzînd depresia endogenă. Este posibilă și se recomandă asocierea cu NL bazale, în psihoze. Efectele terapeutice se insta-



lează 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).

988. PSEUDO- (cf. gr. *pseudēs* „fals”) ● Element de compunere care introduce semnificația de fals.

989. PSEUDOACUZIE (cf. *pseudo-*; gr. *akouein* „a auzi”) ● Modificare artificială a originii aparente a unui sunet sau zgomot, realizată cu ajutorul unui dispozitiv care inversează percepția informației auditive de la o ureche la cealaltă. Aparatul, inventat de JOUNG în 1928, a fost utilizat pentru studiul corelațiilor dintre percepția vizuală și cea auditivă și al importanței acestor corelații în localizarea informațiilor sonore.

990. PSEUDOALEXIE (cf. *pseudo-*; gr. *a-* prefix privativ; *lexis* „vorbi”) → ALEXIE.

991. PSEUDOANGINĂ PECTORALĂ (cf. *pseudo-*; lat. *angina* „sufocare”; *pectus* „piept”) — sin. ACȚIUNE CARDIACĂ TULBURATĂ (DAH); ASTENIE NEUROCIRCULATORIE; CORD IRTABIL; INIMA SOLDATULUI; NEVROZĂ CARDIACĂ; SINDROM DE HIPERVENTILAȚIE; STILLE-HARTSHORNE⁽⁸⁾ sindrom; TULBURARE

A REGLĂRII HIPOTALAMICE ORGANICE ^{sin.} → DA COSTA⁽⁸⁾ sindrom.

992. PSEUDOATAXIE FRONTALĂ⁽⁸⁾ sindrom (BARRÉ, 1953) (cf. *pseudo-*; gr. *ataxia* „dezordine, confuzie”; lat. *frons* „frunte”) — sin. ATAXIE FRONTALĂ⁽⁸⁾ sindrom (BRUNS, 1892) ^{sin.} → BRUNS⁽⁸⁾ sindrom.

993. PSEUDOATAXIE KNAPP ^{sin.} → KNAPP⁽⁸⁾ sindrom.

994. PSEUDOBLUBAR⁽⁸⁾ sindrom (cf. *pseudo-*; lat. *bulbus* „bulb”) ● Sindrom caracterizat clinic prin manifestarea unora dintre următoarele simptome: tetrapareză piramidală, tulburări de deglutiție și fonație (voce stinsă, nazonată, monotonă, dizartrică; subiectul se înecă cu lichide care pot refuza pe nas), mers cu pași mici, cu trunchiul ușor flectat, fațes imobil, trăsăturile feței mult lăstate. Aproape patognomic este plîsul și risul spasmodic, datorat eliberării de sub controlul cortical a modului emoțional. Este caracterizat și prin-o deteriorare psihică de diferite intensități. Astfel, se remarcă apariția unor reflexe patologice ca: reflexul palm-mentonier (semnul Marinescu-Radovici), reflexul bucal (semnul lui Toussou). Simptomele se datoresc leziunilor difuze bilaterale de la nivelul căilor motorii, în special geniculate, piramidale. Etiologia este vasculară, ateroscleroză, arterioscleroză, diabet, lues.

995. PSEUDOCRONICITATE ● Stare artificială de cronicitate a unui mare număr de schizofreni remiși (30% din totalul bolnavilor; după M. BLEULER), datorată nu numai unui defect real, ca în adevărata cronicizare a bolii prin persistența unei simptomatologii psihotice de mică intensitate, ci faptului că acești bolnavi rămîn în spitale din lipsa unei alternative de resocializare în afara lor. M. BLEULER explică prin acest fenomen, care atrage după sine aglomerarea inutilă a spitalelor de psihiatrie, supradimensionarea prognosticului nefavorabil al schizofreniei, evaluat de către E. BLEULER și psihiatrili contemporani acestuia. Efect al indiferenței societății față de acești suferinzi, care au totuși un potențial de recuperare, pseudocronicitatea apare și la bolnavii remiși care eșuează curînd după externare în tentativa de reinserție socială, datorită nivelului adaptativ mai scăzut și lipsei de permisivitate socială.

996. PSEUDODEBILITATE MENTALĂ (cf. *pseudo-*; lat. *debilitas* „infirmitate, slăbiciune”) ● Eficiență scăzută a capacităților operațional-cognitive fără determinare congenitală sau dobîndită în urma unor maladii neuropsihice (epilepsie, encefalită, traumatism cranio cerebral etc.). G. N. CANTOR consideră că deosebirea majoră față de debilizii mental veritabili este reversibilitatea deficitului din pseudodebilitatea mentală. P. DOUSSINET propune termenul de „ariație pedagogică”, prin care înțelege acele tulburări generate de factori extrinseci — insuficiențe pedagogice, culturale, sociale. M. PRUDHOMMEAU și R. SERPELL propun termenul de „inadaptat” pentru a evidenția că la originea tulburărilor stă inadaptarea. Alți autori preferă termenul de „needucați”, considerînd că subiecții provin din medii subculturale sau au fost instituționalizați. R. J. HAVIGHURST apreciază ca potrivit termenul de „dezavantajat social”, înțelegînd prin acesta copilul handicapat, incapabil de a trăi independent într-o societate industrială.

Factorii principali care handicapează dezvoltarea psihică, generînd tablouri similare cu cele ale debilului mental veritabil, sînt: instituționalizarea precoce, spitalizarea prelungită, subcultura, carentele afective, întîrzieri în dezvoltarea limbajului, handicapuri fizice. Pseudodebilitatea se caracterizează prin lentoarea proceselor mentale, capacitate scăzută de abstractizare și preferință pentru concret. Limbajul prezintă deficiențe care afectează articularea, volumul, vocabularul, structura frazei. Comportamentul, subiectul manifestă neîncredere în forțele proprii, inhibiție. Prin intervenții educative corect dirijate, pseudodebilul mental poate fi recuperat.

În stabilirea diagnosticului corect se utilizează anamneza, analiza atentă a mediului din care pro-

vine subiectul și testele nonverbale. Testele de performanță nu fac apel la achizițiile instructiv-educative, culturale, fiind astfel relevante pentru potențialul intelectual nativ al subiectului. Școala anglo-saxonă introduce ca un criteriu obligatoriu factorul de competență socială, în defavoarea exigențelor pedagogice și instructiv-educative, exigențe care pot fi însă valorificate în munca de recuperare prin intervenții corect dozate și dirijate.

Un tablou asemănător pseudodabilității mintale se poate constitui la copii cu tulburări psihice, tulburări care determină inhibiția activității și dificultăți de relaționare cu autoritatea și cu mediul.

997. PSEUDODEMENȚĂ (cf. *pseudo-*; lat. *dementia* „nebunie”) ● Afecțiune rară, care imită îndeaproape demența de cauză degenerativă, con-

stind într-o diminuare pînă la completa abo lire a participării subiectului la mediul ambiant, prin blocarea activității cognitive. Descris pentru prima dată de WERNICKE (1901) în cadrul isteriei I, tabloul clinic al pseudodemenței se regăsește în descrierile autorilor de limbă germană și engleză, primii considerîndu-l sub forma sindromului Ganser, iar ceilalți, ca una din variantele posibile ale depresiei. Datele americane oferite de un studiu făcut timp de 5—15 ani de către H. E. WELIS, în 1977, apreciază o incidență de 4% în cadrul unei serii eterogene, neselectionate, de pacienți cu demență, și de 13% în cadrul unui grup atent selecționat de bolnavi suferinzi cel mai probabil de demență primar-degenerativă.

Etiologia afecțiunii este legată de traumatisme craniocerebrale, stres emoțional puternic, intoxicații, condiții speciale (detenție, prizonierat).

Tabel nr. CXI

DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL ÎNTRE PSEUDODEMENȚĂ ȘI DEMENȚĂ

Pseudodemență	Demență
<ul style="list-style-type: none"> ● simptomele sînt de scurtă durată; ● bolnavii se plîng frecvent de starea lor de insuficiență; ● acuzele bolnavilor sînt de obicei detaliate; ● bolnavii exprimă, de obicei, o mare suferință; ● pierderea memoriei pentru evenimente recente și îndepărtate, în egală măsură; ● deficite de memorie pentru anumite perioade sau evenimente; ● atenția și capacitatea ei de concentrare sînt deseori bine păstrate; ● răspunsul frecvent este „alături”; ● pacienții își pun în evidență insuficiența; ● pacienților le este necesar un mic efort în îndeplinirea celor mai simple sarcini; ● bolnavii își reliefează propriile eșecuri; ● bolnavii nu fac eforturi pentru a face față întrebărilor; ● îndeplinirea sarcinilor de dificultate egală se face cu o mare variabilitate; ● modificările afectivității sînt deseori difuze; ● pierderea precoce și intensă a contactelor sociale; ● răspunsurile la întrebările despre orientare sînt de obicei „nu știu”; ● comportamentul nu este concordant cu severitatea afectării cognitive; ● tulburarea nu este accentuată în timpul nopții; ● prezența antecedentelor psihiatrice. 	<ul style="list-style-type: none"> ● simptomele sînt de lungă durată; ● bolnavii se plîng rareori de starea lor de insuficiență; ● acuzele bolnavilor sînt de obicei imprecise; ● pacienții manifestă foarte des o lipsă de preocupare pentru starea lor; ● pierderea memoriei pentru evenimente recente este mai importantă decît pentru cele îndepărtate; ● sînt rare deficitele de memorie pentru anumite perioade; ● concentrarea atenției este deficitară; ● răspunsurile tipice sînt „nu știu”; ● pacienții își ascund neîndemînarea; ● pacienții se străduiesc să-și îndeplinească sarcinile; ● bolnavii sînt încîntați de finalizarea unei acțiuni oricît de neînsemnate; ● bolnavii se bazează pe notițe, calendare, pentru a putea face față; ● teste cu același grad de dificultate sînt rezolvate cu aceeași slabă eficiență; ● afectivitatea este labilă și superficială; ● pacienții își pierd treptat contactele sociale; ● la testele de orientare, bolnavii amestecă realul cu imaginarul; ● comportamentul este de obicei compatibil cu severitatea afectării cognitive; ● tulburarea se accentuează de obicei în timpul nopții; ● prezența inconstanței a antecedentelor psihiatrice.

Tabloul clinic sugerează la prima vedere demența, dar debutul este mai acut și fondul afectiv mai bogat, cu multă suferință și trăirea dureroasă, conștientă a insuficienței psihice și fizice. Aspectul general este de hebetudine și stupiditate; bolnavul nu poate efectua singur nici un fel de activitate, nici intelectuală, nici motorie, conduita sa fiind lipsită de sens, neconcordantă cu solicitările exterioare. Deficitele mnecice pot fi de scurtă sau de lungă durată, iar performanțele obținute la testele psihologice sînt de calitate slabă și necesită un efort variabil.

După cum observa și KAMMERER, circumstanțele etiologice și tabloul clinic permit clasarea acestui afecțiunii în zona de interferență dintre psihoza depresivă melancolică (delir de inutilitate, de negație) și nevrozile zise „traumatice” (cu componentă psihogenă remarcabilă). Cel mai frecvent este întâlnită în cadrul depresiei, urmînd isteria (sindromul Ganser, stările disociative de tip isteric), după traumatisme craniocerebrale etc;

Diagnosticul pozitiv se bazează pe identificarea sindromului clinic caracteristic, pe rezultatele testelor psihologice, pe absența anomaliilor EEG și pe celelalte investigații radiologice, cu izotopi etc. (deși pot exista rezultate fals negative și fals pozitive). Diagnosticul diferențial se face îndeosebi între pseudodemență și demență.

Diagnosticul diferențial se face de asemenea și între formele particulare ale demenței și pseudodemenței.

Evoluția afecțiunii este variabilă (săptămîni sau chiar luni) și de regulă cu un prognostic favorabil, marea majoritate a semnelor clinice dispărînd odată cu ieșirea din starea de hebetudine, de stupiditate. Uneori, persistă o amnezie parțială sau totală în ceea ce privește episodul acut traversat de bolnav. Tratamentul este electiv, cu antidepresive în cadrul pseudodemenței depresive și sedativ nespecific, cu nuanțări etiologice, în celelalte forme.

Tabel nr. CXII

**DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL AL FORMELOR PARTICULARE
DIN DEMENȚĂ ȘI PSEUDODEMENȚĂ**

Criterii	Tip	Pseudodemență isterică	Pseudodemență depresivă	Demență de tip vascular	Demență de tip degenerativ
Debut		brutal, în circumstanțe psihotraumatizante	± brusc	± brusc	insidios
Mod de instalare		rapidă (zile)	rapidă (săptămîni)	lentă (luni)	lentă (ani)
Evoluție		variabilă, legată de persistența stărilor conflictuale	stabilă sau ameliorare	degradare în sector	degradare progresivă
Simptome depresive		—	+++	++	±
Labilitate emoțională		+++	+	++++	0
Trăsături paranoiace		—	(+)	(++)	+++
Dezorientare		++	+	+++	+++
Scădere intelectuală		paradoxală și neomogenă	omogenă	neomogenă	omogenă
Răspuns la antidepresive		—	+++	(+)	0

998. PSEUDODEMENȚĂ WERNICKE^(B) boală

● Psihoză isterică descrisă de WERNICKE în 1901, al cărei tablou clinic este asemănător cu cel al demenței, fără ca bolnavul să-l simuleze. Mecanismul de producere este comun cu cel al celorlalte psihoze isterice (→ GANSER^(S) sindrom). Simptomatologia se conturează în diferite grade de intensitate (→ PSEUDODEMENȚĂ), ceea ce i-a făcut pe autorii francezi să propună termenii de „nevroză pseudodementială” sau „psihoză pseudodementială” (KAMMERER, 1985).

999. PSEUDOESTEZIE (cf. *pseudo-*; gr. *aisthesis*, „senzație”) ● Termen introdus de P. QUERCY, în 1930, ca un echivalent pentru halucinațiile psihice. Termenul nu s-a impus.

1000. PSEUDOFOBIE^(F) (cf. *pseudo-*; gr. *phobos* „frică”) ● Fixarea tranzitorie a anxietății flotante (libere) prin mecanisme asociative. Pseudofobiile apar în nevroza anxioasă și nu au specificitate și semnificație particulară. Anxietatea evoluind predominant în crize, prezența echivalențelor anxioase, dispariția bruscă a fricii (în funcție de obiectul recunoscut ca anxigen) sînt elementele care separă pseudofobiile de fobiile adevărate.

1001. PSEUDOHALUCINAȚII (cf. *pseudo-*; lat. *hallucinatio* „nălucire”)—sin. HALUCINAȚII IN-SIN.

TRAPSIHICE → HALUCINAȚII PSIHICE (AUTOREPREZENTĂRI APERCEPTIVE—PETIT, 1911)

1002. PSEUDOHERMAFRODITISM (cf. *pseudo-*; gr. *Hermaphroditos* — fiul lui Hermes și al Afroditei) — sin. GINANDROMORFISM ; HERMAFRODITISM SPURIUS ● Formă de intersexualitate, constînd în existența unor caractere sexuale aparente, care nu concordă cu sexul gonadic. Se deosebesc forme de pseudohermafroditism feminin și masculin extern, intern sau complet, după cum sînt malformate organele sexuale interne, externe sau ambele.

Pseudohermafroditismul feminin este o hiperandrogenizare a organismului, produsă exogen sau endogen. El poate fi determinat prenatal sau postnatal. Cauzele prenatale sînt :

- endogene — hiperplazie congenitală a zonei reticulate corticosuprenale ;
- exogene — tumori virilizante ale ovarului mamei, iatrogenizare (tratamente cu steroizi anabolizanți, progestative de sinteză).

Expresia clinică a pseudohermafroditismului prenatal interesează situsul urogenital, mugurii perineali, caracterele sexuale secundare ; pot apărea și fenomene de virilizare pilară ; organele genitale interne nu sînt niciodată modificate. Cauzele pseudohermafroditismului feminin postnatal pot fi de asemenea endogene și exogene :

- endogene — tumori virilizante ovariene, ovar polichistic virilizant ;

● exogene — intersexualitatea se manifestă, în acest caz, prin sindromul virilizare-defeminizare. Virilizarea se manifestă atît la nivel somatic, cît și psihocomportamental. La nivel somatic : virilism pilar, acnee, comedoane, hipersecreție sebacee, hipertrofie clitoridiană, plicaturarea scrotală a labiilor, timbru grav al vocii, bazin îngust, umeri largi, dezvoltare musculară de tip masculin, tegumente groase și aspre. În plan psihocomportamental se manifestă tendințe spre agresivitate, impulsivitate, dominare, dar și complexe de inferioritate. Defeminizarea apărută prin carență estrogenică se manifestă prin tulburări ale ciclului menstrual (bradimenoree, spaniomenoree, tahimenoree, amenoree, oligomenoree, polimenoree, hipermenoree), hipotrofie vaginală și involuție uterină, hipotrofia glandelor mamare, sterilitate primară sau secundară.

○ formă particulară a pseudohermafroditismului feminin apare în ovarul polichistic virilizant, manifestat printr-un sindrom de masculinizare-defeminizare.

Pseudohermafroditismul masculin este o formă de intersexualitate caracterizată prin faptul că, deși testiculul există, organismul nu se masculinizează, datorită fie deficitului de testosteron și inhibină, fie deficitului receptorului steroid. În funcție de cauzele de producere, pseudohermafroditismul masculin este diferențiat în :

- pseudohermafroditism prin erori de biosinteză care interesează organele steroidogenice, corticosuprenale și testiculul, apărînd în cazul deficiențelor de 20—22-desmolază sau 22-hidroxilază, 3-β-hidroxietyldehidrogenază, 17-hidroxiilază, 17—20-desmolază, 17-cetoreductază. Caracteristicile acestui tip de intersexualitate constau în faptul că sexul genetic este întotdeauna masculin, sexul gonadic este tot masculin, dar organele genitale externe nu dezvoltă derivatele mülleriene și wolfiene, organele genitale interne fiind intersexualizate, iar cele externe potînd fi feminine sau intersexualizate ; pubertatea poate lipsi ;
- pseudohermafroditism prin disfuncție de receptor :
 - disfuncția transportului citozolic pentru testosteron se caracterizează prin sex genetic masculin, sex gonadic masculin, dar cu dezvoltarea organelor genitale externe și interne în sens feminin ;
 - deficit de 5-α-reductază testosteron-independentă ; se caracterizează prin organe genitale externe feminine sau intersexualizate ;
 - deficit de 5-α-reductază testosteron-dependentă, se manifestă printr-un deficit sau absența pilozității ;

- pseudohermafroditismul orhidisgenetic este datorat unor leziuni morfologice și funcționale ale testiculului, în care organele genitale interne sînt hipoplazice, absente, normale sau intersexuate (absența inhibinei), organele genitale externe sînt intersexuate, pubertatea poate lipsi sau, dacă apare, este intersexuată și deficitară.

Aceste intersexualități ridică o serie de probleme medicale: sexul declarat la naștere este cel al aspectului sexual predominant, existînd frecvent, ulterior, o concordanță între sexul acceptat de subiect și cel „declarat” (deși există și cazuri de neconcordanță). Dacă este indicată o corecție, aceasta trebuie făcută pînă la vîrsta de doi ani (copilul nu are conștiința sexului). La pubertate, tratamentul hormonal substitutiv se face cu hormoni izosexualizanți sexului pentru care s-a optat.

1003. PSEUDOHURLER^(B) boală ^{sin.} → GANGLIOZIDOZĂ GENERALIZATĂ; LIPIDOZĂ NEUROVISCERALĂ FAMILIALĂ; BOALA TAY-SACHS CU ATINGERE VISCERALĂ ^{sin.} → CRAIG-NORMAN^(B) boală.

1004. PSEUDOIMPONDERABILITATE^(B) ^{sin.} sindrom (cf. *pseudo-*; lat. *in-*, prefix negativ; *ponderare* „a cîntări”) ● Sindrom descris de R. J. GOLANT (1940), caracterizat prin asocierea unor deficiențe senzoriale (hiposmie, agenezie) cu depresia majoră și simptome neurologice (de tip hipotalamic și optico-vestibular), la care se adaugă senzația de plutire, de imponderabilitate. Uneori, apare și senzația de modificare a dimensiunilor extremităților. A fost descris în patologia organică a encefalului, de regulă neuroinfecțioasă, și s-a presupus o localizare în regiunea temporală dreaptă.

1005. PSEUDOINDIFERENȚĂ (cf. *pseudo-*; fr. *Indifférence*) ● Neparticipare afectivă aparentă, datorată în realitate bradikineziei, întîlnită în afecțiunile psihice de coloratură depresivă.

1006. PSEUDOLALIE (cf. *pseudo-*; gr. *lalein* „a vorbi”) → GLOSOMANIE.

1007. PSEUDOLOGIE (cf. *pseudo-*; gr. *logos* „cuvînt”) — ^{sin.} MINCIUNĂ FANTASTICĂ → MITOMANIE.

1008. PSEUDOLYSSA HISTERICA (cf. *pseudo-*; gr. *lyssa* „turbare”) ● Formă clinică a isteriei (dispărută astăzi), relativ frecventă la finele secolului al XIX-lea, prin care subiectul mima rabia (turbarea).

1009. PSEUDOMENINGITĂ (cf. *pseudo-*; gr. *meninx* „membrană”) ● Termen prin care E. DUPRÉ (1895) descrie reacția meningeală de etic-

logie nonmeningitică din diferite stări febrile (greață, vomă, rigiditate a gîtului, cefalee și uneori creșterea presiunii lichidului cefalorahidian).

1010. PSEUDOMINCIUNĂ ● Atitudine rezultînd din interferența realului cu imaginarii la copii, urmare a insuficienței dezvoltării a gîndirii; nu are semnificație patologică.

1011. PSEUDOMNEZIE (cf. *pseudo-*; gr. *mneme* „amintire”) → DÉJÀ VU.

1012. PSEUDOMUTUALITATE (cf. *pseudo-*; fr. *mutualité*; vezi lat. *mutuus* „reciproc”) ● Concept introdus de școala de la Betesda, în special prin lucrările lui WYNNNE, desemnînd un „sistem de interpretare psihodinamic a schizofreniei în organizarea sa familială” (BRISSET, BERNARD, EY). Pseudomutualitatea este o strategie de apărare, „o stare sterilă constantă de pace și bună înțelegere menținută cu orice pret, pentru a masca vidul subiacent, incoerența și absurditatea” (BARGUES, DEMANGEAT).

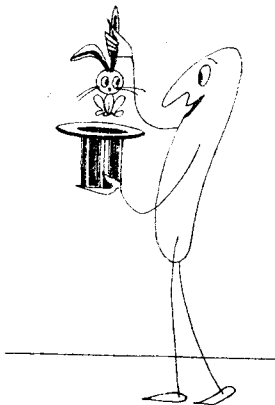
Pseudomutualitatea este concepută ca o strategie de apărare împotriva unui nivel exterior de preocupări, de luptă și de ură continuă, ajutînd la protejarea subiectului de anxietate și umilințe. Ca și pseudoostilitatea, pseudomutualitatea șterge sentimentele neplăcute, dorințele înfricoșătoare, tendințele amenințătoare, dar și emoțiile adevărate, viața concretă. Familia devine un mediu închis și secret, cu o economie extremă a investițiilor afective și perceptive, care folosește relații formale și depersonalizate, o „subcultură” cu caracteristici și reguli de funcționare proprii. Analiza pseudomutualității a reușit să stabilească principalele trăsături ale familiei schizofrenului: tulburarea modelelor de comunicare și percepție, fragmentarea experienței, difuziunea identității. Studiile asupra acestei probleme au fost reluate de școala de la Palo Alto.

1013. PSEUDOPARALIZIE GENERALĂ PROGRESIVĂ (cf. *pseudo-*; gr. *paralysis*) ● Tablou clinic care îmbină sindromul pseudodemențial, neurologic și umoral, foarte asemănător cu cel descris în paralizia generală progresivă (RBW este negativ atît în sînge, cît și în lichidul cefalorahidian). După Rodica MACREA, etiologia poate fi multiplă: alcoolism cronic, traumatisme craniocerebrale, tumori, intoxicații (dintre care saturnismul și intoxicațiile cu oxid de carbon sînt incriminate cel mai frecvent), trepanosomiya, avitaminozele severe (PP).

1014. PSEUDOPARAPLEGIE (cf. *pseudo-*; gr. *para* „îngă”; *plege* „lovitură”) ● Tablouri clinice în care pe prim-plan sînt prezente semne de deficit motor parțial sau total, cu elemente motorii și senzitivo-motorii dispuse simetric, fără a se consemna leziunea sistemului nervos cen-

tral ; după LĂZĂRESCU, cauzele constau în afecțiuni reumatismale ale coloanei, afecțiuni neurologice cu tulburări de tonus și afecțiuni psihice, în care frecvența cea mai mare o au isteria și schizofrenia (catatonică).

1015. PSEUDOPSIHOLOGIE (cf. *pseudo-* ; gr. *psyche* „suflet” ; *logos* „cuvânt, discurs”) ● Sub acest termen pot fi grupate toate acele acțiuni care, mimînd instrumentele, limbajul, obiectivele sau scopurile psihologiei (în special pe cele ale psihologiei clinice), încearcă să construiască pe cale empirică metode de explorare sau tratament. Delimitarea domeniului în care pseudopsihologia își face loc nu este deloc facilă, deoarece, așa cum arăta C. S. PEYER (1986), este dificil să răspunzi la întrebarea dacă transferul de memorie între persoane sau învățarea de către primate a limbajului articulat sînt sau nu de domeniul unui



studiu științific serios. Deși dobîndește rapid prozele și susținători înfocați (fenomen ale cărui cauze ar fi rolul antianxiogen al contactelor umane, dorința individului de a fi perfect, iluzia cunoașterii unor evenimente imprevizibile), limbajul necritic la adresa performanțelor individuale, evaluarea unor succese înregistrate de o metodă sau alta, într-un stil care nu are nimic comun cu demersul științific, invalidează categoric valoarea și eficiența metodelor pseudopsihologiei. Succesul indezirabil al acestei metode ține și de faptul că numeroși indivizi acceptă cu ușurință modelele și explicațiile „prefabricate”, tot ceea ce nu impune un efort de analiză. Dintre domeniile pseudopsihologiei, cele mai cunoscute sînt :

- frenologia și fiziognomia (unii autori consideră că metoda analizei destinului, imaginată de L. SZONDI, nu este decît o reluare

sofisticată a teoriilor fizionomice combinate cu noțiuni de genetică elementară) ;

- polimistria, în variantele : chirosofia (asocierea desenului palmar cu personalitatea și destinul) și chirognomia (care interpretează forma mîinii și a degetelor, ca și pozițiile și mișcarea mîinilor) ;
- grafologia care, deși este mai populară și acreditată ca metodă „științifică”, în Europa este contestată, iar în SUA studiile lui HOLT (1965) indică o corelație redusă sau nulă între „observații” și realitate ;
- astrologia, mereu într-o actualitate întretinută cu ajutorul unor tehnici de calcul sofisticate, mergînd pînă la folosirea „diagnosticului automat”. Mai mult, susținătorii metodei afirmă că eșecurile de pînă acum ale astrologiei s-ar datora unor imperfecțiuni pe care datele astronomiei moderne le-ar putea corecta. Publicarea unor horoscoape pentru cîini este ilustrativă pentru „seriozitatea” acestei pseudostiințe ;
- numerologia, în diferitele ei variante, a căpătat prin introducerea tehnicii moderne de calcul un avînt trecător ;
- preferința pentru culori, deși este acreditată cu posibilități predictive chiar de unii psihologi, este vehement contestată (LEE, 1972), mai ales din prisma simbolisticii culorii, specifice în diversele culturi ;
- parapsihologia, deși descrie o serie de fenomene care stîrnesc o vie emoție în rîndul publicului (clarviziune, telepatie, parakinezie, percepție extrasenzorială), nu rezistă la proba unor verificări adecvate, chiar dacă adepții înflăcărați ai acestui domeniu susțin că astfel de controale, „prin ostilitatea lor, împiedică fenomenul”.

1016. PSEUDOPSIHOZĂ AFFECTIVĂ PETERS

(cf. *pseudo-* ; gr. *psyche*) ● Sindrom afectiv în cadrul epilepsiei temporale, caracterizat prin modificări bruște și frecvente ale poziției (explozii afective) și prin tulburări notabile ale personalității (instabilitate, infantilism, impulsivitate). Aceste manifestări, descrise inițial de PETERS, în 1969, nu sînt legate de apariția unei evoluții dementiale. Sînt însoțite de modificarea comportamentului social, care devine dezadaptativ și uneori de un alcoolism secundar. Diagnosticul este dificil de stabilit atît timp cît aceste modificări sînt singurele din tabloul clinic.

1017. PSEUDOPUBERTAR⁽⁸⁾ sindrom (cf. *pseudo-* ; lat. *pubertas* „pubertate”) ● Variantă evolutivă a unor schizofrenii torpide cu debut la adolescență, descrisă de V. NADJAROV, în 1965. Simptomatologia constă în creșterea labilității afective, atitudini de contrazicere și opoziție,

tendință la atitudini protestatate și schimbări paradoxale ale emoțiilor; criteriului expectanței, asociat cu alte simptome ca izolarea nemotivată, tocirea afectivă, scăderea creativității și a atitudinilor active, care contribuie la elaborarea unui diagnostic corespunzător.

1018. **PSEUDOPTIALISM** (cf. *pseudo-*; gr. *ptyalon* „salivă”) ● Acumulare masivă a salivei în gura bolnavilor schizofreni, ca semn al catatoniei. Saliva, care este înghițită sau scuipată periodic, nu este un semn al hipersalivației, ci al modificării reflexului normal de înghițire.

1019. **PSEUDOREMINISCENȚĂ** (cf. *pseudo-*; lat. *reminiscentia* „reamintire”) ● Falsificare mnezică a ordinii cronologice, prin care se poate imagina trăirea în prezent a unor evenimente reale petrecute în trecut. Face parte din grupul paramnezilor, fiind întâlnită în sindromul Korsakov.

1020. **PSEUDOSCLEROZĂ SPASTICĂ** (cf. *pseudo-*; gr. *skleros* „dur”) — sin. DEGENERESCENTĂ CORTICO-PALIDO-SPINALĂ; DEGENERESCENTĂ CORTICO-STRIATĂ SPINALĂ; DEGENERESCENTĂ PIRAMIDO-PALIDALĂ AMIOTROFICĂ STERLING; ENCEFALOPATIE DISEMINATĂ DAVISONI $\xrightarrow{\text{sin.}}$ JAKOB-CREUTZ-FELDT^(B) boală.

1021. **PSEUDOSCOPIE** (cf. *pseudo-*; gr. *skopein* „a privi”) ● Iluzie vizuală (V. PREDESCU) privind mărimea, forma și distanța obiectelor.

1022. **PSEUDOSINCOPĂ** (cf. *pseudo-*; gr. *synkope*) ● Tip „de pierdere a cunoștinței” de scurtă durată, cu instalare și revenire lentă (element definitoriu al afecțiunii dar și al diagnosticului diferențial), întâlnită în special la femei, la personalități de tip isteric.

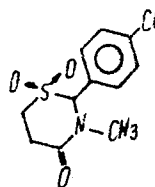
1023. **PSI — fenomene** ● Abreviere folosită în parapsihologie pentru fenomene presupuse a se desfășura având drept substrat (încă necunoscut) factorul PSI. Dintre aceste fenomene, parapsihologia deosebește:

- fenomene psi gamma (de la „g” — gnozie), din sfera cunoașterii, considerate și sub numele de metagnozie (BORIAC), cum ar fi: telestezia, telepatia, clarviziunea și psihometria (în sensul dat de BUCHANAN acestui termen, de capacitate de a obține impresii și imagini din trecut sau din prezent prin intermediul unui obiect care a fost purtat sau atins de o altă persoană decât cea care percepe obiectul);
- fenomene de tip psi kappa (de la „k” — kinzie), care includ mișcarea unor obiecte, cum ar fi telekinezia.

Deși există numeroși susținători ai fenomenelor de tip psi, dificultățile de reproducere în condiții experimentale, imposibilitatea de elaborare a unei teorii coerente, precum și multe ambiguități de limbaj fac ca acest domeniu să rămână la o distanță apreciabilă de o instrumentare științifică.

1024. **PSICHIAL^(M)** Italia — 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).

1025. **PSICHOTON^(M)** Grecia — DCI *Clormezanona* ● 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.

1026. **PSICBLITZ^(MC)** Italia ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, cu aceeași acțiune, care se completează:

- L-GLUTAMINĂ^(M) — roborant proteic;
- PEMOLINĂ^(M) — noanaleptic, derivat feniletilaminic.

Are acțiune psihostimulatoare.

1027. **PSICOCEN^(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 NL incisive (endogenii) și, în același timp, este util în combaterea impulsivității obsesiv-compulsive și în afecțiuni psihosomatice. Efectele secundare sînt comune neurolepticelor incisive, pentru dozele mari. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

1028. **PSICODELTA^(MC)** Italia ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate $\xrightarrow{\text{sin.}}$ PSICBLITZ^(MC) Italia.

1029. **PSICOFAR^(M)** Italia — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic — sin. **PSICHIAL^(M)** Italia → **NAPOTON^(M)** România.

1030. **PSICOLAND^(M)** Spania — DCI *Metilpentinol carbamat* ● Tranchilizant, derivat alkenic de tip 3-metil-1-pentin-3-ol carbamat, cu acțiune sedativ-hipnotică și miorezolutivă, prin inhibarea transmisiei ganglionare.

1031. **PSICOLINA^(M)** Italia — DCI *Deanol pantoterat* ● Psihostimulent, derivat dimetilamino-etanol (DMAE). Este un precursor al acetilcolinei, cu acțiune psihostimulentă, prin creșterea concentrației de acetilcolină, și valențe antidepressivă. Se poate utiliza în corectarea efectelor secundare ale NL sedative; are acțiune proconvulsivantă.

1032. **PSICOMIDINA^(M)** Italia — DCI *Nialamidă* ● Antidepressiv timoanaleptic, derivat hidrazinic de tip 2-acid isonicotinic-1(2-benzilcarbamil)etil/hidrazidă, indicat în depresiile inhibitate. Este lipsit de efecte sedative (necesită asocierea). Nu se administrează concomitent cu betabloccante, psihostimulente și antidepressivă timoleptice, necesitând o pauză de 14 zile. Contraindicațiile sînt în general cele ale timoanalepticilor → IMAO.

1033. **PSICONOVAG^(MC)** Argentina ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, care se completează:

- **MAGNESIUM GLUTAMAT^(M)** — roborant proteic;
- **PROMETAZINĂ^(M)** — neuroleptic, derivat fenotiazinic.

Are acțiune sedativ-anxiolitică.

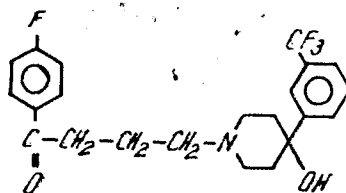
1034. **PSICOPAX^(M)** Brazilia — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-5-(o-clorfenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Nu se administrează în sarcină.

1035. **PSICOPAX^(M)** Spania — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune identică cu a diazepamului, fiind un metabolit al său, ceea ce 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)**.

1036. **PSICOPAZ^(M)** Ecuador — DCI *Dipotassium clorazepat* ● Tranchilizant, derivat benzo-

diazepinic 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 modeste sedativ-hipnotice îi oferă o largă utilizare.

1037. **PSICOPERIDOL^(M)** Danemarca, Italia, Suedia — DCI *Trifluoperidol* ● Neuroleptic incisiv, derivat butirufenonic de tip 4'-fluor-4-14-hidroxi-4-(α,α,α -trifluor-m-tolil)-piperidinol/butirufenonă.



Gruparea trifluorometil, care a înlocuit clorul, îi conferă, spre deosebire de restul butirufenonelor, o puternică acțiune antipsihotică, păstrînd acțiunea sedativă și antiemetică a clasei. Are efecte secundare de tip neuroleptic incisiv și sedativ puternice → **BUTIROFENONE**.

1038. **PSICO-RETARD^(MC)** Spania ● Produs terapeutic ce conține trei medicamente tipizate, cu aceeași acțiune sau acțiune diferită, dar care se completează:

- **MEPROBAMAT^(M)** — tranchilizant, derivat propandiolic;
- **DIAZEPAM^(M)** — tranchilizant, derivat benzodiazepinic;
- **NIALAMIDE^(M)** — timoanaleptic, derivat hidrazinic (MAO).

Are acțiune antidepressivă, anxiolitic-sedativă.

1039. **PSICOSAN^(M)** Italia
PSICOSEDIN^(M) Brazilia
 — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic — sin. **PSICOFAR^(M)** Italia → **NAPOTON^(M)** România.

1040. **PSICOTERINA^(M)** Italia — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic — sin. **PSICOSAN^(M)** Italia → **NAPOTON^(M)** România.

1041. **PSICRO-** (cf. gr. *psychros* „rece”) ● Element de compunere care introduce semnificația de „rece”.

1042. **PSICROALGIE** (cf. *psicro-*; gr. *algos* „durere”) — sin. **PSICROESTEZIE** ● Apariția senzației dureroase la rece (atingerea unui obiect rece sau scăderea temperaturii mediului ambiant), prezentă în polinevrite.

După unii autori, este tipică pentru polinevrita alcoolică.

1043. **PSICROESTTAL**^(M) Costa Rica — DCI *Oxazepam* ^{sin.} → **PSICOPAX**^(M) Spania.

1044. **PSICROFOBIE**^(F) (cf. *psicro-*; gr. *phobos* „frică”) — sin. **CHEIMOFOBIE**^(F) ^{sin.} → **CRIOFOBIE**^(F)

1045. **PSICRONIZER**^(M) Italia — DCI *Nomifen-sină* ● Antidepressiv timoleptic de tip 8-amino-1,2,3,4-tetrahidro-2-metil-4-fenilisoquinolină, indicat în depresiile psihotice, în cele psihogene și somatogene de intensitate medie. Se pretează la utilizarea în tratamentul ambulator. Contraindicațiile sînt reprezentate de deliruri acute, alcool, intoxicații cu somnifere și sarcină.

1046. **PSICROTERAPIE** (cf. *psicro-*; gr. *therapeia* „tratament”) ● Formă de tratament prin aplicații reci generale sau locale. În prezent, frecvența cu care se folosește în psihiatrie este redusă; a reprezentat o formă de tratament energic la finele secolului al XIX-lea, perioadă cînd a fost utilizată și la noi în țară.

1047. **PSIGODAL**^(M) Spania — DCI *Mepriprazol* ● Tranchilizant cu o structură chimică particulară de tip 1-(m-clorfenil)-4-12-(5-metilpirazol-3-il)etil-piperazină, cu acțiune sedativ-anxiolitică.

1048. **PSIH(O)-** (cf. gr. *psyche* „suflet”) ● Element de compunere care introduce referirea la psihic.

1049. **PSIHAGOGIE** (cf. *psiho-*; gr. *agoge* „acțiunea de a dirija, educație”) ● Formă de psihoterapie (V. PREDESCU) prin metode educative.

1050. **PSIHALERGIE** (cf. *psiho-*; gr. *allos* „altul”; *ergon* „acțiune”) ● Termenul a fost creat de BÉNO și se referă la stările de sensibilizare psihică consecutive unor elemente psihotraumatizante care acționează pe un teren favorabil, în sensul predispoziției spre afecțiuni psihice → **ALERGIE PSIHICĂ**.

1051. **PSIHALGIE** (cf. *psiho-*; gr. *algos* „durere”) ● Senzație dureroasă care nu este datorată unor tulburări organice, fiind rezultatul unor modulații produse prin factori afectivi (L. MICHAUX). Această durere apare în crize, în cadrul sindromelor cenestopate, al stărilor reactive și depresiilor. I. T. EXARCU o numește și „durerea feței”, considerînd caracteristice localizarea imprecisă, răsunetul psihic intens, rezistență la terapia analgetică. Ipoteza etiologică este legată de microleziuni ale nucleilor talamici nespecifici sau altor

structuri subcorticale, leziuni neînsoțite de date obiective neurologice.

1052. **PSIHANALGEZIE** (cf. *psiho-*; gr. *an-* prefix privativ; *algos*) ● Metodă psihoterapică de calmare a senzațiilor dureroase, folosită mai ales în obstetrică. Psihanalgezia durerilor la naștere este o metodă pusă la punct de HARKOV, bazată pe concepția pavlovistă, utilizînd metode educativ-pedagogice. Psihanalgezia extemporanee a durerilor de naștere se bazează pe administrarea oxigenoterapiei și masarea zonelor de proiecție cutanată a durerii, în regiunea abdominală inferioară și cea lombosacrată.

1053. **PSIHANALIZĂ** (cf. *psiho-*; gr. *analysis* „analiză”) ● Sistem psihologic terapeutic elaborat de FREUD, care poate fi definit la trei niveluri:

- metodă de investigare a persoanei în scopul descoperirii semnificațiilor inconștiente ale unor manifestări, reacții, acte (cuvinte, gesturi, producții imaginative, vise, fantasmе, deliruri etc.); conținuturile supuse interpretării apar în asociațiile libere ale persoanei; alte producții care se pot interpreta sînt desenele, grifonajele spontane;
- ansamblu teoretic (concepție) ce oferă explicații în psihologie și psihopatologie, pentru diferitele modalități de structurare a persoanei și de apariție a simptomelor; ca sistem teoretic, psihanaliza conceptualizează și sistematizează datele furnizate de investigarea analitică și de terapia analitică;
- metodă terapeutică (psihoterapie) folosind tehnica asociației libere; se bazează pe investigarea analitică și operează prin interpretare controlată a unor fenomene ca: rezistența, transferul, visele, actele ratate etc.



FREUD descoperă psihanaliza în cursul încercărilor de a trata o serie de tulburări nevrotice. El folosește pentru prima dată termenul de psihanaliză în 1896, în lucrarea „Noi observații asupra psihozelor de defensă”. Descoperind posibilitatea

Tabel CXIII

PRINCIPALELE EVENIMENTE ÎN DEZVOLTAREA PSIHANALIZEI

1880—1893	Perioada premergătoare psihanalizei propriu-zise Școala de la Salpêtrière Școala de la Nancy Primul caz tratat de BREUER prin hipnoză (Anna O.) interes pentru nevroze, în special pentru isterie Folosirea hipnozei ca metodă de investigație și tratament Descoperirea acțiunii patologice a amintirilor inconștiente, legate de evenimente traumatice Hipnoza, sugestia, catharsisul și acțiunea lor terapeutică	BREUER, CHARCOT, BERNHEIM, P. JANET
1880—1882	Cazul Anna O., 21 de ani, isterie cu conversii somatice, tratat prin hipnoză	BREUER
1882	Comunicare asupra activității nervoase determinate prin hipnotizarea istericilor (ietargie, catalepsie, somnambulism)	CHARCOT, Școala de la Salpêtrière
1884 (→1885)	Leții asupra paraliziiilor isterice, legătura acestor paralizii cu traumatismele emoționale	CHARCOT, Școala de la Salpêtrière
1884	Studii asupra hipnozei, efectele terapeutice ale sugestiei	BERNHEIM, Școala de la Nancy
1886 (→1889)	Observații asupra acțiunii patologice a amintirilor uitate, privind evenimente emoționale violente	P. JANET
1889	„Automatismul psihologic” (repetarea amintirii traumatice în stare de somnambulism)	P. JANET
1893—1895 Prima perioadă freudiană	Perioada de început a psihanalizei Colaborarea lui FREUD cu BREUER. Relația dintre anumite amintiri traumatice și simptomele isterice. „Mecanismul psihic al fenomenelor isterice” (FREUD, 1893).	FREUD, BREUER
1893 (→1905) FREUD publică o serie de lucrări importante pentru fundamentarea psihanalizei. A doua perioadă freudiană	Descoperirile fundamentale, existența inconștientului, prima topică freudiană. Cenzura, rezistența, asociațiile libere. Refularea, transferul. Lucrarea „Studii asupra isteriei” (1895). Finalizarea (curei) cazului Dora (1899). „Interpretarea viselor” (1900). Visul — „cale regală” spre inconștient. Mecanismele visului (condensare, deplasare, simbolizare etc.). „Psihopatologia vieții cotidiene” (1901). Actele ratate și semnificația lor. „Trei eseuri asupra teoriei sexualității” (1905). Prima topică: inconștient, preconștient, conștient. Publicarea cazului Dora în „Fragment din analiza unei isterii” (1905).	FREUD
1903 (→1920) A treia perioadă freudiană	Aprofundarea psihanalizei ca practică terapeutică (psihoterapeutică). Aprofundarea fenomenelor de rezistență și transfer în cadrul curei analitice. Diferențierea investițiilor libidinale (libidou obiectual, libidou narcisic). Mecanismul sublimării.	FREUD

(continuare tabel CXIII)

1906 (→1920—1922)	Dezvoltarea mișcării psihanalitice în lume. Școala de la Zürich (BLEULER, JUNG). Dezvoltarea psihanalizei pe plan mondial după primul război mondial. Primul val disident, ADLER și JUNG.	BLEULER, JUNG (Zürich); E. JONES (Londra); K. ABRAHAM (Berlin); S. FERENCZI (Budapesta); RÉGIS și HESNARD (Paris)
1907	„Delir și vis : Gradiva” lui JENSEN, lucrare-eseu	FREUD
1907 (→1909)	Lucrări și articole referitoare la : actele obsesionale și exercițiile religioase, erotismul anal, maladii nervoase și morala sexuală în societatea civilizată, creație literară și vis treaz. Articolul „Analiza unei fobii la un băiat de 5 ani” (cazul micului Hans)	FREUD
1910	„Psihanaliza”, reeditată ulterior sub titlul „Cinci lecții de psihanaliză”. Lucrarea „O amintire din copilărie a lui Leonardo da VINCI”. Mai multe lucrări referitoare la : perspectivele terapiei analitice, semnificația limbajului la primitivi, alegerea obiectuală, psihanaliza „barbară”.	FREUD
1910, martie	Congresul de la Nürnberg Se creează Asociația Psihanalitică Internațională Disidența lui ADLER	FREUD și FERENCZI ADLER
1911	„Remarci psihanalitice în autobiografia unui caz de paranoia” (cazul președintelui Schreber).	FREUD
1912	„Dinamica transferului” — lucrare despre importanța și semnificația transferului în cura analitică. Disidența lui STEKEL	FREUD STEKEL
1912—1913	„Totem și Tabu”. Originea îndepărtată a complexului Oedip. Semnificația morții tatălui primitiv. Prohibiția incestului. Animismul, gândirea magică.	FREUD
1913	„Predispoziția pentru nevroza obsesională”. Disidența lui JUNG	FREUD JUNG
1914	„Moise de Michelangelo”. „Introducere în narcisism”. „Rememorare, repetiție și elaborare”.	FREUD
1915	„Observații asupra iubirii în transfer”. „Considerații actuale asupra războiului și asupra morții”. „Pulsiuni și destin al pulsiunilor”. „Refularea”. „Inconștientul”.	FREUD
1916—1920	Eseuri asupra psihanalizei : „Introducere în psihanaliză”, „Complement metapsihologic la doctrina viselor”; „Un copil este bătut”; „Psihogeneza unui caz de homosexualitate feminină”.	FREUD
1920—1939 A patra perioadă freudiană	Modificări în teoria psihanalitică. Pulsiunile vieții (Eros) și pulsiunile morții (Thanatos). Fenomenele de repetiție (nevrozele traumatice, nevroza de destin, nevroza de transfer). „Dincolo de principiul plăcerii”. Meta-psihologia. Perspectiva dinamică (stadiile libidinale), perspectiva economică.	FREUD

(continuare tabel CXIII)

1923 (→1923)	A doua topică freudiană, a doua teorie asupra aparatului psihic (cele trei instanțe: Sinele, Eul, Supraeul; diferențierea acestor instanțe). Defensiunile Eului (mecanismele de apărare nevrotică). „Psihologia colectivă și analiza Eului” (1921). Perspectiva topică	FREUD
1924 (→1939)	Lucrări despre psihanaliză: „Rezistențe la psihanaliză” (1925); „Inhibiție, simptom și angoasă” (1926); „Viitorul unei iluzii” (1927); „Dostoievski și paricidul” (1928); „Răul unei civilizații” (1930); „Sexualitatea femeii” (1931); „De ce războiul” (scrisoare către A. EINSTEIN, 1933); „Edgar Poe, studiu psihanalitic” (1933); „Analiză terminată și analiză interminabilă” (1937); „Moise și monoteismul” (1939).	FREUD
1924 (→1928)	Practica analitică aplicată la copii, descoperiri asupra vieții fantasmatică a copiilor, considerații asupra sexualității feminine. Oedip-ul precoce, poziția paranoidă, poziția depresivă, tehnica analizei la copii. Mecanismele de apărare psihotice.	Melanie KLEIN
1924	Cartea „Traumatismul nașterii”, inițial apreciată, apoi criticată de FREUD. Cartea pune accent pe relația mamă-copil și pe transferul matern.	Otto RANK
1927	Conflictul între REICH și FREUD; în 1927, REICH publică prima versiune a lucrării „Funcțiunea organismului”.	W. REICH
1928–1929	Teoria pan-genitalității a lui REICH se extinde; REICH creează „Centre de informare și de igienă sexuală”. Publică, la Moscova, „Materialism dialectic și psihanaliză”, articol freudo-marxist.	W. REICH
1931	SEXPOL (Sexual Politik): mitinguri, conferințe, consultații pentru educarea sexuală a copiilor, avorturi libere, modificarea legislației privind mariajul și divorțul.	W. REICH
1933 (→1937–1939)	Orientarea culturalistă. Karen HORNEY și Erich FROMM. „Personalitatea nevrotică a timpurilor noastre”, „Noile căi ale psihanalizei”, lucrări în care K. HORNEY se opune lui FREUD, sexualitatea fiind considerată nu sursă a nevrozelor, ci efect al acestora; la fel și complexul Oedip. Accent pe factorul socio-cultural, pe situația actuală a pacientului. E. FROMM, culturalist, neo-freudist, freudo-marxist: tulburările sexuale nu sînt cauza, ci consecința caracterului nevrotic. Nevroza este o formă (morbidă) de luptă în contextul unor condiții dificile de viață.	Karen HORNEY E. FROMM O. RANK, K. HORNEY și E. FROMM reprezintă al doilea val de disidenți contemporani cu FREUD.
1942 „Periferia psihanalizei”	„Eul, foamea și agresivitatea”; corpul este plasat în centrul preocupărilor psihoterapeutice; este debutul terapiilor (psihoterapiilor) corporale. Gestaltterapia. Accent pe funcțiunea de nutriție. Agresivitatea dentală.	F. S. PERLS

(continuare tabel CXIII)

1945 „Periferia psihanalizei”	„Visul dirijat în psihoterapie”. Pacientul fantasmează asupra anumitor teme care i se propun, teme centrate pe ascensiune, pe elevație. Inițial, tehnica a fost influențată de concepția jungiană.	R. DESOILLE
1950	Ego-psychology; debutul acestei școli, înainte de al doilea război. Teoretic, se pune accent pe mecanismele de defensă, pe rezistențe; din punct de vedere tehnic, accentul cade pe analiza prealabilă a rezistențelor (și a conținuturilor). H. HARTMANN, „Comentarii asupra teoriei psihanalitice a Eului”, 1950. Ego-psychology cunoaște o mare răspândire în SUA. Este „psihanaliza americanizată”.	H. HARTMANN, R. LOWENSTEIN, E. KRIS, D. RAPAPORT, W. HOFFER, L. de GROOT
1953, Franța	Sciziune în Societatea Psihanalitică Franceză, înființată în 1926, marcată prin demisia lui D. LAGACHE, căruia i se alătură J. LACAN. În prezent, această societate cuprinde aproximativ 280 de membrii, dintre care o treime sînt psihanalisti fără studii medicale. Protagonistii sciziei: LAGACHE, LACAN, NACHT.	S. LEIBOVICI, J. LACAN, S. NACHT, P. DENIS, D. LAGACHE, SCHLUMBERGER, LAFORGUE, HESNARD, ALLENDY
1967 „Periferia psihanalizei”	D. COOPER: „Psihiatrie și antipsihiatrie”. Antipsihiatria se apropie de psihanaliză prin perspectiva etiologică asupra maladiei psihice, atît a nevrozei, cît și a psihozei. Maladia mintală ca simptom al maladiei sociale.	COOPER, LAING, ESTERSON
1970 „Periferia psihanalizei”	„Strigătul primal”, psihoterapia prin strigăt primal, suportă o anumită influență a concepției lui REICH. Institutul de strigăt primal, în Los Angeles. Psihoterapia primală aparține categoriei terapiliilor corporale (ab-reacții, descărcări de energie legate de reprezentările corporale, reîntoarcere la perioada prepsihanalitică).	A. JANOV
1970 „Periferia psihanalizei”	Analiza tranzacțională; teoria personalității cu cele trei stări ale Eului: Părinte (P), Adult (A), Copil (C); „scenariile” copilăriei, influența lor asupra destinului persoanei; se dezvoltă în Statele Unite. Are un oarecare succes și în Franța.	E. BERNE
1972	Antipsihanaliza: lucrarea „Anti-Oedip”; influență lacaniană și reichiană. Introducerea imaginarului și a simbolicului, structura oedipiană devenind un sistem de locuri și funcțiuni care nu se confundă cu triunghiul oedipian din psihanaliza clasică.	G. DELEUZE și F. GUATTARI
1978 „Periferia psihanalizei”	„Bioenergia”, tehnică terapeutică aparținînd psihoterapiliilor corporale; idee centrală: „reîntoarcerea în propriul corp și aprecierea vieții în cel mai înalt grad posibil”. Accentul pus pe corp implică luarea în considerare a tuturor funcțiilor corporale, dar și a sexualității.	A. LOWEN

de tratare prin cură analitică, FREUD renunță definitiv la tehnica sugestiei prin hipnoză. Psihanaliza ar fi, după E. KRIS (1950), o teorie asupra naturii umane înțeleasă în esența ei conflictuală. Dinamica mintală ar fi acționată de conflictul între două categorii de forțe: forțe psihice conștiente și forțe psihice inconștiente. Psihologia clasică, tradițională, explica funcționarea aparatului psihic doar pe baza observării, descrierii, eventual interpretării proceselor psihice inconștiente. Psihanaliza relevă existența unui psihism inconștient, a intervenției acestui psihism în viața conștientă, precum și a faptului că această intervenție poate fi dezvăluită, cunoscută și luată în stăpânire de către psihismul conștient. Psihanaliza acordă o mare importanță primilor ani de viață, ani în care copilul suportă o serie de influențe cu consecințe asupra dorințelor și tendințelor sale. Aceste influențe exterioare sînt de natură să reprime dorințele copilului; de aici rezultă traumatismul — eveniment de șoc, perturbator al echilibrului persoanei, însoțit de trăiri emoționale specifice. Așadar, conflictul este de neevitat, rezolvarea lui avînd implicații la toate nivelurile ființei. Psihanaliza consideră că există două principii majore care guvernează manifestările ființei umane: principiul plăcerii, reglator al proceselor primare, este esențial în primii ani de viață și continuă să influențeze tot restul existenței individului (există în ființa umană o tendință înnăscută de căutare a plăcerii și de evitare a neplăcerii); și principiul realității, reglator al proceselor secundare, intervine în procesul de maturizare și orientează comportamentul în funcție de exigențele realității, ale mediului social. Individul se structurează în funcție de experiența plăcerii și a neplăcerii. Realitatea se impune și cere o inhibare (reprimare, refulare) a tendințelor primare, expresii ale psihismului arhaic, pe care omul, în procesul maturizării sale, îl depășește, dar nu îl suprimă definitiv. Refularea acestor tendințe și dorințe este un proces eficient în adaptare dar, în același timp, ea generează conflicte intrapsihice. Conținuturile refulate nu dispar, ci se păstrează și continuă să se manifeste fie în mod intens și direct, fie deghizat în forme simbolice (vise, acte ratate, simptome, atitudini nevrotice). Energiile dorințelor sau trebuințelor profunde sau energiile pulsionale favorizează, în anumite situații, ieșiri mai mult sau mai puțin intense, dar ele pot sta la baza unor activități umane spiritualizate (artistice, științifice, religioase — este cazul sublimării acestor energii, adică al devierii lor spre scopuri diferite de acelea determinate de natura lor originară). Așadar, în prima sa teorie asupra aparatului psihic (prima copiază), FREUD diferențiază:

- psihismul conștient (activități și procese dominate de logică și raționament, folosind ca instrument principal limbajul);

- psihismul inconștient (activități și procese psihice legate esențial de dorință și guvernate de gîndirea primitivă, magică).

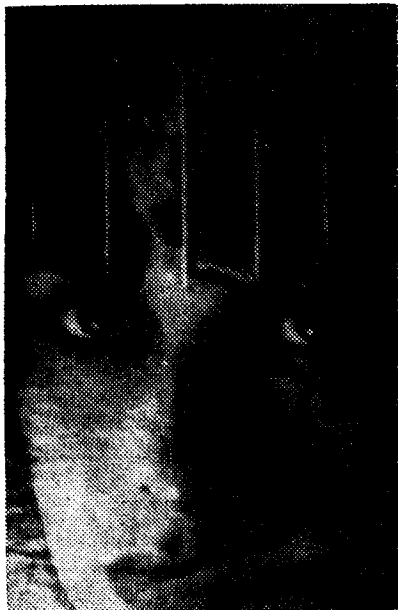
Inconștientul pătrunde în conștient, în special în patologia psihică, fără ca individul să realizeze acest lucru; în mod frecvent, ceea ce individul consideră drept motive ale actelor sale nu reprezintă o realitate, motivația conștientă fiind de multe ori una fictivă și avînd semnificație defensivă. Acest lucru se întîmplă, de regulă, la nevrotic.

A doua teorie asupra aparatului psihic (a doua topică) postulează existența a trei instanțe psihice:

- Sinele, rezervor al energiilor pulsionale profunde, al trebuințelor instinctuale, al forțelor primitive, guvernate de principiul plăcerii;
- Eul, derivat din Sine și construindu-se la nivelul impactului cu realitatea, partea conștientă a conștiinței, supusă principiului realității; Eul realizează compromisul optim între exigențele Supraeului și exigențele Sinelui, asigurînd echilibrul psihic al persoanei; Eul folosește diferite mecanisme prin care deturnează energia Sinelui de la scopurile ei originare spre scopuri cu utilitate/semnificație socială (mecanismul refulării, mecanismul sublimării);
- Supraeul, instanță inconștientă, formată prin interiorizarea normelor, în strînsă relație cu părinții (în special cu tatăl), supus principiului datoriei, acționează prin imperative morale; forma afectivă prin care se face resimțit Supraeul este culpabilitatea. Supraeul este reprezentantul părintelui idealizat, al personajului autoritar și se formează sub influența mediului social.

Primul efect al conflictului intrapsihic este angostia. Experiența angostei originare este experiența nașterii (traumatismul nașterii). Angoasa poate să apară în cursul vieții individului, fiind declansată de situații periculoase, reale sau imaginare — cazul din urmă este cazul nevroticului, persoană a cărui structură psihică rămîne parțial imatură, infantilă; nevroticul mistifică realitatea fără să-și dea seama, inconștientul său fiind foarte puternic. Eul este obligat să se apere de aceste pericole prin mecanisme specifice; unele dintre ele acționează și în cazul normalului, altele au specific patologic. Mecanismele de apărare ale Eului (Anna FREUD, 1973) sînt: refularea, regresia, izolarea, anularea retroactivă, returnarea spre Sine, transformarea în contrariu, introiecția, proiecția, formațiunea reaccională, sublimarea (→ MECANISME DE APĂRARE ALE EULUI). Cînd aceste mecanisme acționează exagerat (în funcție de intensitatea resimțirii pericolului de către persoana în cauză), ele perturbă adaptarea și generează simptome. Boala însăși devine un

sistem de apărare, o încercare a individului de a face față unor situații suprasolicitanțe. Mecanismele de apărare nevrotice nu sînt eficiente totdeauna împotriva angoasei, astfel încît Eul apelează, în unele cazuri, la mecanisme de apărare psihotică: clivajul obiectului și al pulsionii, refuzul realității interioare și exterioare, idealizarea, reținerea trăirilor afective (Melanie KLEIN, 1966).



Ca procedeu terapeutic, psihanaliza folosește tehnica asociațiilor libere (pacientul, așezat într-un fotoliu sau întins pe o canapea, fără să-l vadă pe analist, încearcă să verbalizeze, cît mai liber și mai spontan cu putință, tot ceea ce îi vine în minte în acel moment). Conținutul asociațiilor libere, al viselor, precum și al actelor ratate sînt interpretate și astfel pacientul ajunge să descopere motivele profunde ale acțiunilor și simptomelor sale.

Principalele reguli pe care se bazează cura psihanalitică sînt: atenția flotantă (atitudinea analistului va fi relaxată, echivalentă cu cea a pacientului) și neutralitatea binevoitoare (analistul va păstra față de pacient o atitudine binevoitoare și, în același timp, o detașare afectivă; el nu se va implica emoțional în măsura în care pacientul i-o cere). Fazele curei psihanalitice: faza de debut (dezvoltarea și instalarea transferului); faza nevroticizării de transfer; faza terminată (lichidarea transferului). După RICKMAN, citat

de S. NACHT, criteriile de vindecare ar fi următoarele:

- dispariția amneziei infantile;
- capacitatea de relație heterosexuale integrală, cu satisfacere genitală;
- capacitatea de a suporta frustrări libidinale, fără anxietate și fără regresie cu semnificație defensivă;
- capacitatea de a munci și de se acomoda timpului liber;
- capacitatea de a suporta agresivitatea față de sine și de alții, fără culpabilitate și fără pierderea obiectului iubirii;
- capacitatea de a suporta doliul.

Psihanaliza nu vizează, în primul rînd și în mod exclusiv, vindecarea simptomelor, ci este o teorie etiologică, tinzînd spre descoperirea mecanismelor intime, inconștiente care au generat simptomul, deci spre dezvăluirea motivelor inconștiente responsabile de perturbarea echilibrului individului. Psihanaliza, ca metodă și teorie a cunoașterii de sine, vizează echilibrarea persoanei, „normalizarea” ei, în sensul că aceasta nu va mai răspunde prin alegerile sale, în mod automat și repetitiv, în funcție de motivul inconștient (compulsivitatea de repetiție), ci va acționa în cunoștință de cauză, își va controla acțiunile și se va opri în momentul în care aceste acțiuni vor deveni perturbatoare pentru echilibrul său prezent și viitor. Indicațiile psihanalitice sînt următoarele:

- indicații majore în nevroze;
- în dizarmoniile de personalitate, perversiuni, toxicomanii, este mai puțin eficientă și depinde de dorința și capacitatea individului de a opera modificări în structura sa, în sensul unei echilibrări;
- în bolile psihosomatice cu puternică componentă nevrotică;
- în psihoze, se folosesc variante ale psihanalizei (analiza directă a lui ROSEN).

În cadrul unei cure psihanalitice este deosebit de importantă dorința de vindecare a persoanei analizate; sînt importante aici beneficiile secundare ale bolii, beneficii accentuate în special în cazul în care persoana trăiește într-un mediu de relații nevrotice. Este, de asemenea, importantă vîrsta pacientului (după 40 de ani, capacitatea de modificare la nivelul structurii personalității este redusă, la fel ca și dorința de a opera modificări). Psihologia freudiană este psihologia vieții psihice profunde: dincolo de motivațiile manifeste, vizibile și raționale, există o rețea de motivații ascunse, inconștiente, care sînt implicate în mod semnificativ în manifestările, actele și mai ales în alegerile persoanei. O cură psihanalitică ajută individul să se cunoască, să devină conștient de sine, eficient în prezent și în viitor; în cursul travaliului analitic, persoana dezvoltă o serie de rezistențe, de a căror depășire depinde succesul terapiei.

Psihanaliza poate fi considerată o psihoterapie completă și profundă, deosebită prin aceste calități de celelalte psihoterapii care (poate exceptând terapiile comportamentale) folosesc, dacă nu conceptele clasice, atunci echivalente conceptuale ale psihanalizei. Eficiența în acțiune a oricărei persoane depinde, în primul rând, de motivele sale și de cunoașterea lor. Ori, cunoașterea actelor noastre este insuficientă la nivelul conștiinței. În acest sens, SPINOZA afirma că „iluzia liberului arbitru vine din conștiința acțiunilor noastre și din ignorarea cauzelor care ne fac să acționăm” (→ TRANSFER; REZISTENȚĂ; CENZURĂ; INCONȘTIENȚĂ; SINE; EU; SUPRAEU; MECANISME DE APĂRARE ALE EULUI; COMPLEX; CONFLICT; NEVROZĂ).

1054. **PSIHANALIZĂ POSTFREUDIANĂ** ● Ansamblu de curente, școli, metode și tehnici care s-au dezvoltat pornind de la teoria și practica psihanalizei clasice (FREUD), negînd, subliniind, afirmînd sau exagerînd diverse aspecte ale psihanalizei. Aceste orientări sînt :

- *Psihoterapia adleriană*, bazată pe conceptele de compensație, sentiment și complex de inferioritate, inferioritatea organică (→ PSIHOTERAPIE ADLERIANĂ). Este o orientare disidentă în raport cu psihanaliza.

- *Orientarea jungiană*, care nu atribuie un rol esențial sexualității în viața infantilă și introduce mistică în psihanaliză ; JUNG s-a ocupat de problemele diferitelor religii (creștinism, religii orientale), de mituri, de alchimie și a aplicat teoria arhetipurilor în interpretarea visei (simbolurile individuale apărute în vise, în reverii, în viziuni, sînt puse în legătură cu marile teme mitologice ; se subliniază dimensiunea compensatorie și funcția prospectivă a visei și fenomenul telepativ în vis). Este, de asemenea, o orientare disidentă în raport cu psihanaliza freudiană. Atît JUNG, cît și ADLER consideră că omul trebuie privit ca „specie aeternitatis” (intricarea aspectelor ontologice cu cele axiologice a conferit un grad de publicitate destul de mare acestui prim val disident).

- *Al doilea val de orientări disidente :*

- Otto RANK, psihanalist de formație filozofică care, în lucrarea sa „Traumatismul nașterii”, pune accentul pe relația mamă-copil și pe transferul matern ; traumatismul nașterii ar reprezenta singurul traumatism patogen esențial ; vindecarea tuturor nevrozelor s-ar realiza prin reproducerea acestui traumatism în cadrul curei ;

- Wilhelm REICH, creator al teoriei pan-genitaliste, cu accent pe importanța sexualității în aspectele ei genitale, afirmă ideea că interdicțiile interne dispar sub acțiunea interdicțiilor externe și că suferința umană

se datorește faptului că represiunea socială „împiedică descărcarea sexualității genitale” ; omul este obiectul instinctului, el nu este conștient de instinctul propriu-zis, ci de manifestările lui, care apar mai ales în expresiile emoționale. După REICH, simptomul nevrotic implică o perturbare totală a caracterului ; nevroza se datorește lipsei de satisfacție sexuală, totală și repetată ; gravitatea oricărei tulburări psihice este expresia gravității perturbărilor în sfera genitalității ; vindecarea depinde de restabilirea capacității de satisfacere sexuală completă ;

- Karen HORNEY și Erich FROMM, autorii psihanalizei culturaliste. Karen HORNEY, deși critică ideile lui FREUD (în studii despre sexualitatea feminină, despre teama bărbatului în relația cu femeia), rămîne esențial freudistă ; în a doua parte a vieții, în concepția ei accentul cade pe elementul cultural, negînd rolul sexualității și al complexului Oedip din teoria lui FREUD ; originea bolii (a nevrozei în special) nu se află în evenimentele trecute, ci în situațiile vieții prezente, în faptul că omul își creează scopul conform unor false valori ; astfel, imaginea lui despre sine se construiește ca imagine ideală și deci vulnerabilă în fața realității. Individul își construiește „un sistem de orgoliu” care funcționează seductiv și distructiv în același timp. „Orice nevroză implică o căutare a gloriei”. Erich FROMM este reprezentant al grupului freudo-marxiștilor, deși el dezmente acest lucru. El consideră că nu problemele sexuale sînt la originea tulburărilor nevrotice, dar că aceste probleme sînt un efect al caracterului nevrotic ; importante devin problemele morale. FROMM consideră nevroza ca fiind „o formă particulară de luptă pentru viață în condiții dificile”.



- Două mari orientări în interiorul psihanalizei :
- Melanie KLEIN (și postkleinienii) consideră că fantasma inconștientă implică un anume grad de organizare a Eului, grad superior

celui din concepția lui FREUD. Eul există, după această autoare, de la naștere, folosește mecanisme de apărare și stabilește „relații primitive” cu obiectele, atât în plan fantasmatic, cât și în plan real (→ CLIVA) AL OBIECTULUI; POZIȚIE DEPRÉSIVĂ; OBIECT BUN; OBIECT RĂU; PĂRINȚI COMBINAȚI). Melanie KLEIN apreciază că mecanismele psihotice de apărare ale Eului sînt: clivajul obiectului și al pulsivității, idealizarea, refuzul realității exterioare și/sau interioare, reținerea trăirilor afective. Corespondențele comportamentale ar fi: discordanța, derealizarea, depersonalizarea, fenomenele halucinatorii, fenomenele delirante, autismul;

- Heinz HARTMANN, referindu-se la psihologia Eului, acordă importanță mecanismelor particulare și rezistenței. Tehnica terapeutică se concentrează în special asupra analizei rezistențelor (ulterior, a continuărilor) → EGOPSIHOLOGIE.

- **Antipsihanaliza**— orientare promovată de Gilles DELEUZE și Felix GUATTARI în lucrarea „Anti-Oedip”, 1972. DELEUZE este de formație filozof, în timp ce GUATTARI este psihanalist de formație lacaniană. Autorii neagă universalitatea complexului Oedip, admitînd primaritatea producțiilor inconștientului ca producții ale dorinței, care nu se reduc și nu se raportează toate la structura triangulară oedipiană, aceasta reprezentînd numai o variantă a inconștientului. Psihanaliza însăși vorbește despre relații precodipiene (la copil) și exoedipiene (la psihotic). Delimitînd imaginarul și simbolicul, cei doi autori consideră că există o structură oedipiană a cărei expresie nu constă numai în relațiile triangulare (mamă-copil-tată), ci distribuie în diverse triangulații dorința, obiectul ei și legea.

- **Orientări la periferia psihanalizei:**

- reveria dirijată (R. DESOILLE) — metodă prin care pacientul este invitat să fantasmeze asupra unor teme propuse de terapeut; aceste teme vizează mai ales ascensiunea; inițial, metoda a fost influențată de gândirea lui JUNG: inconștientul colectiv, arhetipurile, elementele mistice ale psihismului → REVERIE DIRIJATĂ;
- terapiile corporale: A. LOWEN, adept al bioenergiei, își concentrează acțiunea terapeutică asupra unor poziții corporale și asupra respirației; F. S. PERLS, creatorul Gestalt-terapii, acordă importanță anumitor funcțiuni corporale și în special nutriției, strîns legată de agresivitate și destrucție; A. JANOŢ, creatorul terapii primale. Toate terapiile corporale au câteva elemente comune: abreacțiile, descărcări energetice prin care emoțiile se leagă de anumite reprezentări, o revenire la prepsihanaliză

(terapii prepsihanalitice). Aceste metode s-au dezvoltat în SUA, începînd cu anul 1970, în prezent fiind în declin. Se apreciază că terapiile corporale satisfac anumite trebuințe narcisice;

- analiza tranzacțională, creată de E. BERNE → → TRANZACȚIONALĂ — analiză;
- antipsihiatria, reprezentată de D. COOPER, R. LAING, ESTERSON, F. BASAGLIA, R. GENTIS; inițial, antipsihiatria a aplicat teoria psihanalitică, pentru ca ulterior să critice această teorie întrucît pune accent pe factorii psihologici individuali. Bolnavul mintal este înțeles și explicat ca simptom al bolii societății în care persoana a trăit și s-a dezvoltat. Realitatea (norma) este alienată și alienantă → ANTIPSIHIATRIE.

1055. **PSIHASTERIE** (cf. *psicho-*; gr. *astheneia* „slăbiciune”) ● Termen introdus de P. JANET, în 1903, an în care autorul descrie „Obsesiile și psihasteria”, asociind caracteristicile structurii personalității psihastenice cu simptomele neurozei obsesivo-fobice (în antagonism cu neuroza isterică, deși le unește aceeași „tensiune psihologică”). Astăzi, termenul este rezervat definirii unei anumite structuri de personalitate (psihastenică); cea mai favorabilă constituire a cadrului neurozei obsesivo-fobice. Autorii germani o regăsesc în personalitatea dizarmonică de tip astenic, descrisă de K. SCHNEIDER. Pe plan clinic, sindromul psihastenic se caracterizează prin:

- astenie, ce domină tabloul psihic, fiind mai accentuată pe plan intelectual și impunînd subiectului efectuarea a numeroase pauze în timpul unui efort intelectual;
- sentimentul de incompletitudine, subiectul avînd permanent impresia că nu finalizează acțiunile. Nesigur, el le verifică permanent, pentru a se asigura că au fost bine executate; lipsa de încredere în propriile posibilități îl face agitat, uneori pînă la o aparentă abulie;
- percepția este lipsită de precizie, determinînd apariția sentimentului de înstrăinare. Propria personalitate îi pare subiectului lipsită de unitate, accentuarea acestei stări realizînd sindromul de depersonalizare;
- tendința de introspecție, de autoanaliză permanentă ce duce la o accentuare a întregii simptomatologii. Introspecția legată de propria sănătate poate antrena tulburări hipochondriace, în timp ce introspecția în plan etic dezvoltă tendința spre scrupule, manifestîndu-se, printre altele, prin perfecționism, meticulozitate, ordine excesivă;
- pe plan caracterial, întîlnim meticulozitate, autoritarism, zgîrcenie, trăsături ce conturează, din punct de vedere psihanalitic,

caracterul anal. La acestea se adaugă, în diferite grade de intensitate: nemulțumirea permanentă de sine și de ceilalți, pesimism, egocentrism, susceptibilitate afectivă, nevoie de tandrețe, timiditate, uneori acoperită cu o mască de intransigență, rigiditate morală.

În studiile sale, P. JANET remarcă existența a două forme: psihastenia constituțională, caracterizată prin transmitere ereditară și conturarea din tinerețe a trăsăturilor definitorii; psihastenia dobândită, ce apare în urma unei afecțiuni somatice grave sau a unor psihotraume majore, la un subiect fără trăsături psihastenice anterioare (KIND). Autorii francezi descriu și o formă evolutivă periodică, prezentând elemente comune cu ciclotimia (VINCHON, 1937). JASPERS vorbește și despre un complex simptomatic psihastenic, caracterizat printr-o slăbiciune „psihică” a trăirilor subiectului.

1056. **PSIHEDELICĂ** — experiență (cf. *psicho*; gr. *delos* „evident, vizibil”) ● Experiența psihedelică cuprinde fenomenele psihice apărute în urma folosirii substanțelor psihodislepice: LSD, mescalină, psilocibină. Administrate experimental, voluntar sau incidental, ele produc o dezintegrare a activității psihice, care constă în apariția unor halucinații, în special vizuale, stări oneiroide, fenomene de eidetism, modificări de schemă corporală, stări de depersonalizare. Starea subiectivă de eufimie sau euforie constituie un motiv important pentru care unii subiecți utilizează repetat și frecvent aceste substanțe.

1057. **PSIHESTEZIE** (cf. *psicho*; gr. *aisthesis* „senzație”) ● Termen utilizat de KRAEPELIN în cadrul studiului său asupra temperamentelor, unde noțiunea este corelată cu reactivitatea psihică a individului.

1058. **PSIHIATRIE** (cf. gr. *psyche* „suflet”; *iatrein* „a vindeca”) ● Ramură medicală care se ocupă cu studiul bolilor psihice, în scopul tratării și prevenirii lor. Născută din confruntarea Omului cu suferința afectând însăși condiția sa, psihiatria se conturează ca domeniu științific abia în ultimul secol. Ca preocupare umană însă, psihiatria are aceeași vîrstă ca și umanitatea, dorința de a cunoaște și tentative de a vindeca (a ameliora sau a se apăra de) nebulnia, suferința psihică — ceea ce era misterios și incomprehensibil, divin sau demonic, har sau pedeapsă — existînd încă din era preistorică. În 1803, cînd J. Christian REIL a folosit pentru prima oară acest termen, el părea cel mult o fericită alăturare a două rădăcini grecești. „Puterea vindecătoare” (*iatriké*) a psihiatriei era nu un atribut real, ci proiecția aspira-

țiilor umane a uneia din cele mai puțin eficiente specialități medicale, la vremea respectivă.

Depășindu-și condiția inițială, de „Cenușărea-să” a medicinei, psihiatria a fost singura care a putut „încălta” extravagantul condur al patologiei moderne, acest fapt stîrnind invidii, manifestate în forme dintre cele mai subtile și diversificate.

Din contextul vast al problematicii devenirii omului, nebulnia se desprinde ca un fapt aparte, extrem de controversat: pretuită ca semn al „contactului” direct cu divinitatea, în antichitate, arsă pe rug în evul mediu, înăntuită și descătușată apoi, Nebunia, prin esotericul ei, prin atentatul săvîrșit la nivelul cel mai profund al structurii omenesti, a constituit un obiect de preocupare pentru gînditorii (fie ei filozofi, artiști, medici, savanți) tuturor secolelor. Primele descrieri ale bolilor psihice ne-au parvenit nu neapărat din scrieri medicale, ci mai ales din cele literare, din vechile cronici; „condiția” și „poziția” ei au constituit domeniul de studiu al filozofilor și savanților. Această preocupare se înscrie, în fond, în sfera largă a preocupărilor Omului în legătură cu Omul, de aceea istoria devenirii psihiatriei se confundă cu istoria devenirii umane. Mai mult ca oricare altă ramură a științei, psihiatria este o „ogîndă” a ceea ce omenirea a fost la un moment dat.

Interferîndu-se nu numai cu aproape toate ramurile medicinei, cu psihologia, sociologia, genetica, biofizica, ci și cu filozofia și arta, psihiatria devine un domeniu a cărui preocupare nu este individul singular, ci umanitatea în ansamblul său. Prin flexibilitatea cu care se adaptează progresului general, psihiatria contemporană a devenit unui dintre domeniile majore ale practicii medicale, numeroasele sale variante (socială, biologică, universitară, infanto-juvenilă, geriatrică, culturală, judiciară, militară) formînd un „corpus” natural, caracterizat printr-un ansamblu unitar de preocupări.

Atît definiția, cît și precizarea obiectului de studiu al psihiatriei au cunoscut remanieri, ca urmare a lărgirii și aprofundării unor concepte, perspective sau mecanisme implicate în clarificarea raportului sănătate/bolală psihică, a cauzalității complexe și a modului de tratare a bolii, precum și ca urmare a acumulării de noi informații și ipoteze în domeniul unor științe conexe.

Astăzi, psihiatria se constituie și ca un domeniu aplicativ (conceptual și pragmatic) pentru alte științe care au ca obiect de studiu comportamentul uman normal și/sau patologic (psihologia, neurofiziologia, neurochimia, neuroendocrinologia, sociologia, genetica, epidemiologia, antropologia, pedagogia, filozofia). Caracterul interdisciplinar a devenit astăzi definitoriu pentru psihiatrie, marcînd o etapă în dezvoltarea ei, cu profunde

semnificații teoretice și consecințe practice imediate sau de perspectivă. Comportamentul normal, ca și cel patologic nu mai pot fi concepute decât dintr-o perspectivă multidimensională, iar finalitatea terapeutică și profilactică a psihiatriei nu se poate realiza în afara unui demers succesiv sau simultan multidisciplinar. Evoluția istorică a psihiatriei a parcurs drumul de la obscurantism spre psihopatologia clinică aplicată; de aici, spre teorii organicist-biologice și psihogenetic-dinamice, înglobate astăzi într-o orientare holistă, care aspiră să evalueze cu obiectivitate științifică importanța fiecăruia dintre numeroșii parametri ai cauzalității îmbolnăvirii.

Psihiatria operează cu conceptul de normă și normalitate, fiind, așa cum arăta H.EY, o specialitate „diacritică”, pentru care diferența normal-patologic este un instrument. Ca toate celelalte discipline medicale, psihiatria acționează din per-



Rodin

spectiva normalului, chiar dacă la nivelul psihismului și al personalității acest lucru este mai complicat decât în oricare alt domeniu de activitate medicală.

Din acest motiv, „deschiderea” psihiatriei este mult mai mare: obiectul ei, îl poate constitui omul la un moment dat, dar și omul în întreaga sa existență; scopul ei nu este numai acela de a

„ameliora” perioada acută, în spital, ci și de a reda individul societății și de a-l menține în cadrul acesteia.

Statutul psihiatriei este, în parte, diferit de al altor ramuri medicale. O durere, un simptom, la nivelul unui organ este, de cele mai multe ori, egală cu o afectare, o boală a respectivului organ; însă nu orice suferință psihică înseamnă neapărat boală, pentru că suferința psihică este o dimensiune a însăși condiției umane și chiar intensificarea ei nu înseamnă „alterarea” condiției umane. Psihiatria nu a fost „recunoscută” ca ramură medicală distinctă decât atunci când bolnavului psihic i s-a recunoscut statutul de om suferind, atunci când a fost eliberat din lanțuri și transferat în instituții azilare. Această eliberare, această recunoaștere a condiției umane aflate în suferință a venit din partea societății, a umanității, ea însăși eliberată (PINEL—medicul a eliberat bolnavul psihic după ce PINEL—cetățeanul a fost la rândul său eliberat). Psihiatria s-a constituit pentru și ca o necesitate a umanității; de aceea, limitele ei nu sînt și nu trebuie să fie strict medicale. Odată apărută, psihiatria a cunoscut o puternică dezvoltare și sînt puține ramurile medicale (și științifice, în general) care să beneficieze de o multitudine de clasificări, concepte și entități comparabile cu cele dezvoltate de teoria psihopatologică în decursul existenței ei. În parte, acest lucru este justificat de complexitatea simptomatologiei psihiatrice; această „bogăție” de entități s-a datorat însă și perioadei de început a psihiatriei, când aceasta, „vrînd să recupereze timpul pierdut” (comparativ cu alte specialități medicale), a început să codifice ceea ce, în fond (peste cîteva decenii s-a ajuns la această concluzie), nu poate fi codificat. Pe de altă parte, la începuturile ei, psihiatria încerca să-și compenseze astfel insuficiența și ineficiența terapeutică. A apărut astfel o „inflație” de monografii despre tipurile de personalitate, personalitățile dezechilibrate, „moral insanity”, psihopatii prin care un anume mod de a fi, o structură particulară a personalității era considerată obligatoriu boală. Psihiatria contemporană a remaniat mult aceste tipologii. Dezvoltarea farmacologiei (a psihofarmacologiei) și a terapilor de șoc situează psihiatria pe terenul ferm al posibilității rezolvării episodului acut și al controlării perioadei de remisie.

Psihiatria nu se poate însă rezuma numai la această rezolvare. Ea se maturizează prin deschiderea ei spre filozofie și prelungirea în sociologie, beneficiind, în înțelegerea condiției umane, de cultură, în toate expresiile ei, modelîndu-se după condițiile socio-economice, în scopul, „țelul ei de credință”, de a menține bolnavul psihic în lume, în afara zidurilor spitalicești. Eliberarea de rug și lanțuri, transferarea bolnavului psihic din azile în spitale, rezolvarea simptomatologiei acute, instituirea unui tratament de întreținere nu solu-

ționează însă complexa problemă a ameliorării condiției umane a suferințelor psihice. Dincolo de spitalul de psihiatrie, bolnavul psihic încetează de a fi numai o problemă medicală; el devine și una socială, privind nu numai medicina, ci societatea în ansamblul ei, pe care o poate perturba sau care, la rândul ei, poate fi perturbantă (cei „buni” și cei „ne-buni” trăiesc laolaltă).

În psihiatrie (ca și în multe alte specialități medicale) nu putem vorbi de vindecare (dar se vindecă oare o insuficiență cardiacă? sau ea este numai compensată de tratamentul tonicardiac prelungit? ; o fractură nu lasă în urmă un calus mai mult sau mai puțin vicios?). Bolnavul psihic există în lume, el este lângă și printre noi, în perioadele sale de remisie și chiar în puseele evolutive ale bolii sale.

Poziția „Nebuniei” a fost una dintre cele mai controversate: oamenii au recunoscut-o acolo unde exista, au „descoperit-o” acolo unde nu exista (cu cât entuziasm au fost psihopatologizate toate personajele shakespeariene, ignorându-se faptul că, pentru a transmite un mesaj, trăsăturile lor erau voit accentuate ; și oare, nu întotdeauna „nebulul regelui” a fost mesagerul înțelepciunii?) și uneori nu au recunoscut-o acolo unde era prezentă (nu numai evul mediu a aruncat în flăcări Nebunul alături de Înțelept, alături de Revoltat, alături de Criminal și de Hoț ; dar, în epoca modernă, de câte ori oare un paranoic fanatic nu a reușit să convingă pe alții să-l urmeze?). Între normalitate și boala psihică, delimitarea nu este tranșantă (psihiatria înseamnă ceva mai mult decât a diferenția delirantul florid de meșteșugarul „cu-minte”) și de fapt cele două ipostaze nu trebuie privite ca absolut opuse. Există interfețe între zonele marginale, și nu o delimitare: sintem întotdeauna dispuși să ne îndoim de integritatea mintală a unui criminal care omoară un singur om, dar numim „rațiune politică” actul de a omorî într-o secundă mii de oameni ; vorbim de alienare ca problemă de fond a societății contemporane, dar oare soarta lui Van GOGH (ale cărui opere ne extaziază astăzi, deși este cert faptul că el nu era etichetat drept normal psihic) ar fi fost alta în această societate? ; oare valul de contagiune isterică ce a cuprins Europa în epoca în care aceasta era „luminată” de rugurile Inchiziției este atât de diferită, în fondul ei, de valul „toxicomaniei” actuale? Genetica poate obține embrionul uman în eprubetă și fizica a reușit să ajungă la fantastica „performanță” de a distruge omul într-o secundă. Pe această „scenă” care este lumea, în care binele și răul sînt interșanjabile, în care anormalul și normalul se intrică în marginalitatea lor, în această lume aflată într-un precar echilibru, a cărui balanță se poate schimba într-o clipă, psihiatria a devenit din „Cenușărea-

să”, „Regină” (o regină mai puțin poleită decât genetica, dar mai... democrată) și desigur că acest fapt s-a datorat nu numai posibilităților pe care i le-a oferit psihofarmacologia, ci, în mare parte, faptului că ea se adaptează (prin deschiderea ei interdisciplinară) cerințelor actuale. Psihiatria a reușit să scoată bolnavul psihic dintre zidurile spitalului și să-l mențină în societate, în microgrupul său, chiar în perioadele sale „febrile”, prin asistența ambulatorie și semiambulatorie. Desigur că neurolepticele și ortotimizantele au ajutat-o să îndeplinească acest lucru, dar realizarea a fost posibilă numai înțelegînd că bolnavul trebuie recuperat acolo unde trăiește el, că detașarea din acest climat și tratarea lui (cu o înaltă competență desigur) în spital înseamnă numai soluționarea accidentului acut, dar reinscrierea și readaptarea sînt mult mai dificile (atît pentru bolnav, cît și pentru mediul care trebuie să-l reprimească). Din ce în ce sînt mai multe și mai puternice (prin argument și nu prin tonalitate) vocile care recomandă acest tip de asistență psihiatrică, păstrînd asistența intraspitalicească numai pentru marile urgențe psihiatrice ; mai ales că astăzi probleme deosebite nu pune ceea ce altădată definea „marea psihiatrie”, delirul depresiei majore, pentru care acum există arsenalul terapeutic, ci mai ales cazurile insidios debutante, evolutiv atipice, marginale, a căror abordare se face de pe multiple planuri, ale socialului și transculturalului, ale unei condiții umane numai în aparență puternică, dar în fond ușor vulnerabilă. Psihiatria înseamnă astăzi nu numai grija pentru om, ci grija pentru oameni ; ea se apleacă spre suferința umană cu grija medicului, înțelepciunea filozofului și sensibilitatea artistului, propunîndu-și să o aline, să o rezolve. Ea ar vrea să redeva suferințelor (și nu numai bolnavului) calmul și siguranța pe care societatea nu de puține ori i le refuză sau nu i le poate da. Psihiatria s-a transformat dintr-o profesiune într-un crez umanitar, fiind un domeniu al oamenilor pentru oameni.

1059. **PSIHIATRIE BIOLOGICĂ** ● Abordarea bolii psihice din perspectiva științelor biologice (genetica, anatomia, fiziologia și biochimia sistemului nervos central, sociobiologia etc.) care, alături de psihologie și sociologie, circumscrie largul cadru de acțiune în domeniul cercetării și terapiei în psihiatrie. Născută din necesități practice privind diagnosticul, tratamentul și prognosticul tulburărilor mintale, psihiatria biologică, deși aflată încă la început, a înregistrat pași importanți prin informațiile prețioase furnizate de dezvoltarea unor științe sau ramuri complet noi (genetica, informatica, neurochimia etc.), greu sau aproape imposibil de anticipat chiar pentru psihiatrii de la începutul secolului nostru. Unii cercetători s-au axat pe direcția geneticii (studii întreprinse pe gemeni, pe copii adoptați, cu mar-

keri genetici — în schizofrenie și psihozele afective, în domeniul criminalității și al comportamentului antisocial, în demențele senile și prezenile, în aspectele dezvoltării inteligenței și ale comportamentului).

Neuroanatomia și, în special, neurochimia au contribuit la descoperiri cu adevărat senzaționale, prin evidențierea hipofuncției sistemului monoaminergic în anumite forme de depresie, a disfuncției sistemului dopaminergic în schizofrenie, utilizând metoda de dozare a cataboliților neurotransmițătorilor în lichidul cefalorahidian, sînge, urină. Dozarea unor hormoni (testul la hormonul tirootrop și testul la dexametazonă) și-a dovedit valoarea în psihozele depresive melancolice. Utilizarea psihotropelor a condus la aflarea modului lor de acțiune la nivel cerebral și a unor corelații clinice importante (situațiile de fixare a imipraminei pe trombocite, rolul dopaminei și a monoaminooxidazei în acutizările schizofreniei paranoide, acțiunea amfetaminei în cadrul aceluiași sistem dopaminergic — ZARIFIAN, 1985).

Îmbogățirea mijloacelor de explorare a SNC (înregistrarea și prelucrarea computerizată a potențialelor evocate pe EEG, tomografia computerizată, camera cu pozitroni, tehnica rezonanței magnetice nucleare) se află încă la începutul aplicării lor în psihiatrie, dînd noi speranțe pentru un viitor apropiat. Psihiatria biologică se constituie astfel ca un domeniu de actualitate, dar mai ales de perspectivă, echipe complexe de specialiști putînd contribui în mod substanțial la cunoașterea fenomenului bolii psihice.

1060. PSIHIATRIE EPIDEMIOLOGICĂ • Ramură a psihiatriei și a epidemiologiei, care se ocupă cu studiul incidenței și prevalenței bolilor psihice, al factorilor favorizanți sau determinanți ai acestora, al riscului de îmbolnăvire și al raportului stare de sănătate/boală psihică. Fiind un domeniu interdisciplinar, presupune eforturile conjugate ale psihiatrilor, psihologilor, sociologilor, economiștilor, statisticienilor etc., precum și formarea unor opinii unitare, referitoare la conceptele de sănătate, de boală psihică, în particular, de normalitate și anormalitate.

1061. PSIHIATRIE INFANTILĂ — sin. PEDOPSIHIATRIE; NEUROPSIHIATRIE INFANTILĂ • Deși ca știință medicală psihiatria infantilă are o istorie recentă (începutul secolului al XX-lea), „rădăcinile” ei se plasează într-un trecut îndepărtat, bogat în experiențe pedagogice și educative, (Jean ITARD, PEREIRE, PESTALLOZZI, SÉGUIN etc.). O serie de personalități proeminente (John HASLAM, 1789; Benjamin RUSH, 1812; J. ESQUIROL, 1838; Wilhelm GRIESINGER, 1845; Walter DENDY, 1848; Pierre de BOISSEMONT, 1857; Henry MAUDSLEY, 1867; Heinrich SCHÜLE, 1878; Hermann

EMINGHAUS, 1887 etc.) sînt din ce în ce mai mult preocupate de tulburările psihice ale copilului și adolescentului.

Deși la sfîrșitul veacului al XIX-lea au apărut tot mai multe lucrări în domeniul psihopatologiei infantile (P. MOREAU du TOURS — „Nebunia la copii”, 1888; M. MANHEIMER — „Tulburările mintale ale copilăriei”, 1889 etc.), clasificările și terapia ei sînt încă împrumutate din psihiatria adultului. BOURNEVILLE (1840—1909) inaugurează în Franța un adevărat centru medico-pedagogic pentru arie-rați. Paralel, la Geneva, în 1898, CLAPARÈDE integrează, în învățămîntul public, primele clase pentru copiii deficienți, pe care le numește clase speciale. În 1905, Alfred BINET și Théodore SIMON publică o scală de dezvoltare a inteligenței.

Secolul al XX-lea este, așa cum remarca Ellen KEY, „secolul copilului”. Într-adevăr, în deceniul al doilea al secolului nostru, are loc dezvoltarea psihiatriei infantile ca specialitate propriu-zisă. Noua disciplină începe să-și găsească o cale proprie, axîndu-se pe descoperirile moderne din domeniul psihopatologiei, neurofiziologiei, pediatriei, igienei, pedagogiei. Una dintre principalele publicații ale acestei perioade este „Psihopatologia infantilă” a lui August HOMBURGER (1926). Începînd cu perioada anilor 1923—1926, această nouă specialitate cunoaște o puternică dezvoltare într-o serie de țări: Statele Unite, Anglia, Franța și Germania. G. HEUYER înființează, în anul 1925, la Paris, prima policlinică neuropsihiatrică pentru copii. În anul 1934 apare tratatul de psihiatrie infantilă al lui NOBÉCOURT, iar în 1939, acela al lui BABONNEIX, DUBLÎNEAU, FAY și Léon MICHAUX, precum și compendiu lui Gilbert ROBIN, iar mai recent tratatele lui KANNER (1943) și TRAMER (1945). În 1933, TRAMER impune în Elveția termenul de psihiatrie infantilă, iar în 1952, profesorul G. HEUYER, în „Introducere în psihiatria infantilă”, face o succintă incursiune în istoricul și metodele neuropsihiatriei.

Interesul generat de numeroasele probleme medico-psihologice, medico-pedagogice, medico-juridice, medico-sociale și-a găsit expresia la primul Congres Internațional de Psihiatrie Infantilă, care a avut loc în anul 1937, la Paris, și care a fost deschis de Paul SCHRÖDER (Leipzig). Cu această ocazie, ia ființă Comitetul internațional de psihiatrie infantilă, care devine ulterior „Asociația internațională de psihiatrie infantilă și a profesiunilor afiliate” a cărei activitate se concretizează în cele patru congrese internaționale (Londra, 1948; Toronto, 1952; Lisabona, 1958; Scheveningen, 1962). În această perioadă, a fost fondată „Uniunea pedopsihiatrilor europeni”, care a organizat numeroase simpozii-

oane anuale, precum și congresele europene de la Paris (1960) și Roma (1963). La Paris s-a înființat, în 1938, sub conducerea lui G. HEUYER, prima catedră de neuropsihiatrie infantilă, iar în anii următori au apărut, în tot mai multe țări, școli speciale consacrate acestei specialități.

Sintetizând importanța primelor patru decenii ale secolului al XX-lea în dezvoltarea neuropsihiatriei infantile, Leo KANNER subliniază că, în ultimul deceniu, alături de introducerea metodelor psihiatrice având la bază lucrările lui Alfred BINET, apar, sub impulsul lui S. FREUD și cu aportul lui BEERS, tendințele dinamice în psihiatrie, precum și preocupările pentru igiena mintală. În al doilea deceniu, se deschid primele centre de reeducare pentru copiii delincvenți și se dezvoltă școlile speciale și învățământul individualizat. În deceniul al treilea, datorită primelor echipe complexe (medici, psihologi, lucrători sociali etc.), educatorii, pe baza cunoașterii adecvate a comportamentului copilului și a tulburărilor acestuia, elaborează metode educative adecvate. În această perioadă, se organizează și primele activități de grup cu părinții elevilor, contactele repetate cu aceștia favorizând o mai bună înțelegere a dificultăților copiilor în mediul familial și școlar. Deceniul al patrulea este marcat de punerea la punct și generalizarea metodelor psihoterapice, mai ales a terapiilor prin joc, interpretate după doctrina freudiană.

În perioada următoare, ca rezultat al cercetărilor biochimice și genetice, dar și a îmbogățirii cunoștințelor de psihologie și pedagogie bazate pe observarea directă și pluridimensională a copilului, se parcurge o nouă etapă în neuropsihiatrie. Se constată astfel că dezvoltarea copilului nu este un monolog, ci un dialog între activitatea de creștere și interlocutorul care „o alimentează”, copilul rămânând în toate cazurile o ființă în situație, o ființă în luptă cu propriile sale instanțe. În acest context, se relevă importanța capitală a aperturilor venind din mediu, cum sînt aferențele senzoriale și afective (în mod particular, maternel). Raportul copilului cu familia sa este traversat, așa cum remarcă P. FEDIDA și J. P. SARTRE în studiul lor asupra lui FLAUBERT, de multiple și complexe contradicții care se exprimă în „evenimente” singulare, ale căror semnificații sînt inepuizabile și de-a lungul cărora copilul încearcă să „tatoneze” rolul și puterea proprie pentru a rezolva contradicțiile apărute pe parcursul dezvoltării sale.

În domeniul neurologiei infantile, prima lucrare sistematizată de factură didactică îi aparține lui Georg PERITZ (1912), urmată, abia în anul 1937, în Anglia, de tratatul lui F. R. FORD. Despre nou-născut și mecanismele reflexelor sale, cele mai cunoscute sînt lucrările lui LITTLE, 1853; OPPENHEIM, 1895; INGRAHAM, 1944, și DEKA-

BAN, 1959. PEIPER descrie, în 1949, activitatea cerebrală la copil, iar PRECHTL și BEINTEMA se ocupă de tehnicile consultului neurologic al nou-născutului. În 1963, LESNY tratează problema diagnosticului complex în neurologia infantilă. MÜLLER, JÖPPICH și SCHULTE publică, în 1968, două monografii cuprinzătoare de neurologie infantilă.

Treptat, descoperind metode proprii, neuropsihiatria infantilă se separă ca specialitate de psihiatria adultului și de pediatrie, rămînînd totuși în strînsă legătură cu ele. Ramură particulară a psihiatriei, ea nu poate ignora ansamblul acesteia, deoarece, pe de o parte, este greu de înțeles un adult în afara dinamicii evoluției sale, iar pe de altă parte, pedopsihiatrul trebuie să cunoască bine evoluția patologică posibilă a viitorului adult. Ea nu se poate, de asemenea, detașa nici de pediatrie, care rămîne știința fundamentală a ființei în dezvoltare, atît din punct de vedere fizic, cît și psihic. Pediatria de astăzi, la rîndul ei, nu poate fi despărțită de neuropsihiatrie. Pediaterul, mai mult decît orice alt medic, trebuie să „facă lumină” atît asupra dezvoltării psihice normale a copilului, cît și asupra anormalității acesteia. Pedopsihiatrul, dacă nu are cunoștințe suficiente de pediatrie, riscă să se închidă în sisteme preconstruite, subestimînd datele observației clinice. Neuropsihiatria nu poate fi ignorată nici de medicul practician care, în activitatea sa profesională, este chemat să se pronunțe adesea asupra copiilor cu dificultăți școlare sau comportamentale. Neuropsihiatria rămîne astfel la răspîntia unor discipline ca: pediatria, psihiatria, neurologia, psihologia, etologia, pedagogia și sociologia, forme de cunoaștere cu care interferează și cărora le utilizează cuceririle. Este și faptul pentru care, în centrele de neuropsihiatrie, s-a impus pe plan internațional necesitatea muncii în echipă, în care, alături de psihiatru, activează psihologi, pedagogi, melo- și kinetoterapeuți, cadre de asistență socială, precum și alți specialiști cu rol consultant (pediatri, ORL-iști, oftalmologi, neuro-radiologi, geneticieni, neurochimiciști, ortopezi etc.).

Domeniile neuropsihiatriei infantile sînt foarte extinse, dacă se are în vedere faptul că psihiatria copilului nu se limitează numai la a trata ceea ce este în mod manifest patologic, ci, mai ales, în a preveni și a orienta. Este, în special, cazul copiilor cu deficiențe intelectuale; cu tulburări de comportament, de limbaj, de psihomotricitate, cu dizarmonii ale personalității, stări procesuale etc.

În ceea ce privește modul în care trebuie abordat terapeutic un copil cu tulburări psihiatrice, există, așa cum constata Marcel ECK (1973), păreri care riscă să creeze unele confuzii. Astfel, după unii autori (Melanie KLEIN), orice

copil, în cursul primului său an de viață, prezintă o evoluție patologică psihonevrotică. Pentru alții, există eternul „totul se va rezolva, nu trebuie să acordăm atenție problemelor copilului”. În realitate, copilul fiind în dezvoltare, specialistul neuropsihiatru nu trebuie nici să amplifice în mod excesiv un anumit aspect patologic, dar nici să minimalizeze anumite simptome. Dacă în psihiatria adultului există delimitări posibile între ceea ce este boală și ceea ce nu este, chiar dacă se recunoaște un vast „no man's land”, trebuie să admitem dificultatea și pericolul de a face în psihiatria infantilă un partaj radical ; dacă ar fi să se încline balanța într-o parte, aceasta ar trebui să fie, fără ezitări, către cea a normalității. O asemenea afirmație implică aderarea parțială la gândirea lui FREUD, care scria referitor la copil : „nevrozații și normalii, în mod natural, sînt totuși mai apropiați unii de alții decît vor fi ulterior”.

Tendința actuală în unele țări este, în mod exagerat, orientată spre o înțelegere a normalului pornind de la patologic, ceea ce duce prea adesea la o negare a normalului. Psihiatria infantilă trebuie să meargă în sensul descoperirii tipurilor de normalitate și a posibilităților de a parveni la ea. Copilăria și adolescența sînt „nisipuri mișcătoare”, dar totodată și „tărîmuri ale posibilului, în care ireversibilul trebuie să constituie excepția” (Marcel ECK).

Neuropsihiatria infantilă — spunea pe bună dreptate G. HEUYER — rămîne una dintre cele mai dificile specialități medicale. „Limitele tratamentului, prognosticul desorii ireversibil angajează viitorul copilului, ce trebuie ferit de o decizie intempestivă, care riscă să-l piardă definitiv”.

1062. PSIHIATRIE SOCIALĂ ● Știință care studiază atît influența pe care o au factorii sociali asupra sănătății psihice, cît și boala mentală ca fenomen cu implicații asupra grupului. Este o știință nouă, dinamică și în continuă dezvoltare, o știință tipic interdisciplinară. Adăugarea atributului de social unei serii de discipline științifice care păreau autonome pînă la mijlocul veacului nostru (psihosociologie, psihoigienă, sociopatologie, medicină etc.) constituie o ilustrare a principiului că omul, aflat în binomul său existențial de sănătate-boală, este o ființă esențialmente socială. Bolnavul mental, ca ipostază a umanului, trebuie considerat în contextul său relațional, începînd cu celula (familia) pînă la imensul edificiu al societății (ansamblu de determinări economice, politice, biografice, culturale). Fundamentată atît teoretic, cît și practic, psihiatria socială se impune cu necesitate în cîmpul actual al cunoașterii și acțiunii în psihiatrie, pentru că societatea trebuie să-și apere membrii de orice factor perturbator, găsirea unor metode adecvate de cunoaștere și deci, de combatere a acestora devenînd astfel o nece-

sitate imperioasă. Departe de a se caracteriza prin descriptivism pasiv, asemenea psihopatologiei clasice, psihiatria socială este dinamică, activă, oferind și remediile de care bolnavii mintal au nevoie. Concepția bio-psiho-socială a școlii ieșene de psihiatrie (BALIFF, BRÂNZEI) sau ceatriontică a psihiatrilor timișoreni (PAMFIL) și cea determinist-științifică promovată de școala de psihiatrie de la București denotă că psihiatria românească se află pe coordonatele dezvoltării psihiatriei mondiale. În țara noastră, psihiatria socială este concepută în unitate dialectică cu psihiatria instituțională terapeutică, avînd drept centru de acțiune mai ales problemele sociale ale bolnavilor psihici și interferîndu-se, în zone largi, cu aspecte ecologice psihiatrice și ale psihiatriei transculturale (PREDESCU).

În ceea ce privește orientarea pe care trebuie să o aibă psihiatria socială, s-au formulat opinii diverse, care ilustrează, în mare, patru direcții (MÜLLER).

Una o reprezintă direcția epistemologică, care are în vedere modul cum acționează factorii sociali asupra etiopatogeniei bolilor psihice, pe un eșantion semnificativ de populație puțin deosebită de relevanță studiul unor parametri ca : structura socială, rolul familial și social, cultura. Preluînd formularea lui RENNIE — „individul trebuie văzut în ansamblul mediului său” —, cercetătorii în domeniul psihiatriei sociale au produs o adevărată „reformă” în domeniul clasei nosologiei kraepeliane, formulînd „sindroame de izolare” în care au inclus schizofrenia și nevroza. Exagerările nu au lipsit, mai ales pe continentul nord-american, în care boala psihică a fost la un moment dat privită exclusiv ca o manifestare a „societății bolnave” (antipsihiatria). Punctul de vedere epidemiologic a dus însă și la o achiziție pozitivă, derivată din acceptarea rolului etiopatogenic al familiei (familiile de alcoolici, de schizofreni) și anume, la nașterea socioterapiilor : terapia de grup, terapia familiei etc., care urmăresc recuperarea socială a bolnavului psihic. După cum afirmă și PREDESCU, urmărirea evoluției stării și situației bolnavului, cît și a deficitului psihic în sinul familiei, la locul său de muncă și în societate, ca și acordarea sprijinului necesar în aceste compartimente ale vieții bolnavului constituie obiectivele psihiatriei sociale.

A doua direcție este reprezentată de antropologia culturală, avînd ca reprezentanți pe BENE-DICT, ERIKSON, CARDINIER, MALINOWSKI, MEAD, OPLER etc., autori care au conceput fenomenul psihopatologic din unghiul raporturilor dintre cultura colectivităților umane și problemele ridicate de sănătatea mentală.

A treia direcție o constituie concepția dinamică a grupului, care propune studiarea individului în cîmpul său social (LEWIN). Aceasta ar explica,

după unii, dezvoltările patologice ale personalității, stările psihice patologice de diferite intensități, în care factorul psihologic de supraevaluare ar fi pe prim plan („criza pensionării”, sindromul „mamel supraprotectoare”). Acestea reprezintă grupul de afecțiuni psihice în care terapiile de grup au un răspuns favorabil.

A patra direcție este constituită de ceea ce se înțelege astăzi prin sănătate mintală și psihigienă. Numeroase studii făcute asupra spitalului de psihiatrie — unitate spitalicească prezentând particularități care o delimitează de sfera spitalelor cu profil somatic — converg astăzi spre conceptul de centru de sănătate mintală (cu variantele sale, în funcție de specificul național, regional etc.), în care bolnavul psihic să nu fie izolat de semenii săi, ci să trăiască în mijlocul comunității. În aceeași viziune, psihiatrul și echipa psihiatrică devin adevărați „lucrători sociali”, în prima linie a frontului împotriva fenomenului morbidității prin boli psihice.

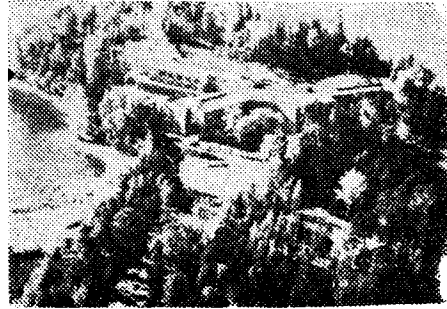
1063. PSIHIATRIE ÎN ANGLIA — dezvoltare
 ● În atmosfera de relativă stabilitate politică de după revoluția din 1688, s-a dezvoltat în Anglia o psihiatrie bazată pe principiul acordării libertății individuale. Empirismul epistemologic al lui J. LOCKE (1632—1704) a fost îmbrățișat cu căldură și de medicii care activau în spitale construite din contribuțiile voluntare ale cetățenilor, astfel încât Anglia secolelor al XI-lea — al XVIII-lea nu a cunoscut „închisorile” Franței pentru alienați. Schimbările sociale datorate industrializării au avut răsunet la nivelul Parlamentului, unde clasa mijlocie (din care făceau parte și quakerii, evangheliștii) și-a asumat răspunderea problemelor medicale. Chiar dacă existau spitale de tipul celui numit Bedlem (Saint-Mary of Bethleem), creat în 1403, familia era prima instanță responsabilă de supravegherea membrilor săi atinși de tulburări mintale.

Un aspect interesant îl constituie „comerțul cu nebunia” pe care-l practicau unele azile particulare, care găzduiau practic într-o casă 2—3 bolnavi psihici, asigurându-le paza. Abuzurile au determinat votarea unei legi (1774) care regulariza procedurile de internare. Retras la York, filantropul quaker W. TUKE organizează, în 1796, o colonie de alienați, al căror „tratament moral” se baza pe cultivarea demnității umane și a autocontrolului, a sentimentului apartenenței la o mare familie. Boala psihică de care suferea regele George III a contribuit la inițiativa construirii, pe cheltuiala populației, a unor azile pentru săraci (1788) și la supravegherea cu strășnicie, de către o comisie specială, a aplicării „tratamentului moral”.

În perioada victoriană, după 1845, se asigură dotarea fiecărui comitat cu câte un azil, în care se

trata după principiul „non-restraint”. Robert GARDINER HILL (1811—1878) și John CONNOLLY (1794—1866) vor fi printre promotorii acestui principiu.

Asociația funcționarilor medicali ai azilelor și spitalelor pentru alienați, înființată în 1841, con-



stituie cadrul în care psihiatrul este recunoscut ca specialist. Conceptul de „nebie morală” („moral insanity”) al lui J. C. PRICHARD (1786—1848) deschide terenul psihiatriei legale. J. B. WIN-SLOW editează „Revista de psihologie medicală” (1848).

Situația rămâne aproximativ neschimbată o bună bucată de timp, înnoirile nefiind posibile. Cercetări prin care se încearcă aplicarea unor idei ale filozofiei, psihologiei, patologiei în psihiatrie aparțin unor medici care și-au consacrat întreaga existență muncii în azil: D. FERRIER (1843—1929); A. MAUDSLEY (1835—1918), CRICHTON-BROWNE etc.

Adoptînd o poziție eclectică, psihiatria engleză ocupă în ansamblu un loc mai apropiat de medicină decît de psihanaliză, prin modelul bolii pe care-l promovează și prin criteriile cercetării. Serviciul național de sănătate recomandă și aplică în unitățile psihiatrice remedii ca medicamente, electroșoc, psihoterapia de grup și mai puțin psihanaliza, deși Anglia este locul formării atîtor psihanalști de renume: E. JONES (1879—1958), Melanie KLEIN (1882—1960), Anna FREUD (1895—1982).

1064. PSIHIATRIE ÎN AUSTRIA — dezvoltare

● Viena este orașul în care, în 1780, se construiește primul spital general destinat atît apărării bolnavului psihic, cît și apărării societății de alienații psihici periculoși (este cunoscut „turnul nebunilor”, înființat în 1789). Influențele iluministe fac să ia naștere, pe teritoriul austriac, spitalele azilare. Printre fondatorii acestora se află B. GOERGEN (1777—1842) și M. von VISZANIK (1792—1872), care concepeau aceste instituții ca locuri unde bolnavii psihici puteau practica echitația, jocul de cărți, biliardul, muzica. Aceste pro-

grese au fost însă posibile numai după desființarea metodelor inumane de contenție (lanțuri etc.), din „turnurile nebunilor”. În cea de-a doua jumătate a secolului al XIX-lea, asistența bolnavilor psihici se umanizează prin realizarea unui sistem azilar bine pus la punct. În 1902 se introduce sistemul pavilionar „cu ușile deschise”. Prin decrete ale poliției sînt reglementate internările azilare, făcute cu recomandare medicală și cu înștiințarea ulterioară a tribunalului regional. După ameliorare, bolnavii erau externați la cerere, în condițiile garantării supravegherii.

Dezvoltarea psihiatriei ca știință se face în afară spitalelor, urmînd modelul german. Reprezentantul psihoantropologiei este aici F. A. MESMER (1734—1815), cunoscut pentru curele sale magnetice, iar al somaticii — F. von FEUCHTERSLEBEN (1804—1878), care studiază bolile psihice în raport cu localizările cerebrale. Th. MEYNERT (1833—1892) este considerat șeful școlii psihiatrice de patologie și anatomie, fondatorul citoarhitectonicii ; studiile sale privesc afazia și diencefalul, relațiile dintre maturarea țesuturilor și funcțiilor lor. El întrezărește antagonismul structural dintre cortex (centrul funcțional al formării Eului) și trunchiul cerebral (sediul acțiunilor involuntare, instinctive, automate). KRAFFT-EBING (1840—1902) reprezintă psihiatria descriptivă, imaginînd o clasificare bazată pe etiologie și descriere clinică. Introduce termenul de „psihopathia sexualis” (1886), realizînd prima descriere integrală a deviațiilor sexuale. Tot el folosește prima oară termeni ca : stare crepusculară, sadism, masochism, fetișism, fiind și primul autor al unui manual de psihopatologie legală (1875). Wagner von JAUREGG (1857—1940) introduce modul de gîndire propriu medicinei interne în psihiatrie, aplicînd malarioterapia (tehnica impaludării) în tratamentul paraliziei generale (1917). S. FREUD (1856—1939) este elevul lui MEYNERT, în spiritul căruia își desfășoară un timp activitatea. După contactul cu CHARCOT, are dispute în privința tulburărilor și a conflictelor nevrotice cu J. BREUER (1842—1925) și întreprinde studii asupra isteriei (1881). În 1895, FREUD descoperă tehnica asociației libere, în 1896 folosește termenul de psihanaliză, iar în 1900 îi apare lucrarea cu privire la interpretarea viselor.

Pînă relativ recent, în universități, psihiatria și neurologia nu erau separate, ceea ce a permis și aplicarea unor terapii biologice convulsivante : malarioterapia și insulinoterapia, introdusă în 1903 de SAKEL (1900—1956). J. BERZE (1866—1957), E. STRANSKI (1877—1962) aduc contribuții la studiul psihopatologiei schizofreniei și al psihozei maniaco-depresive, iar P. SCHILDER (1886—1940), O. PÖTZL (1877—1962) sînt continuatorii „psihiatriei cerebrale”. ADLER (1870—1937) se separă de FREUD în 1919, școala de

psihanaliză avînd de acum încolo un drum distinct față de cea de psihologie medicală.

Ocupația nazistă întrerupe brutal și dezvoltarea psihiatriei. După terminarea celui de-al doilea război mondial, orientarea psihiatriei austriece se axează mai ales asupra cercetărilor somato-terapeutice în domeniul neuropsihiatriei infantile și juvenile ; la adult, se separă psihiatria de neurologie ; viziunile sindromologice sînt destul de rigide, în special în privința schizofreniei. Mai ales la Viena și Salzburg funcționează instituții specializate în tratamentul alcoolismului, toxicomaniilor, criminalității, centre de readaptare pentru bolnavii schizofreni, la care se adaugă rețele de servicii psihosociale bazate pe sectorizare și servicii ambulatorii (11.500 de paturi la 7.518.000 locuitori).

1065. PSIHIATRIE ÎN BELGIA — dezvoltare ● Ospiciile, mînăstirile adăposteau bolnavii psihici pe acest teritoriu. Ca urmare a influențelor pe care le exercitaseră reformele azilare ale lui PINEL și ESQUIROL în Franța, după revoluție (1830), guvernul a elaborat planuri centralizate pentru ameliorarea condițiilor de îngrijire a bolnavilor psihici (1841), controlîndu-i administrativ și juridic. În 1850 existau 54 de azile (de stat, publice și particulare sau ale instituțiilor religioase), în care internarea se făcea printr-un certificat medical, iar după ameliorare, punerea în libertate era condiționată de încredințarea bolnavului unei persoane sau autorități. Coloniile familiale de la Gheel (1862) și Liernaux (1885) au constituit primele încercări de „tratament moral” în Belgia. Curentul serviciilor „deschise” a avut de înfruntat opoziția autorităților judiciare care se împotriveau opiniilor medicale, ducînd o adevărată luptă „în ilegalitate”.

După primul război mondial, își fac loc primele măsuri de igienă mintală, prin înființarea dispensarelor pentru adulți și copii, practic prin inaugurarea politicii de sector. În 1930, legea „apărării sociale” (completată în 1964) instituie un regim juridic pentru delincvenții psihici, prezentînd măsuri de reexaminare și punere în libertate. Sectorizarea, chimioterapia ambulatorie, serviciile libere, alături de cele protejate (există 66 de spitale de psihiatrie în Belgia, dintre care 45 în Flandra), aplicarea psihologiei, ergoterapiei, kinesterației, fizioterapiei și igienei mintale reprezintă jaloane ale psihiatriei de azi în Belgia. Sub conducerea lui D. P. BOBON, în această țară s-a elaborat sistemul AMDP (manual de documentare și de cuantificare a psihopatologiei).

1066. PSIHIATRIE ÎN BRAZILIA — dezvoltare ● Perioada colonială încredința asistența spitalicească și medicală comunităților religioase guvernate de principiile creștine, menționate din 1543 ;

referiri la bolnavii psihici se fac însă de abia după 1822.

Cucerirea independenței Braziliei a adus progrese în medicina socială, prin intermediul școlii europene și, în special, a celei franceze. Medici ca Da Cruz JOBIM, SIGAUD, Silva PEIXOTO sînt primii autori de studii psihiatrice în Brazilia (1837) și inițiatorii unor importante reforme privind asistența azilară. La Sao Paolo a fost creat, în 1898, cel mai mare azil din America de Sud. Tratamentul moral și tratamentul prin muncă își găseau locul de aplicare în aceste stabilimente, bolnavii desfășurînd activități în ateliere, servicii interioare, la bucătărie sau în grădină, lucrînd broderie sau croitorie, obținînd produse care erau vîndute, aducîndu-le un câștig. Remediile medicale folosite erau: bromura, iodura de potasiu, clorhidratul de morfină, revulsivele și purgativele, preparatele de beladonă, compușii cianici și antispasmodicele, digitala și emeticele, băile și dușurile.

Anul 1893 este anul recunoașterii de către guvern a statutului bolnavului psihic, al reglementării internării și externării sale din azil; legea a fost revizuită în 1903 și 1934. MOREIDA a exercitat, pe parcursul a trei decenii, o influență considerabilă asupra destinului psihiatriei braziliene, înființînd periodice și societăți de specialitate, îmbinînd în activitatea sa concepțiile teoretice ale psihiatriei franceze cu cele organiciste — preponderente — ale psihiatriei germane.

În 1912, psihiatria devine specialitate autonomă; în 1927 ia naștere Serviciul de asistență a bolnavilor psihici; în 1974 se emite un decret privind politica națională în domeniul sănătății mintale, iar în 1979 altul, privind politica de asistență și sănătate. Problemele actuale ale psihiatriei braziliene sînt determinate de preponderența sectorului particular față de cel de stat și de tendința manifestă de psihiatrizare a cricăror probleme de ordin socio-economic. În ciuda creșterii numărului personalului specializat, persistă divergențe serioase interprofesionale, care merg pînă la punerea sub semnul întrebării a participării științelor sociale la fundamentarea psihiatriei. Sectorizarea, crearea spitalelor de zi reprezintă încă un deziderat.

1067. PSIHIATRIE ÎN EGIPT — dezvoltare ● Savanții aduși de Napoleon în Egipt menționează, în lucrările lor, existența la Cairo a unui mare spital pentru alienați, fondat în anul 710 și reconstruit în 1310. Pe acest teren, se vor adăuga alte clădiri ale spitalului și o moschee, iar în 1856 se va crea „Azilul lunaticilor”. În 1840, Moreau de TOURS vizitează locurile destinate alienaților din Egipt și are ocazia să facă observații asupra efectului psihotrop al opiumului și considerații asu-

pra psihozelor toxice pe care le provoacă consumul său sub formă de hașis.

Lucrările alieniștilor europeni care au vizitat Egiptul în secolul al XIX-lea menționau, pe de o parte, tablourile clinice dominate de catatonie și melancolie, sau de agitație și manie, pe de altă parte. Bolnavii de acest fel nu erau considerați nebuni de societatea egipteană și nu erau internați decît în cazuri extreme. Autoritățile locale erau preocupate de depistarea simulării la recruți, delincvenți și criminali, dar și de evidențierea afecțiunilor somatice. Coloniile de străini dispuneau de spitale pentru comunitatea proprie, organizate pe principiile nosografiei psihiatrice europene. Poporul practica în alienarea mintală în nebunie (concepție parțial valabilă și astăzi), ca metode vindecătoare, pelerinajele la Aboukir, Cairo, Guizeh, ca și ritualurile religioase, la modă la sfîrșitul secolului trecut.

În Egiptul aflat în faza dezvoltării industriale, bolnavul psihic cu simptomatologie inaparentă pentru anturaj era reiectat de comunitatea care-l considera un individ ce refuză să muncească. M. MEAD, în 1953, afirma: „creșterea populației cerșetoare, sărace, poate fi corelată cu acuturata acestei societăți, ca soluție compensatoare a nevrozei”.

În acest context, în Egipt se opiniază pentru impunerea unei soluții proprii pentru reformarea instituției psihiatrice, a suportului său legislativ și a noțiunii de boală psihică.

1068. PSIHIATRIE ÎN ELVEȚIA — dezvoltare ● Începuturile psihiatriei elvețiene se situează de abia în secolul al XIX-lea, anterior acestei date negăsindu-se decît mențiuni sporadice despre asistența acordată bolnavilor psihici. Confederația elvețică nu și-a modificat în mod esențial organizarea în decursul timpului, micile state constitutive păstrîndu-și pe deplin autonomia în conducerea domeniilor sănătății, învățămîntului public și al finanțelor. Populația cantonală, restrînsă, a constituit o condiție favorizantă pentru asistența psihiatrică, azilul cantonal pentru alienați găzduind, alături de acești bolnavi, vagabonzi și mici delincvenți. Epilepticii au fost primii bolnavi psihici cărora li s-a destinat construcția de azile (Zürich, Berna, Vaud); tot mai numeroase au devenit stabilimentele particulare pentru îngrijirea bolnavilor privilegiați, în spațiile din apropierea marilor orașe (Geneva, Lausanne, Basel, Zürich etc.) sau în vechile mînăstiri.

La sfîrșitul secolului trecut iau naștere universități și școli de medicină elvețiene, ai căror primi dascăli vor fi medicii-directori ai azilelor cantonale. Astfel, de la început, psihiatria universitară elvețiană a fost înglobată în sistemul de asistență psihiatrică sectorizată. În plus, în această țară, neurologia a fost întotdeauna separată de psihia-

trie (aparținând medicinei interne), ceea ce a împiedicat declanșarea unor confruntări violente de opinii.

Stilul terapeutic azilar era identic cu cel practicat în celelalte țări. Penuria de cadre universitare elvețiene a favorizat un aflux important de specialiști dinspre Germania mai ales, care s-au reințors în țara lor de origine după o perioadă de practică la Clinica Bûrghölzli.

Auguste FOREL (1848—1931) a fost primul psihiatru elvețian care a desfășurat o bogată activitate pe plan universitar și clinic, legată îndeosebi de problemele alcoolismului și ale sexualității. Eugen BLEULER îi succedea la direcția clinicii de la Zürich, publicîndu-și valoroasa lucrare despre schizofrenie (1911). La clinica Bûrghölzli și-au desăvîrșit pregătirea titularii catedrelor de psihiatrie din Rusia, iar FREUD a găsit o primire favorabilă pentru teoriile sale psihanaliste. C. G. JUNG, după ce a abandonat analiza freudiană, a fondat o școală proprie. RORSCHACH este autorul testului care îl va consacra pe plan internațional. Manfred BLEULER continuă la Zürich opera tatălui său, manifestînd interes pentru evoluția schizofreniilor.

Cura de somn (KLĂSI), insulinoterapia (SAKEL), neurolepticele au fost metode biologice de tratament introduse cu mult curaj în clinică de medicii elvețieni. Psihoterapia a fost reprezentată de FREUD, P. DUBOIS (psihoterapia persuasivă), C. G. JUNG și L. BINSWANGER, operele acestora avînd largi ecouri pe plan mondial, ca și cele ale lui HUSSERL și HEIDEGGER. În 1957, R. KUHN (elev al lui BINSWANGER) descoperă efectul antidepressiv al imipraminei (medicament tricyclîc). C. ODIER, R. de SAUSSURE, E. OBERHOLZER, E. BLUM ș.a. sînt reprezentanți de seamă ai psihanalizei elvețiene.

Zürich este orașul unde BLEULER și KLĂSI înființează primul dispensar psihiatric; asemenea unități au fost create și în alte orașe. Supravegherea bolnavilor psihici în familii, cu ajutorul medicilor psihiatri și al asistenților sociali, era generalizată în Elveția anilor 1920. Au existat preocupări serioase pentru formarea personalului de îngrijire, încă din 1940. Crearea atelierelor protejate, a spitalelor de zi a îmbogățit substanțial cadrul organizatoric al asistenței psihiatrice după 1945, cu accentuarea importanței tratamentului extrahospitalicesc. De menționat că, în Elveția, delincvenții sînt tratați fie în închisoare, fie în centrul psihiatric regional (prin transfer), fără a fi existat vreodată vreo instituție specializată. Curentul antipsihiatric nu a afectat în mod semnificativ stabilitatea asistenței și a învățămîntului psihiatric elvețian.

1069. PSIHATRIE ÎN FRANȚA —dezvoltare ● Istoria modernă a psihiatriei franceze începe la memoria data de 11 septembrie 1793, cînd Philippe

PINEL desface din lanțuri bolnavii de la Bicêtre. Gestul exprimă simbolic desprinderea de prejudecățile care împiedicau progresul acestei ramuri a medicinei. Apariția „Tratatului medico-filozofic” al aceluiași PINEL a inaugurat cariera strălucitoare a celei mai originale școli europene de psihiatrie, școala franceză care a valorificat marile tradiții umaniste ale culturii în psihiatrie.

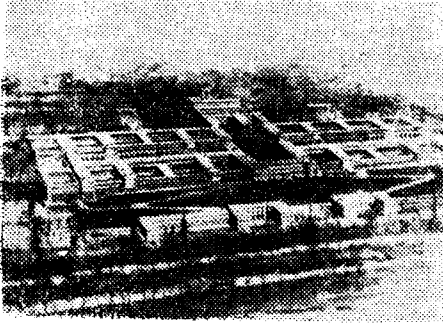
Clinicieni de talia lui ESQUIROL (1772—1840), FALRET (1794—1870), CALMEIL (1798—1895), J. J. MOREAU de TOURS (1804—1884), DELASIAUVE (1804—1893), MOREL (1809—1873), BAILLARGER (1809—1890), LASÈGUE (1816—1883), V. MAGNAN (1835—1916), COTARD (1840—1899), RÉGIS (1854—1918), SÈGLAS (1856—1939) au adunat și selectat imensul material al patologiei, separînd una după alta marile entități care constituie obiectul psihiatriei moderne.

Modelul pe care BAYLE (1822) l-a propus pentru paralizia generală progresivă — devenit clasic — a adus dovada apartenenței psihiatriei la domeniul medicinei.

Elevul lui PINEL, ESQUIROL a adoptat, ca și maestrul său, o atitudine de respingere a speculațiilor, de promovare a observațiilor clinice, a faptelor, lucru care l-a condus către clasificarea metodică a entităților nosologice. Învățămîntul unitar, preconizat de ESQUIROL la Paris, a determinat apariția unei pleiade de valoroși clinicieni, ale căror contribuții au fost decisive în dezvoltarea psihiatriei ca știință. MOREAU de TOURS (prin lucrarea asupra hazardului și alienației mintale), LEGRAND du SAULLE, J. P. FALRET și BAILLARGER sînt cei mai reprezentativi dintre aceștia. Deși contestată de elevii lui pentru că răsturna perspectiva clasificării pineliene în care criteriile erau psihopatologice, concepția lui ESQUIROL s-a impus cu un deosebit prestigiu, introducînd o privire unitară asupra bolii și evoluției sale naturale.

Legea din 1838 a stabilit și reglementat nu numai statutul juridic al bolnavului mintal, ci și modul cum trebuie să se acorde îngrijirile unui astfel de bolnav și a prevăzut crearea unei rețele azilare, echilibrat repartizate pe teritoriul francez. Ea a dus la „descentralizarea” psihiatriei secolului al XIX-lea — eminate pariziană —, prin crearea de școli provinciale. La Paris, apariția de noi instituții, alături de Salpêtrière, Bicêtre, Charenton, cum ar fi azilul Sainte-Anne (1867), construit din indicațiile energicului prefect al orașului, baronul HAUSSMAN, în așa fel încît să satisfacă „nevoile științifice”, a fost urmată, la scurt timp, de înființarea primei catedre de boli mintale și de numirea primului titular: Benjamin BALL.

O influență incontestabilă a avut-o și crearea, în 1872, a unui local rezervat examinării celor cu tulburări de comportament, intrați, dintr-un motiv sau altul, sub incidența prefecturii, „Infirmeria specială”, care a constituit, alături de Salpêtrière și Sainte-Anne, o a treia școală de psihiatrie pariziană, strălucit reprezentată de LASEGUE (pînă în 1883), LEGRAND du SAULLE (1866), GARNIER (1905), DUPRÉ (1920), G. de CLÉRAMBAULT (1934).



Această perioadă este marcată și de două contribuții teoretice importante : considerarea degenerescentei drept cauză a bolilor mintale (MOREL, MAGNAN) și identificarea isteriei ca boală care poate fi reprodusă prin sugestie (CHARCOT). „Școala de la Nancy” (BERNHEIM, LIÉBEAULT, BEAUNIS, LIÉGEOIS) a arătat însă că hipnoza nu are legătură cu isteria și că poate fi folosită ca metodă terapeutică în orice altă boală. „Dogma” lui MAGNAN va bloca acceptarea sistemului kraepelian în Franța, în special prin respingerea criteriului evolutiv (P. PICHOT, 1983), determinînd o dezvoltare paralelă și nu convergentă a școlii clinice franceze.

Th. RIBOT, părintele psihologiei științifice franceze, a creat o operă de valoare, lansînd, în același timp, o idee cu totul neobișnuită la acea dată : tinerii filozofi care doreau să se dedice psihologiei, să facă studii de „medicină mintală”. Recomandarea a fost urmată de o serie de studenți la filozofie și de tineri filozofi, printre care JANET, G. DUMAS, H. WALLON, Ch. BLONDEL, D. LAGACHE.

După primul război mondial, reprezentantul principal al tradiției franceze a fost G. de CLÉRAMBAULT, care a dezvoltat teza automatismului mintal de origine organică și a descris delirurile pasionale (și în special erotomania) într-o manieră clasică, a cărei profunzime rămîne inegalabilă.

Pierre JANET este în această perioadă, alături de G. de CLÉRAMBAULT, altă stea de primă mărime a psihopatologiei franceze, remarcîndu-se prin descrieri de o deosebită finețe ale psihasteniei și „automatismului psihologic”, ca și prin teze de valoare asupra nevrozelor, deși odată cu apariția școlii psihanalitice (în ciuda enormului succes de public și prestigiu internațional și național de care se bucura), o parte dintre lucrările sale vor trece pe un plan secundar.

În sfîrșit, E. MINKOWSKI (elev al lui BLEULER) a introdus în psihopatologia franceză fenomenologia, prin lucrări de referință ca „Schizofrenia” (1927), „Timpul trăit” (1933), în care filozofia bergsoniană se îmbină cu observații clinice originale.

Pe plan administrativ, se poate menționa crearea, în 1923, a primelor servicii deschise și înlocuirea denumirii de azil cu cea de spital psihiatric (denumirea va fi oficializată abia în 1937).

După 1945, și psihiatRIA din Franța, ca și cea din alte țări vest-europene, a fost marcată de modelul american, „cocktail compus din pragmatism, culturalism, freudism” (J. POSTEL, C. QUÉTEL, 1983), nu atît sub aspectul fundamentelor sale teoretice, cît sub acela al atitudinii față de boală și boalnav.

Eliberarea de sub spectrul holocaustului hitlerist a generat un veritabil reviriment, care a cuprins întreaga societate franceză și implicit psihiatRIA, ilustrată de personalități ca P. GUIRAUD, H. EY, A. POROT, P. SIVADON, P. BERNARD, J. DELAY, P. DENIKER, M. LÖÖ, S. NACHT, P. RECAMIER, A. LACAN etc. Direcțiile principale de dezvoltare a școlii franceze de psihiatRIE privesc terapia bolilor psihice și aprofundarea psihopatologiei din unghiuri dintre cele mai diverse. Descoperirea clorpromazinei (1950) și a tiopropazinei și aplicarea lor în psihiatRIE (1952) au drept complement dezvoltarea socio-terapiei și înființarea unor instituții de tip comunitar („arondismentul XIII”, 1957). O contribuție deosebită în această perioadă a avut-o H. EY, animator al grupului „Évolution Psychiatrique” și al seminarului de la Bonneval, redactor principal al Enciclopediei de medicină și chirurgie, seria psihiatRIE. „Maestrul de la Bonneval” a fost, de asemenea, unul dintre principalii critici ai antipsihiatriei, curent contestatar din deceniul șapte, care s-a bucurat în Franța de o relativă popularitate. J. DELAY a reprezentat linia tradițională a psihopatologiei franceze, încercînd, în lunga perioadă în care a condus catedra de la Sainte-Anne și destinele psihiatRIEi franceze (1942—1971), să găsească formula optimă de îmbinare a pozițiilor psihologice cu cele neurobiologice. Opera sa științifică, de mare întindere, dar și de o deosebită profunzime, l-a consacrat atît pe plan național (membru al Academiei Franceze), cît și internațional.

După 1968, s-au făcut o serie de reforme administrative și organizatorice. Din 1976, teritoriul francez este împărțit în 725 de sectoare rezervate adulților, în care funcționează unul sau mai multe dispensare. Spitalele psihiatrice au fost transformate, din 1968, în spitale generale și funcționează peste 225 de spitale de zi. În Franța activează peste 5000 de psihiatri și există în momentul de față 17 catedre de psihiatrie.

1070. PSIHIATRIE ÎN GERMANIA — dezvoltare

● Secolul al XVIII-lea găsește bolnavii psihici din țările germanice în grija comunelor sau a fundațiilor, a mănăstirilor, care aveau saloane speciale pentru alienați și, mai târziu, în „case de nebuni”, dintre care cea de lângă Bremen (1764) aplica și tratamentul cu opiu.

După războaiele napoleoniene, se fac progrese importante pe linia îngrijirii bolnavilor psihici sub egida statului. Tot mai numeroase sînt landurile care construiesc edificii azilare, iar la Bayreuth se proiectează, în 1805, o „casă de sănătate pentru bolnavii psihici”, avînd și obiective de cercetare științifică. J. G. LANGERMANN (1768—1832) și J. Ch. REIL (1759—1813) sînt pionierii înființării unor instituții însărcinate cu paza bolnavilor psihici, asigurarea unui confort maxim acestora și găsirea unor ocupații pentru cei externati.

Modul în care se dezvoltă rețeaua instituțiilor psihiatrice în Germania poartă amprenta puternică a ideilor epocii despre influența binefăcătoare a unui mediu natural armonios și idilic. De aceea, toate edificiile azilare vor fi construite în afara orașelor. În 1820 s-a construit primul azil la Schleswig, dispunînd inițial de 120 — 150 paturi (număr ce avea cîrînd să se dovedească insuficient). În 1911, la Kleve, azilul cuprindea 2200 de paturi. În afara acestor investiții de stat, cele particulare se dezvoltă masiv, în ambele forme azilare existînd aceeași modalitate diferențiată de a trata bolnavii cronici și cei acuti. Iau naștere, în condițiile incertitudinii prognosticului și ale sărăciei metodelor terapeutice, trei tipuri de instituții: separate, relativ combinate și mixte.

Predomină și în acest secol mijloacele fizice de terapie: băi, dușuri, paturi și scaune turnante, aplicarea de creme antinevrotizante pe scalp, privări alimentare, dar se fac și tentative de tratament cu opiu, bromuri, cloralhidrat paraldehidic. Treptat, instituțiile ce adăpostesc bolnavii psihici își pierd aspectul de închisoare, dispar cămășile de forță, psihiatria se umanizează, sînt primite și cazuri mai ușoare. De numele lui W. GRIESINGER (1817—1868) se leagă liberalizarea tratamentului bolnavilor psihici, prin plasarea lor în colonii agricole (mai ales oligofrenii și epilepticii), dintre care cea mai importantă a fost înființată în Renania — Westfalia, în 1867.

O lege privind reglementarea internării și plasării bolnavilor psihici avea să se voteze de abia în 1949. Față de alte țări, în Germania, cunoștințele anatomopatologice și observațiile clinice au avut o influență mult mai mare pentru psihiatrie. Ca boli ale „sufletului”, bolile psihice au fost considerate de J. Ch. A. HEINROTH (1773—1843) drept consecință a păcatului; se prefigurează astfel prima concepție despre comprehensibilitatea conflictelor interne, primele noțiuni despre psihanaliză, autorul folosind pentru prima dată termenul de psihosomatică. H. DAMERON (1798—1866), K. FLEMING (1799—1880) și Ch. ROLLER (1802—1878) reprezintă, în epocă, „lupta” care se ducea între „psihicieni” și „somaticienii”, adică între orientarea filozofic-antropologică și, respectiv, cea somatică.

Iau naștere o serie de catedre universitare. W. GRIESINGER fiind primul profesor și primul autor al unui tratat de patologie și terapie a bolilor psihice, în care acestea sînt considerate ca stări cerebrale anormale, caracterizate printr-un complex de simptome (1845). Autorul subliniază importanța subconștientului, relația între sentimente și unele modificări fiziologice, cauzalitatea psihologică și riscul supraestimării sale în detrimentul celei somatice, geneza complexă a bolii mintale, fiind un adevărat fondator al neuropsihiatriei.

Multitudinea cercetărilor și a opiniilor determină necesitatea stabilirii unui sistem nosologic al bolii mintale. Se pot distinge două direcții: cea a „psihiatriei creierului”, reprezentată de Th. MEYNERT (1833—1893), C. WERNICKE (1848—1905), C. KLEIST (1879—1961), C. WESTPHAL (1833—1890) cu cercetările sale microscopice în domeniul paraliziei progresive, A. ALZHEIMER (1864—1915) și A. PICK (1851—1924), cu contribuțiile anatomo-clinice în domeniul demențelor prezenile; cea a școlii clinice, care urmărea izolarea tipurilor de boli prin observarea ansamblului evoluțiilor lor. Astfel, K. KAHLBAUM (1828—1899) descrie catatonie, E. HECKER (1843—1910) — hebefrenia, iar E. KRAEPELIN (1856—1926) este fondatorul nosologiei psihiatrice germane, a cărei influență nu și-a pierdut actualitatea. Manualul său de psihiatrie (1883) a cunoscut nouă reeditări pînă în 1927 și a consacrat un sistem nosologic care distinge psihoze exogene (tulburări psihice apărute în condiții de febră, epuizare, intoxicații, tulburări metabolice, infecții, tumori cerebrale și demență precoce — cu cele trei forme: hebefrenică, catonică și paranoică — ca un fenomen de auto-intoxicare) și psihoze endogene (psihoze de evoluție, psihoza maniaco-depresivă, paranoia, stările psihopatice, idioția și imbecilitatea). Această clasificare a avut un larg răsunset internațional, constituind încă un model actual de referință.

Secolul al XX-lea a continuat dezvoltarea instituțiilor spitalicești și a celor de învățămînt universitar, păstrînd sistemul combinat de amplasare a bolnavilor psihici. Ameliorarea condițiilor de spitalizare, introducerea ergoterapiei au fost brutal oprite de influența nefastă a celui de-al doilea război mondial. În 1973, în RFG, la cele 62 milioane de locuitori existau 113.500 paturi, predominînd spitalele mari, de 1000 de locuri. Actuale sînt tendințele de reducere a dimensiunilor instituțiilor, a numărului de bolnavi dintr-un salon, punîndu-se accent pe instituțiile intermediare și ambulatorii. Reglementarea condițiilor de internare nonvoluntară s-a impus în 1949 în RFG și în 1968 în RDG.

O serie de școli de psihiatrie au promovat atitudini active, aducînd contribuții de sindromologice sau nosologice. Astfel, K. BONHÖFFER (1868—1948) identifică sindromul exogen acut, H. BÜRGER—PRINZ (1897—1976), reprezentant al școlii de la Hamburg, descrie, în cadrul psihozelor endogene, stările maniaco-depresive, mixte, cu alternanță rapidă. În RDG, K. LECHARD (n. 1904), continuatorul lui K. KLEIST (1879—1960), descrie un mare număr de psihoze endogene diferențiate. Școala de la Heidelberg, reprezentată prin K. JASPERS (1883—1962), descrie și denuște fenomenele psihice patologice nefînd cont de unitățile nosologice. K. SCHNEIDER (1887—1967) enunță criteriile de diagnostic pentru schizofrenie (simptome de rangul I), făcînd abstracție de evoluția bolii. Școala de la Tübingen este promotoarea unei psihiatrii pluridimensionale, prin reprezentanți ca R. GAUPP (1870—1953) și E. KRETSCHMER (1888—1964), luînd în considerare toți factorii ce pot juca un rol în geneza și evoluția bolii (constituție, mecanisme psihoreactive, modificări genetice și organice cerebrale). Tot în Germania ia ființă, în 1908, școala de psihanaliză la Berlin, iar în 1910 la München, unde se vor forma o serie de psihanalizști: F. ALEXANDER (1891—1964), O. FENICHEL (1897—1946), K. HÖRNEY (1885—1953).

1071. PSIHIATRIE ÎN GRECIA — dezvoltare ● Tradiția hipocratică, filozofia aristotelică, biserica ortodoxă bizantină sînt factori care au influențat semnificativ psihiatria grecească de-a lungul secolelor. Numeroase curente religioase au imprimat în conștiința populației ideea că boala psihică exprimă un mesaj religios, fiind curabilă prin pelerinaje sau protecția vreunui personaj bisericesc. Unirea insulelor ioniene cu Grecia (1864) a însemnat și momentul în care s-a putut emite o legislație națională privind internarea alienaților și funcționarea spitalelor psihiatrice. Statul își asuma protecția bolnavilor și a societății. Poliția reținea însă și maltrata în subsolurile sale bolnavi agitați.

La Corfu (1864) se crease primul stabiliment psihiatric, după model englez, care seamăna însă în mod izbitor cu o închisoare. Pe teritoriul Greciei au funcționat în secolul al XIX-lea și alte unități spitalicești, avînd structuri diferite, dar toate cu caracter azilar. Universitatea din Atena păstrează și astăzi un centru de cercetări, de pe lîngă o secție pentru cazurile acute, fondat în 1904.

Între anii 1930—1936 sînt angajate cadre de specialități diferite la stabilimentul psihiatric fondat de stat, ceea ce determină perfecționarea personalului de îngrijire. În 1936, aici se practica șocurile cu cardiazol și insulină. Perioada celui de-al doilea război mondial a compromis total, prin sărăcia economică pe care a antrenat-o, aceste încercări de progres.

Cefalonia, Chios, Ermopolis, Salonic, Lesbos, Leros sînt localități (unele insulare) unde existau spitale psihiatrice de capacitate mai mică, funcționînd parțial și astăzi, în condiții „inumanе și anacronice”. Clinicile psihiatrice particulare nu s-au diferențiat în mare măsură de curentul psihiatric general din Grecia, care s-a mulțumit cu aplicarea principiilor psihiatriei europene la contextul socio-economic și cultural local.

Pe lîngă patologia psihică din spitale, reprezentată îndeosebi de psihoze și de sindroame cerebrale organice, în atenția psihiatrilor greci contemporani stă problema bolilor psihice la copii (în 1969 s-a înființat prima clinică pedopsihiatrică la Atena, urmată de alta la Pedeli). Gratuitatea tratamentului este asigurată bolnavilor psihici prin serviciile de asigurări sociale și alte forme de asistență; există o legislație de igienă mintală, este reglementată internarea din oficiu într-o unitate psihiatrică; există un singur dispensar comunitar de igienă mintală; două catedre de psihiatrie funcționează la universitățile din Patras și Iania. Eforturile din ultimii ani se orientează spre crearea de dispensare și de servicii psihiatrice în spitalele generale, spre îmbunătățirea metodelor de învățămînt și cercetare psihiatrică.

Deși cunoscută din 1915, în Grecia psihanaliza este azi practică sporadic, publicațiile fiind și ele, în majoritate, traduceri. Din 1977 există o societate de psihoterapie psihanalitică.

1072. PSIHIATRIE ÎN ITALIA — dezvoltare ● Deși unificată în 1861, Italia nu avea o lege unică privitoare la bolnavii psihici și la locul de tratare a lor, decît din 1904. Pe de altă parte, subordonaarea politică diversă, în decursul istoriei, a diferitelor regiuni ale Italiei, a dus la crearea și menținerea unor diferențe semnificative între provincii în privința nivelului psihiatriei, cu păstrarea unei varietăți în practicile psihiatrice. Considerații delincvenți, generatori de scandal, bolnavii psihici din Italia erau internați în secolul al XVIII-

lea — ai XIX-lea, în spitalul general și la închisoare. Existau numeroase azile, la Roma (1725), Torino (1727), Veneția (1733), Florența (1750), Reggio Emilia (1754), Milano (1780). Acțiunile filantropice ale capetelor încoronate sau ale aristocraților aveau ca scop „la modă” deschiderea „caselor de nebuni”. Rezultatele sînt mai mult negative: cheltuieli ridicate de întreținere, mortalitate ridicată, medicul pus în umbră de factorii administrativi și foarte slab remunerat. Condițiile de internare sînt foarte diferite de la un stat la altul, ca și acelea de externare a bolnavului.

După 1850, psihiatria italiană suferă schimbări radicale, datorită emiterii unei legislații naționale privind bolnavul psihic, tendințelor de încadrare nosografică, construirii de azile după criteriile științifice și organizării învățămîntului. Cercetările anatomo-clinice ale lui BROCA au constituit un factor favorizant semnificativ în acest sens. Acest „proiect” al psihiatriei italiene a fost susținut și aplicat în practică de psihiatrii care reprezentau, în același timp, și puterea politică (Andrea VERGA a fost senator, Leonard BIANCHI — deputat), ceea ce le-a permis înființarea de societăți și publicității de specialitate, cu caracter național. Camillo GOLGI (asistent al lui LOMBROSO, la Paris) a primit, în 1906, premiul Nobel pentru descoperirile sale privind celula nervoasă; Auguste TAMBURINI, Eugenio TANZI au contribuții în teoria epilepsiei pseudosenzoriale, iar Cesare LOMBROSO este considerat părintele antropologiei criminale.

Spre deosebire de alte țări în aceeași perioadă, în Italia, azilele publice erau în mai mică măsură reprezentate, asistența psihiatrică fiind susținută de instituțiile caritabile, secțiile de neuropsihiatrie ale spitalelor generale și azilele particulare. După primul război mondial, scade interesul autorităților pentru psihiatrie (catedrele universitare se vor numi în continuare — de boli nervoase și mintale), o Influență negativă exercitînd și conducerea fascistă a Italiei.

1938 este anul în care Ugo CERLETTI și Lucio BINI descoperă electroșocul, metodă ce va înlocui rapid șocul cu cardiazol. Modernizarea azilelor se va produce abia după începutul erei neurolepticelor, rețeaua semiambulatorie și ambulatorie cîștigînd un solid teren în fața vechilor instituțiilor. Măsurile de psihoigienă intră actualmente în sarcina organismelor socio-sanitare locale, care îngrijesc, fiecare, cîte 200 000 de bolnavi. Echipe specializate, complexe, acționează în cazurile acute, spitalizarea fiind rezervată numai urgențelor. Spitalele de zi, de noapte etc. au luat locul azilelor, care sînt în curs de desființare. Terenul încă incert al luptei împotriva „stabilimentului” psihiatric a îmbrăcat și forme politizate în cadrul acțiunii conduse de Franco BASAGLIA, absolutizînd virtuțile psihofarmacologiei și scandalizînd pe cunoscători și ... necunoscători.

1073. PSIHIATRIE ÎN OLANDA — dezvoltare ● Reglementări privind boala psihică sînt cunoscute în Olanda începînd cu anul 1841, dar metodele preconizate aveau un pronunțat caracter conservator, limitînd intervenția medicului în cazul internării-externării și neincluzînd prevederi legate de organizarea stabilimentelor psihiatrice.

Amenajarea și construirea de noi instituții care să adăpostească alienații au constituit principala preocupare între 1830—1860, fără ca regulamentele interioare de funcționare să fie satisfăcătoare pentru necesitățile populației în creștere. În aceste condiții, „metoda tratamentului moral” și-a făcut loc cu dificultate. Deși a urmat o a doua reglementare în 1884 (în vigoare și astăzi), dezvoltarea psihiatriei în această țară a fost frînăată de limitarea posibilităților de a se asigura tuturor bolnavilor o ocupație. Grupurile confessionale reformate, în plină dezvoltare, au preluat, în mare parte, după această dată, problemele asistenței psihiatrice, propunîndu-și ca obiective prevenirea și vindecarea alienării mintale prin recreștinarea societății. Familiei îi revenea rolul principal, nefiind ignorată însă nici contribuția psihiatriei somatice și sociale. Sînt astfel înființate cinci case pentru alienați și o clinică universitară. Ordinele catolice au desfășurat și ele, în paralel, o activitate largă, înființînd, între 1907—1928, patru instituții destinate asistenței alienaților. Nu tocmai fericit, „mariajul” între medicină și teologie a creat totuși, în epoca respectivă, posibilitatea aplicării „tratamentului moral”. Secolul nostru a găsit Olanda într-o situație complexă, organismele publice coexistînd cu un număr extrem de mare de asociații și fundații particulare, cu preocupări în domeniul igienei mintale publice. Tentativele de conturare a unei structuri unice se apropie mult de formele de asistență ambulatorie.

Diferitele curente extraoficiale (declanșate de studenți, de pacienți, cu editarea chiar a unui ziar al acestora, între 1973—1978) sînt expresii ale tendințelor de ameliorare a legii emise în 1884. Dezvoltarea rețelei psihiatrice, prin crearea de posturi pentru psihologi, sociologi și asistenți sociali, reprezintă astăzi schimbări calitative importante.

1074. PSIHIATRIE ÎN PORTUGALIA — dezvoltare ● Începutul secolului al XIX-lea găsește bolnavii psihici din Portugalia în clădiri insalubre sau abandonate în închisori. Primele statistici psihiatrice sînt publicate, între 1837—1838, de medicul BIZARRO de la spitalul Sao José din Lisabona, care folosește termenii de manie, monomanie, demență, idiotie. După o călătorie de studii în Europa, doctorul GOMES face propuneri constructive autorităților portugheze pentru ameliorarea asistenței psihiatrice, dar fără a obține vreun rezultat. La fel, PULIDO, directorul azilului Rilhafoles, încearcă să introducă în spitalul său

Înnouriile umanizatoare în tratamentul alienaților. J. MARIA de SENA, J. XAVIER de MATOS, J. URBANO, L. PEIXOTA, Magahaes LEMOS sînt medici care au luptat pentru reglementarea asistenței în stabilimentele pentru bolnavii psihici (1889). În 1884, MATOS publică primul manual de boli mintale din Portugalia, ridicîndu-se împotriva mijloacelor de conținție aplicate alienaților.

LEMOS, Elisio de MOURA (inițiator al studiilor de psihosomatică), Egas MONIZ (întemeietorul psihochirurgiei, laureat al Premiului Nobel pentru medicină), Sobral CID sînt nume răsunătoare pentru psihiatria portugheză din primele decenii ale secolului nostru. Psihiatria contemporană este dominată de profesorii Henrique Jao de BARAHONA FERNANDES și Pedro POLONIO, care au contribuții importante atît la promovarea „psihiatriei deschise”, cît și la organizarea cercetării și învățămîntului psihiatric în Portugalia.

Curentul antipsihiatric a fost combătut cu multă tărie de profesorul Pedro POLONIO în lucrarea „Psihiatria, medicina persoanei” (1978). Există noi orientări în studiile psihiatrice, în special spre problemele adolescenților și toxicomanilor, susținute de autori ca J. SEABRA-DINIS și Frago MENEDES.

1075. PSIHIATRIE ÎN RUSIA ȘI ÎN UNIUNEA SOVIETICĂ — dezvoltare ● Deși încă din 1761 PĒTRU al III-lea dăduse dispoziție să se construiască așezăminte speciale pentru bolnavii mintal, abia în 1779 se construiește primul ospiciu în Rusia. Cu trei ani înainte, la spitalul „Ekaterinskaia”, din 150 de paturi, 16% (24 de paturi) erau destinate îngrijirii bolnavilor psihici. În 1808 ia ființă spitalul „Preobrajenskaia”, în care, de-a lungul timpului, vor lucra o serie de psihiatri de valoare: S. S. KORSAKOV, V. A. MURATOV.

Psihiatria modernă rusă a fost reprezentată de la început de o pleiadă de savanți, al căror renume european este incontestabil. Astfel, Ivan SLENOV a publicat „Reflexele creierului” (1863), lucrare care va influența nu numai psihiatria epocii sale, ci întreaga orientare a psihiatriei ruse și sovietice, prefigurînd cercetările lui I. P. PAVLOV asupra activității reflexe. S. S. KORSAKOV, psihiatru deosebit de dotat, înzestrat cu un remarcabil spirit clinic, a descris o largă paletă de tulburări ale memoriei și de tulburări cu substrat organic (psihoza polinevritică), fiind, în același timp, unul dintre cei care au implementat definitiv modelul medical în studiul activității psihice. Atitudinea sa deosebită față de bolnavi a constituit un model pentru toți elevii săi. Ivan BALINSKI a fost primul profesor de psihiatrie din Rusia, titular al catedrei de la Petersburg, iar A. I. KOJEVNIKOV, distins profesor de neurologie, a

predat psihiatria la Moscova. Este remarcabilă contribuția lui BALINSKI, prin care s-au rezolvat unele probleme teoretice privind organizarea asistenței psihiatrice. V. A. BETZ și I. P. MERJEVSKI au acordat o deosebită atenție cercetărilor privind structura celulelor creierului și citoarhitectonica acestuia, ca și histopatologiei din anumite afecțiuni organice, în primul rînd din paralizia generală progresivă. În 1887 a avut loc primul Congres de psihiatrie din Rusia, cu 400 de participanți. Caracterizată printr-o orientare consecvent materialistă și prin preocuparea de a pune în lumină teza lui LOMONOSOV „cu privire la rolul acțiunii lumii fizice asupra organelor de simț și a creierului” (V. GHILIAROVSKI), școala de psihiatrie rusă s-a ilustrat printr-o serie de medici de valoare: V. H. KANDINSKI, V. P. OSIPOV, V. P. SERBSKI, A. N. BERNSTEIN, P. B. GANNUȘKIN, S. A. SUHANOV, P. P. KASCENKO, V. J. IAKOVENKO, N. N. BAJENOV, M. P. LITVINOV, ultimii patru remarcîndu-se și ca talentați organizatori. Cartea privitoare la halucinații, publicată de V. H. KANDINSKI în 1890, conține una dintre cele mai detaliate descrieri ale sindromului de automatism mental și a pseudo-halucinațiilor. I. P. PAVLOV, deși a fost profesor de fiziologie, a înfrîurit în mod esențial dezvoltarea psihiatriei ruse și sovietice. Apariția lucrării sale „Lecții asupra funcționării glandelor digestive” i-a adus recunoașterea mondială și Premiul Nobel (1904). După 1900, I. P. PAVLOV și-a dedicat întreaga activitate studierii activității nervoase superioare. Opera sa însă, deosebit de originală și dinamică, a fost dogmatizată, mai ales în perioada postbelică, cînd a fost considerată drept model universal de explicare a bolii psihice (poziție care a avut un efect de stagnare și asupra psihiatriei din alte țări).



V. M. BECHTEREV, psihiatru și neurolog, a publicat o serie de lucrări de o valoare certă: „Bazele teoriei funcționării creierului” și „Căile de conducere ale sistemului nervos”, care au condus la elucidarea modului în care scoarța cerebrală

coordonează procesele psihice și la explicarea legăturii dintre acestea și activitatea organelor interne. Relațiile personale cu I. P. PAVLOV i-au dăunat mult, meritele sale bucurându-se de o recunoaștere totală abia după anii '50. În 1903, BECHTEREV a înființat Institutul de Neuropsihologie din Petersburg, iar P. B. GANUȘKIN a fondat revista „Psihiatria contemporană”, la spitalul Alexiev unde își desfășura activitatea. GANUȘKIN (1875—1933) a devenit șeful unei școlii reprezentate de IUDIN, KERBIKOV, GEIER, ROSENSTEIN, MOROZOV, MELEHOV, școală deosebit de activă mai ales în ceea ce privește psihiatria biologică și descrierile clinice. Profesorul sovietic s-a distins prin studiile asupra caracterelor patologice și a dizarmoniilor de personalitate. Psihiatrii sovietici, a căror orientare „sociogenetică” a fost deosebit de pronunțată după deceniul ai treilea, au realizat descrieri amănunțite ale unor dezvoltări patologice : „paranoidul acut al drumului de fier” (LISAKOVSKI), „delirul prizonieratului” (FEDOROV), „delirul defectului fizic” (I. S. NICOLAEV). Pe plan organizatoric, în sistemul de asistență, din 1925 s-a înființat prima rețea de dispensare din lume și prin eforturile lui L. M. ROSENSTEIN s-a pus la punct sistemul dispensarizării. Tot în domeniul asistenței ambulatorii trebuie subliniat rolul deosebit al lui DJAGAROV în înființarea sistemului spitalului de zi.

Psihanaliza a pătruns în Rusia înainte de 1914, iar după revoluția din octombrie au fost traduse o serie de lucrări ale lui FREUD. În 1925, LURIA a făcut chiar o serie de comentarii favorabile metodei. După 1929, psihanaliza nu mai este menționată în lucrările de specialitate, iar după 1945 devine chiar ținta unor severe atacuri.

După 1962, psihologia sovietică cunoaște o dezvoltare deosebită prin contribuțiile aduse de TEPCOV, LURIA, WOLFONAZ-ZEIGARNIK, BASIN. Lucrări notabile au fost realizate în domeniul psihiatriei infantile. După o perioadă de frământări și de progres cantitativ, psihiatria sovietică a ultimului deceniu își redăfăște obiectivele și instrumentele de lucru, cunoșcând un proces de accelerată dezvoltare calitativă.

1076. PSIHIATRIE ÎN SPANIA — dezvoltare ● Secolul al XV-lea a reprezentat pentru psihiatria spaniolă mai mult decât pentru celelalte țări: încă din 1405 funcționa la Valencia un spital psihiatric patronat de călugări; acest model va proliferă la Saragosa (1425), Sevilla (1436), Toledo (1480), Valladolid (1437) și Granada. Renașterea (care combătea actele de caritate ale bisericii) și înrăutățirea situației economice vor conduce la pierderea caracterelor de specificitate ale acestor spitale psihiatrice, bolnavul mental ajungând să fie tratat, ca oricare bolnav somatic, în spitalul general sau considerat delinquent. Medicii își vor păstra prestigiul atât prin prescripțiile medicale,

cât și prin avizul dat internărilor în spital. Din cauza amplasării spitalelor în interiorul orașelor, ergoterapia a fost mai puțin utilizată în zilele spaniole.

La începutul secolului al XIX-lea, monarhia spaniolă a ignorat complet psihiatria, tratarea bolnavului psihic pierzându-se ca noțiune mai ales în timpul absolutismului regelui Ferdinand. Autoritățile locale puteau interna printr-o simplă ordonanță, fără a mai ține cont de certificatul medical. Anii de liberalizare (1820—1823) au trecut asistența psihiatrică în grija asistenței publice, organizarea acesteia fiind puternic influențată de cea franceză. Decretele-reguli și ordonanțele ulterioare (1849, 1864, 1870, 1876) nu au adus modificări semnificative.

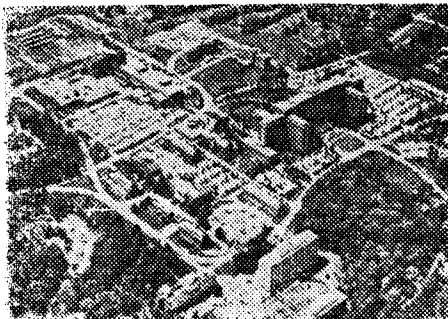
Unități spitalicești au fost create, în acest secol, cu mare efort, de medici pasionați ca : Francisco CAMPERA (1844), Antonio PUJADAS (1854), Juan Giné y PASTAGAS (1857), ESQUEREDO (1877). Psihiatria clinică (organicistă) franceză este larg acceptată de autorii spanioli încă de la începutul secolului al XIX-lea, cea germană pătrunzând de abia după primul război mondial. Luis SIMARRO este primul psihiatru de formație experimentală, histologică și clinică, urmat de Santiago Ramón y CAJAL, celebru prin lucrările sale asupra histologiei sistemului nervos central.

Elevii lui ALZHEIMER, Nicolas ACHUCCARO, LAFORA, SACRISTÁN, PRADOS, Emilio Mira LOPEZ ș.a. vor constitui o școală ce va continua direcția anatomo-clinică. Madrid și Barcelona sînt orașele care centralizează clinica, cercetarea și învățămîntul psihiatric. Războiul civil (1936—1939) întrerupe brutal ascensiunea noii psihiatrii spaniole. Mai târziu, opera lui Lopéz IBOR, în care se întrepătrund concepțiile fenomenologice, existențialiste și filozofic-antropologice, a fost considerată ca un reviriment psihiatric, reprezentînd, împreună cu acceptarea largă a psihofarmacologiei, punctul de vedere oficial. Eforturi se fac, în continuare, pentru limitarea cazurilor de internare a bolnavilor psihici și pentru diversificarea mijloacelor de tratament și reintegrare socială a acestora.

1077. PSIHIATRIE ÎN STATELE UNITE — dezvoltare ● Evoluția psihiatriei în Statele Unite este declanșată de cîștigarea independenței tinerii republici, etapă ce corespunde și unei impetuase urbanizări (în 1790, existau șase orașe cu peste 1000 de locuitori). În 1751, Benjamin FRANKLIN solicită autorităților în drept înființarea unui spital în care să-și găsească adăpost atât săracii, cât și alienații. În 1773 exista deja la Williamsburg, în Virginia, un azil public special, care nu a avut succesul scontat. Pînă în 1840 se va ajunge însă la organizarea asistenței bolilor psihice, așa cum și-au dorit-o reformatorii azilari din prima jumătate a secolului al XIX-lea.

Războiul civil (1861—1865) a stimulat crearea de servicii publice în majoritatea statelor, sub forma spitalului mare, micile azile particulare făcând eforturi continue spre a se adapta dorințelor pacienților bogați.

Crizele sociale sau financiare prin care trecea destul de frecvent societatea americană au determinat crearea unei atitudini oficiale de înțelegere activă a tulburării mintale. Spitalul întrunea sufragiile populației, cât și ale autorităților de stat. În America, „nebulnia” era un imperativ preponderent, produs al activității concrete, deosebindu-se mult față de alienarea din Franța, de exemplu. În Lumea Nouă, alienistul era un rezultat al împrejurărilor speciale create de azil ; el trebuia să lupte, în anii 1831—1840, împotriva crimelor, bolilor și mortalității urbane în creștere. În ciuda bogățiilor materiale ale Americii, migrația și sărăcia, ca și decadența morală și socială pe care o antrenau nu puteau fi stăvilit. Sărăcia putea constitui, în acea epocă, un motiv de internare în spital ; spitalul, oferind bolnavilor tuturor claselor sociale un loc de adăpost, a constituit un pas spre progres.



Cu fonduri publice sau particulare s-au înființat stabilimente azilare, în care medicii pretindeau că tratează alienarea cu metode morale și medicale, izolând bolnavul psihic periculos de familie și societate. Acesta a fost, se pare, momentul când administrarea spitalelor este încredințată intendenților medicali, care exercitau o supraveghere formală asupra internării și externării bolnavilor, rolul medicului alienist părînd a fi secundar acestora.

Criterii economice și psihiatrice au guvernat multă vreme procedurile de internare (diferite de la stat la stat), acordîndu-se prioritate bolnavului agitat. Terenul a fost însă fragil, numeroase interese divergente făcîndu-și loc și subminînd conceptul azilar. Detenții ilegale, acuzații de agravare iatrogenă vor fi motive pentru pamfletele vremii (1830—1880) și pentru înființarea unor organizații menite să susțină ordinea tradițională din zile și să apere bolnavul psihic de influențele

negative din timpul internării (Conferința națională pentru opere de caritate și corecție, 1874 ; Asociația națională pentru protecția animalelor și prevenția nebuniei, 1880—1884).

Au fost emise și legi pentru a limita imigrația în SUA, care prevedeau deportarea străinilor indizirabili social sau biologic, sterilizarea părinților deficienți (începutul secolului al XX-lea). Adresabilitatea către spitalele psihiatrice fiind mai bună, a crescut și incidența bolilor psihice (corespunzător ofertelor), astfel că în SUA, după cel de-al doilea război mondial, serviciile psihiatrice de zi vor spori considerabil, la fel și numărul total al indivizilor care primesc alocații psihiatrice.

Internarea bolnavilor fără speranțe crescuse inițial durată spitalizării, dar aceasta a scăzut considerabil după introducerea tratamentului cu psihotrope. S-a observat însă că, după 1965, numărul recăderilor a crescut. În deceniul șapte, bolnavii senili au constituit una din problemele centrale ale preocupărilor psihiatrice. În 1974, o jumătate din cele 284 000 de paturi necesare bolnavilor convalescenți erau ocupate de persoane peste 65 de ani sau de debili mental. Adeptă a conceptului psihodinamic, psihiatria americană a preluat teoria freudiană, pe care a modificat-o specific. Serviciile ei s-au dezvoltat continuu avînd la bază ideea posibilității de a păstra sănătatea oamenilor prin ameliorarea condițiilor lor de viață și de muncă.

1078. PSIHIATRIE ÎN ȚĂRILE DIN AFRICA — dezvoltare ● Boala psihică și metodele de tratare a ei au existat în societățile tradiționale africane înaintea colonizării. Aducînd cu sine noi valori economice, sociale, familiale și psihice, coloniștii au contribuit la dispariția structurilor socio-culturale africane generatoare de valori proprii. De aceea, astăzi se pot face cu greu referințe la trecutul cultural african tradițional, dar apare evident că familia sau grupul social lărgit au restructurat printr-o dinamică integratoare noile valori impuse de dominația colonială, inclusiv atitudinea de respingere a bolnavului psihic, ca „periculos sau inutil” pentru societate.

Fragmentarea etnică de pe teritoriul african și introducerea tehnicilor occidentale au dus la o diversificare enormă a concepțiilor etiologice și de tratament al bolii psihice. Personalitatea normală a unui individ se constituia la intersecția celor trei axe reprezentate de strămoși, familie și comunitate, care defineau respectiv ființa, identitatea și existența persoanei. Afectarea acestor axe putea genera tulburarea mentală. Boala psihică, în această lumină, apărea ca o dezordine intervenită în ordinea care domnea în cadrul relațiilor bolnav-familie-comunitate. Tema de persecuție era considerată ca un fenomen social normal, și doar temele de posesiune, influență erau patologice.

Faptul că agresiunea bolii se făcea dinspre spirite, fetișuri, marabutaje (în țările musulmane) spre individ, ridică probleme ce implicau, în același timp, tradiția, rudele, neamul, amenințând integritatea grupului. Aceste considerente determinau luarea unei atitudini colective în fața alienării, iar terapia însemna reluarea legăturii rupte, permițând redobândirea identității în ansamblul cultural. Căutarea unui vindecător, până la găsirea celui potrivit, demonstra credința în curabilitatea bolii psihice.

Construirea azilelor care doar adăposteau bolnavii psihici, fără a-i trata, s-a făcut după modelul european, dar medicul alb, prin atitudinea sa rasistă, a prejudiciat pe africanii alienați: atît ca negri, cît și ca bolnavi psihici, dublîndu-le imaginea de agresivitate, violență, periculozitate. Aceasta a mîrit și a perpetuat rezistența la terapia inumană a albilor. De abia din 1912, asistăm la elaborarea unei legislații specializate și la formarea primilor psihiatri autohtoni. În 1938 ia naștere primul serviciu de asistență psihiatrică în Africa de Vest, de ocupație franceză, cu deschiderea în 1956, la Dorkas, a primului centru neuropsihiatric pentru 100 de bolnavi. Din 1970, are loc și pe teritoriul african separarea neurologiei de psihiatrie, cu înglobarea în aceasta din urmă a aspectelor psihologice și psihosociale.

Avînd de luptat cu foametea, seceta, malnutriția, țările africane plasează încă bolile psihice pe un loc minor în cadrul problemelor de sănătate publică. Dificultățile economice și sociale ale acestor țări nu au permis încă crearea unei infrastructuri necesare activității de igienă mintală, care ar necesita cercetări psihologice, psihosociologice și psihopatologice originale, proprii.

1079. PSIHIATRIE ÎN ȚĂRILE SCANDINAVE (Danemarca, Finlanda, Islanda, Norvegia și Suedia) — dezvoltare • Istoria psihiatriei în aceste țări, care numără astăzi peste 23 000 000 locuitori, este cunoscută foarte puțin, comparativ cu celelalte țări europene. În perioada de dinaintea evului mediu, singurele informații sînt cele pe care le oferă legendele și miturile, de altfel bine conservate pînă azi. În evul mediu, asistența psihiatrică se desfășura, de regulă, în același mod ca și pe continent, cel mai vechi spital menționat în Norvegia fiind din 1170, cel de pe lângă catedrala Trondheim, în Suedia din 1551 lângă Stockholm, în Danemarca la Bostrup din 1527, iar în Finlanda din 1396.

Influențele iluministe ale Revoluției franceze au fost benefice și pentru psihiatria scandinavă, aceasta adoptînd în secolul al XIX-lea reforme înnoitoare. Promotori ai liberalizării au fost Frederic HOLST (1791—1871) în Norvegia; P. W. JESSEN, J. H. SEIDELIN, Jens RASMUSSEN HÜBERTZ și Harold SELMER în Danemarca; C. U. SONDEN în Suedia; L. A. FAHLANDER în Fin-

landa. Ei au contribuit la înființarea și modernizarea unor spitale de psihiatrie avînd un pronunțat caracter medical. După 1916, tendința a fost de a crea mici unități psihiatrice pe lângă spitalele generale, care oferă tratament de scurtă durată cazurilor curabile. Principiul „ușilor deschise” a găsit un teren fertil în Țările Scandinave, terapia instituționalizată cunoscînd un mare succes pe baza unei psihiatrii sectorizate. În medie, la 300 000 locuitori ai unei provincii există un spital, incluzînd un serviciu psihiatric, la care se adaugă spitalul de zi, ateliere de ergoterapie etc. Centrele de sănătate publică și cabinetele particulare preiau și ele o parte din îngrijirea bolnavilor psihici.

Danemarca se remarcă prin măsurile deosebite adresate debilizilor mintal, inițiate din 1934, preluate de Suedia în 1955, de Norvegia în 1949 și 1952. Se fac eforturi speciale pentru integrarea copiilor handicapati într-un regim normal de școlarizare. Problema alcoolismului și a intoxicației cu droguri cunoaște o atenție specială în țările nordice, în cadrul serviciilor psihiatrice sau al spitalelor, îngrijirile fiind prelungite prin spitalele de zi, instituții sociopedagogice sau comunitare.

Mai puțin dezvoltată este psihiatria infantilă. În schimb, psihiatria medico-legală cunoaște o reglementare unitară în peninsula, fiind fondată pe concepții medico-biologice (Norvegia și Suedia) sau medico-filozofice (Danemarca). Stările psihotice sînt supuse internării și tratamentului obligatoriu, bolnavii aflîndu-se în grija familiei, a autorităților medicale sau asistenței sociale. Din punct de vedere ideologic, influența germană a fost decisivă, atît prin clasicii, cît și prin psihanalisti, pînă după cel de-al doilea război mondial, cînd a căpătat pondere psihiatria americană și engleză. În ultimii 20 de ani, psihiatria socială s-a îmbogățit, în aceste țări, cu noi dimensiuni.

Metodele terapeutice active cunoscute au fost introduse în Țările Scandinave, fără excepție, inclusiv psihochirurgia (abandonată în anii '40—'50 datorită apariției neurolepticilor). Nevrozele beneficiază în primul rînd de metode psihoterapice, iar psihozele de programe speciale ale acestui tip de tratament (este mai puțin acceptată psihanaliza freudiană și sînt preferate formele scurte și de grup). Largă audiență au principiile de comunitate terapeutică, terapia mediului, ergoterapia, terapia de readaptare și terapia instruirii profesionale.

În ultimul secol, psihiatria a făcut parte obligatorie din învățămîntul medical, fiind considerată printre primele trei materii clinice principale (alături de medicina internă și chirurgie). Numărul mic al locuitorilor, stabilitatea și accesul facil la serviciile psihiatrice favorizează realizarea unor studii științifice riguroase din punct de vedere statistic, apreciate pe plan mondial.

1080. **PSIHATRIE ÎN ȚINUTURILE ROMĂNEȘTI**— devoltare ● Psihiatria în ținuturile românești a urmat aceeași evoluție ca și în restul Europei și, mai ales, s-a sincronizat cu aceea din părțile orientale ale continentului. Deși se poate presupune că primele formațiuni spitalicesc-azilare de pe teritoriul patriei noastre (1292— Sibiu, 1339— Oradea, 1366 — Cluj, 1385— Brașov) aveau asistentă și bolnavilor psihici, nu există dovezi clare în acest sens. De asemenea, sînt rare consemnările unor atitudini inumane față de bolnavii psihici, deși în 1565 este menționată arderea pe rug a cinci „vrăjitoare” la Cluj. Mai precise sînt datele privind asistența de tip caritabil, care era acordată în mănăstiri, biserica ortodoxă manifestînd o atitudine tolerantă față de boala psihică.

La mănăstiri și schituri ca Madona Dudu, Jitea, Palamuci, Mărcuța, Golia, Adam, bolnavii erau asistați de călugări și nu se poate spune că, la sfîrșitul secolului al XVIII-lea și începutul secolului al XIX-lea, „tratamentul moral” al bolnavilor de la „ospiciul de alienați” Neamț diferea de cel din Franța revoluționară. În 1846, la „bolnița” de la Neamț au fost angajați un medic și un spîter, iar în 1905 toți bolnavii au fost transferați la spitalul Socola din Iași.

Ospiciul Madona Dudu din Craiova a fost, de asemenea, înființat ca un refugiu caritabil în jurul unei biserici posesoare a unei icoane „miraculoase” (1789), legiferat în 1858 și transformat în așezămînt psihiatric, în 1861, de dr. HANSELMAN.

În Transilvania a funcționat din 1863, la Sibiu, un spital de neurologie și psihiatrie și au fost înființate primele instituuții pentru școlarizarea deficienților mintal (Ineu, Cluj).

În Muntenia, după instituirea unui regim unitar pentru alienați (1838) și după transferarea lor la mănăstirea Mărcuța, a cărei primă conducere a fost asigurată de medicul N. GĂNESCU, se hotărîște, în 1864, trecerea definitivă la laicizarea asistenței psihiatrice. La ospiciul Mărcuța s-au organizat și primele forme ale învățămîntului românesc de psihiatrie (în 1867—1868, sub conducerea benevolă a lui Alexandru ȘUTU). Profesorul ȘUTU a devenit titular al catedrei de psihiatrie din 1898, iar la Iași, din 1895, catedra de specialitate va fi condusă de Al. BRĂESCU.

În Bucovina ia ființă, din 1886, sub conducerea lui Constantin ȚURCANU, primul serviciu de psihiatrie, în cadrul spitalului din Cernăuți.

Mare animator și personalitate de primă mărime a psihiatriei românești, Alexandru OBREGIA este cel care a inițiat și realizat construcția unor localuri moderne la Iași (Socola — 1905) și București (Spitalul Central — în prezent „Dr. Gheorghe Marinescu” — 1922).



Contactul strîns al școlii de psihiatrie românești cu școlile europene (în special cu cea franceză) a făcut ca psihiatria românească să se dezvolte în prima jumătate a secolului al XX-lea prin contribuția unor specialiști remarcabili ca: Gh. MARIANESCU, C. I. PARHON, Pandi KALMAN, C. URECHIA ș.a.

1081. **PSIHICE ACUSTICO-VERBALE^(H)halucinații** (cf. gr. *psychikos* „referitor la suflet”) ● Halucinații auditive lipsite de caracterul de senzorialitate și spațialitate, care nu se suprapun în mod precis peste modalitățile obișnuite de localizare senzorială a unei percepții. Ele sînt forma de manifestare a pseudohalucinațiilor, conținutul lor fiind reprezentat de „voci interioare, murmure intrapsihice, transmisia gîndirii, ecou al gîndirii și lecturii” (H. EY). Bolnavul subliniază întotdeauna caracterul lor straniu și xenopatic, ca și faptul că nu le percepe pe căile senzoriale obișnuite, ci cu „urechile minții”, sau „direct în cap, în creier”. Pseudohalucinațiile verbale sînt însoțite de impresia lipsei de întimitate psihică și de dezvăluire a conținuturilor ideative. Cîteodată, aceste halucinații nu ajung să capete un caracter verbal, rămînd în stadiul de pseudohalucinații apercceptive (LEVY-VALESSI). Apar în psihozele schizofrenice, izolate sau făcînd parte din sindromul de automatism mintal (Clérambault-Kandinski).

1082. **PSIHICE VIZUALE^(H) halucinații** ● Fenomene halucinatorii al căror caracter „vizual” se referă la reprezentări mentale scenice de tipul reveriilor (HAGEN), scene imaginare extrem de impresionante (KANDINSKI), cu conținut aperceptiv sau abstract (KAHLBAUM). Aceste reprezentări se desfășoară în spațiul subiectiv al bolnavului, care afirmă că le percepe cu „ochii minții”, dându-i impresia că „trăiește într-o lume reprezentată de scene imaginare, de amintiri, de viziuni interioare sau artificiale” (EY, BERNARD, BRISSET). Subiectul nu poate evoca decât cu mare dificultate conținutul acestor halucinații și are față de ele o atitudine pasivă, de reculegere. Sînt mult mai rare decât halucinațiile psihice auditive. Sînt caracteristice psihozelor discordante.

1083. **PSIHISM** (cf. gr. *psy chisme* : vezi gr. *psychle* „suflet”) ● Ansamblul fenomenelor psihice ale unui individ sau ale unei colectivități, prin care se reflectă realitatea obiectivă (sens în care este similar noțiunii de psihic).

1084. **PSIHIZARE** (cf. fr. *psyche*) ● În perspectivă psihodinamică, reprezintă o modalitate psihopatologică (opusă somatizării unei problematice psihologice, ca în isteria de conversie sau în afecțiunile psihosomatice), prin care se produce o extensiune a unor procese patologice organice la un alt nivel (cel psihic). După G. ABRAHAM (1964), psihizarea ar putea fi descrisă în tulburările psihotice simptomatice (organice), în cadrul cărora leziunile somatice suferă un proces de transgresiune în psihopatologie. Argumentînd cu faptul că nu toate atingerile somatice au răsunset psihic, G. ABRAHAM consideră consecințele simptomatice de natură psihică (deliruri, halucinații, stări confuzionale) ale leziunilor cerebrale (debilități mintale, stări postencefalitice, sindrom Korsakov etc.), produse prin „psihizare”, ca modalități compensatorii ale trăirii unor situații lipsite de mijloace habituale de control și de reflectare intrasubiectivă normală a realității.

1085. **PSIHOANALEPTIC** (cf. *psicho-*; gr. *analepsis* „refacere, restabilire”) ● Droguri psihotrope a căror acțiune determină stimularea activității sistemului nervos central prin mecanisme ca : creșterea vigilității, stimularea activității intelectuale sau creșterea tensiunii emoționale. DELAY și DENIKER clasifică psihoanalepticele în :

- stimulente ale vigilității (psihotone propriuzise) sau antihipnotice, nooanaleptice sau amine psihotone ;
- stimulente ale dispoziției (timoleptice sau antidepressive) ;
- alte stimulente pentru creșterea vigilității sau stimulente ale dispoziției, care nu se opun somnului fiziologic sau hipnoticelor și nici nu pot inversa dispoziția depresivă. → PSIHOSTIMULENTE.

1086. **PSIHOANEDAL^(M)** Mexic — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic → DIAZEPAM^(M) Romania.

1087. **PSIHOANEMIC^(S) sindrom** (cf. *psicho-*; gr. *an-*; *haima* „sînge”) ● Tulburări psihice de acompaniament în sindroamele anemice → HEMOPATIE.

1088. **PSIHOBIOGRAFĂ** (cf. *psicho-*; gr. *bios* „viață”; *gramma* „inscripție”) ● Metodă elaborată de KRETSCHMER în 1922, care investighează, pe de o parte, datele familiale și temperamentul bolnavului, iar pe de altă parte, date privind starea lui socială, date biografice și date somatice.

1089. **PSIHOBIOLOGIE** ● Sistem eclectic (J. H. MASSERMANN) teoretic, de cercetare și de terapie comportamentală, conturat de lucrările lui A. MEYER. Principiile cele mai importante ale psihobiologiei sînt :

- comportamentul trebuie considerat ca expresie psihobiologică globală a întregului organism și nu ca o sumă de reacții ;
- comportamentul este modelat atît în constituția, cît și în dezvoltarea sa de determinanți multipli care trebuie luați în considerare după „greutatea” lor specifică ;
- terapia trebuie să fie cît mai eclectică posibil, orice metodă putînd fi luată în considerare (fizică, farmacologică, psihoterapeutică sau socială) dacă, în mod empiric, se dovedește utilă.

Sistemul nosologic kraepelian, bazat pe descrierea nosologică semnificativă statistic, a fost înlocuit în psihobiologie de o descriere dinamică pornită de la radicalul grecesc „ergon” (acțiune). Psihiatria psihobiologică este atrăgătoare, simplă, rațională, universală și, în primul rînd, dinamică ; dar este limitată, neputînd să ofere o concepție generală clară pentru comportament și nici să fondeze acele puncte necesare aplicării unei terapii științifice. MEYER a exagerat rolul pe care îl au evenimentele biografice ca atare, precum și nivelul pînă la care „bunul simț” reacționează cu eficiență și eficacitate în fața situației psihopatologice. Simplificările explicațiilor reacțiilor și a comportamentelor umane, ale motivațiilor profunde și ale simbolizărilor mai subtile, au făcut ca acest curent să nu se impună decît pentru o perioadă limitată.

1090. **PSIHO-CATHARSIS** (cf. *psicho-*; gr. *catharsis* „curățire, purificare”) ● Metodă psihanalitică → CATHARSIS.

1091. **PSIHOCHIRURGIE** (cf. *psicho-*; gr. *cheir* „mînă”; *ergon* „acțiune”) → CHIRURGIE ÎN PSIHIATRIE.

1092. **PSIHODEGRADARE ALCOOLICĂ**^(S) **sin-**
drom (cf. *psih-*; lat. *degradare*)^{sin.} → KROSOW-
SKA^(S) sindrom.

1093. **PSIHODIAGNOSTIC** (cf. *psih-*; gr. *diag-*
nosis „diagnostic”) ^{sin.} → DIAGNOSTIC PSI-
HOLOGIC.

1094. **PSIHODINAMICĂ** — **ipoteză** ● Ipoteză pe care terapeutul o elaborează referitor la pacient și care stă la baza travaliului psihoterapeutic; este folosită în special în psihoterapiile scurte de inspirație analitică. Această ipoteză conține, în general, aspecte esențiale în dezvoltarea individului ca persoană și, în special, istoria manifestărilor morbide (a simptomelor), din punct de vedere al etiologiei și mecanismelor de formare. Ipoteza psihodinamică vizează nu atât latura conștientă a reacțiilor, simptomelor sau maladiei mintale, cât personalitatea inconștientă, mecanismele profunde prezente în toate aceste manifestări.

Dintre toate psihoterapiile, psihanaliza folosește cel mai puțin ipoteza psihodinamică; practic, terapeutul nu elaborează o astfel de ipoteză la debutul terapiei, întrucât psihanaliza este o terapie de restructurare a personalității prin autocunoaștere profundă, fapt care presupune un permanent travaliu de investigare pe parcursul curei analitice. În ceea ce privește metodele psihologice de investigare a personalității, tehnicile (metodele) proiective oferă datele necesare pentru elaborarea unei ipoteze psihodinamice.

1095. **PSIHODINAMICĂ** — **perspectivă**! ● Studiul proceselor psihice (mentale) din punct de vedere dinamic, în perspectiva dezvoltării lor în general și în ceea ce privește particularitățile dezvoltării și manifestării acestor procese de-a lungul existenței individului.

Perspectiva psihodinamică interferează cu una genetică și implică referințe esențiale la etiologia manifestărilor respective, fie ele normale sau patologice, precum și la mecanismele intime ale acestor manifestări. Se consideră că orice manifestare psihică, normală sau patologică, are o anumită semnificație în funcție de etiologia ei și de mecanismele implicate în formarea ei. Studiul psihodinamic nu se reduce la manifestare sau simptom, ci la modalitățile și etapele de elaborare ale simptomului, dincolo de planul conștient al reacției (mecanismele și implicațiile inconștiente).

1096. **PSIHODISLEPTICE** (cf. *psih-*; gr. *dys-*
leptos „dificil de prins”) ● Grupă de substanțe psihotrope cunoscute și sub numele de halucinogene, psihedelică, psihotomimetice, care produc modificări psihice îndeosebi în sfera cognitivă și perceptuală. Din această grupă fac parte substanțele oneirogene (derivații de Cannabis), substanțele halucinogene (LSD 25, mesca lina, psilocibina) și narcoticele (derivați de

opium și opiacee de sinteză). Unii autori au de scris efectele terapeutice ale acestor droguri în stări de anxietate și depresie, deși folosirea lor este legată de inducția stării psihotice („farmacopsihoze”) și de instalarea toxicomaniei → PSIHOTOMIMETICE.

1097. **PSIHODRAMĂ** (cf. *psih-*; gr. *drama* „acțiune”) ● Metodă de pedagogie și terapie activă, pusă la punct de J. L. MORENO, care semnifică realizarea totală a psihismului prin acțiune. Psihodrama tratează o problemă referitoare la implicând un subiect sau un grup, într-un mod personal sau privat. MORENO afirmă că psihodrama nu este joc, spectacol sau manipulare a grupului; ea nu trebuie impusă de nici un participant, nici de un monitor (terapeut), nici de o instituție. Subiecții pot fi invitați să vadă și să asculte o psihodramă, în speranța că își vor manifesta dorința să participe. De asemenea, sînt invitați psihologi, medici, pedagogi, pentru a contribui la formarea „grupului”. Psihodrama este o terapie în profunzime a grupului, o terapie realizată prin acțiunea grupului. În grup, cu grupul și a grupului (în sensul că aparține grupului prin conținuturile vehiculate — A. A. SCHULZENBERGER).

MORENO consideră că metoda psihodrame, restituie autenticitatea psihismului; catharsisul provocat este un catharsis de acțiune. Psihodrama include toate formele de producție dramatică în care participanții (activi sau spectatori) furnizează întreg materialul, producția ca atare beneficiind de efectul cathartic al acțiunii, fără a pregăti nici o secvență a producției dramatice în exterior. Elementele psihodramei, după J. MORENO, sînt: scena, protagonistul, psihodramatistul (terapeutul sau monitorul), Ego-urile auxiliare (terapeuții auxiliari), publicul sau auditoriul (membrii grupului). După același autor, există trei forme principale de psihodramă:

- psihodrama în întregime spontană (nepregătită dinainte); există un conflict (în grup sau la unul din membrii grupului), care poate fi „jucat” cu ajutorul psihodramatistului și al echipei de Ego-uri auxiliare; Anne Ancelin SCHULZENBERGER denumeste această formă, psihodramă cu intrare non-directivă („mise-en-train non-directive”);
- psihodrama planificată (pregătită); gîndită înainte sau pregătită fie de echipa psihodramatică, fie de membrii grupului; uneori, un participant se hotărăște să-și prezinte problemele, altele grupul decide să-și joace o situație sau alta, la o dată anume, sau echipa psihodramatică prezintă o problemă în funcție de cum apreciază trebuințele grupului sau ale unui membru al grupului. Este o psihodramă dirijată într-un plan de ansamblu;

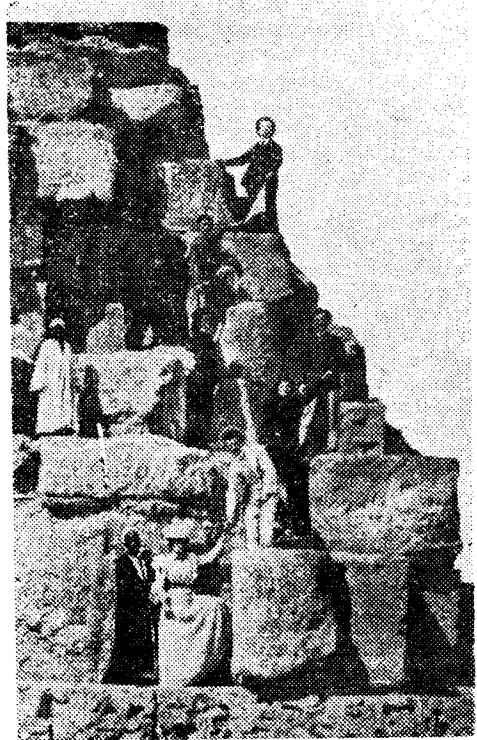
- psihodrama pusă în scenă sau repetată : re-producerea sau repetiția unei coproducții a grupului, plecând de la o ședință precedentă ; un sindrom psihic specific al unui participant este lucrat în toate detaliile sale, sub formă dialogată, scrisă ; apoi se decide ce roluri vor juca diferiți participanți, în ce zi, restul grupului fiind spectator (nu participă nimeni din exterior).

Psihodrama diferă de jocul unei piese de teatru în scop terapeutic (teatro-terapie) ; diferă de asemenea de „commedia dell'arte” sau de improvizațiile pe o temă dată. MORENO spune că în psihodramă protagonistul își trăiește viața sa pe scenă, cu scop terapeutic.

Anne Ancein SCHULZENBERGER distinge :

- psihodrama de explorare : subiectul descoperă (și arată) ceea ce este important pentru el ;
- psihodrama de diagnostic: psihodramatistul caută aspectele specifice ale personalității subiectului (pentru a ajuta un bolnav să se cunoască și să-și limpezească problemele) ;
- psihodrama de formare sau educativă : subiectul se formează sau se antrenează în a câștiga noi deprinderi în relațiile umane (de exemplu, formarea infirmierelor, consilierilor, a studenților în medicină, a viitorilor profesori — deci formare sau perfecționare profesională) ;
- psihodrama de re-antrenament : se reconstruiesc vechi obiceiuri de interacțiune în scopul ca ele să funcționeze ca răspunsuri mai adecvate într-o situație (de exemplu, re-antrenamentul accidentaților, al răniților, al bolnavilor) ;
- psihodrama terapeutică : subiectul se orientează el însuși spre o mai bună înțelegere a rolului sau a rolurilor sale (roles insight), cu catharsis, abreacție, conștientizare ; conștientizând ce rol joacă el în relațiile cu altul, se reduc conflictele dintre diversele sale roluri ; astfel, comportamentul subiectului va fi mai adecvat la diverse situații, o redescoperire a unor deprinderi sau obiceiuri de a fi („savoir-être”) ;
- psihodrama estetică (J. L. MORENO) : subiectul încearcă să atingă o „senzație”, o satisfacție, prin modul în care îndeplinește diferite roluri ; astfel, el joacă fie rolurile la care a fost obligat, conform statutelor impuse de diferite grupuri de apartenență, într-un fel care să-l aducă satisfacție la nivelul imaginarului, fie roluri fictive pe care și le-ar fi dorit și pe care viața reală nu-l permite să le joace, ele rămânând aspirații neobținute, prelungite în trăiri frustrante (de exemplu, a fi astronaut, marinar, a avea alt sex, altă familie) ;

- antrenamentul la psihodramă și prin psihodramă pentru viitorii psihodramatiști și terapeuți de grup (se folosesc aici toate formele enumerate mai sus).



Pot fi delimitate trei forme de psihodramă, în funcție de desfășurare și de modul de participare a membrilor :

- psihodrama de grup sau psihodrama clasică : în principiu, psihodrama este o acțiune de grup, în grup, a grupului, cu grupul și pentru grup ;
- psihodrama individuală (folosită mai puțin) : subiectul joacă cu un terapeut, cu un cuplu terapeutic, cu o echipă psihodramatică (este forma preferențială a psihodramei analitice franceze și forma rară a psihodramei clasice) ;
- psihodrama fără monitor (Leaderless Psychodrama) : grupul se organizează singur, cu sau fără observator (MORENO) ; forme analoge sînt reprezentate de cele organizate cu grupurile de „alcoolicii anonimi” sau cu grupurile fără monitor (se practică la Western Behavioral Sciences Institute, la Jolla, California, descrise de Carl ROGERS, Betty BERZON și de LOUVAIN).

S-au conturat, în practică, modalități diferite de efectuare a psihodramei :

- psihodrama in situ : psihodramă în existența habituală, pe care MORENO o denumește existențială ;
- psihodrama clasică moreniană : centrată pe protagonist, pe grup și pe joc (MORENO și psihodramatiștii americani) ;
- psihodrama analitică : îmbinare de psihodrame și de psihanaliză ;
- psihodrama existențială : centrată pe „aici și acum”, pe maniera de a fi în lume a participanților, pe expresia sentimentelor lor în situație (uneori, aici intră și sentimentele terapeutului) ;
- psihodrama triadică : psihoterapie de grup, care implică dinamica grupurilor și grup-analiza (triada combină metode elaborate de MORENO, LEWIN, FREUD). Este o psihodramă de grup, centrată pe grup și pe ceea ce grupul trăiește : de la discuția spontană, specifică grupului de analiză, se formulează o temă exprimată la un moment dat de un participant al grupului, devenind o temă a grupului.

Printre cele mai cunoscute tehnici ale psihodramei pot fi enumerate :

- inversarea de rol (protagonistul și partenerul său își schimbă reciproc rolurile) ;
- dublul (o persoană, de obicei un Ego auxiliar, se manifestă identic cu protagonistul, prin identificare cu el și exprimându-se ca și cum ar fi protagonistul) ;
- prezentarea de rol (persoana — protagonistul — se prezintă pe sine, așa cum se manifestă zilnic, jucând diferite aspecte ale experienței sale personale sau interpersonale) ;
- aparté-ul (procedeu împrumutat din teatru) : un Ego auxiliar rostește, cu voce joasă, ceea ce protagonistul nu îndrăznește sau nu poate să spună ; favorizează verbalizarea sau raționalizarea a ceea ce subiectul simte că nu poate spune ;
- solilocviul („gîndirea cu voce tare” a protagonistului) ; se poate combina cu dublul, în sensul realizării unui solilocviu în locul protagonistului, în special în momente cheie ;
- oglinda (Ego-urile auxiliare îl reprezintă pe protagonist în prezența sa) ; tehnica oferă protagonistului o „ogîndă psihologică”, în care acesta se vede pe sine acționînd în situații analoge.

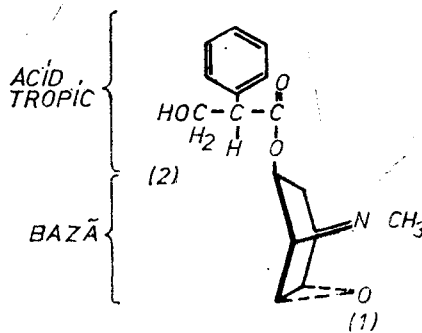
1098. PSIOENERGIZANTE (cf. *psicho-* ; gr. *sln.* energie „energie”) → PSIHOTONE.

1099. PSIOFARMACOLOGIE (cf. *psicho-* ; gr. *pharmakon* „medicament” ; *logos* „știință”) ●

Ramură a farmacologiei, al cărei obiect este reprezentat de studiul substanțelor psihotrope. Termenul își face apariția în literatura medicală în 1920, cînd farmacologul MACHT David, în lucrarea „Contribuții la psihofarmacologie”, îl folosește pentru prima dată, considerînd acest domeniu un teren virgin foarte promițător, și definindu-l ca „studiul farmacologic și psihologic asupra efectelor psihice ale medicamentelor — de la aspirină pînă la stricină, incluzînd bromurile, cafeina și opiu”. În 1935 apare prima folosire a termenului în legătură cu clinica psihiatrică : THORNER, 1935 — „Psihofarmacologia amitului sodic”, într-un articol referitor la somnoterapie.

În 1943, același MACHT preconizează primele teste de laborator pentru studiul efectelor unor substanțe asupra sistemului nervos al animalelor de laborator, în legătură cu aplicarea în clinică a acestor substanțe, aceasta fiind prima din multiplele încercări care au dus la realizările ce au permis ca, în 1950, să se ajungă la ceea ce se dorise în 1920.

Psihofarmacologia își are originea în cele mai vechi timpuri, cînd oamenii au constatat că există anumite plante cu efecte asupra psihicului. Astfel, mandragora, opiumul heleborul, ciupercile otrăvitoare, alcoolul ar fi numai cîteva din sursele naturale care au constituit punctul de pornire în încercările de a modifica psihicul (dispoziție, performanțe intelectuale,



ATROPINA — [lipsește (O) din 1]

SCOPOLAMINA — [prezent (O) din 1]

percepția mai mult sau mai puțin distorsionată a realității), deseori în legătură cu anumite ritualuri. În antichitate, HOMER, în „Odiseea”, povestește despre Circe, vrăjitoarea care putea influența voința oamenilor cu ajutorul unor plante. Stu-

diindu-se textele lui HOMER, s-a concluzionat că planta folosită de fermecătorul personaj ar fi fost mandragora, al cărei conținut în alcaloizi ar fi de 4%. principalii fiind scopolamina și atropina. Tot în „Odiseea” este descris drogul Polidamnei, cu efecte euforizante asupra psihicului, supoziții asupra naturii acestuia fiind făcute de VIREJ în 1813, referitor la Datura metel — scopolamina—și de Moreau de TOURS, în 1845, referitor la cannabis. De asemenea, antichitatea cunoaște existența Oracolului din Delfi, a cărui preoteasă, Pithia, inducea o stare de agitație maniacală cu ajutorul inhalăției sau ingestiei de substanțe cu efecte psihofarmacologice, în timpul căreia își lansa profețiile.

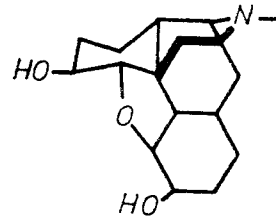
Marele filozof al antichității, PLATON, în lucrarea sa „Legile” imaginează substanțe capabile să inducă anxietatea — „phobos pharmakon” —, pe de o parte, ca probă de selecție a cetățenilor curajoși, iar pe de altă parte, ca metodă de a învinge frica. HIPOCRATE, părintele medicinei, este primul care folosește plantele ce conțin substanțe psihoactive, în tratamentul unor tulburări psihice, administrând mandragora depresivilor cu tendințe suicidare și heleborul, în doze moderate, în melancolie.

Perioada istorică ce a urmat, pînă în secolul al XIX-lea, a fost dominată de ignoranța și obscurantismul evului mediu, întreținute de autoritățile religioase și de Inchiziție. De la HIPOCRATE rămăsese nemodificată prescrierea citorva substanțe în scopul obținerii unor efecte psihice : mandragora, cucuta, belladona, opiumul, heleborul (a cărui substanță activă, veratrina, a fost izolată în 1818). Pentru proprietățile sale sedative, heleborul devine cel mai răspîdit remediu, dar, de-a lungul secolelor, nu se mai respectă principiile hipocratice de administrare în doze moderate.

Secolul al XX-lea este cadrul cronologic în care se fac progrese semnificative în psihofarmacologie, datorită realizărilor de pînă atunci în domeniul științelor naturii. În 1805, SERTURNER izolează morfina din opium, în 1820 și 1821 PELLETIER și CAVENTOU izolează chinina din scoarta de cinchona și cafeina din boabele de cafea, în 1826 BOLARD sintetizează bromura, iar LIEBIG în 1832, cloralul.

Între anii 1826—1846, Moreau de TOURS (inițial asistent al lui ESQUIROL, apoi șef de clinică la Bicêtre) studiază efectul extractului de cannabis (hașișul) asupra subiecților sănătoși, descriind efecte halucinogene, și asupra bolnavilor psihici, constatînd unele efecte favorabile în melancolie. Studiul său „Hașișul și boala mintală” a candidat pentru premiul Montyon pe anul 1846, întreaga sa activitate bucurîndu-se de recunoaștere internațională. Astfel, americanul BRIGHAM,

folosind hașișul în tratamentul bolilor mintale, deși în final nu obține aceleași rezultate ca MOREAU, confirmă totuși valoarea observațiilor acestuia. Opera lui Moreau de TOURS ar fi fost uitată, dacă autorii moderni (H. EY, H. BARUK) nu ar fi insistat asupra importanței acesteia, considerîndu-l pe autorul ei ca precursor al psihofarmacologiei.

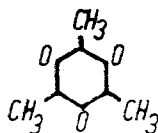


OPIU → MORFINĂ

Prin importanța pe care stările patologice de conștiință, durerea, anxietatea și diverse alte emoții o au pentru chirurgie, de timpuriu au fost aplicate pacienților supuși intervențiilor chirurgicale, substanțe cu efecte asupra psihicului, în vederea diminuării emoțiilor negative legate de actul operator și al creșterii pragului de sensibilitate la durere. Astfel, din primul secol al erei noastre (probabil chiar și anterior), pacienților supuși unor intervenții chirurgicale li se administra mandragora amestecată cu vin, DIOSCORIDE folosind, în acest caz, termenul de anestezie. În China antică se foloseau semințe de cîneșă fierțe în vin, iar în secolul al IX-lea e.n. este citată anestezia prin inhalăția unui amestec soporic de mandragora, cucută și opium. Anestezia chirurgicală modernă a fost fondată în SUA, primele anestezice folosite fiind eterul, cloroformul și protoxidul de azot (anii 1842—1847), din 1848 toate cele trei substanțe fiind utilizate și în terapeutică psihiatrică (deși de abia în secolul al XX-lea anestezicele au fost mai larg întrebuințate în narcoanaliză și somnoterapie).

Putem cita (după CLARK și GUIDICE) pe SPITZKA care, în 1887 face o trecere în revistă a arsenalului terapeutic psihiatric, menționînd : cannabis, Datura Stramonium (belladona) în tratamentul halucinațiilor, opiul și derivații săi (morfina etc.), stricnina, cloralul — singur sau în asociere cu bromurile, paraldehidă, conium, hiosciamus. Un loc aparte îl ocupă cocaina, folosită pentru curele de dezintoxicare alcoolică sau

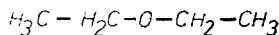
morfinică, FREUD dedicându-i, în 1884, un articol de 25 de pagini, unde accentuează efectele stimulativale ale acesteia și rezultatele favorabile obținute în dezintoxicarea alcoolivilor și morfinomanilor. Sfârșitul secolului al XIX-lea este marcat



Paraldehydă

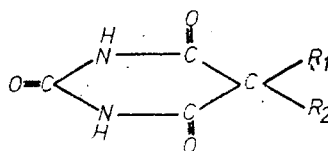
și de prepararea, în 1876, a albastrului de metilen — thiodifenilamina, prima fenotiazină —, în 1891 EHRlich găsiind eficace substanța ca analgezic în sciatică, hemicranie și lansind ipoteza că ar putea fi folosită în psihoze, fapt confirmat de BODONI (1899) care raportează rezultate favorabile la 14 pacienți cu manie delirantă.

În contextul avântului științelor biologice din secolul al XX-lea, psihofarmacologia înregistrează o serie de realizări care, puse în practică, devin foarte utile din punct de vedere clinic. În 1903 se sintetizează barbituricele, din 1920 somnoterapiile devenind metode larg răspândite în țări ca Elveția, Franța, Canada. Amfetaminele, sintetizate în 1927 de ALLES, sint folosite în 1935 de PRINZMETAL în tratamentul narcolepsiei. Inhalatia cu bioxid de carbon este folosită ca metodă terapeutică în psihoze, obținându-se ameliorări trecătoare (LOEVENHART, 1920) și în nevroze (MEDUNA, 1947). Malarioterapia, prima metodă biologică de tratament în psihiatrie, cu rezultate spectaculoase asupra bolnavilor de paralizie generală progresivă, este preconizată în 1918 de Wagner von JAUREGG care este răsplătit cu Premiul Nobel pentru această descoperire.

ETER DIETILIC

Ulterior își fac apariția și se dezvoltă terapiile de șoc : 1931, SAKEL — insulina ; 1936, MEDUNA — metrazolul ; 1938 CERLETTI și BINI — electroșocul, metodă terapeutică în psihoze care și-a dovedit valabilitatea pe parcurs de jumătate de secol. Metoda somnoterapiei, preconizată inițial sub forma somnului indus prin hipnoză, aplicată pacienților nevrotici de către Pierre JANET, încă din 1850, contribuie apoi la dezvoltarea psihofarmacologiei prin folosirea diverselor substanțe

psihofarmacologice. În 1897, Mac LEOD folosește bromurile pentru inducerea curei de somn în tratamentul stărilor maniacale, și morfina, cloralul pentru curele de dezintoxicare ale alcoolivilor. În 1920, KLÄSI preconizează somnoterapia folosind ca premedicație morfina sau scopolamina și administrând pentru producerea somnului terapeutic un somnifer (acidul dipropenilbarbituric). În 1930, BLECKWENN folosește amitalul sodic, iar ames-

AMITAL $R_1 = \text{etil } (C_2H_5)$ $R_2 = \text{izopentil}$

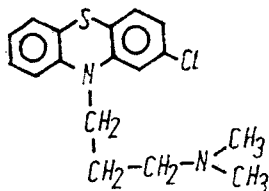
tecul Cloetta (hipnotice, barbiturice, alcool efedrină, cardiotonic) este rămas în uz încă din 1934. În URSS este folosită somnoterapia preconizată de PAVLOV, somnul fiind obținut cu un amestec de barbiturice, paralel cu crearea unor reflexe condiționate, urmînd ca pe parcurs să se retragă substanțele inductoare, menținerea stării de somn rămînd a fi realizată prin reflexe condiționate dobîndite. În 1937, PALMER face o trecere în revistă a metodei în articolul „Valoarea narcozei continue în tratamentul tulburărilor mintale”, după ce, în 1935, THORNER, în articolul „Psihofarmacologia amitalului sodic”, folosea prima dată în psihiatrie acest termen. În 1938, Albert HOFF sintetizează LSD (dietilamina acidului lisergeric), a cărei activitate psihotropă este descoperită în 1943, urmată de o serie de studii și publicații de specialitate, inclusiv de preconizarea utilizării ei ca adjuvant în psihoterapie.

Faptul care a contribuit cel mai mult la dezvoltarea psihofarmacologiei, considerat ca fiind în cea mai strînsă legătură cu dezvoltarea sa ulterioară, a fost descoperirea și folosirea fenotiazinelor în practica psihiatrică. În 1937, Daniel BOVET descrie activitatea antihistaminică, prima fenotiazină antihistaminică (antergan) fiind preparată în 1940 de MOSNIER și studiată de HALPERN în 1942. În 1944 apar aminofenotiazinele, concepute inițial ca antiparazitare (antimalarice, antihelmintice), ulterior observîndu-se proprietățile lor accentuate antihistaminice (prometazina) și antiparkinsoniene (dietazin). În 1950, P.

GUIRAUD folosește prometazina în tratamentul schizofreniei, remarcând proprietățile ei sedative.

O altă substanță cu efecte psihotrope observate mai demult, care, ulterior, și-a căpătat un loc bine meritat în arsenalul terapeutic, este litiul, folosit prima dată sub formă de bromuri de litiu, de către MTCHÉLL (1870) în tratamentul epilepsiei și al stărilor de excitație psihomotorie. În 1949, CADE descrie activitatea antimaniacală a sărurilor de litiu, în anii 1950—1951 apărînd mai multe studii australiene și europene asupra acestora. Datorită unor efecte secundare, din cauza lipsei de posibilități tehnice de dozare, importanța acestei substanțe a fost inițial neglijată, ulterior ea căpătîndu-și locul meritat în terapia psihotropă modernă. Deși în prezent rolul și indicațiile sărurilor de litiu în terapie sînt bine precizate, nu litiul a fost substanța cu care psihofarmacologia se constituie ca știință.

Din 1950, anul creării clorpromazinei și a terapiei neuroleptice, istoricul acestora se împletește cu istoricul psihofarmacologiei (→ NEUROLEPTICE). În perioada 1952—1954, clorpromazina (CPZ) devine substanța cu cea mai largă întrebuințare în terapeutică bolilor psihice, înlocuind somnoterapia, fiind o metodă mai sigură, prezentînd avantajul că pacientul rămîne conștient, făcînd posibil accesul la psihoterapia precoce (prin eficacitatea asupra manifestărilor psihotice), scurttînd durata de spitalizare, făcînd posibil tratamentul ambulator al bolnavilor psihici, îmbunătățînd atmosfera din spitalele psihiatrice. Între anii 1954—1957, succesul CPZ stimulează căutarea altor substanțe cu eficacitate terapeutică. În 1954, KLINE preconizează tratamentul cu Rauwolfia (folosit de psihiatrîi indieni încă din 1931).



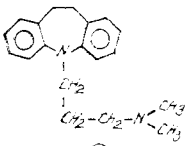
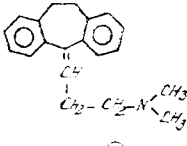
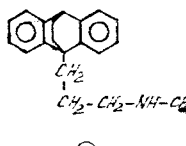
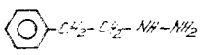
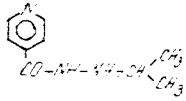
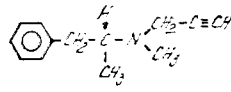
Clorpromazina

Pe parcursul îmbogățirii experienței clinice, devine clar faptul că CPZ nu este cel mai potrivit medicament în nevroze și nu este eficace în depre-

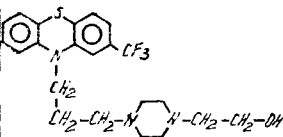
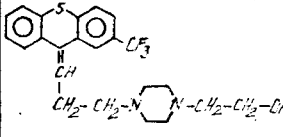
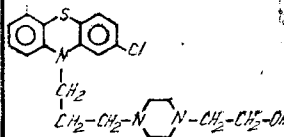
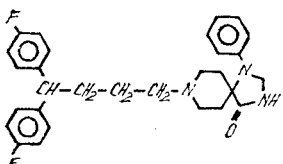
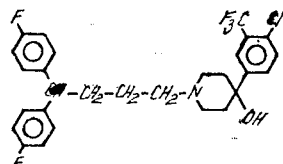
sii, această necesitate terapeutică fiind rezolvată prin apariția anxioliticelor, psihostimulentelor, antidepresivelor. Primul tranchilizant anxiolitic — meprobamatul — sintetizat în 1950, studiat în 1954, introdus în terapie în 1955, prin calitățile sale de anxiolitic și miorelaxant, devine pentru nevroze ceea ce CPZ se dovedise a fi pentru psihoze. În 1954 apar psihotonele de tip metilfenidat și pipradol. Azaciclonoilul, derivat din pipradol, devine primul antagonist al LSD. În această perioadă se fac progrese semnificative în terapia depresiilor. Observîndu-se efectul antidepresiv al tuberculostaticelor (iproniazida fiind folosită din 1952), se preconizează utilizarea IMAO ca substanțe cu efect antidepresiv, ele intrînd în folosirea clinică în 1957. Același an, 1957, este marcat de descoperirea lui KUHN care, studiînd posibilitățile folosirii imipraminei ca neuroleptic, observă calitățile antidepresive și eficacitatea ei deosebită în depresiile endogene, substanța devenînd astfel cap de serie a unei noi clase de psihotrope — antidepresivele triciclice. Tot în această perioadă, LSD și alte substanțe halucinogene sînt intens folosite pentru producerea psihozelor experimentale, în speranța descoperirii mecanismelor etiopatogenice ale bolilor psihice, mai ales că CPZ reprezenta un „antidot” eficace, făcînd această metodă oarecum lipsită de riscuri (→ PSIHOTOMIMETICE).

Perioada 1958—1963 este marcată de apariția altor psihotrope: butirofenonele, haloperidolul (A. P. JANSSEN); tioxantenele, clorprotixenul (P. V. PETERSON); benzodiazepinele (Leo H. STERNBACH). Perioada 1964—1969 este cadru de apariție a neurolepticelor cu acțiune prelungită (NAP), primul produs preconizat fiind enantatul de flufenazină. De asemenea, sărurile de litiu și-au cîștigat rolul lor deosebit în terapia psihozelor afective.

La 15 ani de la apariția și întrebuințarea CPZ, s-a conturat unanim concepția că terapia neuroleptică nu este numai simptomatică, punîndu-se accentul pe efectele antipsihotice. Apar noi ipoteze asupra mecanismului de acțiune a neurolepticelor, în strînsă legătură cu teoriile privind mecanismul biochimic al psihozelor. Perioada de după 1980 se caracterizează prin sintetizarea de noi și noi substanțe psihotrope antidepresive, neuroleptice etc., mijloacele și tehnologia modernă permițînd intensificarea și lărgirea studiilor privind biochimia proceselor psihice normale și patologice, psihofarmacologia ocupînd astfel un loc, nu lipsit de importanță, în cadrul științelor biologice și sociale.

<p>DCI IMPRAMINA</p>  <p>ANTIDEPRIN ^(M) Romania</p>	<p>DCI AMITRIPTILINA</p>  <p>AMITRIPTILINA ^(M) Romania</p>	<p>DCI MAPORTILINA</p>  <p>LUDIGMIL ^(M) Romania</p>
<p>DCI FENELZINA</p>  <p>VALSAN ^(M) R.D.G.</p>	<p>DCI IPRONIAZIDA</p>  <p>IPRONIAZID ^(M) UR.SS.</p>	<p>DCI SELEGILINA</p>  <p>JUMEX ^(M) Ungaria</p>

Antidepressive (triciclice și IMAO)

<p>DCI FLUFENAZINA</p>  <p>MODITEN ^(M) Elvetia PROLIXIN ^(M) SUA</p>	<p>DCI FLUPENTIXOL</p>  <p>FLUANXOL ^(M) R.F.G.</p>	<p>DCI PERFENAZINA</p>  <p>TRIAFLON P. ^(M) Suedia</p>
<p>DCI FLUSPIRILENA</p>  <p>IMAP ^(M) Ungaria</p>	<p>DCI PENFLURIDOL</p>  <p>SEMAP ^(M) Franta</p>	

Neuroleptice (depôt și standard)

1100. **PSIHOIZICĂ** (cf. *psiho-* ; gr. *physis* „natură, mod de a fi”) ● Disciplină a psihologiei care se ocupă cu studiul relației dintre stimul și senzație, căutând să explice modul de funcționare a sistemelor senzoriale. Fondatorul psihofizicii este considerat Gustav FECHNER (1801—1887), care a și stabilit legea ce-i poartă numele : intensitatea senzației este în funcție de logaritmul raportului dintre intensitatea stimulului și pragul absolut al senzației :

$$R = K \log \frac{I}{I_0}, \text{ în care :}$$

- R = mărimea senzației ;
- I = intensitatea stimulului ;
- I_0 = pragul absolut ;
- K = constantă.

FECHNER, în concepția căruia psihofizica era definită ca un raport funcțional de dependență între somă și psihic, a elaborat un vast proiect de cercetări în care intenționa să supună măsurătorii o serie de procese psihice ca atenția, afectivitatea, activitatea etc. Practic, el nu și-a putut aplica legea decât în studiul senzațiilor. Psihofizica încearcă să răspundă la trei întrebări principale :

- care este intensitatea minimă a unui stimul pentru ca el să producă senzația ?
- cât trebuie modificat un stimul pentru ca această modificare să poată fi detectată ?
- care este mecanismul prin care schimbările în intensitatea stimulului determină schimbări în procesul senzorial ? (ROBINSON, 1984).

Pentru a răspunde la astfel de întrebări, psihofizica folosește metode care i-au devenit proprii, cum ar fi metoda limitelor și metoda erorii medii. Metoda limitelor constă în faptul că subiectului i se prezintă doi stimuli, dintre care unul are o intensitate standard (S_1), iar celălalt o intensitate variabilă (S_2). Într-o primă serie de încercări se pleacă de la o intensitate egală a celor doi stimuli, Experimentatorul, menținând S_1 constant, mărește intensitatea lui S_2 pînă cînd subiectul arată că a perceput diferența. În a doua serie de încercări, se pleacă de la o intensitate mai mare a lui S_2 față de S_1 . Experimentatorul diminuează treptat intensitatea lui S_2 , pînă cînd subiectul nu mai sesizează nici o diferență între cei doi stimuli. În metoda erorii medii, stimuli sînt manipulați direct de către subiect, a cărui sarcină este de a aduce la echivalență intensitățile a doi stimuli S_1 și S_2 , în care S_1 are o valoare constantă, iar S_2 are o valoare mai mare. Acest procedeu este frecvent utilizat în studiul iluziilor vizuale.

1101. **PSIHOIZIOLOGIE** (cf. *psiho-* ; gr. *physis* ; *logos* „cuvînt, discurs”) ● Disciplină psihologică avînd ca obiect studiul relațiilor dintre

procesele psihice și cele somatice, cu scopul de a descoperi corespondențele fiziologice ale fenomenului psihic și, în ultimă instanță, substratul organic, material al comportamentului. În primul număr al revistei „Psychophysiology”, A. STERN afirmă că „orice cercetare în care variabila dependentă este o măsură fiziologică, iar variabila independentă, una comportamentală, trebuie să fie considerată cercetare psihofiziologică”. Deși considerată ca o ramură a psihologiei, psihofiziologia are un caracter multidisciplinar, ia dezvoltarea ei aducîndu-și contribuția o serie de științe ca : biologia, neurochirurgia, biochimia, neurofiziologia etc.

Apariția psihofiziologiei a fost pregătită de progresele înregistrate în alte domenii științifice, mai mult sau mai puțin înrudite : psihofiziologia experimentală a lui WUNDT, cercetările asupra reflexelor condiționate, efectuate de PAVLOV, teoria hipotalamică a emoției, elaborată de CANNON, descoperirea electroencefalogramelor etc. Toate acestea i-au făcut pe oamenii de știință să întrezărească posibilitatea verificării unor prezumții referitoare la determinismul organic al fenomenelor psihice. Metoda principală de cercetare a psihofiziologiei este cea experimentală, cu procedee științifice. În alegerea acestora, precum și a indicatorilor psihofiziologici, se iau în considerare atît sistemele senzoriale implicate, cît și faptul că un stimul poate avea efecte specifice, dar și nespecifice (CIOFU, 1978). Printre indicatorii fiziologici cei mai uzuali pot fi considerați : electroencefalograma, ca indicator al funcționalității cerebrale, al somnului, vegheii sau al unei condiții patologice ; electrodermograma, bazată pe faptul că transpirația poate constitui o reacție la diferite stări emoționale ; pletismograma, la baza căreia stă faptul că variația volumului sanguin din unele părți ale corpului poate fi determinată de oboseală, de conflicte și stări emoționale ; electromiograma, ca indicator al unor stări de tensiune nervoasă ; respirația, ca indicator al unor momente cu încălzitură emoțională ; electrooculograma care indică existența unor vise, reacții de apărare etc. (CIOFU, 1978).

1102. **PSIHOGEN** (cf. *psiho-* ; gr. *gennan* „a naște, a produce”) ● Adjectiv atribuit oricărui factor sau fenomen care este rezultatul psihogenezei, exprimînd ponderea componentei psihologice în cadrul ansamblului existenței umane (normale sau patologice), adică ponderea unor factori psihici, mintali sau emoționali, neputîndu-se pune în evidență rolul unor factori organici sau somatici.



Termenul se referă la două aspecte : factori psihogeni și procese psihogene :

- Factorii psihogeni reprezintă, după cum afirmă POROT și SUTTER, toate experiențele trăite de subiect, prin amprenta pe care fiecare dintre ele și-o pune începând încă din primele stadii ale dezvoltării personalității ; efectul acestor experiențe este cu atât mai puternic, cu cât acestea sînt mai precoce. Necesitatea cunoașterii acestei relații, mult mai complexe decît cea a unei simple cauzalități, respectiv identificarea corectă a factorilor din mediul extern ce acționează asupra psihicului, reprezintă un avantaj educativ pentru părinți sau dascăli și unul terapeutic pentru medicul psihiatru. Autorii citați includ în grupul factorilor psihogeni :
 - situațiile psihogene (contactele subiectului cu societatea prin intermediul componen-

ților ei, care au, de regulă, un caracter normativ, și numai la personalitățile dizarmnice un caracter conflictual) ;

- carențele educative (numite ca atare prin analogie cu carențe alimentare) care dau naștere la o personalitate dizarmnică (în timp ce carențele alimentare determină sindroame fiziopatologice specifice) ;
- traumatismele emoționale (psihotrauma), de tipul unor evenimente ce declanșează frică, furie sau bucurie, cu semnificație deosebită pentru psihic în măsura în care au fie o intensitate extrem de mare, fie un caracter repetitiv, fie reproduc sau simbolizează experiențe din primii ani de viață.
- Procesul psihogen este definit, din punct de vedere psihopatologic, ca ansamblul mecanismelor de apariție ale unor tulburări psihice (simptom unic sau simptome) pornind de la factorul psihic patogen (→PSIHOGENEZĂ).

1103. **PSIHOGENE^(H) halucinații** ● Categorie în care pot fi încadrate toate fenomenele halucinatorii nelegate direct de o cauză organică, adică de dezintegrarea sistemului perceptiv. În această categorie se încadrează „halucinațiile delirante” (H. EY), respectiv, veritabilele fenomene care antrenează perturbarea întregului sistem psihic în toate instanțele sale. Clasificarea fenomenelor halucinatorii (după H. EY, 1973), este următoarea :

Tabel nr. CXIV

Variații normale ale percepției	Halucinații	
Iluzii psihonorme comune :	Halucinații delirante (prin dezorganizarea Eului)	
<ul style="list-style-type: none"> ● senzoriale ● infantile ● culturale ● hipnotice 	Experiențe delirante (destructurarea câmpului conștiinței — structurile sincronice)	Halucinații noetico-afective (destructurarea ființei conștiente de sine — structurile diacronice)
	Halucinații „psihogene”	
	Eidolii (prin dezintegrarea sistemului perceptiv)	
	Phanteidolii	Proteidolii
	Halucinații „organice”	

1104. **PSIHOGENEZĂ** (cf. *psih-*; gr. *genesis* „naștere, producere”) ● Teorie psihologică și psihopatologică prin care este explicată dezvoltarea psihismului și a personalității, respectiv a unor tulburări psihice, prin rolul determinant, predominant sau exclusiv, al condițiilor exterioare de mediu și al modificărilor psihologice individuale produse de acestea. Psihogeneza caracterizează, ca proces psihologic, întreaga viață a individului, cunoscând perioade mai active (și mai vulnerabile în același timp, din punct de vedere psihopatologic) pe durata ciclului vieții (copilăria precoce, adolescența, a doua perioadă a maturității, la vârsta de 40—45 de ani), în cadrul cărora au loc schimbări esențiale în dezvoltarea personalității și care sînt mai receptive față de influențele exterioare, specifice fiecăreia dintre aceste perioade. Această receptivitate electivă și dinamică joacă un rol hotărîtor în procesul educativ, ca și în cel psihoterapeutic. Factori care influențează psihogeneza normală pot fi socotiți toate experiențele trăite de individ în măsura în care ele își pun pecetea pe un moment din existența lui sau pe ansamblul trăsăturilor de caracter și personalitate (POROT, SUTTER, 1984). Amploarea acestei influențe depinde în primul rînd de precocitatea ei în raport cu stadiul dezvoltării personalității, precum și de semnificația particulară pentru fiecare individ în parte. Ca evoluție psihologică optimă, desfășurată într-un climat familial și socio-cultural adecvat, psihogeneza normală presupune dezvoltarea armonioasă a facultăților senzorio-motorii și a gîndirii operaționale a copilului, care face posibilă elaborarea universului real al acestuia și conștientizarea Eului (PIAGET); această dezvoltare va permite organizarea ulterioară într-o structură de personalitate a tuturor informațiilor și influențelor exterioare, va selecta achizițiile mnezice, va dirija adaptativ acțiunile proprii și va integra capacitățile orientativ-anticipative, realizînd un sens pozitiv al „self”-ului ca sîmă de sine și stare de echilibru subiectiv și relațional (ERIKSON), rezultată din egalizarea homeostazică a trebuințelor, pulsuniilor și motivației cu cadrele spațio-temporale și axiologice cîștigate în cursul procesului de socializare. Acțiunea modelatoare a acestor situații psihogenetice necesită în primul rînd un climat afectiv — îndeoseb matern — adecvat, sugerat plastic de CLAPARÈDE prin sintagma „rație afectivă”, a cărei absență poate distorsiona episodic sau permanent psihogeneza normală, generînd fenomene clinice afective (depresia anaclică, hospitalismul), reversibile (SPITZ, WOLF, 1945) sau cu consecințe tardive insuficient cunoscute încă, în cadrul cărora depresia la vîrsta adultă (BOWLBY, 1946), dificultățile de a stabili relații sociale normale, delinvența sînt astăzi demon-

strate. Carența de autoritate, determinată de insuficiența sau absența psihologică (sau reală) a tatălui, constituie un alt factor de distorsionare a fenomenelor proiective și de identificare, generînd „crize de identificare” nerezolvate ce pot perturba o psihogeneză normală (ERIKSON). Se vorbește și de o psihogeneză a relațiilor sociale, ca și de una a creației artistice.

Psihogeneza patologică este implicată în patologia psihică reactivă (psihogenii) și în bolile psihosomatice. Dată fiind complexitatea factorilor care condiționează persoana normală și reacțiile ei, psihogeneza patologică interferează și cu aspectele sociologice, antropologice și etnologice ale dinamicii psihismului.

Psihogenezei i se descriu mecanisme psihopatologice, neurofiziologice și psihanalitice (→PSIHANALIZĂ, PSIHOSOMATICĂ). Mecanismele psihopatologice au fost descrise de K. JASPERS, K. SCHNEIDER, E. KRETSCHMER, MÜLLER-SUUR, BIRNBAUM, H. EY, M. BLEULER, RANGELL, iar cele neurofiziologice — de CANNON, H. SELYE, MAGOUN și MORUZZI, JASPERS, J. MASSERMANN, ANOUHIN ș.a. (→ REACȚIE).

Psihogeneza constituie o problemă încă incomplet rezolvată a psihopatologiei, ea ridicînd întrebarea fundamentală a acestei științe, referitoare la raportul dintre factorii constituțional-organici și cei exogeni, psihotraumatici. H. EY ajunge la concluzia că nu există psihogeneză pură în patologia psihică; el consideră că în etiopatogenia oricărei boli psihice există o organogeneză care limitează și determină variabil manifestările psihopatologice, acestea putînd fi determinate exogen (psihogen), în funcție de un prag specific fiecărui individ; acest prag specific reglează, la rîndul lui, „articulația vitală care leagă procesul organic de o formă anormală a vieții psihice”. Pe lîngă importanța ei etiologică și patogenetică, cunoașterea psihogenezei influențează, așa cum arată J. BOUTONIER, atitudinea terapeutică, îndeosebi în privința psihoterapiei care va analiza, interpreta și acționa asupra unui complex de situații psihogenetice.

1105. **PSIHOGENII** (cf. *psih-*; gr. *gennan*) ● Afecțiuni psihice ce diferă între ele prin intensitate sau coloratură, dar care au ca trăsături comune de producere și evoluție:

- o traumă psihică, de obicei cu caracter brutal și imprevizibil sau trenant și repetitiv;
- depășirea capacităților de adaptare și răspuns ale individului;
- relația directă a simptomatologiei psihice cu durata, intensitatea psihotraumei și cu terenul psihologic și somatic al subiectului.

Primul care a introdus în literatură termenul de boală psihogenă a fost SOMMER (1890), referindu-se

fa reacțiile isterice. În tratatul său de psihiatrie clinică (1916), KRAEPELIN include printre psihogenii : nevroza de epuizare (neurastenia), nevroza de așteptare, delirul indus, delirul de persecuție al hipoacuzicilor, nevroza de spaimă (reacțiile acute de șoc), nevroza traumatică, tulburările psihogene din debuturile psihozelor endogene și delirul cverulentilor. KRASNUȘKIN, BRAUN, KRETSCHMER, GANNUȘKIN susțin că, pe lângă rolul declanșator pe care factorii psihogeni îl joacă în apariția unor tulburări psihice, constituția, terenul premorbid al personalității, al caracterului, contribuie în mod decisiv la exprimarea și conturarea particulară a tabloului clinic. Ceea ce SCHNEIDER (1955) numește prin „*Untergrund*” (infrastructura care intră în impact cu factorul stresant) și „*Hintergrund*” (dispoziția de fond formată din oscilațiile timice cu potențial afectogen semnificativ la un anumit moment) constituie analogul „*cheii în lacăt*” descris de KRETSCHMER, referindu-se atât la psihotraumă, cât și la caracterul subiectului. KOLLE (1955) include în rîndul tulburărilor psihogene neurastenia, reacția la situația de detenție, nevroza de război, nevroza la accidente și „*rent-nevroza*” (fuga în boală).

Manualul de psihiatrie editat în 1969 de E. BLEULER precizează că tulburările psihoreactive sau psihogene sînt reacții predominant psihice,

în sensul de trăiri, experiențe care pot fi la fel de importante pentru un om normal, ca și pentru un bolnav ce suferă de o afecțiune psihică, endogenă sau organică. Termenul de psihogen are semnificație legată strict de interiorul psihicului, trinomial situație psihotraumatizantă, constituție și dispoziție de fond a personalității fiind unitar în definirea bolilor psihogene. Diferențiindu-le de decompensările structurilor dizarmonice ale personalității și de tulburările psihice din cadrul unor afecțiuni cu localizare cerebrală (ca encefalita), autorul recunoaște importanța semnificației psihosociale pe care o capătă unele evenimente în determinarea unor tulburări psihoreactive care pot depăși intensitatea nevrotică, atingînd nivelul psihotic. Terenul premorbid poate fi reprezentat de o tulburare caracterială, dar și de condiția psihologică a individului în momentul acțiunii factorului psihotraumatizant, ca și de factorii somatici care au capacitatea de a modifica reactivitatea organismului (surmenaj, epuizare, boli somatice, intervenții chirurgicale, factori toxici, traumatici etc.).

Modul patoplasic în care dispoziția acționează asupra tabloului clinic este ilustrat în majoritatea reacțiilor, dar în special în cazul celor de tip isteric. În funcție de forma clinică, mecanismul etiopatogenic ar fi, pe scurt, următorul :

Tabel nr. CXV

Tipul psihogeniei	Durata	Intensitatea	Personalitatea premorbidă	Mecanismul psihologic de apariție
Reacții	mică	mare	normală/dizarmonică	scurtcircuitare
Nevroze	medie	variabilă	particularități specifice	conflictualitate intrapsihică
Dezvoltări	variabilă	variabilă	dizarmonică	prevalență

Oricare ar fi mecanismul etiopatogenic implicat, psihogeniile nu apar ca entități izolate, străine de subiect, ci se dezvoltă în strînsă unitate cu întreaga personalitate și cu modalitatea sa proprie de comportament. Formațiile neuroanatomice presupuse a lua parte la producerea psihogeniilor ar fi axul hipofizo-cortico-suprarenal și substanța reticulată a trunchiului cerebral.

Datele epidemiologice indică o incidență considerabilă în special la vîrsta activă (tineri și adulți),

neexistînd diferențieri nete privind transmiterea genetică și repartiția pe sexe. Ținînd seama de tendințele dominante în psihiatria actuală, se poate opta pentru următoarea clasificare a psihogeniilor :

- Reacții psihice patologice :
- reacții de intensitate psihotică (stupoare, agitație psihomotorie, confuzie, depresie, idei delirante, manifestări isterice psihotice etc.) ;

- reacții de intensitate nevrotică (manifestări nevrotice).
- Nevroze :
 - nevroze nediferențiate ;
 - nevroze diferențiate.
- Dezvoltări patologice reactive (în funcție de sindromul dominant și specific — astenie, isterie, depresii; obsesional, fobic, hipocondriac).

Diagnosticul pozitiv este posibil, în ciuda multitudinii tablourilor clinice, prin investigarea fac-

torului psihotraumatizant, a terenului particular, a criteriilor stabilite de JASPERS (relația directă între starea patologică și psihotrauma, depărtarea în timp a psihotraumei, care determină estomparea și dispariția tabloului morbid, conținutul trăirilor psihice patologice „comprehensibil”, inteligibil) legat de cei al psihotraumei).

Fixarea în cadrul nosologic a psihogeniei trebuie neco ndiționat să treacă succesiv prin etapele :

- Diagnosticul general de psihogenie :

Tabel nr. CXVI

Criteria	Reacții	Nevroze	Dezvoltări
Traumă psihică : intensitate durată	mare scurtă	medie prelungită	variabilă mare
Momentul apariției traumei în istoria individului	indiferent	în copilărie, cu un interval liber până la debut	la adult
Personalitate	indiferent	particularități ale personalității exprimate premorbid	suferă modificări în cursul bolii, manifestându-se pe plan comportamental
Stabilitatea simptomelor	reducerea progresivă	variabilitate	fixitate
Modificări ale cîmpului conștiinței : <ul style="list-style-type: none"> ● lărgime ● claritate 	îngustat modificat	rare modificat nemodificat	îngustat nemodificat
Mecanism principal de producere	scurtcircuitare	conflict intrapsihic	prevalență
Evoluție	vindecare	variabilă	cronică

Diagnosticul diferențial cu alte afecțiuni psihice :

- metode psihoterapice bine alese, în funcție de forma clinică.

Tabel nr. CXVII

	Factor etiologic psihogen	Teren constituțional	Inteligibilitatea conținutului
● Reacții nepatologice la subiectul normal	acțiune de scurtă durată	fără modificări semnificative	prezentă, cu controlul emoțiilor
● Tulburări în structura personalității	prezență posibilă	bine conturat în funcție de criteriile definitorii	uneori prezentă, dar nu suficient de consistentă
● Endogenii	absent, de regulă ; dacă e prezent, este numai favorizant	rol incert	absentă, „incomprehensibilă”
● Tulburări psihice de origine organică	numai întâmplător ; cel organic este evident	nerelevant	nesemnificativă ; prezența sindromului psihoorganic acut/ cronic.

Examele paraclinice sînt nespecifice în precizarea diagnosticului, eventualele modificări patologice exprimînd, în cazul reacțiilor, adaptarea organismului la șoc prin intermediul axului hipofizo-cortico-suprarenal (SELYE).

Examenul psihologic poate fi util în conturarea personalității (normale sau structurate dizarmonice). În ceea ce privește evoluția, debutul este brutal (în reacții) sau lent, insidios (în nevroze și dezvoltări). Durata este variabilă : ore, zile (reacții acute de șoc) ; săptămîni, luni (reacții nevrotice) ; luni, ani (nevroze) ; întreaga existență (dezvoltările reactive ale personalității).

Prognosticul poate fi : foarte bun, de obicei cu remisie totală, în reacțiile acute nevrotice sau psihotice ; favorabil, 30% în mod spontan, 90% sub terapie adecvată, fiind însă posibile și cronicizări în nevroze ; rezervat, în dezvoltările patologice reactive ale personalității.

Ca principii de tratament se impun următoarele direcții :

- înlăturarea, pe cît posibil, a agentului sau complexului de factori psihotraumatizanți, scoaterea din mediu ;
- obținerea anxiolizei în general, atacarea simptomului-țintă prin terapie biologică adecvată (preparate medicamentoase în doze individualizate) ;

1106. **PSIHOGERIATRIE/PSIHOGERONTOLOGIE** (cf. *psih-* ; gr. *geron* „bătrîn” ; *iatria* „vindecare”) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ GERONTOPSIHIATRIE.

1107. **PSIHOGRAMĂ** (cf. *psih-* ; gr. *gramma* „inscripție”) ● Caracterizare psihologică descriptivă (V. PREDESCU) a structurii și dezvoltării personalității.

1108. **PSIHOID** (cf. *psih-* ; gr. *eidos* „formă”) ● Fals fenomen psihopatologic (considerat ca real de BLEULER), exprimat în plan comportamental la copiii aflați la prima și a doua copilărie, dezvoltarea psihismului „normalizînd” cu timpul aceste manifestări considerate inițial ca semne de boală.

1109. **PSIHOIGIENĂ** (cf. *psih-* ; gr. *hygiainein* „a fi sănătos”) → IGIENĂ MENTALĂ.

1110. **PSIHOIMUNOLOGIE** (cf. *psih-* ; lat. *immunis* „scutit de, neatins de” ; gr. *logos* „cuvînt discurs”) ● Ramură științifică interdisciplinară, care încearcă să stabilească posibilele corelații între funcționarea sistemului imun și sistemul neuropsihic. Studiile de psihoimunologie s-au dezvoltat mai ales în ultimii 15 ani, avîndu-l drept principal animator pe R. ADER care, în 1981, a publicat o lucrare fundamentală pentru acest nou domeniu.

Deși posibilitatea ca stresul psihologic să influențeze răspunsul imun a fost inițial considerată drept o simplă ipoteză ciudată, cercetările recente au arătat că stresul psihic poate să influențeze declanșarea și evoluția unor boli în care componenta imună este esențială (cancere, boli autoimune).

Sistemele imunologice reprezintă o serie de mecanisme protectiv-adaptative interrelaționate, bazate pe memoria moleculară (rudimentară, dar rezistentă), avînd o valoare homeostatică deosebită pentru organism. Sistemele imunitare pot fi împărțite într-o componentă aferentă, în care antigenii intră în contact cu elementele conținutului celular sau din circulație, o componentă centrală, în care celulele din seria limfocitară (celulele B modulate în celule T) elaborează șase tipuri de anticorpi, o componentă eferentă, marcată de consecințele interacțiunii antigen-anticorp (acționarea complementului, eliberarea de alți mediatori—histamină, kinine—, liza directă a substanțelor străine și fagocitoza printr-o varietate de celule macrofage speciale). Sistemul imun este conceput ca un ansamblu celular care, prin citokine și imunoglobuline, funcționînd în mod simultan, facilitează sau inhibă semnalele esențiale în menținerea homeostaziei imunologice.

Psihoimunologia nu este un fel de medicină psihosomatică (cum consideră majoritatea cercetătorilor britanici — P. MARTIN, 1987), ci se bazează pe ideea mai nuanțată că encefalul influențează sistemul imun, iar acesta, la rîndul său, rezistența organismului la boală. Dintre datele publicate în literatură, care încearcă să susțină această ipoteză, vom încerca să prezentăm, succint, câteva :

● Studiile clinice au avut ca punct inițial de plecare observațiile privind frecvența apariției unei boli grave sau a decesului la văduvii recentii. Astfel, R. BARTROP a studiat un grup de 26 de asemenea subiecți, la care a evidențiat o lipsă de responsivitate limfocitară față de diverși anticorpi, în raport cu limfocitele unor persoane comparabile ca vîrstă, sex și etnicitate. Acest deficit era mai pregnant în primele 2 luni de la decesul soțului (soției), normalizîndu-se ulterior. Alte studii au arătat că, la bărbații ale căror soții au avut cancer de sîn fatal, în cîteva săptămîni pînă la un an s-a putut constata o scădere a responsivității celulare (J. S. SCHLEIFER, 1983).

Un studiu făcut pe 2020 de femei, tînute sub supraveghere timp de 17 ani, arată că persoanele care sufereau de depresie prezentau un risc dublu pentru cancerul de sîn față de cele considerate normale, iar un alt studiu realizat în două mari orașe europene, de GROSSARTH și MATICER (1981), pe termen lung, arată că indivizii cu risc crescut pentru boli psihice au o predispoziție mai mare de a se îmbolnăvi de afecțiuni tumo-

rale sau de a contracta alte afecțiuni grave. S-a încercat chiar găsirea unor corelații între posibilitatea de apariție a cancerelor și anumite configurații psihologice. H. S. GREER și T. MORRIS (1979) au afirmat chiar că pot prezice, pentru o perioadă de cinci ani, evoluția cancerului de sîn la femeie, după modul de reacție la aflarea diagnosticului, existînd o corelație inversă între profunzimea „șocului” și șansa statistică de supraviețuire.

J. S. SCHLEIFER publică, în 1984 și 1985, observațiile sale privind legătura dintre disfuncțiile sistemului imunitar și unele tulburări psihice, accentuînd asupra rolului depresiei.

N. LEWISTON arată că, dacă există o legătură între factorii psihologici și evoluția unor tumori, aceasta se realizează sigur prin intermediul sistemului imunitar.

Un alt grup de studii a vizat corelațiile dintre subiecții afectați de stres (elevi, studenți) și diverse forme ale răspunsului imunitar. Astfel, J. B. JEMMOTT (1983) a demonstrat pe un grup de studenți la stomatologie că rata anticorpilor de tip Ig A scade în căile respiratorii în momentele examenelor considerate ca cele mai dificile și că această scădere este mai importantă la studenții mai izolați de grup.

J. KIECOLT-GLASER și colaboratorii au găsit, într-un studiu făcut pe 75 de studenți la medicină, o scădere a activității celulelor „killer” în ziua anterioară examenelor, cu o revenire lentă în următoarea lună.

Studiul lui S. KASL efectuat pe 1400 de elevi la o școală de ofițeri a urmărit măsura în care stresul afectează incidența mononucleozel Infecțioase (boală datorată virusului Epstein-Barr) la acest grup. La începutul studiului, circa 1/3 din elevi nu aveau anticorpi VEB, indicînd faptul că anterior nu fuseseră infectați. Dintre acești subiecți neinfecțați, aproximativ 20% au dezvoltat anticorpi, iar 5% au contractat boala. Autorul afirmă că au dezvoltat boala doar aceia care au făcut față cu dificultate solicitărilor școlare, datorită unei dotări intelectuale mai modeste și unei suprămotivații induse de un model parental de excepție (părinți militari, cu cariere deosebite). Evoluția bolii a fost, de asemenea, mai gravă tocmai la subiecții cu cele mai mari dificultăți. Un alt studiu făcut pe un grup de eleve de la o școală de surori medicale a evidențiat o corelație pozitivă între numărul erupțiilor herpetice și perioadele de dificultăți afective.

Cu toate acestea, majoritatea autorilor opiniază în prezent că asocierea tulburărilor răspunsului imunologic cu evenimentele traumatizante din cursul existenței este slab semnificativă, acest fapt fiind pus pe seama neputinței de a „măsura” gravitatea evenimentului. Unul din contraargumente poate fi și faptul că orice persoană care trece printr-un impas existențial consumă,

de regulă, mai multe toxice (alcool, cafeină, tranchilizante etc.), se alimentează deficitar, doarme mai prost, contribuind astfel la scăderea capacității imunologice a organismului.

● Studii experimentale au fost întreprinse pe animale, vizând elucidarea unor posibile mecanisme neuroimunologice.

V. RILEY (1979) a arătat că dezvoltarea anumitor tumori la șoareci este puternic legată de o serie de situații dificile la care sînt expuse animalele (suprapopulare, manipulare brutală), dar o serie de autori au reșosat acestui studiu că implică prea mult sistemul endocrin, în primul rînd hipofiza.

K. BULLOCH (1980), studiind inervația timusului (locul în care se maturizează celulele T), susține că fibrele nervoase nu inervează doar vasele timice (controlînd fluxul limfocitar), ci sînt direct în contact cu celulele limfoide, transmițîndu-se probabil direct informații, deci timusul ar conține terminații neurosecretorii. De asemenea, marile organe producătoare de celule imunocompetente au o puternică rețea nervoasă, dar încă este dificil de stabilit ce fel de informații aduce aceasta.

Pe de altă parte, leziunile zonelor hipotalamice (în special hipotalamusul anterior) duc la modificări calitative și nu cantitative ale răspunsului imun (T. ROSZMAN și colaboratorii, 1985), concretizate în :

- descreșterea numărului de celule din splină și timus ;
- descreșterea răspunsului mitogen splenic ;
- descreșterea responsivității antigenice ;
- creșterea activității supresive a celulelor macrofage.

Alte experiențe au arătat că lezarea cortexului cerebral sting reduce numărul limfocitelor T din splină și le diminuează activitatea biologică (G. RENOUX).

Un fapt notabil care poate fi adus în discuție este unitatea sistemului limfoid cu cel nervos, din punct de vedere anatomic, funcțional și embriologic. O serie de cercetări recente au arătat că există un adevărat ax neuroimunologic, în care comunicarea dintre cele două sisteme este asigurată de neurohormoni. În acest sens, se presupune că depleția catecolaminelor la nivel central ar avea următoarele efecte asupra parametrilor imunității :

- descreșterea răspunsului primar de IgM și IgG aie seriei roșii, dar fără a modifica dinamica răspunsului ;
- modificarea fazei aferente a răspunsului de anticorpi primari ai seriei celulelor roșii ;
- diminuarea dezvoltării memoriei imunologice.

Reuînd cercetări mai vechi (1926--1955) ale școlii sovietice, ADER a reușit să demonstreze că poate condiționa răspunsul imunitar față de un

stimul psihic : supresia răspunsului imunitar față de un anumit antigen. Se poate conchide că și la om există o modulare a activității anumitor părți ale sistemului imunitar prin „producții” ale sistemului nervos și că anumite trăiri integrate ca factori de condiționare (memorie elementară) pot să intervină în fiziologia sistemului imunitar și deci, prin extensie, în apariția și evoluția bolilor în care acesta este mai activ implicat (G. GACHELIN, 1986).

BALALOCK și colaboratorii au arătat că numeroși neurohormoni, în special alfaendorfinele, au o puternică acțiune supresivă asupra producției de anticorpi in vitro, în timp ce betaendorfinele stimulează proliferarea limfocitară.

Recent s-a putut demonstra că numeroase celule ale sistemului limfoid au receptori pentru neurohormoni și că fixarea acestora pe receptori modifică și modulează răspunsul imunitar.

Este unanimă opinia că se poate vorbi despre o „informare” a sistemului nervos, pe cale biochimică, despre activitatea celulelor limfoide (interlekina 1, spre exemplu, produsă în timpul reacțiilor inflamatorii, provoacă febră și somn profund).

Toate aceste date vin în sprijinul faptului că la om, stimulii psihosociali pot determina o scădere a posibilităților de apărare.

Psihoimunologia se anunță ca un domeniu deosebit de important nu numai pentru psihiatrie, ci pentru întregul ansamblu de cunoștințe medicale, deoarece schimbarea opticii asupra mecanismelor etiopatogenice ar putea modifica integral conceptul de boală.

1111. **PSIHOKIN** ● Termen utilizat de BLEULER cu sensul de energie psihică ce guvernează efortul voluntar.

1112. **PSIHOLEPSIE** (cf. *psicho-* ; gr. *lepsis* „criză”) ● Scădere bruscă și de scurtă durată a tensiunii psihice sau mintale (vid al gîndirii). Este înțîlnită mai ales în stările psihastenice și în schizofrenie.

1113. **PSIHOLEPTIC** (cf. *psicho-* ; gr. *lepsis*) ● Medicament psihotrop, caracterizat prin acțiune hipnotică, sedativă sau neuroleptică.

1114. **PSIHOLOGIE** (cf. *psicho-* ; gr. *logos* „cuvînt, discurs”) ● Știință care se ocupă cu studiul proceselor și fenomenelor psihice la diferite nivele de manifestare a acestora, folosind un ansamblu de metode și tehnici specializate. Ea studiază ființa umană pe parcursul ontologiei sale, în general și în diverse etape ale dezvoltării, manifestările psihice sub aspectul originii și dezvoltării lor, în funcție de o serie de factori individuali și de mediu. Psihologia filozofică avea ca obiect de studiu sufletul. Psihologia modernă consideră ca obiect de studiu fenomenele psihice, deci ansamblul

faptelor sau manifestărilor care se constituie ca experiență subiectivă internă, dar și ca modalități obiectiv explicabile de funcționare a organismului uman în forma sa superioară de organizare — psihismul. Ea se bazează, ca orice altă știință, pe observație și experimentare, folosind metode specifice. În funcție de sistemele teoretice și metodologice adoptate, psihologia contemporană este marcată de diversitatea de orientări și de școli, fiecare dintre ele având opțiuni metodologice proprii și un sistem propriu de construcții teoretice, care justifică abordarea psihismului dintr-o anumită perspectivă; fiecare dintre aceste școli reprezintă o anumită orientare în psihologie și se caracterizează prin anumite limite. Pot fi considerate nouă mari tendințe (orientări) în psihologie, care diferă atât din punct de vedere metodologic, cât și în ceea ce privește criteriile și scopurile lor :

- psihologia comportamentală sau behaviorismul (WATSON) ;
- psihologia structurală sau psihologia formei sau gestaltismul (WERTHEIMER) ;
- psihanaliza și neopsihanaliza (FREUD, ADLER, JUNG ; FROMM, HORNEY, ALEXANDER etc.) ;
- psihologia personalistă (W. STERN) ;
- psihologia genetică — evolutivă (KRUEGER-WERNER ; PIAGET) ;
- psihologia neuroreflexologică (BECHTEREV, PAVLOV) ;
- psihologia tipologică (KRETSCHMER, SHELDON) ;
- psihologia patologică (JASPERS, JANET) ;
- psihologia socială (MURPHY, ALLPORT).

Fiecare dintre aceste orientări accentuează un anumit ansamblu de manifestări, un anumit sector al vieții psihice, pe care tinde să-l extrapoleze la întreaga viață psihică. Unele dintre aceste școli vor genera curente corespunzătoare de psihoterapie (de exemplu, behaviorismul va da terapiile comportamentale, psihanaliza va da terapiile analitice și psihoterapia psihanalitică etc.).

Domeniile de aplicare ale psihologiei sînt multiple, acoperind aproximativ toate domeniile activităților sociale : medicină, industrie, învățămînt, comerț, pedagogie, artă, religie, politică. Sînt importante, în definierea psihologiei ca știință, următoarele aspecte :

- viața mintală, în funcție de care activitatea psihică se desfășoară după legi proprii ; manifestările psihice au o cauzalitate specifică, ele nu sînt manifestări pur accidentale, chiar dacă au de multe ori această aparență ; ele sînt fragmente bine determinate și inserate într-o înlanțuire cauzală ;
- orice act psihic este un act motivat, indiferent de faptul că această motivație este sau nu vizibilă ; ea poate fi cunoscută pentru că înainte de toate ea există ;

- orice act psihic are o semnificație și poate fi înțeles în aspectele sale de declanșare, chiar dacă aceste aspecte nu se articulează la nivelul vieții conștiente ;
- energia psihică nu se atașează definitiv și stagnant la un conținut sau altul, ea se poate deplasa de la o reprezentare sau alta ; această energie funcționează în orice manifestare psihică și se constituie în primul rînd ca motiv ; atașarea energiei psihice la diferite conținuturi (reprezentări, idei, configurații de experiențe) determină anumite conduite care pot părea, în unele situații, absurde ; viața mintală este într-o permanentă mișcare, ea reprezintă de fapt mișcarea acestei energii psihice care poate fi reprimată sau inhibată, deplasată, modificată sau derivată, dar ea își păstrează în mod constant dinamismul ;
- estomparea unor amintiri sau dispariția lor din cîmpul conștiinței revine la o modificare psihică importantă, ale cărei semnificații trimit la originea altor acte și conduite, întrucît uitarea poate avea valoare defensivă și se produce sub acțiunea unor forțe psihice represive, responsabile de evacuarea anumitor conținuturi din cîmpul conștiinței ;
- psihismul se constituie în instanțe, fiecare instanță concentrînd forțe de o anumită natură și urmîrind anumite scopuri ;
- viața psihică este esențial marcată de conflict ; orice conflict intrapsihic trimite, în ultimă analiză, la conflictul dintre individ și persoane apropiate sau semnificative din mediul său imediat ; aparatul psihic trimite la o permanentă restabilire a echilibrului ; cînd conflictul se amplifică, aparatul psihic declanșează mecanisme compensatorii și de apărare.

Psihologia, pînă la FREUD, a limitat studiul manifestărilor psihice la viața psihică conștientă. Ea a studiat procesele psihice în aspectele lor vizibile și direct observabile, dar nu a elaborat explicații cauzale. Studiul unei anumite categorii de fenomene rămîne mai mult sau mai puțin incomplet, în măsura în care nu oferă și ipoteze valabile asupra cauzelor declanșării respectivelor fenomene. Psihologia, ca știință a vieții psihice, este, prin definiție, știința motivelor, acțiunilor ființei umane, indiferent de forma lor de expresie și de natura proceselor pe care le implică.

1115. PSIHLOGIE APLICATĂ ● Utilizarea cunoștințelor teoretice de psihologie generală pentru rezolvarea unor probleme din domenii concrete. În funcție de domeniul de aplicare pot fi menționate : psihologia pedagogică, medicală, judiciară, economică, psihologia artei, psihologia sportului, psihologia copilului, psihologia vîrstelor, psihologia reclamei, psihologia muncii etc. Rezultatele aplicării cunoștințelor teoretice

În domeniul bine delimitat servesc activitatea respectivă, dar se înscriu și ca prețioase contribuții la dezvoltarea științei în sine.

1116. PSIHLOGIE CLINICĂ ● Ramură a psihologiei care studiază comportamentul omului bolnav. Psihologia clinică a fost practică odată cu practicarea însăși a medicinei, de la care a împrumutat una din metodele de investigație, metoda clinică. Astfel se explică de ce primii psihologi clinicieni au fost medici care au căutat să analizeze, să înțeleagă, să explice și să modifice comportamentul patologic al bolnavului. Observarea acestuia în mediul spitalicesc, interpretarea actelor sale comportamentale și convorbirea, prin care se obțineau informații privind aspectele mai profunde ale personalității, au constituit principalele metode ale psihologiei clinice. Apariția testelor psihologice și aplicarea lor în clinică a îmbunătățit nivelul observației, introducând în același timp și posibilitatea unei evaluări mai exacte.

Sărcinile psihologului clinician derivă din însuși obiectul de studiu al psihologiei clinice. Analiza comportamentală prin observație, interviu și aplicarea testelor psihologice îl delimitează activitatea de evaluare și psihodiagnostic. Înțelegerea și încercările de explicare a comportamentului aparțin domeniului cercetării, în timp ce modificarea lui este obținută prin psihoterapie. Deși conținutul și sfera de acțiune a psihologiei clinice sînt recunoscute, termenul ca atare este controversat. În timp ce autorii de limbă engleză preferă să vorbească de o psihologie clinică, cei de limbă franceză utilizează termenul de psihologie medicală (G. IONESCU, 1985). Această stare de lucruri se reflectă și în literatura noastră de specialitate prin apariția unor lucrări cu un conținut asemănător, dar folosind termeni diferiți: G. IONESCU, 1973 — „Introducere în psihologia medicală”; G. IONESCU, 1985 — „Psihologie clinică”; I. CUCU, 1980 — „Psihologie medicală”; A. ATANASIU, 1983 — „Introducere în psihologia medicală”.

1117. PSIHLOGIE A CONDUITEI ● Concepție psihologică originală, elaborată de P. JANET (1859—1947), care se distanțează de excesele behavioriste (studiul în exclusivitate al reacțiilor obiectiv observabile ale comportamentului), propunînd ca obiect de studiu conduita sau „studiul omului în raport cu universul și mai ales în raporturile sale cu ceilalți oameni”, în care conduita exprimă relația dinamică dintre psihic și comportament, dintre individ și mediu, dintre subiectiv și obiectiv, în condiții bine determinate.

Mergînd pe calea deschisă de RIBOT, cea a constituirii unei psihologii științifice, JANET afirmă că „psihologia trebuie să fie obiectivă, în sensul că ea trebuie să se ocupe nu numai de acțiunile,

mişcările, atitudinile subiectului... dar și de orice fapt psihologic care poate fi cunoscut altfel decît prin limbajul actelor exterioare”.

Pentru JANET, conduita are o sferă mai largă decît comportamentul, incluzînd deopotrivă acțiunile extern-motorii și intern-subiective, atît reacțiile perceptibile pentru semenii, cît și procesele neperceptibile, interioare (inclusiv operațiunile intelectuale, stările emoționale, faptele voliționale). Semnificînd acțiunea sub toate formele ei, JANET distinge conduite externe și interne (care pot fi de tip perceptiv, mental-operational, afectiv, volitiv), primare și secundare, motorii și verbale, simple-inferioare și complicate-superioare. Între toate acestea sînt posibile diverse grade intermediare. Inteligența, după JANET, este o conduită internă, mediată instrumental, care, ca și limbajul, se naște din acțiune însăși (acțiuni exterioare, materiale, interiorizate) și reprezintă un substitut acțional prin care individul întreține relații cu mediul. Așadar, schema conduitei include, pe de o parte, influența „situației” (a mediului), iar pe de altă parte, reacțiile perceptibile sau neperceptibile (intern-subiective) ale persoanei față de respectiva situație.

Un loc central în psihologia conduitei îl au conceptele de „nivel”, „reacție”, „tendință”, „acțiune”, prin care JANET urmărește filogeneza și ontogeneza conduitelor. Importanțelor contribuții aduse de JANET în domeniul psihopatologiei (sintetizate în lucrări memorabile ca „Automatismul psihologic” — 1889, „Nevrozele și ideile fixe” — 1898, „Obsesiile și psihostenia” — 1903, „De la angoasă la extaz” — 1919 etc.) li se adaugă în psihologie crearea celebrelor conduite simbolice (conduita coșului cîu mere, conduita sforii, conduita sertarelor, conduita drumului, conduita santinei etc.), care explică formarea operațiilor intelectuale și condițiile ierarhizării conduitelor la nivel uman → CONDUITĂ, Pierre JANET.

1118. PSIHLOGIE GENETICĂ ● Ramură a psihologiei, situată la confluența psihologiei generale cu psihologia copilului, care studiază modul de formare a cunoștințelor sau dezvoltarea structurilor mintale la adult, prin analogie cu evoluția mentală a copilului. După F. GRECO, psihologia genetică studiază dezvoltarea mentală a individului (ontogenetic) sau a speciei (filogenetic), iar după H. WALLON — este studiul „psihismului în formarea și transformările sale”. Improprriu identificată cu psihologia copilului de către unii autori, psihologia genetică dobîndește un statut de sine stătător prin cercetările lui J. PIAGET asupra stadialității dezvoltării intelectuale.

1119. PSIHLOGIE SOCIALĂ ● Ramură a psihologiei, al cărei obiect de studiu îl constituie relațiile interpersonale, comunicarea interumană,

microgrupurile și grupurile mari, comportamentele colectivității umane (clase sociale, comunități rurale și urbane, popoare). Ramuri aplicative derivate din psihologia socială sînt și psihologia școlară, psihologia industrială. La constituirea psihologiei sociale ca știință au contribuit în special teoria grupurilor, sociometria și teoria rolurilor. J. STOETZEL afirmă că psihologia socială studiază interacțiunile și comportamentele în grup. A. LEVY — „psihologia socială atacă prejudecata care reduce psihologicul la individual și socialul la colectiv”. Studiind individul uman în manifestările sale în societate, în grup, psihologia socială se poate centra pe individ ca membru al colectivității (ca reprezentant al unei clase, culturi, națiuni sau ca persoană activă într-un grup anume, influențînd grupul și primind influențele acestuia) sau pe societate ca atare, pe existența socială a unei comunități umane. A. ANCELIN SCHULZENBERGER afirmă că, din perspectivă psihanalitică, psihologia socială studiază grupurile restrînse în cadrul cărora se stabilesc relații față în față. Autoarea distinge între psihologia socială clinică formativă (grupurile de formare) și terapeutică (grupurile de psihoterapie) și psihologia socială experimentală (de cercetare). Legat de aspectul clinic, mai este folosit termenul de interpsihologie (G. DUMAS), desemnînd o ramură a psihologiei care studiază relațiile intersubiective; acest termen a fost folosit și în Laboratorul de psihologie socială clinică de la Sorbona (J. FAVEZ-BOUTONNIER). Psihologia socială, ca știință a interacțiunii și a grupurilor, se situează la intersecția dintre psihologie, sociologie și antropologie culturală.

1120. PSIHOLOGISM ● Tendință de a reduce diferitele discipline umaniste (logică, epistemologie, etică, estetică, sociologie) la studiul fenomenelor psihice, subordonînd metodologia specifică fiecăreia punctului de vedere psihologic. Cele mai mari tentații de interpretare psihologistă le cferă logica și sociologia.

În logică, psihologismul apreciază că studiul formelor gîndirii corecte nu se poate dispensa de cunoașterea mecanismelor și proceselor psihice.

Interferența logicii cu psihologia a reprezentat punctul de vedere al unor gînditori, începînd cu ARISTOTEL care, în lucrările „De anima” și „Metafizică”, oferă date ce se completează cu cele din „Organon”, integrînd o concepție unitară logico-psihologică. Formele logico-gramaticale ale gîndirii stoicilor au, de asemenea, o pondere importantă în cadrul teoriei psihologice a acestora.

Soluția nominalistă și conceptualistă a problemei universalilor din gîndirea filozofică a evului mediu reflectă considerațiile dualiste privitoare la ex-

plicarea obiectului și operațiilor logice prin imagini și procese psihologice. Astfel, epoca modernă va moșteni de fapt o concepție prefigurată deja din două aspecte: gîndirea nu poate fi detașată de uman (prin urmare, aparține domeniului psihologiei), dar, pe de altă parte, gîndirea și legile ei aparțin și reflectă realitatea concretă, obiectivă (deci, aparține logicii).

Tendința extremă de atribuire definitivă a logicii psihologiei este, desigur, eronată, pătrunderea psihologiei în logică ducînd „la ruina acestei științe” (G. FREGE).

Psihologismul filozofic (fundamentînd întreaga filozofie, inclusiv logica, pe teorii psihologice) și psihologismul logic (reducînd obiectele logice, critica cunoașterii și teoriei valorilor la procese și imagini psihice) au avut reprezentanți cu nume răsunătoare. Astfel, în ilustrarea lui A. DUMITRIU, psihologismul filozofic este reprezentat de J. F. FRIES, H. TAINE, Th. ZIEHEN, iar psihologismul logic propriu-zis, prin: Th. HOBBS, J. LOCKE, G. BERKELEY, D. HUME, J. St. MILL, H. SPENCER, C. S. PIERCE, H. BERGSON, Ch. SIGART, W. DILTHEY.

În opoziție cu interpretarea psihologistă a logicii, logismul (E. HUSSERL, J. LUKASIEWICZ ș.a.) consideră că formele gîndirii corecte sînt independente de activitatea psihică, avînd o valabilitate obiectivă și un mod de existență sui generis, suspendat în atemporalitate ideală, fiind indiferentă conștientizarea lor, fie adecvată, fie eronată, fie cu totul absentă. Aceasta este, în general, poziția logicienilor matematicieni.

Realitatea unor cercetări psihologice în domeniul logicii a marcat totuși schimbări de poziție din punctul de vedere al logicienilor, prin lucrările unui om de știință avînd dubla calitate de psiholog și logician: J. PIAGET. El a întreprins cercetări fundamentale la interferența logicii matematice cu comportamentele inteligenței descrise de psihologie („Essai de Logique Opératoire” — Paris, 1972). Structuralismul său genetic respinge atît interpretarea reducționistă, cît și automatismul logicii, insistînd asupra corelațiilor complementare (nu de subordonare metodologică) între studiul psihologic al structurilor mintale, în evoluția și funcționalitatea lor operațională, și cercetarea logică a formelor idealizate pe care aceste structuri, odată constituite, le pot concepe discursiv.

În sociologie, psihologismul se bazează pe ideea că procesele și relațiile sociale au temeiuri psihice, neputînd fi explicate altfel decît prin analiza facultăților sufletești și a interacțiunii psihologice dintre indivizi. Diferitele școli sociologice de orientare psihologică fac apel fie la trăsăturile invariante ale psihologiei individuale (V. PARETO), fie la constantele relaționale ce decurg, ca psihologie colectivă, din interacțiunea indivizilor (WUNDT,

Gustave le BRON, G. TARDE, G. SIMMEL, L. von WIESE, J. MORENO).

În pofida defăimărilor idealiste și voluntariste pe care nu le poate evita, orientarea psihologistă în sociologie are contribuții de necontestat în evidențierea și clarificarea unor aspecte și relații din viața socială, punând bazele psihologiei sociale (→ PSIHLOGIE SOCIALĂ).

1121. **PSIHOM** (cf. gr. *psyche* „suflet”) ● Noțiune introdusă de HELLPACH, pentru a desemna epifenomenul psihic al unui proces somatic. BONHOEFFER consideră încă din 1910 că unele simptome psihice cu „aceeași structură” însoțesc bolile somatice. Psihomul, spre deosebire de acestea, ar avea o structură particulară de la boală la boală sau diferită chiar în cazul unor stări fiziologice obișnuite (foame, sete). Specificitatea psihomului este contestată de o serie de autori, care obiectează diferențele nete între stadiile evolutive ale unei boli și particularitățile individuale ale bolnavului. Cu corecțiile de rigoare, psihomul rămâne în psihosomatică o noțiune cu implicații metodologice.

1122. **PSIHOMETRIE** (cf. *psicho-* ; *metron* „măsură”) ● Ramură a psihologiei, având ca obiect cuantificarea și măsurarea fenomenelor psihice prin utilizarea metodelor experimentale standardizate și etalonate (teste). Identificată la început cu scalele de măsură utilizate în psihofizică pentru măsurarea intensității senzațiilor provocate de un stimul, psihometria a dobândit noi valențe și posibilități de exprimare odată cu apariția și elaborarea metodelor statistice. Pe de altă parte, imposibilitatea ignorării diferențelor individuale în situațiile psihologice experimentale a deter-



minat dezvoltarea testelor mentale. După apariția acestora, psihometria s-a confundat practic cu analiza și perfecționarea calităților metrice ale testelor, folosind și asimilând cunoștințele adec-

vate ale statisticii matematice. Se pot distinge două direcții de dezvoltare a psihometriei: una teoretică, în care sînt elaborate metodele de răspuns la teste sau baterii de teste, și alta aplicativă, în care aceste metode sînt aplicate în practică (LORD, 1980). În cadrul psihometriei, pot fi circumscrise patru domenii principale: etalonarea testelor, fidelitatea, validitatea și analiza itemilor.

Etalonarea constă în aplicarea testului la un grup reprezentativ de subiecți prin intermediul unor procedee statistice. Pentru transformarea notelor brute în note standard sub forma unei scale, sînt posibile două metode: lineare sau nelineare. Prin transformările lineare se ajunge la note standard de tipul: Z, T sau coeficient de inteligență. Prin cele nelineare, în care distribuția notelor brute din eșantionul de etalonare este ajustată astfel încît să aproximeze cît mai strîns o distribuție normală, se obțin scale cu note standard de tipul staninelor.

Fidelitatea reprezintă calitatea metrică a testului care-i asigură o corelație ridicată cu el însuși, în condiții identice sau foarte apropiate de cele în care a fost standardizat. Ea poate fi determinată prin mai multe metode, precum: metoda test-retest, în care același test se aplică de două ori la un interval oarecare de timp, aceluiași grup de subiecți, corelîndu-se apoi cele două serii de rezultate, și metoda formelor paralele, în care două forme echivalente ale aceluiași test sînt aplicate unui grup de subiecți, iar rezultatele corelate.

Validitatea trebuie să răspundă la întrebarea dacă testul măsoară într-adevăr ceea ce și-a propus autorul lui să măsoare. Ea poate fi predictivă (rezultatele testului permit prognoza succesului sau eșecului unui subiect într-un domeniu de activitate), aparentă (în ce măsoară testul îi apare subiectului ca măsurînd ceea ce crede el că măsoară), de conținut (folosită mai ales în testele de cunoștințe și referindu-se la capacitatea testului de a cuprinde cele mai semnificative cunoștințe dintr-un anumit domeniu) etc.

Analiza itemilor caută să determine aportul unui item la rezultatul global al testului. Unui din procedeele obișnuite într-o astfel de analiză este de a corela fiecare item cu rezultatul întregului test. În funcție de mărimea acestei corelații se apreciază dacă un item este corespunzător sau nu.

1123. **PSIHOMOTOR^(D) delir** (cf. *psicho-* ; lat. *motus* „mișcare”) ● Formă de delir, descrisă de P. GUIRAUD ca o situație particulară care nu se suprapune complet nici peste delirul de influență, nici peste psihoza halucinatorie delirantă. Bolnavul ține „un discurs” care îi este „dictat din exterior”, el neînțelegînd conținutul ideilor pe care le recunoaște ca străine lui. Termenul este puțin utilizat, iar fenomenul poate fi asimilat cu automatismul mental din schizofrenie.

1124. **PSIHOMOTORII^(H) halucinații** ● Fenomene halucinatorii, descrise de SÉGLAS (1900) ca însoțind limbajul interior și fiind legate de mișcările fonatorii sau de reprezentările lor kinestezice. SÉGLAS a descris trei forme graduale de manifestare:

- impresia bolnavului că vorbește fără să facă nici o mișcare fonatorie;
- schițarea unor mișcări ale limbii și buzelor;
- impulsuni verbale (bolnavul „este făcut” să vorbească).

Unii autori folosesc termenul și pentru expresia grafică a limbajului.

1125. **PSIHOMOTORII GRAFICE^(H) halucinații** ● Fenomene halucinatorii de tipul pseudoalucinațiilor, care se suprapun pe modelul halucinațiilor psihomotorii verbale (P. BERNARD, 1977). Ele ar putea fi clasificate în halucinații kinestezice grafice, dominate de imagini motorii ale cuvintelor și mișcărilor scrisului, și halucinații grafomotorii complete, caracterizate prin senzația de scriere străină sau de scris impus. Fac parte din fenomenele de automatism motor.

1126. **PSIHOMOTRICITATE** (cf. *psicho-*; fr. *motricité*: vezi lat. *motus* „mișcare”) ● Definește generic orice acțiune motorie, atitudine sau model comportamental care se află sub influența proceselor psihice. Practic, cele două laturi — psihică și motorie — nu pot fi separate, condiționând în mod fundamental întregul comportament uman.

În cursul ontologiei, psihomotricitatea suferă o continuă evoluție și diferențiere, spre a servi unor funcții specifice, perfecționate. Astfel, dacă la sugar și la copilul mic funcțiile nervoase nu pot fi încă distinte în comportamentele lor, strict psihice sau strict motorii, vorbindu-se de o „dezvoltare psihomotorie”, odată cu procesul creșterii și al maturizării, devin vizibile caracterele specificității, dar niciodată ale separării lor absolute (Tabel nr. CXVIII).

Termeni ca „tensiune psihomotorie” (A. PO-ROT) încearcă să se apropie cât mai mult posibil de această stare obișnuită de sinergie tonică între vjața afectivă și caracterială pe de-o parte, și motricitatea pe de altă parte. Normalitatea în care această dualitate fundamentală a activității umane se dezvoltă de-a lungul vieții individului asigură acestuia, din punctul de vedere al reactivității bazale, la diversele etape de vîrstă, o adaptare armonioasă la mediu, deci și premisa sănătății mintale.

Tulburările psihomotricității devin astfel expresia afectării, la diferite vîrste și diferite niveluri, ale sistemului nervos central, în circumstanțe etiopatogenice variate, constituindu-se uneori pe plan clinic în veritabile sindroame psihomotorii. Fie că constituie un fond al tabloului clinic (excitație, angoasă, dezordine confuzională etc.), fie că sînt reprezentate numai de aspecte ce se

detașează de fundal (H. EY), tulburările psihomotorii au o mare valoare semiologică în psihiatrie, autorul citat descriind chiar o semiologie a psihomotricității.

Tulburările psihomotorii, definite de WERNICKE ca mișcări, exprimări verbale, involutare (fiind excluse, deci, actele intenționale), datorate unei deficiențe de exprimare motorie și verbală, au beneficiat, datorită psihiatriei germane reprezentate de KLEIST și școala de la Frankfurt (FÜNF-GELD, BARAHONA FERNANDES, LEONHARD), de o bogată dezvoltare conceptuală. Astfel, în corelație cu substratul neuroanatomic, KLEIST distingea tulburări psihomotorii corticale superioare (impulsuniile, perseverarea) și inferioare (afectarea inițiativei motorii și a capacității de finalizare a acțiunii, prin deficiență de inervare subcorticală), evoluind între doi poli: hiperkinetie — akinezie. Sînt excluse din aceste categorii mișcările intenționale și cu caracter ludic, aparținînd comportamentului uman spontan și reactiv normal. Tulburările akinetice se caracterizează prin lipsa capacității de a efectua mișcări pentru atingerea unui scop, sărăcirea nuanțării expresiilor mimice, iar tulburările hiperkinetice permit aceste performanțe numai pentru foarte scurte perioade. Această sistematizare rămîne totuși izolată, nebucurîndu-se de popularitate în rîndul altor școli de psihiatrie, cu excepția celei de la Frankfurt (S. WIESER, 1973).

Au existat și încercări de acreditare a unei tipologii de personalitate — „temperamentul psihomotor” (WERNICKE) — cu oscilații de amplitudine variabilă privind capacitatea efectuării mișcărilor cu caracter ludic și al motilității de tip automat. KLEIST, LEONHARD și FÜNFELD descriu „psihozele motilității” ca fiind psihoze cicloide din grupul afecțiunilor endogene fazice, cuprinzînd tulburări ale inițiativei, reactivității și motilității de expresie, a căror evoluție pendulează între sindromul hiperkinetic și sindromul akinetic.

Autorii anglo-saxoni nu adoptă o sistematizare anume a tulburărilor psihomotorii, dar menționează valoarea semiologică a acestora în diagnosticul unor afecțiuni psihice, făcînd referire la ticuri, stereotipii, catatonje, dizartrie, balbism și tremor. Ei atrag atenția asupra importanței pe care scrisul (activitatea grafică) o poate avea în cadrul investigației funcțiilor psihomotorii, atribuiindu-i o expresivitate motivațională individuală, remarcabilă prin orientările pe care le poate oferi asupra trăsăturilor de personalitate, ca și asupra unor simptome sau sindroame.

H. EY (1978) trece în revistă și încadrează tulburările psihomotorii în următoarea schemă semiologică:

- crizele de agitație:
- din epilepsie;

Tabel nr. CXVIII

DEZVOLTAREA PSIHOMOTORIE NORMALĂ A COPILULUI
(după H. I. KAPLAN și B. J. SADDOCK)

Virsta	Comportament motor	Comportament adaptativ	Limbaaj	Autoservire și socializare
1	2	3	4	5
sub 4 săptămîni	<ul style="list-style-type: none"> ● face mișcări alternative de tîrîre ; ● mișcă capul lateral cînd e pus pe burtă ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● răspunde la zgomotul unor jucării sunătoare ; ● privește obiecte care se mișcă, pentru scurt timp ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● sunete guturale, nediferențiate ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● se liniștește cînd e luat în brațe ; ● figură (față) calmă ;
4 săptămîni	<ul style="list-style-type: none"> ● predomină poziții tonice, reflexe ale gîtului ; ● strînge pumnii ; ● capul înclinat într-o parte, dar și-l poate susține pentru cîteva secunde ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● urmărește obiecte în mișcare din fața sa ; ● nu arată interes pentru obiecte și le scapă din mînă imediat ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● vocalizarea de început (sunete nearticulate) ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● privește cu atenție fețele celor din jur, întrerupîndu-și activitatea ; ● răspunde la vorbirea celor din jur ;
16 săptămîni	<ul style="list-style-type: none"> ● predomină pozițiile simetrice ; ● menține echilibrul capului ; ● cînd e așezat pe burtă, sprijinit pe antebrațe, își ridică capul la 90° ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● urmărește atent un obiect care se mișcă încet ; ● mișcă mîinile la vederea unui obiect suspendat ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● rîde cu voce tare ; ● se menține vocalizarea ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● zîmbeste spontan celor din jur ; ● este conștient de situații neobișnuite ;
28 săptămîni	<ul style="list-style-type: none"> ● stă ferm, se sprijină pe mîini ; ● sare vioi cînd este ținut în picioare ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● apropie o mînă de jucărie și o prinde ; ● lovește și mișcă jucăriile ; ● mută jucăriile dintr-o mînă în alta ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● vocalizează „m-m-m” cînd plînge ; ● emite sunete vocalice ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● își duce picioarele la gură ; ● își lovește imaginea din oglindă ;
40 săptămîni	<ul style="list-style-type: none"> ● stă așezat singur ; ● se tîrîște pe burtă ; ● se ridică singur în picioare ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● alege două jucării din fața sa ; ● încearcă să execute mîzgălituri pe hîrtie, cu creionul ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● spune „da-da” sau aitea similare ; ● răspunde la numele său sau la cel cu care este alintat ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● răspunde la jocuri sociale simple ; ● își ține singur biberonul și produce alimentare ;
52 săptămîni	<ul style="list-style-type: none"> ● merge ținut de o mînă ; ● stă în picioare pentru scurt timp ; 		<ul style="list-style-type: none"> ● folosește un jargon expresiv ; ● dă o jucărie la cerere ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● cooperează la îmbrăcat ;

(continuare tabel CXVIII)

1	2	3	4	5
15 luni	<ul style="list-style-type: none"> ● se târâște în genunchi ; ● se târâște pe scări ; 		<ul style="list-style-type: none"> ● spune 3—5 cuvinte cu sens ; ● lovește imagini pe carte ; ● arată, la cerere, obiecte ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● arată sau vocalizează când vrea ceva ; ● aruncă obiectele sau le refuză în joacă ;
18 luni	<ul style="list-style-type: none"> ● merge, rareori cade ; ● urcă scările ținut de mână ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● construiește din 3—4 cuburi ; ● mizgălește spontan cu creionul ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● spune zece cuvinte, inclusiv numele său ; ● identifică un obiect obișnuit pe un cartonaș cu imagini ; ● îndeplinește 2—3 comenzi ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● se hrănește singur parțial ; ● trage după el sau îmbrățișază o jucărie favorită ;
2 ani	<ul style="list-style-type: none"> ● aleargă bine ; ● lovește mingea cu piciorul ; ● urcă și coboară singur scările ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● construiește din 6—7 cuburi ; ● alătură cuburi, imitând un tren ; ● desenează linii circulare și verticale ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● alcătuieste propoziții din 3 cuvinte ; ● îndeplinește 4 comenzi simple ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● își pune pe el obiecte simple de îmbrăcăminte ; ● imită mimica celor apropiați ; ● se referă la sine prin nume ;
3 ani	<ul style="list-style-type: none"> ● merge pe tricicletă ; ● sare de pe ultima treaptă a scării ; ● alternează picioarele când urcă scara ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● construiește din 9—10 cuburi ; ● desenează (copiază) un cerc și semnul plus ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● își spune sexul și numele întreg ; ● folosește pluralul ; ● descrie imaginile dintr-o carte ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● își încalță pantofii ; ● deschide nasturii ; ● se hrănește singur ;
4 ani	<ul style="list-style-type: none"> ● stă într-un picior pentru 5—8 secunde ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● repetă 4 cifre ; ● numără 3 obiecte, arătându-le corect ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● numește culorile ; ● înțelege 5 propoziții care arată direcțiile ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● își spală și își șterge fața singur ; ● se spală pe dinți ; ● este cooperant în jocurile cu alți copii ;
5 ani	<ul style="list-style-type: none"> ● sare, alternând picioarele ; ● de obicei, are control sfincterian complet. 	<ul style="list-style-type: none"> ● copiază un pătrat ; ● desenează un om cu cap, corp, membre ; ● numără corect 10 obiecte. 	<ul style="list-style-type: none"> ● numește toate culorile de bază ; ● recunoaște monede ; ● roagă să i se explice înțelesul unor cuvinte. 	<ul style="list-style-type: none"> ● se îmbracă și se dezbracă singur ; ● scrie (imită) câteva litere ; ● participă la exerciții și jocuri competitive.

- „nevropatică” — în special din nevroza isterică ;
- catatonică ;
- onirică (exemplu tipic : delirium tremens) ;
 - maniacală ;
 - anxioasă, din depresia melancolică ;
- catatonie (fenomene psihomotorii semiautomate și semiintenționale — BARUK), din :
 - schizofrenia catatonică și hebefreno-catatonică ;
 - catatonie periodică ;
 - stările de stupeoare confuzională ;
- tulburările psihomotorii sistematizate, din :
 - actele impulsive (autoagresive, heteroagresive, comportamente inadaptate, satisfacții brutale instinctive) ;
 - obsesiile impulsive ;
- sindromul psihomotor nevrotic (ticuri, balbism, spasme, paratonie, onicofagie, tricotilomanie, enurezis) ;
- parakineziile (stereotipii, iterații, acte fixe invariabile, manierismul, hiperkineziile ludice, ecolalia, ecopraxia), întâlnite în sindromul catatonic, nevroza isterică și demență.

Trecînd în revistă literatura care s-a ocupat de tulburările psihomotorii, A. POROT (1985) realizează următoarea ordonare care ține cont de vîrsta de instalare și de încadrarea nosologică :

● *Tulburări și sindroame psihomotorii la copil :*

- marile deficite organice (agenezii, embriopatii sau encefalopatii) : diplegii, hemiplegii, coreoatetoză cu întîrziere mentală profundă ;
- „debilitate psihomotorie” (DUPRÉ, 1909—1913, GUREVICI și OZERETKI, 1930, WALLON, 1932) :
 - infantilism motor : semnul Babinski, insuficiențe posturale, sincinezii vicioase, dezvoltare intelectuală deficitară ;
 - asinergie motorie : afectare cerebeloasă (tulburări de echilibru, nistagmus), timiditate, emotivitate, tulburări de vorbire, lipsă de coeziune în gîndire ;
 - sindrom extrapiramidal inferior (parkinsonian) — mai rar ;
 - sindrom extrapiramidal mijlociu : contractură, rigiditate, reacții de opoziție, gîndire concretă, disciplinare dificilă ;
 - sindrom extrapiramidal superior sau subcoreic : instabilitate, tremurături ale limbii, sincinezii în oglindă, reacții vasomotorii și emotive, impulsivitate, excitație, afectivitate necontrolată, automatisme, inteligență hereflexivă ;
 - sindromul de debilitate motorie și mentală (DUPRÉ), numit și „cortico-proiectiv” : semne piramidale și frontale ;

- sindromul cortico-associativ frontal : exuberantă, mișcări inutile, agitație, expresie mimică „goală”, jovialitate (moria) ; sărăcirea limbajului, absența personalității ;
 - instabilitate psihomotorie ;
 - tulburări psihomotorii de origine afectivă : enurezis, ticuri, balbism, tulburări coreice forme.
- *Sindroame psihomotorii la adult :*
 - stări de excitație psihomotorie (manie) ;
 - stări de inhibiție psihomotorie (depresia melancolică) ;
 - sindromul parkinsonian ;
 - sindromul coreic ;
 - coreea Huntington ;
 - catatonie ;
 - manifestările motorii ale isteriei.

Observațiile aduse clasificării prezentate au comportat numeroase discuții, a căror ineputabilitate rezidă din multitudinea variantelor clinice, lipsite de rigurozitatea unui tablou tipic. Astfel, în cazul tulburărilor psihomotorii la copil, autori ca AJURIAGUERRA și DIATKIN, negăsind semne piramidale cerebeloase și subcorticale la copiii debili psihomotor studiați, nu au aderat la punctul de vedere organicist (WALLON). Ei propun în schimb ipoteza existenței unei tulburări de schemă corporală dreapta-stînga, a unei levodextrii ignorate sau contracarate.

În ceea ce privește tulburările psihomotorii ale adultului, trebuie remarcată constanța cu care este păstrată solidaritatea intimă între componenta psihică și cea motorie, fie că este vorba de excitație, fie de inhibiție, sugerînd în unele cazuri (catatonie) intrarea în acțiune „a unui aparat motor infinit mai coordonat, mai complex și mai adaptat decît cel al celorlalte sisteme motorii anatomice cunoscute” (H. BARUK).

1127. **PSIHONEVROZĂ** (cf. *psiho-* ; gr. *neuron* „nerv”) ● Termen creat de KRAFFT-EBING pentru a semnifica aproape întreaga patologie psihică. Ulterior, F. RAYMOND, în tratatul lui A. MARIE (1911), îl circumscrie acelor boli în care „simptomele psihice sînt mai dezvoltate decît în nevrozile simple sau parțiale, dar mai puțin accentuate și mai puțin constante decît în vesanii ; delirul nu apare aici decît accidental, spre deosebire de vesanii unde este întotdeauna prezent”.

BERNHEIM considera psihonevrozele „reprezentări mintale și autosugestive, adesea de origine emotivă”, iar psihanaliza, prin FREUD, va prelua acest termen pentru a descrie așa-numitele psihonevroze de apărare și a caracteriza afecțiunile psihice ale căror simptome exprimă simbolic conflicte infantile. În această categorie intră nevroza de transfer și nevroza narcisistă, care se deosebesc de nevrozile actuale.

Termenul, prin ambiguitatea sa (deși a avut o vogă deosebită în deceniile al II-lea și al III-lea al secolului nostru), creează o serie de dificultăți, devenind practic inoperant. Folosirea lui este abandonată.

1128. PSIHONEVROZĂ (de) APĂRARE ● Termen folosit de FREUD (1894), pentru a desemna un grup de afecțiuni psihonevrotice (isterie, fobie, obsesie, unele psihoze), în care rolul central îl are conflictul defensiv. Prototipul acestor afecțiuni este isteria de defensă. FREUD a renunțat ulterior la termenul de defensă, întrucât în toate psihonevrozele defensiva are o funcție esențială. Inițial, FREUD descrie rolul ei și specificitatea în isterie ; ulterior o va regăsi, în forme diferite și în celelalte simptome nevrotice (fobie, obsesie). Dar în perioada în care scrie articolul „Psihonevrozele de defensă”, FREUD nu generalizează defensiva la toate nevrozele și nici măcar la isterie în ansamblul ei (el desprinde isteria de defensă de celelalte nevroze isterice și o caracterizează printr-o activitate de apărare a subiectului împotriva unor reprezentări susceptibile să provoace efecte neplăcute). În 1896, în articolul „Noi observații asupra psihonevrozelor de defensă” (apărare), FREUD ajunge la concluzia definitivă că defensiva este elementul central în mecanismul psihic al tuturor psihonevrozelor.

1129. PSIHONOME^(H) halucinații (cf. *psicho-*; gr. *nomos* „lege”) ● Termen folosit de P. QUERCY pentru a denumi halucinațiile „normale”, de fapt iluzii care pot fi întâlnite în mod curent (după EY) la copii sau grupuri sociale la care domină gândirea magică sau determinată de erori colective.

1130. PSIHOPAT (cf. fr. *psychopathe*) ● Termen cu folosință mai restrânsă astăzi, rezervat tulburărilor apărute în modul de structurare a personalității (→ PSIHOPATIE, DIZARMONIE), fără a afecta intelectul, dar care, prin dezechilibrul caracterial (determinat în mare parte constituțional) afectează integrarea armonioasă a subiectului la condițiile mediului social. Considerăm ca preferabil termenul de „personalitate dizarmonică”.

1131. PSIHOPATIE (cf. *psicho-*; gr. *pathos* „încercare, experiență”) ● Termen intrat în limbajul psihiatriei, folosit însă și în afara acestui domeniu, fără să existe un consens unanim asupra semnificației lui. Într-un sens mai larg, mai ales pentru neinițiați, semnifică „boală psihică” („boala sufletului”), prin analogie cu alți termeni medicali : pneumopatie, ginecopatie, hepatopatie etc. Această utilizare este însă eronată.

În psihiatrie, intenția a fost ca acest termen să denumească tulburările în modul de structu-

rare a personalității, constând în deviații calitative sau cantitative ale sferei afectiv-volitionale și instinctive, care se cristalizează în adolescență și persistă toată viața, manifestându-se pe plan comportamental, fără a fi recunoscute ca atare de subiect și provocându-i acestuia o incapacitate de integrare armonioasă în mediul social, cu răsunet existențial variabil. Această semnificație nu a fost însă nici ea unanim acceptată ; s-au formulat numeroase alte puncte de vedere, dintre care cele mai semnificative, în prima jumătate de veac, sînt următoarele (MALLINSON, CURRAN) :

- Este imposibil de dat o definiție exactă a personalității psihopatie. Prin personalitate psihopatică înțelegem în genere personalitățile discordante, caracterizate prin particularități cantitative ale instinctului, temperamentului și caracterului, a căror activitate intențională și unitară este influențată de anomalii în aprecierea propriei persoane și a semenilor ; acest fapt determină înlocuirea valorilor reale cu false valori și a scopurilor autentice vitale cu pseudoscopuri (E. KAHN, 1931).

- Personalitățile psihopatie sînt personalități anormale care suferă datorită anormalităților structurale sau care, prin anormalitatea lor, fac societatea să sufere (K. SCHNEIDER, 1934).

- Psihopatic, ca atribut, a devenit un fel de „coș de gunoi” în care sînt aruncate tot felul de lucruri. Între aprecierile relative și șovăitoare ale societății în ceea ce privește așa-zisul nebun și așa-zisul criminal, psihopatii se situează într-o zonă de tranziție, integrându-se într-una dintre cele două categorii menționate, mai mult sau mai puțin accidental (P. WHITE, 1935).

- Denumim prin personalități psihopatie indivizii cu un anumit nivel intelectual (niciodată situat la limita inferioară a normalului), care de-a lungul întregii lor vieți sau de la vîrsta tină au tulburări manifeste de comportament, de tip antisocial sau asocial, cu caracter recurent sau, mai des, episodic, care se dovedesc a fi puțin influențate de metode sociale, penale și medicale (de recuperare) și pentru care nu posedăm mijloace de natură preventivă sau curativă (D. K. HENDERSON, 1939). Ei tind să-și exteriorizeze social conflictele, în loc să dezvolte simptomele conflictului interior (S. LEVINE, 1942).

Psihopatiile reprezintă un grup polimorf de dezvoltări patologice ale personalității, caracterizate clinic prin insuficientă capacitate, episodică sau permanentă, de integrare armonică și suplă în condițiile obișnuite ale mediului familial, profesional sau, în general, social (V. PREDESCU, 1976).

— Psihopatiile (tulburările de personalitate, în viziunea autorilor americani) sînt, modele rigide, necorespunzătoare, în legătură cu percepția și

aprecierea lumii exterioare și a Sinelui, suficient de grave pentru a determina tulburări severe, fie pe planul adaptării socio-profesionale, fie pe cel al suferințelor subiective (DSM III, 1980).

În prezent, se preferă folosirea termenului de personalitate structurată dizarmonic (personalitate dizarmonică) în locul celui de psihopatie, pentru a se evita confuziile determinate de proliferarea definițiilor acestuia din urmă, dar și pentru că noul termen reflectă, de fapt, o realitate clinică (→ PERSONALITATE DIZARMONICĂ).

La sfârșitul secolului al XVIII-lea, sub înfrîurirea raționalismului cartezian, locul central în psihopatologie este ocupat de „delirium”, ca tulburare a gândirii și logicii. Ulterior, cercetările psihologice au evidențiat că și emoțiile au un rol important în declanșarea unor tulburări mintale, acestea fiind numite „manie fără delir” (PANEL), „monomanie afectivă” (ESQUIROL), „moral insanity” (PRITCHARD); în ultima denumire, conceptul de „moral”, deschide o nouă perspectivă în evaluarea bolii mintale, implicând abordarea globală a psihicului, deci a sentimentelor, voinței și afecțiivității. KOCH (1891) este cel care a pus bazele conceptului de psihopatie, opus celui de „degenerescență” (MOREL), după opinia lui existînd o limită între normal și patologic, limită în care se încadrează indivizii cu un sistem nervos fragil, psihopatia nefiind deci o variantă a normalului.

KRAEPELIN, BIRNBAUM, JASPERS aduc contribuții importante la marcarea limitelor care despart psihopatiile de psihozele endogene, definindu-le ca variantă extremă a dezvoltării personalității normale. K. SCHNEIDER este primul care elaborează o tipologie „nesistematică”, apropiată de realitatea clinică: el consideră că orice persoană care se definește printr-o trăsătură cu caracter aparte trebuie considerată anormală. În funcție de gravitatea anormalității și de situațiile în care se află, psihopatul ajunge aproape întotdeauna la conflict. PETRILOWITSCH adaugă la definirea psihopatiei multidimensionalitatea, care obligă la considerarea atît a structurii persoanei, cît și a evoluției ei. Psihopatul, în această viziune, se caracterizează prin lipsa de suplețe și de abilitate a inteligenței de a-și modela în mod armonios personalitatea.

A rămas clasică circumscrierea pe care GAN-NUŠKIN a făcut-o acestor personalități dizarmonice prin considerarea a patru caractere:

- totalitatea (particularitățile se răsfîrîng asupra întregii sfere a vieții psihice);
- constanța (trăsăturile patologice îl însoțesc toată viața);
- intensitatea (tulburările calitative ale personalității situează psihopatul la limita dintre sănătate și boală);

- dinamica (de-a lungul „istoriei” sale, psihopatul prezintă decompensări, în funcție de anumiți factori de mediu).

POROT (1985) consideră, în spiritul tradiției franceze și în concordanță cu autori din alte țări, că sub „umbrela” psihopatiei trebuie adăpostit un număr restrîns de subiecți, posedînd un nivel intelectual normal, dar fiind caracterizați prin dezechilibre, tulburări caracteriale și perversiuni ce par constituționale. Neputîndu-se adapta societății în care trăiește, dizarmonicul (psihopatul) va continua să își explice eșecurile pe plan existențial numai prin prisma celorlalți și nicidecum prin defectele propriei structuri de personalitate (pe care de fapt nici nu și le recunoaște).

TÖLLE apreciază că personalitățile psihopatice trec prin crize de-a lungul întregii lor existențe, dar mai ales în deceniul al treilea al vieții (perioada cea mai activă pe plan profesional și social), modalitățile cele mai frecvente fiind modificarea stării afective și conversiile, în special la femei (tipul isteric, depresiv și astenic).

Încercările de clasificare sistematică a psihopatiilor au dominat preocupările tuturor autorilor clasici, spre deosebire de psihiatria modernă. Astfel, KRAEPELIN a descris șapte tipuri, iar GRUHLE, HAMBURGER, KAHN, KRETSCHMER și EWALD au încercat diferite sistematizări. K. SCHNEIDER descrie tipul hipertimic, depresiv, nesigur de sine, fanatic, labil emotiv, megaloman, apatic, abulic, exploziv; LEMKE găsește 11 tipuri, iar PETRILOWITSCH, zece tipuri. Deși în acord unanim cu majoritatea autorilor, M. BLEULER întărește ideea dificultății, dacă nu chiar a imposibilității unei clasificări multumitoare. Definirea psihopatiilor și a clasificărilor lor au suscitât și continuă să suscite interesul multor autori. De la explicațiile psihanalizei (frustrări afective, complexe nerezolvate) pînă la anomalii cromozomiale (formula XXY cu potențial antisocial), de la teoriile psihosociale pînă la cele existențiale, întreaga istorie a definirii psihopatiilor nu demonstrează decît faptul că individul, în determinismul său multifactorial, poate avea momente de viață (anumite situații sau complexe situaționale) în care acționează sau reacționează într-un mod particular și propriu structurii sale, dincolo de limitele atît de largi ale normalului.

Diagnosticul se face întotdeauna în cadrul unei „decompensări pe fond...”, altfel nu se poate ști dacă subiectul este sau nu un dizarmonic (psihopat). Acest argument conferă o anumită particularitate nosologică psihopatiei, care nu mai corespunde caracteristicilor obișnuite ale bolilor (debut, evoluție etc.), ci se proiectează într-o configurație originală.

1132. PSIHOPATIE AUTISTICĂ ASPERGER — sin. AUTISM INFANTIL KANNER; AUTISM

INFANTIL PRECOCE ; AUTISM PRIMAR $\xrightarrow{\text{sin.}}$
KANNER⁽⁸⁾ sindrom.

1133. **PSIHOPATIZARE** ● Termen utilizat de un grup restrîns de autori (BELLAK, CREMERIUS, NYIRO) pentru a caracteriza tulburări de comportament determinate și amplificate de existența unor nevroze cu evoluție prelungită. În raport cu afecțiunile psihice care i-au fost subsumate, utilizarea acestui termen este însă neadecvată. Delimitarea cazurilor de nevroză apărute la personalități dizarmonice, de tulburarea de personalitate survenită ca urmare a nevrozei, este posibilă numai teoretic. De aceea, se recomandă utilizarea cu prudență a acestui termen.

1134. **PSIHOPATOICĂ — stare** (cf. *psicho-* ; *gr. pathos* „încercare, experiență” ; *eidos* „aspecte, formă”) — sin. PSEUDOPSIHOPATIE ; PSIHOPATIE ORGANICĂ ; PSIHOPATIE SIMPTOMATICĂ ; STARE PSIHOPATIFORMĂ ● Tulburări produse în structura normală a personalității, datorate unor agresiuni decelabile, cu acțiune lezională cerebrală. Acest aspect face ca starea psihopatoică să se deosebească de psihopatia reală (de nucleu) prin circumstanțele etiologice. Astfel, cadrul de definire al acestor tulburări în evoluția personalității ar putea fi circumscris prin următoarele elemente : etiologie decelată sau decelabilă, avînd efect lezional cerebral ; modificare profundă și evidentă a personalității după ce agresiunea a avut loc ; controlul incomplet al sferelor activiv-volitionale și instinctuale ; prezența sindromului axial cronic, de slăbire a performanțelor psihice, caracteristic patologiei organice cerebrale.

Cele mai frecvente cauze generatoare de stări psihopatoice sînt următoarele (după DSM III) :

- traumatismele craniocerebrale și intervențiile neurochirurgicale ;
- hemoragia subarahnoidiană și alte accidente cerebrale vasculare ;
- procese înlocuitoare de spațiu cerebral : neoplasme, anevrisme, abcese, granuloame ;
- infecții cerebrale (encefalite, meningoencefalite) ;
- epilepsia de lob temporal ;
- parkinsonism postencefalic ;
- coreea Huntington ;
- scleroza multiplă ;
- tulburări endocrine (tumori hipofizare) ;
- intoxicații cronice cu mangan, mercur, oxid de carbon, alcool ;
- intoxicații cu LSD, cannabis, steroizi ;
- neurosifilis ;
- arterita (LED) ;

- modalitatea evolutivă a unor boli psihice endogene (schizofrenie, psihoză maniaco-depresivă, epilepsie).

Situaerea traumatismelor craniocerebrale pe primul loc în ierarhia etiologică a fost probabil favorizată și de faptul că prima descriere clasică a unei stări psihopatoice („cazul Phineas Gage”, prezentat de medicul generalist I. M. HARLOW, în 1848) s-a datorat unui traumatism cerebral în regiunea frontală, care a declanșat evidente tulburări în sfera comportamentală.

Școala germană de psihiatrie are contribuții importante la definirea conceptului și o experiență deosebită în cazurile de stări psihopatoice postencefalice (HAMBURGER, REICHARDT, THIELE, KIRSCHBAUM), pe care BONHOEFFER le explică prin instalarea unui „deficit cortical apărut prin inhibiție la acest nivel”. Acesta este motivul pentru care autorii germani vorbesc de „modificări ale personalității de tip organic”, iar autorii americani de „sindrom organic al personalității”. Observînd că unele stadii evolutive din cadrul schizofreniei, psihozei maniaco-depresive, epilepsiei se aseamănă cu unele trăsături ale psihopatiilor, KRAEPELIN le consideră pseudopsihopatii.

Alii autori (GANNUSKIN, GHILIAROVSKI, HOFF, LEMKE, RENNER) delimitează ferm stările psihopatoice de psihopatii, folosind criterii etiologice, evolutive și paraclinice. Stările psihopatoice pot fi clasificate în funcție de agenții etiologici (SÎRBU) în :

- stări psihopatoice postlezionale sau de dezvoltare, cu evoluție asemănătoare psihopatiilor de nucleu, determinate de factori toxici, infecțioși, traumatici a căror acțiune asupra sistemului nervos central, deci cu repercusiuni asupra structurii personalității, se produce în perioada primei copilării (deci înainte de organizarea și consolidarea psihicului) ;
- stări psihopatoice în care acțiunea factorilor etiopatogenici se exercită înainte sau după ce subiectul a atins maturitatea, dar după organizarea și consolidarea psihicului ; acești factori pot fi : alcoolul, drogurile, traumatismele craniocerebrale, alte noxe fizico-chimice cu efect asupra SNC, care determină stări psihopatoice de regresie.

Opinii pentru următoarea clasificare a stărilor psihopatoice, care delimitează două categorii :

- tulburări în evoluția personalității apărute secundar acțiunii unor factori care produc leziuni cerebrale (infecții, traume, toxice, factori endocrin-metabolici) ;
- tulburări în evoluția personalității, care caracterizează etape ale unor afecțiuni psihice (schizofrenie, epilepsie, psihoză activivă bipolară).

Exprimarea clinică, modificările în „stilul” persoanei și, în special, în comportamentul ei, sînt centrate în jurul reducerii controlului asupra sferei afectiv-instinctive. Impactul agresiunii lezionale cerebrale cu structura premorbida afectează modul de reactivitate a subiectului. Încercînd să sintetizeze toate aceste tulburări, LAUTER le grupează în :

- încetinirea timpului psihic — în sensul că toate elaborările gîndirii, reacțiile afective, actele motorii, vorbirea și comportamentul scad semnificativ ca ritm și intensitate, orientarea spre noi idei sau noi situații fiind mult îngreunată ; apare tendința spre detalieri, circumstanțialitate, pedanterie excesivă (prototipul este reprezentat de tipul epileptoid). Pot exista, pe acest fundal de lentoare, și accentuări episodice ;
- reducerea inițiativei — prin scăderea sau chiar paralizarea impulsivilor spre activități concrete sau finalizarea lor, de suport motivațional, diminuarea interesului pentru lumea exterioară. Extrema este realizată de sindromul apato-abulic descris la copiii și adolescenții care au suferit de encefalită, pe fondul căruia stările de neliniște și chiar agresivitatea nu sînt rare (THIELE) ;
- tulburările pe planul afectivității — care includ permanentizarea unei dispoziții de fond disforice sau euforice ; aceasta din urmă poate mima hipomania, dar sentimentul de bucurie, exaltare nu este prezent ; trecerile bruște spre apatie sau furie sînt posibile, irascibilitatea extremă fiind caracteristică perioadelor precoce ale instalării stării psihopatoide ; în stadii mai avansate predomină labilitatea afectivă pînă la incontinență, cu accentuarea trăsăturilor premorbide ale personalității ;
- transformarea comportamentului social are loc, după opinia lui von BAEYER, fie printr-o „mărire a distanței”, o tendință spre inertia contactului social (aparținînd inertiei generale a psihismului consecutiv procesului organic cerebral), fie printr-o „hipersociabilitate”, în sensul creșterii numărului contactelor sociale, a capacității de acomodare la medii diverse (de cele mai multe ori inferioare calitativ celor frecventate anterior) ; actele antisociale pot interfera existența subiectului și îl pot aduce deseori în fața legii pentru delikte sexuale, furt, scandaluri etc. ;
- modificări în sfera „centrală” a personalității — reprezentate de cazurile în care „umanul din om” (SCHELLER), nucleul interior al personalității (K. SCHNEIDER) este

atins de procesul organic cerebral. Acest proces poate afecta personalitatea, în funcție de localizarea sa, pe axa dezvoltării ontogenetice, în trei modalități :

- după von BAEYER, în majoritatea cazurilor, procesul organic nivelează și sărăcește individualitatea și disponibilitatea — varianta hipotipică ;
- în cazul unei structuri dizarmonice, are loc creșterea, supradimensionarea și caricaturizarea trăsăturilor anterioare, cu pierderea simțului critic — varianta hipertipică ;
- atunci cînd dezvoltarea personalității primare este oprită prin afecțiuni cerebrale lezionale, ea va fi modificată semnificativ în sfera sa „centrală” — varianta heterotipică.

În ceea ce privește schimbările intervenite în plan cognitiv, perceptiv și mnesic (specifice sindromului psihoorganic), se apreciază că și acestea pot fi, în parte, responsabile de unele modificări ale personalității (MÜLLER).

Diagnosticul pune un mare accent pe o anamneză corectă și pe cunoașterea momentului agresiunii. Delimitările între psihopat și psihopatoic nu sînt totdeauna ușoare, în acest sens examinările paraclinice (electro- și pneumoencefalograma) fiind de un real folos. Evoluția este cronică, tulburările de personalitate marcînd subiectul pentru tot restul vieții și transformîndu-l într-un ins vulnerabil la psihotraume, chiar minore, generatoare de reacții nevrotice sau psihotice. Eficiența psihotropelor este discutabilă (în afara tratamentului simptomatic) ; alcoolul va fi interzis ; suportul familiei și măsurile de psihoprofilaxie socială sînt de un real ajutor.

1135. PSIHOPATOLOGIE (cf. *psicho-* ; gr. *pat-hos* „încercare, experiență” ; *logos* „cuvînt, discurs”) ● Știința manifestărilor morbide ale vieții psihice. Psihopatologia ocupă, în raport cu psihologia, același loc pe care îl ocupă patologia față de fiziologie (E. MINKOWSKI). Pentru EYSENCK, ARNOLD, MEILI (1972), psihopatologia este „studiu sistematic al etiologiei, simptomatologiei și evoluției bolilor mintale, parte a psihologiei patologice care se ocupă cu boala psihică (dar și cu manifestările psihice ale bolii somatice) sau cu deadaptarea”. Această definiție se suprapune într-o măsură peste cea a psihiatriei (al cărei domeniu cuprinde și tratamentul bolilor psihice), definind, în fapt, psihopatologia clinică (termen datorat lui KAHLBAUM). MINKOWSKI acordă psihopatologiei sensul de „patologie a faptului psihologic”, identificînd-o cu „psihiatria, reconstruită pe bazele unei psihologii presupuse generale, care este afectată de un indice de morbiditate” (LANTERI-LAURA), precum și cel de „psihologie a faptului

patologic", care se referă fie la descrierea globală a experienței trăite a bolnavului (BINSWANGER, von GEBSATTEL), fie la descoperirea unei „tulburări fundamentale”, care să unifice explicativ diversitatea simptomatologiei (MINKOWSKI, BLEULER). Psihiatria, ca știința aplicativă, are drept obiect individul, căutînd concepte și reguli generale aplicabile cazului particular, pe care îl descrie, îl evaluează și îl tratează, utilizînd cunoștințele ale diferitelor științe ca mijloace auxiliare, în vederea realizării unui scop eminent practic.



Pentru psihopatologie, cunoașterea științifică a regulilor și conceptelor generale, necesare satisfacerii exigențelor care se impun în abordarea cazului particular, constituie un scop în sine ; ea nu descrie, nu cunoaște și nu analizează cazul individual, ci generalul, care poate fi exprimat în concepte și relații, putînd deveni „comunicabil” și „erijat în reguli” (K. JASPERS). Propunîndu-și „un domeniu imens care trebuie cucerit în întregime”, psihopatologia are nevoie de „criterii și limite care să o ajute să nu-și depășească atribuțiile” (JASPERS). Încercînd să răspundă acestui deziderat, psihopatologul german definește obiectul psihopatologiei generale ca fiind „viața psihică reală și conștientă”, adică „ce trăiesc, ce simt și cum acționează oamenii”, „care este durata realităților sufletului”, „circumstanțele și cauzele care determină viața oamenilor” în ipostază patologică, precizînd că, așa

cum în medicina somatică fiziologia este greu de separat de patologie, ele operînd cu noțiuni și obiecte pînă la urmă comune, nici psihopatologia nu poate fi, de fapt, complet separată de psihologie, ele coexistînd pentru a se clarifica reciproc. Avînd în vedere un domeniu atît de vast, psihopatologia a suferit o necesară fragmentare, precum și o orientare pe direcții metodologice diferite, în funcție de obiectul studiului, în sens restrîns (care poate fi, după BLANKENBURG, o boală, un comportament anormal, o trăire anormală sau chiar o posibilitate a unui comportament sau trăiri). Afirmăția lui JASPERS conform căreia psihopatologul îi este „suficient să știe că individul e un infinit inepeuzabil” conține un adevăr deloc încurajator în eventualitatea că psihopatologia ar aspira la cunoașterea ultimei a acestui infinit. JASPERS a postulat prin această afirmație „limitele intangibile ale cunoașterii psihopatologice” (pe care psihopatologii biometricieni de azi par să le desconsidere) ; însuși demersul său psihopatologic, care nu și-a pierdut nici astăzi valoarea și actualitatea, urmărește o cunoaștere complexă, dar nu completă a fenomenelor psihismului anormal, în funcție de modelele de referință pe care le-a elaborat. Enunțurile teoretice jaspersiene se păstrează ele însele în limitele unei obiectivități și generalități care le feresc de „dubla primejdie” a teoriilor psihopatologice în general, caracterizate prin dogmatism și eclecticism (LACAS-MONDSZAIN, AZORIN, 1984). Astfel, multitudinea teoriilor conduce la tot atîtea psihopatologii speciale (ca și școlile și teoriile psihologice), dependente de contextul social-istoric și cultural și de implicațiile lor în plan filozofic și epistemologic.

LANTERI-LAURA a stabilit criteriile de clasificare a teoriilor psihopatologice :

- concepția psihiatrică inițială, care diferențiază teoriile intrinseci domeniului psihiatric (ca organicismul, organodinamismul, psihanaliza, antipsihiatria) de cele extrinseci acestui domeniu (psihologice, ca behaviorismul, sau sociologice, ca teoriile sociogenetice) ;
- extensiunea domeniului psihiatric a avut în vedere teorii care pretind că studiază totalitatea psihismului sau numai un sector modificat patologic al acestuia. Acest criteriu permite validarea teoriilor psihopatologice în funcție de sectoarele de patologie psinică efectiv studiate ;
- criteriul sincronic sau diacronic al abordării explicative psihiatrice.

Din această perspectivă, psihopatologia generală se constituie ca „o reflecție asupra diferitelor demersuri de înțelegere a faptului clinic psihiatric, care încearcă să depășească tradiționala problemă a determinismului organo-psihic ce infiltrază

teoriile psihopatologice cu prejudecăți metafizice" (LUCAS-MONDSZAIN, AZORIN). Psihiatria devine astfel, sub semnul științei sale tutelare, psihopatologia generală, „un domeniu experimental pentru multiple teoretizări, supuse astfel probei pragmatice la nivelul diagnostic și terapeutic”. K. JASPERS fundamentează în "Psihopatologia generală" (1913) o metodologie care astăzi nu este decât aprofundată, diversificată și, îndeosebi, înzestrată cu un aparat științific complex, interdisciplinar sau pluridisciplinar, de obiectivare. El a descris, inventariat și clasificat unitățile de trăire morbidă izolate prin metoda comprehensiunii „statică” (empatice), delimitând înțelegerea „genetică” a fenomenelor psihologice și psihopatologice, în cadrul dezvoltării autonome sau modificate patologice a personalității sau ca reacții comprehensibile la evenimente trăite.

Studiind fenomenele subiective ale vieții psihice morbide (conștiința Eului, sentimentele și stările afective, instinctele și voința), el fundamentează, în cadrul psihopatologiei generale, direcția psihopatologiei fenomenologice (ca modalitate de prezentare intuitivă a ceea ce este ireductibil și esențial în psihism). Abordarea relațiilor de comprehensiune psihologică (comprehensiunea statică și genetică, rațională și prin interpretare afectivă, delimitarea efectului primar și secundar al procesului morbid, precum și a fenomenelor de substituție, autoreglare, compensație) fundamentează psihopatologia comprehensivă, ale cărei obiective sînt comprehensiunea fenomenelor neobișnuite și care nu pot părea „absolut incomprehensibile” (perversiunile sexuale, cruzimile instinctive etc.) și recunoașterea apoi a „raporturilor comprehensibile identice în stările mintale care condiționează mecanisme anormale” (reacțiile isterice, de exemplu). Studiarea relațiilor cauzale constituie obiectul psihopatologiei explicative (exogen/ endogen, cauzele „esențiale”, diferite efecte cu aceeași cauză, efecte directe și îndepărtate, cauze diverse ale aceluiași fenomen, evoluția tipică, „incomprehensibilul” sau „ininteligibilul”, noțiunea de proces).

Psihopatologia clinică constituie nivelul cel mai apropiat de psihiatrie, fiind, după K. SCHNEIDER (1955), „studiul anormalității psihice prin referire la cazuri clinice care conduc la cunoașterea simptomelor psihopatologice și la diagnostic”. Spre deosebire de psihiatrie, care cuprinde și studiul faptelor somatice, psihopatologia clinică nu discută decât raporturile posibile dintre anormalitatea psihică și somă, în măsura în care prima o influențează pe cea din urmă. Psihopatologia clinică nu utilizează de metoda comprehensivă, ci numai de cea descriptiv-analitică. După K. SCHNEIDER ea se

afală sub semnul dualismului empiric, exprimat prin următoarele principii :

- anomalii psihice pot fi abordate, pe de o parte, ca varietăți anormale ale ființei psihice, iar pe de altă parte, ca diferite consecințe ale bolilor (sau malformațiilor) ;
- în a doua categorie, conceptele și denumirile diagnostice uzuale sînt atît somatologice, cît și psihopatologice, calea către diagnostic fiind dublă.

În ultimele decenii, a apărut o nouă ramură a psihopatologiei, cea experimentală, care încearcă să explice fenomenele psihopatologice din perspectiva conceptelor și teoriilor derivate din investigația experimentală a comportamentului animal și uman, fie prin inducerea experimentală a comportamentului patologic, fie prin studierea ca atare, experimentală, a acestuia.



Tintoretto

Psihopatologia experimentală utilizează metodele și conceptele psihologiei clinice și comportamentale, ale psihiatriei și medicinei, în general, ilustrînd afirmația jaspersiană despre imposibilitatea izolării psihopatologiei de psihologie, dar integrează și date din psihologia generală, socială și a personalității, din sociologie, antropologie, lingvistică. Metodologia experimentală de investigație psihopatologică introduce însă în acest cîmp de interrelații evaluarea cantitativă, care constituie al treilea element al psihopatologiei contemporane : biometrica, alături de abordarea clinică obiectivă și perspectiva fenomenologică (ZUBIN, KIETZMAN, STEINHAEUER, 1985). În felul acesta, „mărturia psihiatrului despre bolnavul psihic” — psihopatologia — nu mai derurge dintr-o „întîlnire” doar empatică, în istoria căreia „psihiatrul se situează a posteriori” (MONDSZAIN, AZORIN), acolo unde încetează „cenzura ce stabilește distanța dintre rațiune și nebunie”

(M. FOUCAULT). Actul cunoașterii psihopatologice câștigă în rigoare și, prin aceasta, și în profunzime, evaluarea cantitativă oferind „mai mult decât cifre și corelații, crescând claritatea acolo unde poate fi aplicată, oferind experiențe concrete pe care altfel nu le-am fi putut niciodată cunoaște” (K. JASPERS). De altfel, KRAEPELIN însuși remarcase, în 1895, valoarea testelor psihologice, care permiteau „determinarea variațiilor individuale, imposibil de înregistrat prin simpla observație clinică, stabilirea graniței dintre sănătate și boală cu mult mai mare precizie decât înaintea utilizării lor”. Metodele cantitative (testele psihologice, scalele și inventarele de simptome și sindroame, activitatea electrodermală, diferiți markeri etc.) oferă, de fapt, o formă calitativă de control în diversitatea fenomenelor psihopatologice, stabilind criteriile și etaloane de probare a valabilității și validității observațiilor, ipotezelor clinice și fenomenologice. Ele oferă și o cale de implementare a unor date aparținând altor discipline biologice, psihologice, sociologice, constituind posibilitatea modernă, științifică, de integrare a multiplelor perspective ale psihopatologiei.

Un model psihopatologic care integrează teoriile etiologice moderne endogenetice, psihogenetice și sociogenetice, oferind, cel puțin pentru moment, o rezolvare a dilemei perene a psihopatologiei, bazată pe clarificarea raportului mediu-constituție, este cel al vulnerabilității, conform căruia cauza primară, determinată de factori genetici sau de altă natură, este potențată de factorii de mediu, dintre care evenimentele stresante de viață pot juca un rol important, de declanșare a episodului clinic psihopatologic.

1136. **PSIHOPLASTICITATE** (cf. *psiho-*; gr. *plassein* „a modela”) ● Termen creat de E. DUPRÉ pentru a descrie una dintre caracteristicile isteriei („predispoziția organică”): capacitatea de simulare și contrafacere a unor sindroame patologice (crize, impotențe funcționale, atitudini pervertite etc.), adevărate ficțiuni de ordin morbid, dificil de deosebit de tulburările simulanților. În opinia autorului, sugesibilitatea, imaginația și activitatea mitoplastică sînt elementele caracteriale ale individului, care determină psihoplasticitatea.

1137. **PSIHOPLIEGIE** (cf. *psiho-*; gr. *plege* „lovitură”) ● Termen introdus de DUPRÉ pentru a denumi abolirea de natură funcțională a motricității și componentelor vegetative, consecutivă unei stări confuzionale apărute în urma unor traumatisme puternice, în special craniocerebrale.

1138. **PSIHOPROFILAXIE** (cf. *psiho-*; gr. *prophylaxein* „a veghea, a proteja”) → PROFILAXIE A BOLILOR PSIHICE.

1139. **PSIHORIGIDITATE** (cf. *psiho-*; lat. *rigiditas* „rigiditate”) ● Termen introdus de MON-TASSUT (1924) pentru a descrie trăsăturile „pașunii” paranoice: cronicitate, ireductibilitate, fixitate. Prin extensie, termenul caracterizează un tip de gândire specific, în care imaginarul și capacitatea de transpunere sînt excluse. Judecățile și raționamentele au aspect mecanicist, sînt lipsite de suplețe și flexibilitate; enunțarea de „principii” ține loc de demonstrație și concluzii. După P. MARCHAIS, subiecții se încăpățînează și se cramponează de o idee, indiferent dacă acest lucru le este extrem de nefavorabil. Lipsa dinamismului adaptativ duce la ignorarea ansamblului de probleme, la o perpetuă ineficacitate. Subiectul psihorigid vrea ca evenimentele să se desfășoare conform dorințelor sale egocentrice, situațiile de viață fiind privite numai ca dovezi ale opiniilor sale, oricît ar părea acestea de inacceptabile. Compromisul este considerat întotdeauna ca o alternativă imposibilă. În situații noi, subiectul psihorigid cercetează intens și cu minuțiozitate numai ce i se pare că este util pentru confirmarea așteptărilor lui, fără nici o apreciere a contextului general, incluzînd în final întotdeauna supoziția inițială. Nu pare să înțeleagă nuanțele și simplifică ambiguitățile firești în favoarea unei atitudini monomorfe. Poate da impresia că este activ și energic, dar în realitate combativitatea lui nu-l face să avanseze, ci să rămîină în aceeași poziție cu caracter profund neadecvat și neadaptativ, în opoziție cu dinamismul vieții normale, care evoluează prin apariția și rezolvarea contradicțiilor. În fond nu poate fi elastic ceea ce nu este, sau este prea puțin pentru a putea fi extensibil.

1140. **PSIHORTOPEDIE** (cf. *psiho-*; gr. *orthos* „drept”; *paideia* „educație”) ● Termen cu care V. A. GHILAROVSKI (1926) își denumește metoda de psihoterapie de grup, constînd în reeducarea „personalității bolnavilor de nevroză”. Activarea acestor bolnavi se face valorificîndu-se rezervele compensatorii ale personalității lor, stimulîndu-li-se buna dispoziție și dezvoltîndu-se inițiativa. Metoda a fost adoptată și de alți psihoterapeuți sovietici.

1141. **PSIHOSENZORIALE**^(M) halucinații (cf. *psiho-*; fr. *sensoriel*)^{sin.} → HALUCINAȚII ADEVĂRATE.

1142. **PSIHOSOMATICĂ** (cf. *psiho-*; gr. *soma* „corp”) ● Concepție medicală care teoretizează un model global al unor boli, în cadrul căruia tulburările morbide sînt explicate ca răsunset somatic (nu în mod obligator cauzal) al unor disfuncții

emoționale, manifestate sau nu în plan clinic, produse ca urmare a unor conflicte intrapsihice sau a unor cauze externe stresante. Pentru a nuanța această definiție, trebuie subliniat că accepțiunea corectă a termenului nu absolutizează o cauzalitate psihică a patologiei somatice, ci accentuează importanța pentru „raționamentul clinic, al respectării unei relații psihice cu implicațiile și rezonanțele sale în patologia bolilor somatice” (G. IONESCU, 1975). Mai mult, unii autori definesc ca psihosomatice tulburările în care există o interacțiune semnificativă a componentelor somatice și psihologice, cu grade variabile ale ponderii lor (KAPLAN, 1980), acordând relației psihic-somă un sens biunivoc și definiției psihosomaticii cel mai larg înțeles posibil. După GRINKER (1953), psihosomatica este „totalitatea proceselor integrate de interacțiunea între mai multe sisteme : somatic, psihic, social și cultural ; noțiunea nu se rezumă nici la fiziologie sau fiziopatologie, nici la psihologie sau psihopatologie, ci reprezintă un concept al proceselor între sistemele vii și elaborarea lor socială și culturală”. În limitele unei prudențe necesare și de pe poziția nu neapărat paradoxală a unui „monism dualist”, nu poate fi exclusă din sfera psihosomaticii, alături de factorii psihologici și sociali incriminați în etiopatogenia bolilor cu manifestări somatice, reacția psihică a subiectului la boala somatică, definită de HEINROTH (1828) prin termenul „somatopsihic”, despre care vorbește JASPERS.

Astfel, noțiunea de psihosomatic (termen datorat lui HEINROTH, 1818) vizează o orientare etiopatogenică activă, iar cea de somatopsihic, una simptomatologic-constatativă (G. IONESCU), prima cuprinzând-o pe cea de-a doua în sfera ei ca pe o realitate subordonată, dar nu exterioară. Stabilind noțiunii de psihosomatică un sens intens (punct de vedere, tendință, mișcare medicală) și unul extensiv (capitol, specialitate, ramură a medicinei, știință, ramură a cunoașterii, medicina generală), G. IONESCU trece în revistă multitudinea definițiilor care i s-au dat, de la „tendința de a înțelege toate datele unei situații în unitatea organismului” (H. EY, BERNARD, BRISSET), „echivalentul lui neurovisceral” (OMS, 1964) și sinonimia cu patologia cortico-viscerală, pînă la aceea de studiu al fenomenelor psihice și manifestărilor lor în apariția și dezvoltarea bolilor care afectează corpul, sau pînă la identificarea cu medicina generală, ceea ce i-ar anula relevanța.

Conceptul de psihosomatică este „prudent eclectic”, lipsit de pretenția unei „coerente dogmatice”, completînd „lacune teoretice ușor sesizabile” (BIRT, 1986), aserțiuni ale căror conotații critice sînt justificate de aspirația, poate prematură, spre globalitate, în condițiile persistenței unor „lacune” la niveluri mai circumscrise ale cunoașterii (neurofiziologice, neuroendocrine, neuro-

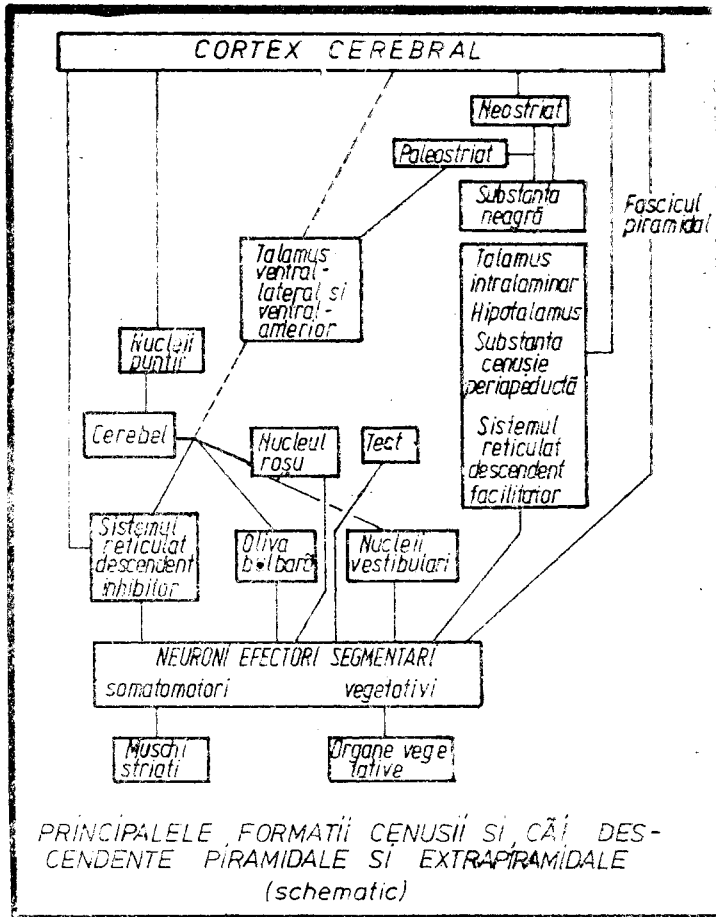
chimice, genetice). Aflată într-un permanent efort de obiectivare prin proliferarea cercetărilor experimentale în mai toate zonele fundamentale ale medicinei biologice, psihosomatica a reușit să demonstreze interacțiuni ale factorilor psihosociali cu verigi neuroendocrine și neuroimunologice, lărgindu-și domeniul de cuprindere pînă la anexarea unor maladii considerate pînă acum exclusiv organice, ceea ce a dus însă, în mod paradoxal, la o și mai vagă și insuficientă delimitare a acestui domeniu (FINCH, 1980), fapt ce nu trebuie înțeles neapărat ca un minus metodologic sau de cunoaștere. Delimitarea medicinei psihosomatice rămîne o pseudoproblemă atîta vreme cît conceptul de psihosomatică se dovedește viabil, etiopatogenic și terapeutic, chiar dacă nu poate fi încadrat într-o teorie unică, condamnată să devină fatalmente dogmatică, într-un domeniu prin definiție complex și pluridimensional.

Psihosomatica reprezintă abordarea științifică a unei gândiri ancestrale, prezentă în civilizațiile arhaice sub forma vindecărilor, prin mijloace spirituale, exorcism, trepanații, ale unor boli cauzate de „spirite”, care trebuiau alungate din corp sau din craniu.

Sugestia constituia metoda terapeutică a asiro-babilonienilor, pentru că aceștia aveau o medicină „prin excelență psihosomatică” (SIQUIERIST). HIPOCRATE a enunțat unitatea corpului uman, din care sufletul făcea parte integrantă, iar GALEN a postulat cauza bolilor în perturbări ale fluidelor corpului, ceea ce constituie un prim mod de abordare holistică a bolii (KAPLAN, 1980), cei doi medici ai antichității fiind primii teoreticieni ai psihosomaticii.

Obscurantismul evului mediu lega suferința corpului de păcatul sufletului, iar pozitivismul renascentist, preocupat de studiul microscopic și microscopic al anatomiei corpului uman, refuză psihicului rolul de cauză patogenă. Tendința spre localizare, specifică teoriei celulare a lui VIRCHOW (secolul al XIX-lea), promovează orientarea spre emiterea unor ipoteze care vizau stricta localizare organică a bolii, văzînd „boala și nu pacientul” (KAPLAN).

Abia în secolul al XX-lea, psihanaliza lui FREUD și teoria cortico-viscerală a lui PAVLOV oferă premisele unei valorificări științifice (după excese exclusiviste și dogmatice) în cadrul teoriilor psihosomatice moderne. HEYER, KRETSCHMER, JASPERS, ALEXANDER, DUNBAR pun bazele teoretice și experimentale ale acestei teorii, în prima jumătate a secolului, promovînd „modul de abordare unitară a persoanei, căutînd să readucă în centrul preocupărilor medicale nu numai aspectul epifenomenal al bolii, ci, în primul rînd, bolnavul, care în subiectivitatea sa suportă și influențează, iar uneori dezvoltă și auto-întreține fenomenologia clinică” (G. IONESCU).

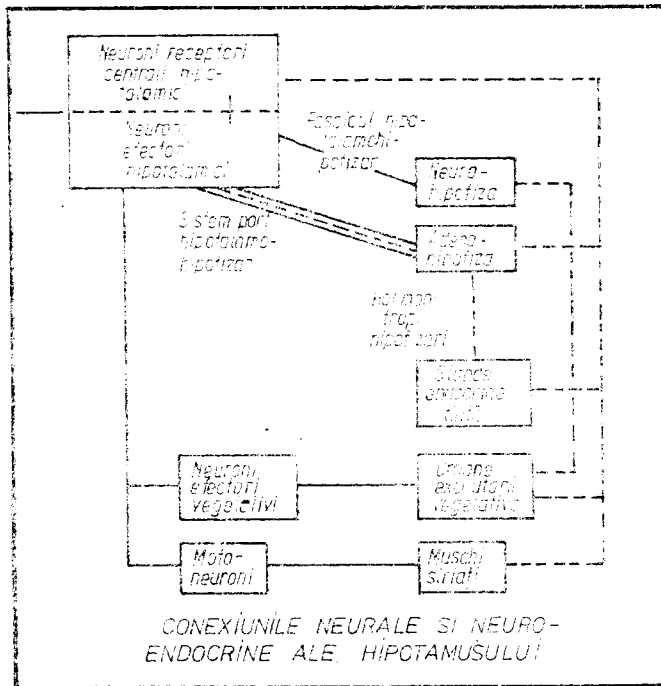


Integralismul psyche-soma își are originea în filozofia antichității (PLATON, SOCRATE, ARISTOTEL), dualismul cartezian subliniind importanța acestei unități (KLOTZ, G. IONESCU). Constituirea psihosomaticii ca ramură a medicinei este consemnată odată cu lucrările asupra relației dintre emoții și manifestările lor corporale, aparținând psihiatre Helen FLANDERS-DUNBAR (1938), și mai ales cu apariția lucrării „Diagnostic psihosomatic” (1943), în care autoarea stabilește profilul psihologic al personalității, „stilul personaj de viață” care ar fi caracteristic fiecărei afecțiuni psihosomatice (profilul coronarianului, ulcerosului, hipertensivului, astmaticului etc.). Acest profil „psihosomatic” constituie prima tentativă spre descoperirea specificității bolilor psihosomatice, urmată mai târziu de identificări la nivelul

conflictului, fixației libidinale, mecanismului de apărare (CANNON, 1984), al mecanismelor neuroendocrine și psihoimunologice, toate aceste direcții reținând adevăruri științifice parțiale, dar nu și răspunsul la problema fundamentală a psihosomaticii: există boli exclusiv sau numai uneori psihosomatice? Aceste profiluri psihosomatice au caractere comune (agresivitate, angoasă); același profil poate reuni câteva boli psihosomatice interferate sau poate fi interferat de tipul constituțional și temperamental, ceea ce face discutabilă specificitatea și utilitatea lor diagnostică.

Psihosomatica modernă cunoaște câteva direcții de cercetare:

- fiziologică, inaugurată de lucrările lui CANNON asupra fiziologiei emoțiilor și continuată de teoria stresului (SELYE);



- corticoviscerală (PAVLOV) ;
- fenomenologică clinică (DÉJERINE, GLAUCKER) ;
- psihanalitică (ALEXANDER și școala sa de la Chicago) ;
- psihosocială (sociogenetică) și biopersonalistă (corelațiile psiho-endocrino-comportamentale, predispoziție genetică spre „boli de adaptare”, psihoimunologia etc.).

Psihanaliza a dominat psihosomatica în prima jumătate a secolului prin ALEXANDER(1950), care a enunțat mecanismul conversiunii sau somatizării conflictului nuclear inconștient; simptomul organic psihosomatic ar reprezenta simbolic conflictul inițial, care își „alege” organul reprezentând locul minimei rezistențe homeostatice (HENDRICK). Acest „silogism psihosomatic”, corespondent al limbajului organelor (ADLER), ca modalitate de suplinire a incapacității persoanei de a comunica prin canalele afective și de limbaj obișnuite, permite viscerelor să „vorbească” (GRINKER, ROBBINS), chiar dacă organul devine victimă ce încorporează instinctul morții în cadrul unei „sinucideri parțiale” (MENNINGER).

La originea conversiunii se află conflictul rezultat (de obicei, în faza pregenitală) din perturbarea a trei tendințe instinctive fundamentale : apro-

priația, expansiunea, conservarea — cărora le corespund, în plan fiziologic, trei vectori energetici : incorporarea, eliminarea, retenția ; între aceste trei instanțe ale celor două niveluri (psihologic, fiziologic) se stabilește o schemă dinamică, specifică fiecărei afecțiuni psihosomatice. Regăsim în această explicație „vectorială”, de origine energetică și dinamică, tipic freudistă, secvența cauzală din psihanaliza clasică : dependență, frustrație, agresivitate, culpabilitate (VĂLEANU, DANIEL).

ALEXANDER integrează însă teoria psihanalitică a conflictului cu cea a stresului, elaborată de SELYE, considerând conflictul un stres specific al sindromului general de adaptare : când conflictul este conștient, stresul poate fi suprimat și înlocuit, prin intermediul sistemului vegetativ, cu o reacție asemănătoare celei de conversiune, descrisă de FREUD, dar tot prin sistemul neurovegetativ se poate menține starea de alertă simpatetică și după încetarea conflictului-stres, ca și hipertonia parasimpatică, atunci când sînt interesate viscerele abdominale.

În explicarea nivelului persoanei se adoptă o sinteză a teoriei psihanalitice și a teoriei stresului. O persoană pasiv-dependență devine stresată în absența suportului emotiv-afectiv pe care-l oferă o altă persoană, ceea ce duce, într-un

caz (probabil, prin determinare genetică) la cronicizarea alarmei parasimpatice, creșterea secreției gastrice, hipermotilitate gastrică și ulcer gastric, sau, în alt caz, la alte boli (astm, colită etc.).

Încorporarea aceluiași stres în cadrul unei strategii defensive a aceluiași tip de individ (care caută să deplaseze sau să anuleze stresul) poate duce la hipertensiune simpatică, care, cronicizându-se, generează hipertensiune arterială, migrenă, artrită (aceste grupuri de boli, înrudite etiopatogenice, ar constitui „constelații conflictuale” — ALEXANDER). Deși elaborate experimental prin arhete sociologice și psihanalize (la Institutul de Psihanaliză din Chicago) în decursul mai multor decenii (1930—1968), aceste teorii nu au căpătat credibilitate în lumea științifică, datorită postularii lor pe baze ipotetice, relația etiopatogenică a conflictelor și bolilor psihosomatice generate de ele rămânând confuză datorită imposibilității elaborării unei metodologii adecvate, necesare abordării coerente a două instanțe atât de divergente (psihologia abisală și fiziologia sistemului nervos vegetativ). Chiar dacă parțial validate (KAPLAN), specificitatea acestor teorii rămâne nerelevantă, ele fiind mai curând nespecifice (HAYNAL, PASINI, 1978), menținându-se la nivelul unor enunțuri generale, care trebuie studiate în relație cu alte tipuri de fenomene. Caracterul lor hibrid (demonstrat și de analogia pe care ALEXANDER a căutat-o cu teoria reacției prin luptă-fugă, fight-flight a lui CANNON) dovedește inconsistența lor, mai mult sau mai puțin conștient resimțită chiar și de cei care le-au promovat. Încercând o sinteză a complicațiilor și, în bună măsură, sterilelor explicații psihodinamice, KAPLAN (1980) reține următoarea serie de vectori, pe care îi triază într-o constelație de factori psihologici, posibil determinați genetic, care ar favoriza, într-un fel sau altul, producerea afecțiunii psihosomatice:

- cuplul dependență/independentă generează anxietate și aceasta, ulcer;
- cuplul dependență/ nevoie de protecție (anxietatea pierderii obiectului protector) generează tensiune psihică și aceasta, astm, hipertiroidism, artrită;
- cuplul dorință de eliberare/retenție a anxietății conflictuale generează tensiune psihică și aceasta, tulburări intestinale;
- cuplul exprimare/suprimare a anxietății generează tensiune și boli cardiovasculare, migrenă.

Tipul psihosomatic al cuplului copil-mamă (STERLING, 1948), descris inițial la copilul astmatic, realizează alternanța reacției materne și a competiției pentru independentă când copilul este sănătos, cu premierea compensatorie a lui prin

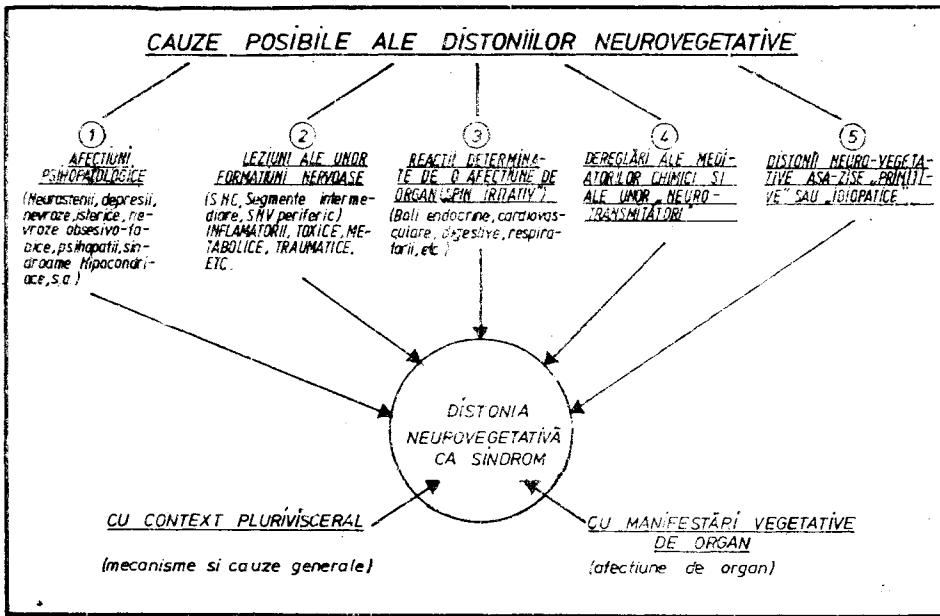
îngrijire excesivă, când este bolnav, ceea ce transformă situația de boală într-una dorită de copil și stabilește între nivelul psihologic și cel al manifestărilor morbide somatice, o relație de reciprocitate reversibilă. Această teorie situează mecanismele psihosomatice în zona influențelor inter-relaționale, efectuând trecerea de la teoriile psihodinamice spre cele sociogenetice; acestea pun accentul pe importanța factorilor psihosociale, care determină, în funcție de intensitatea și semnificația lor pentru subiect (HOLMES, RAHE, 1967), anxietate exprimată printr-un mecanism somatogen simbolic, de natură infantilă (TRUESCH, BATESON, 1951). Numeroase studii socio-psihogenetice ale bolilor psihosomatice abordează influențele mediului cultural (M. MEAD, 1947), relația lor cu nivelul socio-economic (CAFFREY 1970 găsește mai frecvent infarctul miocardic la călugări proveniți din clase mai avute, iar HINKLE -1968-, printre indivizii cu studii superioare; STUNKARD -1977- arată că cel mai bun predictor al obezității în SUA este nivelul socio-economic scăzut), iar LIPOWSKI (1970) elaborează un model ecologic al bolii psihosomatice.

S-a ajuns la concluzia diferențelor evidente ale stresului (care nu poate fi simplist legat de conflictul înțeles psihanalitic) față de conflictele infantile pregenitale, și la utilitatea corelării lui cu predispoziții genetice ale tipului psihologic, precum și cu mecanisme neuroendocrine și imunitare. Se pot sintetiza trei direcții de acțiune a factorilor sociali (KIRITZ, MOOS, 1974):

- imposibilitatea socială a exercitării dorinței de independentă a individului;
- gradul de ajutor oferit de rețeaua de sprijin social;
- menținerea unui echilibru al schimbărilor curente, obișnuite, în decursul existenței, în lipsa căruia apare dezagregarea socială a individului, intens presantă.

Stresul, ca agent patogen, acționează atât prin magnitudine, cât și prin specificitate, în sensul că același stresor poate fi specific pentru o persoană și nesemnificativ pentru alta; de aceea, în scalele de evenimente de viață se evaluează nu numai magnitudinea, ci și dezirabilitatea.

COBB (1976) definește rețelele de sprijin social, al căror rol pozitiv a fost obiectivat în profilaxia sau vindecarea unor afecțiuni psihosomatice, în protejarea femeii de a naște copii subponderali, în prevenirea întârzierii intelectuale și a slabei școlarității a copilului nedorit, în facilitarea vindecărilor și a încreșterii față de îngrijirile medicale și chiar în reducerea medicației copiilor bolnavi. KASL (1975) găsește variații ale colesterolemiei și uricemiei în funcție de dificultățile sociale iminente sau reale ale subiectului respectiv, variații semnificativ corelate cu capacitatea lor adaptativă.



Teoria stresului în psihosomatică se referă la destabilizarea homeostazică și la devierea mecanismelor de restabilire în sistemele somatice, în contextul unui tip de reacție sau al unor constelații patologice specifice (KAPLAN). Astfel, hiperfuncția secretorie a mucoaselor respiratorii sau gastrointestinale este corelată cu ostilitatea, iar hipofuncția cu anxietatea și depresia (WOLFF, 1950). Răspunsul neurohormonal la diferiții stresori poate antrena diferite afecțiuni somatice (artrită reumatoidă, ulcer peptic). Au fost studiate experimental pe animale și efectele anxietății incorporate, prin obținerea unor simptome psihosomatice (MAHL, 1949; GANTT, LIDDELL, 1950).

Ultimele cercetări ale lui SELYE au urmărit să subsumeze sindromul general de adaptare unor factori contextuali mai largi de personalitate, iar teoria corticoviscerală (BÍKOV, 1957) a urmărit condiționarea de tip pavlovian ca agent etiopatogenic psihosomatic. Aceste abordări fiziologice ale cercetării psihosomatice, departe de a fi epuizate, pot oferi căi metodologice fructuoase pentru înțelegerea „mecanismelor interacționale între niveluri diferite” (GRINKER, 1953; WEINER, 1957), apte de a fi implicate în patologia psihosomatică. Astfel, corelațiile bio-comportamentale privesc îndeosebi efectul glandelor endocrine asupra agresivității comportamentale, obținându-se rezultate preliminare asupra unor influențe

hormonale determinate probabil genetic sau evidențiate în achiziția precoce, în copilărie, a unor comportamente legate de sex în cazul copiilor cu mame „devoratoare”.

Pe de altă parte, s-a stabilit rolul hormonilor masculini în violența sexuală și în agresivitate, dar nu și rolul patogen al acestora în maladiile psihosomatice (RADA, 1976; EHRENKRANTZ, 1975). Conceptul de boli de adaptare, atribuit afecțiunilor psihosomatice prin analogie cu cel al homeostaziei, integrează studiile de acest tip într-o perspectivă holistică a persoanei. Unii autori (GANTZ, 1948; BRODY, 1958; HARRIS, 1973; BOOTHE, 1977) vorbesc de stabilizarea acestei homeostazii în virtutea experienței anterioare acțiunii stresante a persoanei cu „vocație” psihosomatică, în cadrul acestei experiențe intervenind mecanismele de învățare. O teorie complexă este cea a psihoimunologiei, care promovează un model etiopatogenic psihosomatic specific și obiectiv, argumentat prin dovezi experimentale (diminuarea răspunsului imunitar imediat, a curbei doză-răspuns în reacția Prausnitz-Kustner, modificarea reactivității la infecții bacteriene și virotice sub acțiunea stresorilor, modificarea evidențiată de LOCKE pentru gripă prin găsirea unor corelații între testul apercipției tematică, ca indicator al caracterului nevrotic predispozant, și diminuarea activității celulare fagocitare și, consecutiv, a răspunsului defensiv imu-

nitar); ADER, COREN — 1975, ROGERS — 1976 stabilesc posibilitatea condiționării comportamentale a imunosupresiei.

O altă cale de corelare a nivelurilor personalității cu cele biologice o constituie teoriile care explică rolul factorilor psihologici în patologia psihosomatică. Astfel, conținutul psihologic al stresului este emoția care activează alți factori psihologici (ostilitatea, cu repercusiuni hormonale, scăderea capacității defensive, adaptative, depresia). S-a demonstrat efectul benefic al hipnozei asupra alergiei experimentale (BLACK, 1969) și asupra percepției durerii (HILGARD&IS, 1975; CHERTOK, 1977), s-au găsit exprimări biochimice ale structurilor psihopatice de personalitate cu comportament agresiv periodic (modificarea secreției de adrenalină, ca răspuns la stresori — WOODMAN, 1979), iar APPELS, utilizând un chestionar cu relevanță pentru simptomatologia subiectivă cardiovasculară, găsește scoruri semnificativ crescute pe o perioadă de zece luni, la cei care au prezentat ulterior un infarct miocardic față de cei care au rămas indemni.

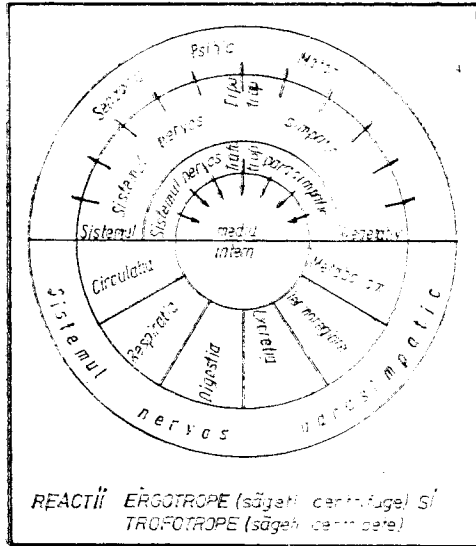
WOLFF (1964) și SCHAR (1969) au găsit unele modificări ale răspunsului la stimularea adrenocorticală, ale nivelului corticosteroidilor la depresivi, ca variabile somatice ale emoției, dependente de conflictele care au precipitat apariția bolii psihosomatice. LUBORSKY (1973) a încercat, în același scop, o analiză cantitativă a limbajului, fără rezultate clare. Pornind de la observațiile lui MARTY și MUZAN (1963) asupra aspectului concret al comunicării prin vorbire, lipsa de vitalitate afectivă, observată la psihosomatic, se concretizează în alexitimie, care a fost utilizată apoi în explicațiile psihologice ale teoriilor psihosomatice (SIFNEOS, NEMIAH, SHANDS). Astfel, bolnavii psihosomatici manifestă o inabilitate de a exprima emoțiile, așa încît efectul stresului, care mobilizează reacții proto-emoționale, nu este niciodată modulat în phisism — pentru a fi prelucrat și eliberat ca efect trăit (KNAPP). Multiple niveluri pot participa la „patogenia alexitimică” a maladiilor psihosomatice (neurofiziologic, pulsional, imaginația și fantazarea, învățarea comportamentelor convenționale, exprimarea prin limbaj verbal), motiv pentru care un răspuns clar nu este posibil; se acceptă doar o deficiență genetică a exprimării emoției, o defensă primitivă sau învățată prin mediul cultural, rolul mediului familial fiind considerat totdeauna prezent la baza patternurilor trăirilor emoționale. Desi fără concluzii definitive, teoria „patogeniei alexitimice” pare să furnizeze rezultate și moduri de gândire utile, chiar dacă decamdată mai mult empirice, în special în domeniul abordării psihoterapeutice a bolnavilor psihosomatici. Alte teme de meditație psihologică în etiopatogenia psihosomatică

oferă ENGEL (1954), SCHMALE (1953), GREENE (1958), care vorbesc de un Eu izolat („giving-up — given-up”), nestructurat, care determină persoanele cu risc psihosomatic să aleagă abandonul, refugiul în boală (probabil și prin diminuarea capacității de apărare imunitară), în schimbul renunțării la efortul de adaptare la mediu, la dificultățile vieții, adaptare ce ar presupune o încercare de schimbare a propriei individualități, încercare de care subiectul psihosomatic este incapabil. FREEDMAN, ROSENMAN (1959) descriu tipul psihologic A (definit fiziologic prin trigliceride plasmatiche, colesterol, noradrenalinurie crescute, răspuns hiperinsulinemic la proba hiperglicemiei provocate, și psihologic prin ambiție, competitivitate și combativitate crescută), cu risc psihosomatic crescut pentru coronaropatie, și tipul B (anxios cronic, manifestînd însă combativitate), ca variante psihologice posibile, din care s-au recrutat unii pacienți psihosomatici. S-a încercat printr-o metodologie adecvată (JENKINS, 1976, care a utilizat interviul structurat-computerizat) delimitarea agresivității timpului de reacție și a altor particularități psihologice ale tipului A, dar acestei clasificări în două tipuri i se repropune simplificarea, pentru că utilizează practic un singur grad de clasificare, astfel încît toti subiecții non-A sînt în mod sigur de tip B (KNAPP). În aceeași direcție, BAHNSON (1969) descrie predispoziția la neoplasm a persoanelor ce reprimă și neagă în plan conștient stresul emoțional, ceea ce duce la imposibilitatea de a se apăra și revenirii normalei dintr-o depresie reactivă, persistența fenomenelor depressive ducînd la somatizarea lor în boala cancerosă.

Aceste elaborări teoretice sau experimentale, deși mai recente, au reușit să substituie, în totalitate, cu argumente științifice obiective, presupunerii mai vechi, generale, conform cărora în patogenia psihosomatică ar fi vorba de transmisia genetică a unor factori multipli, responsabili de o instabilitate psihologică sau fiziologică (DINGER, ACKERMAN, 1943), de o predispoziție discretă, care devine evidentă în condiții favorizante de mediu (ca factorul comun al diatezei atopice, care ar sta la originea astmului, neurodermitei, urticarilor — EDFORDS-LUBS, 1971) sau de existența unor factori genetici ce participă la apariția unor tipuri numai aparent similare ale unor boli diferite.

Fenomenologia clinică abordează psihosomatica din perspectiva psihiatriei clinice, constatîndu-se, de cele mai multe ori, un tablou psihiatric nevrotic, în ambele serii nosografice (psihosomatice, nevrotice) care împieca, pînă la un punct, aceeași patogeneză (psihogeneză — LOPEZ-IBOR, G. IO-NESCU). Depresia mascată oferă același model al interrelațiilor psihic-somă, dincolo de „consecințele somatice” ale oricărei trăiri emoționale

normale sau dureroase. Promotorii fenomenologiei psihosomatice aparțin școlii psihobiologice fondate de A. MEYER, care concepe



unitatea individului (psihică și somatică) drept premisă a studierii manifestărilor morbide, unul dintre precursorii acestei școli fiind KRETSCHMER. Se presupune astfel existența unor interrelații psihosomatice, specifice pentru fiecare pacient, în conformitate cu modul său particular de a somatiza stresul, după un „locus minoris resistentiae” specific (MAYER-GROSS, SLATER, ROTH, 1969). Alături de MICHAUX, alți autori (H. EY, BERNARD, BRISSET, 1979) acceptă existența tulburărilor funcționale secundare distoniei vegetative vago-simpatice, dar și posibilitatea unor structuri a trăsăturilor de caracter care realizează adevărate sindroame psihosomatice lezionale, prin exces sau carență a răspunsului fiziologic efectuat totdeauna în același sens. Școala germană de psihiatrie antropologică și existențialistă (von BERGMANN, von WEIZSÄCKER, FRANKL, BUYTENDIJK, BINSWANGER, von GEBSATTEL) vorbește de tulburări funcționale care dau un „sens” specific bolii, orientare care nu a putut fi obiectivată științific.

Din prezentarea acestor teorii și date rezultă că viitorul psihosomaticii presupune precizarea științifică a tipologiilor de personalitate și ale somei umane, a rolului condițiilor de mediu (îndeosebi familial, social), precum și a unor mecanisme biochimice nervoase (KAPLAN, 1980), obiective pînă la urmă ale medicinei însăși (fie că este vorba de latura ei aplicativă sau fundamentală).

Rezolvarea lor completă și perfect sincronă este un deziderat îndepărtat, poate chiar utopic, în așteptarea căruia psihosomatica își caută, în limitele adevărurilor ei parțiale, căi și mijloace de aplicare practică, terapeutică. Prin conținut, patologia psihosomatică aparține, în cea mai mare măsură, psihologiei și psihiatriei, iar prin manifestarea clinică, patologiei somatice (G. IONESCU).

Abordarea terapeutică a pacientului psihosomatic va fi bivalentă: psihofarmacologică (anxiolitică, antidepresivă, sedativă) și psihoterapeutică (terapii de relaxare, cognitive, comportamentale și de autocontrol — bio-feedback —, psihanaliză), avînd ca scop „dizolvarea” farmacogenă, constientizarea, reducerea simptomelor somatice și ale tensiunii psihice prin țintirea simptomelor caracteristice, manifeste sau mascate, ale pacientului: anxietatea, depresia, agresivitatea, culpabilitatea. De cele mai multe ori, acest tip de bolnav nu realizează subiectiv astfel de trăiri, scopul terapiei fiind mai mult acela de a realiza o armonizare a sferei emoționale cu aceea intelectual-cognitivă, decît cel de a suprima pur și simplu simptomele enunțate, ușurînd adaptarea comportamentală a individului la situațiile dificile ale vieții interrelaționale cu semenii (BASTIAANS, 1979). Depășirea impasului psihosomatic se poate realiza terapeutic prin reevaluarea relației medic—pacient (BALINT, GUYOTAT).

1143. PSIHOSOMATICĂ LA COPIL • „Nu există nimic mai psihosomatic decît copilul”, afirmă AJURIAGUERRA, în accepțiunea căruia, bolile somatice „sînt caracterizate printr-o dezorganizare somatică trecătoare sau permanentă, a cărei geneză sau dezvoltare comportă un determinism de ordin psihologic, fie actual, fie de ordin regresiv, care pune în evidență organizările psihobiologice precoce”. PINKERTON (citat de J. P. SICHEL) definește boala psihosomatică a copilului printr-o triadă ce asociază un profil personal, o contribuție parentală, stresuri emoționale deseori banale; LEIBOVICI și SCULE opiniază că „este dificil de izolat un aspect clinic la copil, producînd o structură psihosomatică la care domină simultan expresia funcțională și somatică față de o mentalizare săracă și ineficace”, preferînd să ia în considerare simptomul apărut în contextul unei dinamici familiale printr-un proces de simbolizare. Evoluția unei boli psihosomatice se face în pusee.

Stadiul dezvoltării психоafective și mintale a copilului este important în momentul impactului cu factorul care declanșează boala psihosomatică, conferind semnificație tulburării respective. În același timp, odată cu elaborarea posibilităților de integrare mentală senzorială și motorie și cu dobîndirea capacității plastice de a reacționa fără tulburări, copilul poate depăși diferitele tul-

burări psihosomatice care dispar de în tiniv, soluții de care adultul nu dispune.

Tulburările funcționale ale alimentației (survenite înainte de dezvoltarea limbajului) au fost analizate de KREISLER, FAIN, SOULE (după 1966), iar bolile somatice din diferitele etape ale copilăriei până la pubertate au beneficiat de aceleași considerații ca și cele ale vârstei adulte.

● **TULBURĂRILE FUNCȚIONALE ALE ALIMENTAȚIEI**, caracterizate prin absența unor forme „pure” sau a unei structuri psihosomatice și prin identificarea unei „organizări afectivo-somatice”, exprimând relația mamă-copil :

● **Colicile idiopatice** din primul trimestru : apar la 8—10 zile după naștere, datorită unei distensii gazoase intestinale, mai ales seara și noaptea. Copilul scoate țipete puternice, orice remedii dietetice dovedindu-se inutile ; suzeta și legănatul sînt singurele mijloace care îl calmează. Crizele dispar spontan la vârsta de 2—3 luni sau în caz de spitalizare. Explicațiile psihanalitice implică stadiul narcisismului primar care se epuizează către luna a treia, cînd apar primele răspunsuri îndreptate către anturaj, precum și posibilitățile mintale și fizice ale copilului de a-și descărca tensiunile. Mamele cu comportamente contradictorii, de tip nevrotic, par să fie generatoarele acestor manifestări psihosomatice.

● **Insomniile precoce** : frecvente în primul trimestru, mai ales în prezența unei mame patogene ale cărei afecte anormale impregnează relația cu copilul. KREISLER este de părere că insomniile precoce se instalează în măsura în care somnul nu devine echivalentul psihologic al fuziunii cu mama.

● **Narcisismul** : mai frecvent la băieți ; poate apărea de la vârsta de 4—6 luni, manifestîndu-se prin vomisme provocate, regurgitații, care se produc în absența tulburărilor de apetit și numai cînd copilul este lăsat singur. Se asociază sau alternează cu sucțiunea policelui, manipularea unei părți a corpului etc. Semnificația ar consta în satisfacția pe care ar resimți-o copilul prin prezența bolului alimentar în gură și funcționarea actului deglutiției. S-ar părea că intră în funcțiune o serie de mecanisme de apărare, mai ales regresia care antrenează dezinvestirea obiectului și satisfacția autoerotică de tip compulsional-repetitiv. Tulburările de acest tip pot avea consecințe grave.

● **Eczema atopică precoce** de alimentație : apare în cel de-al doilea trimestru de viață, avînd o topografie predominant cefalică și vindecîndu-se spontan în jurul vârstei de trei ani (deși jumătate din cazuri evoluează către astm bronșic). S-a observat că mamele acestor copii au o personalitate caracterizată prin imaturitate, cu atitudini anxioase. SPITZ crede că explicația ar putea consta în repulsiunea acestor mame față de atingerea alimentației care trebuie să o pregătească copilului.

● **Anorexia mintală** a celui de-al doilea trimestru : debutează către luna a 5—6-a, mai frecvent la fete, fără a afecta semnificativ (în mod paradoxal) curba ponderală. Se implică aceeași perturbare a relației mamă-copil, cu inducerea unei reacții circulare între mamă, fixată în atitudinea sa de constrîngere, și copil, fixat în cea de opoziție. Anorexia poate vira după un timp spre bulimie și obezitate, sau poate regresa după obținerea unei modificări în atitudinea mamei. SOULE este de părere că aceste anorexii pot sta la baza unor viitoare „nevroze de caracter”.

● **Vomismențele psihogene** : foarte banale, de aspect obișnuit sau acut, dramatic, apar în primul an de viață și au, după unii autori, o semnificație autodestructivă și regresivă.

● **Spasmul hohotului de plîns** : primele crize apar la vârsta de 6—18 luni, totdeauna în contextul unei situații emoționale specifice pentru același copil. Se manifestă fie sub forma cianotică sau albastră (80% din cazuri) la copiii energici și dominatori în momentul unei contrarietăți sau refuz, fie sub forma palidă (20% din cazuri) la copiii timizi și pasivi. Spasmele se însoțesc de sincopă și convulsii. Vindecarea se produce, de obicei, spontan către vârsta de trei ani ; la 10% din cazuri, spasmele pot persista pînă la vârsta de 6 ani. SOULÉ și colaboratorii consideră ca aceste manifestări stau la baza unor viitoare tulburări caracteriale importante.

● **Astmul de alimentație** : debutează rareori înainte de cel de-al doilea trimestru, prin crize respiratorii acute, uneori dramatice, sau prin episoade bronșitice astmatice cu evoluție critică. Se vindecă spontan, numai 10% din cazuri evoluînd spre forme severe. Copiii sînt în general sociabili, activi și veseli, chiar în prezența dispneei. Psih-analitic ar exista o rată a refuzului primare, în sensul primei topici a lui FREUD.

● **TULBURĂRILE PSIHOSOMATICE DIN TIMPUL PRIMEI COPILĂRII PÎNĂ LA PUBERTATE** :

● **Astmul** : considerat afecțiunea principală a psihosomaticii, datorită numeroșilor factori psihologici care intervin în patogeneza sa :

● factori emotivi în declanșarea sau determinismul crizelor ;

● modificarea numărului și caracterului crizelor de către factorii de mediu și de către psihoterapie ;

● rolul patologiei parentale (AJURIAGUERRA).

Copilul astmatic este caracterizat prin anxietate, lipsa încrederii în propriile forțe, dependență extremă față de părinți (deși alți autori descriu și copii foarte dinamici, deseori agresivi). Mama copilului astmatic este asemănătoare cu cea a copilului eczematos, iar relațiile mamă-copil sînt caracterizate prin inadecvare : comportament regresiv, climat anxios, cu dificultăți familiale, hiperprotecție — generînd copilului situații trăite

ca insecurizante. Tatăl este de obicei absent, deseori pasiv și îndepărtat sau puțin preocupat de boala copilului. M. SPERLING apreciază că „nu există nici un singur tip de astm, nici personalitate astmatică, spectrul tulburărilor psihice putându-se întinde de la nevrotic la borderline și chiar la psihotic”. Evident, rolul părinților în terapia acestor tulburări nu trebuie neglijat.

● **Afecțiunile alergice** (criza spasmodică, urticaria, edemul Quincke): sînt rare la copii.

● **Afecțiunile dermatologice** (eczema, peladele emoționale): prezintă multe trăsături comune și sînt legate de situații emoționale în care este implicat abandonul, pierderea simbolică sau reață a obiectului.

● **Afecțiuni psihosomatice ale tractului digestiv:**

— tulburări ale conduitelor alimentare: obezitatea apărută în contextul indiscutabil al tendinței de supraalimentare în familie, ca mecanism de apărare împotriva anxietății și a tensiunilor afective (BRUCH); copilul obez este totdeauna foarte dependent de mamă și anturajul său; mama este hiperprotectoare, anxioasă, perfecționistă și posesivă, legată de copilul său prin intermediul hranei, ca materializare a iubirii posesive pe care i-o dovedește;

— vomismentele acetoneice: manifestate în condiții de abandon matern, de săvîșșire a unei greșeli, perturbații obiective în relația mamă-copil; dispar la pubertate;

— ulcerul peptic al copilului: apare în mod excepțional și rarissim înaintea vârstei de trei ani; acești copii se remarcă prin pasivitate sau supunere aparentă, cu agresivitate ascunsă, mare dependență maternă și tendință la repliere, cu sentimentul insuficienței; părinții se caracterizează prin imaturitate — mama hiperprotectoare sau rejectantă, tatăl șters;

— rectocolita ulcero-hemoragică: apare între 1—3 ani, la vârsta școlară și la pubertate, atât la băieți, cît și la fete cu o personalitate caracterizată prin dependență maternă, agresivitate, supunere, inhibiție, emotivitate asemănătoare cu a copilului anorexici; separarea reală sau imaginată de mamă sau substitutul său provoacă, se pare, boala; mama are deseori trăsături depresive, este autoritară, agresivă, anxioasă, hiperprotectoare, iar tatăl este pasiv, șters în constelația familială.

● **Alte afecțiuni psihosomatice:** hipertiroidia, spasmofilia, crizele de tahicardie sînt foarte rare la copil. Miștrele au același aspect clinic ca și la

vîrsta adultă. Strabismul creează mai degrabă situații nevrotice decît psihosomatice. Cefaleea și durerile abdominale periodice par a fi mai degrabă reacții isterice sau aparțin nevroticizării infantile, situații în care se caută beneficii secundare.

Considerațiile teoretice legate de bolile psihosomatice ale copilului sînt încă departe de a exprima un punct de vedere unanim, ele luînd în discuție existența unei „personalități sau structuri psihosomatice specifice”, alegerea organului, relația mamă-copil.

Prognosticul este greu de apreciat, fiecare tulburare psihosomatică avînd un prognostic diferit și neputînd anticipa ce vor deveni acești copii la vîrsta adultă, rezumîndu-se la simpla presupunere că ar fi mai predispuși la o evoluție psihosomatică față de populația normală.

Dintre metodele terapeutice folosite în tulburările psihosomatice cităm: reeducarea psihomotricității, hipnoza, relaxarea (training autogen Schultz), psihoterapiile, psihanaliza.

1144. **PSIHOSTIMULENTE** ● Cîșă de substanțe psihotrope cu acțiune stimulatorie asupra funcționalității sistemului nervos central, printr-o acțiune directă, țintită sau prin efectele lor secundare. DELAY și DENIKER le numesc NOOANALEPTICE, iar POROT include, în această grupă, subgrupa psihostimulentei și a psihoenergizantei. Grupa psihostimulentei cuprinde: amfetaminele, substituenții de amfetamine, alcalozii neurostimulatori, iar grupa psihoenergizantei — substanțele cu acțiune de optimizare a metabolismului cerebral: acizii aminați, sărurile minerale, vitaminele din grupa B, C, PP, substanțele cu acțiune enzimatică, substanțele cu acțiune hormonală, substanțele „activatoare” ale metabolismului cerebral și cele care ameliorează oxigenarea cerebrală. Această distincție este operată în funcție de mecanismul de acțiune dominant:

● psihostimulentele acționează asupra substanței activatoare a mezencefalului, prin interferarea metabolismului catecolaminelor;

● psihoenergizantele au ca mecanism de acțiune intervenția asupra diferitelor faze ale metabolismului cerebral.

Vom considera, deci, psihostimulentele ca fiind sinonime cu psihoanalepticele și nooanalepticele, avînd ca acțiune terapeutică țintită:

● stimularea stării vigile (opunîndu-se funcției hipnotice);

● stimularea activității generale și optimizarea performanțelor intelectuale;

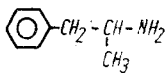
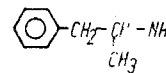
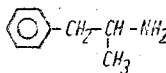
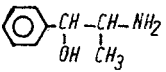
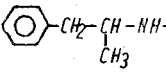
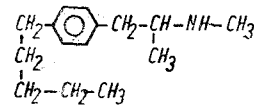
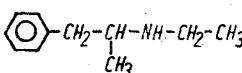
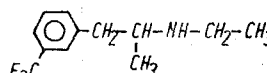
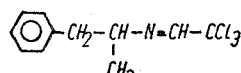
● creșterea acuității percepției senzoriale;

● diminuarea senzației de oboseală (care poate avea un efect ușor euforizant, dar și unul anxios).

DELAY și DENIKER fac o delimitare netă între noanaleptice și timoleptice : noanalepticele stimulează vigilența și, consecutiv, psihismul, pe cînd timolepticele „stimulează” dispoziția. O ameliorare temporară a stării depresive poate fi obținută în urma terapiei psihostimulente, dar aceasta nu justifică introducerea noanalepticelor în cadrul substanțelor antidepressive. Ameliiorînd activitatea sistemului nervos central, diminuată de oboseală, substanțele psihostimulente cunosc o largă aplicabilitate clinică.

Fiind rezultatul interacțiunii dintre fenomenele de excitație și inhibiție, echilibrul funcțional al sistemului nervos central poate fi stimulat prin două procedee : blocarea inhibiției sau intensificarea excitației. Unele substanțe psihostimulente,

ca stricnina și picrotoxina, intervin blocînd selectiv procesele inhibitorii la nivel central, în timp ce altele, ca doxipramina, nicetamida, metilfenidatul etc., acționează direct, potențînd excitația. Un factor care determină necesitatea utilizării cu precauție a produșilor amintiți este efectul lor convulsivant, intervalul dintre nivelul eficient psihostimulent și nivelul convulsivant fiind destul de redus. Datorită impredictibilității momentului în care pot apărea convulsii generalizate la administrarea acestor analeptice, utilizarea acestora în intoxicații cu substanțe depressoare ale sistemului nervos central, în scopul stimulării centrului respirator, a fost restrînsă în favoarea unor tehnici de terapie intensivă mai sigure.

DCI AMFETAMINA	DCI DEXAMFETAMINA	DCI LEVAMFETAMINA
DERIVATI FENILETILAMINICI		
		
PHENAMIN [®] UR.S.S.	DEXAMED [®] Anglia	AD. NIL [®] Italia
DCI CATINE	DCI METAMFETAMINA	DCI AMFEPENTOREX
		
MINISCAP [®] Elvetia	PERVITIN [®] R.D.G.	PROLIGNE [®] Franta
DCI ETILAMFETAMINA	DCI FENFETAMINA	DCI AMFECLORAL
		
APETINIL [®] Elvetia	PONDERAL [®] Grecia	ACUTRAN [®] S.U.A.

Efectele farmacologice ale psihostimulentelor — nooanaleptice propriu-zise — sînt următoarele :

- stimularea la nivel cortical : determină (experimental) o creștere importantă a activității motorii ; pe electroencefalogramă apare o diminuare a amplitudinii și o creștere a frecvenței activității bioelectrice ;
- acțiunea antihipnotică („de trezire”) : este concretizată prin antagonizarea somnului fiziologic, producînd perturbarea activității somnului prin scăderea importanță a fazelor de somn paradoxal ;
- creșterea performanțelor de memorizare și învățare ;
- efectele anorexigene : sînt variabile în funcție de substanțele folosite ;

- efectele simpaticomimetice : se traduc prin creșterea tensiunii arteriale, vasoconstricție și tahicardie.

Efectele farmacologice ale „psihoennergizantelor” sînt următoarele :

- creșterea activității motorii, a celei exploratorii (în experimentele pe animale), fără a conduce la incoordonare ;
- antagonizarea discretă a somnului fiziologic ;
- lipsa unor efecte marcate asupra sistemului nervos vegetativ.

Principalele substanțe cu efect psihostimulent sînt aminele simpaticomimetice (→ AMINE PSIHOTONE, AMFETAMINE) și aminele de sinteză cu efect slab sau nul simpaticomimetic : amine piperidinate, fenilmorfoline, fenilpirolidinopen-

Derivați feniletilaminici

DCI MEFENOREX <chem>CC(C)NCCc1ccccc1</chem> PONDINIL [®] Franța	DCI FENPRODOPOREX <chem>CC(C)NCCc1ccccc1C#N</chem> SOLVUP [®] Argentina	DCI CLOBENZOREX <chem>CC(C)NCCc1ccccc1Cl</chem> FINEDAL [®] Spania
DCI AMFETAMINIL <chem>CC(C)N(C)Cc1ccccc1</chem> APONEURON [®] R.D.G.	DCI BENZAMFETAMINA <chem>CC(C)N(C)Cc1ccccc1C2=CC=CC=C2</chem> MAPETIL [®] Franța	DCI FURFENOREX <chem>CC(C)N(C)Cc1ccccc1C2=CC=CC=C2</chem> FRUGALAN [®] Spania
DCI FENTERMINA <chem>CC(C)N(C)Cc1ccccc1</chem> REGULIN [®] Austria	DCI CLORFENTERMINA <chem>CC(C)N(C)Cc1ccc(Cl)cc1</chem> VORANIL [®] S.U.A.	DCI CLORFENTERMINA <chem>CC(C)N(C)Cc1ccc(Cl)cc1</chem> AVIPRON [®] Polonia

tine, orfenadrina (derivat de benzidra), cafeina (\rightarrow CAFEINĂ, CAFEISM), stricnina, picrotoxina (\rightarrow ANABOLIZANTE).

Principalele structuri chimice pentru formarea substanțelor reglatoare metabolice cu efect „psihoennergizant” sînt : glucoza, sărurile de magneziu și potasiu, acidul fosforic, acidul aspartic și ascorbic, vitaminele din grupul B, vitamina PP, substanțe cu acțiune hormonală (extracte tiroidiene și corticopurarenaliene).

Principalele efecte terapeutice, care justifică folosirea psihostimulentelor în practica curentă, sînt :

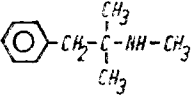
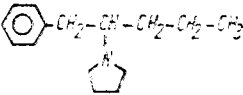
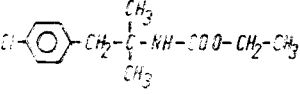
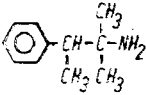
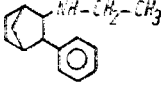
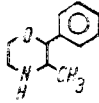
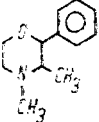
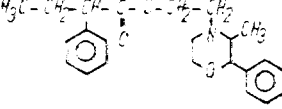
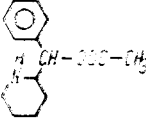
- stimularea stării vigile ;
- stimularea activității generale și, în special, a celei intelectuale ;

- efectul anorexigen.

Indicațiile actuale ale psihostimulentelor se referă la :

- Stimularea vigilenței în :
 - stări comatoase produse prin ingestia de depressoare ale sistemului nervos central, la nivel toxic (neurostimulentul de elecție este bemergidul), comele vasculare și posttraumatice (este indicată centrofenoxina) ;
 - stări confuzionale de etiologie diversă, inclusiv cele survenite post traumatism craniocerebral (centrofenoxină și amfetamine), cu condiția să nu existe o componentă anxioasă ;

Derivați feniletilaminici

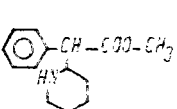
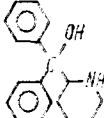
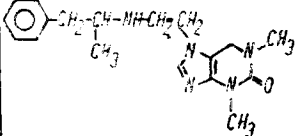
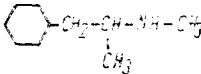
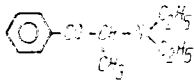
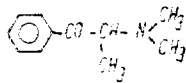
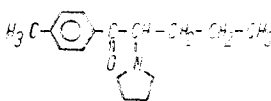
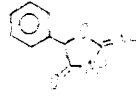
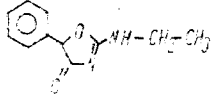
DCI MEFENTERMINA  MEPHENTERMIN [®] R.D.G.	DCI PROLINTAN  PROMOTIL [®] Franța	DCI CLOFOREX  FRENAPYL [®] R.F.G.
DCI PENTOREX  LIPRODENE [®] Franța	DCI FENCAMFAMIN  EUVITOL [®] Anglia	DCI FENMETRAZINA  BRACIDIN [®] Ungaria
DCI FENDIMETRAZINA  TANOREX [®] S.U.A.	DCI FENBUTRAZAT  CAFILON [®] Elveția	DCI LEVOFACETOPERON  L'ÉPRAN [®] Franța

- hipersomniile — una din indicațiile de elecție ale psihostimulentelor, mai ales ale amfetaminelor ;
- șocul amfetaminic (→ AMFETAMINE, TERAPII DE ȘOC).
- Stimularea activității generale și, în special, a celei intelectuale, în :
 - „facilitarea” realizării unui efort fizic, dar mai ales psihic, prin inhibarea activității hipnice fiziologice, apariția unei ușoare stări de euforie, înlăturarea senzației de oboseală, creșterea „apetitului” pentru activitate ; aceste efecte ale psihostimulentelor pot avea însă un revers mai mult decât nefavorabil : tendința de folosire a lor ca droguri (doping) pe o perioadă îndelungată, datorită

înlăturării „semnalelor de alarmă” ale fatigabilității și conducând, în final, la o epuizare a resurselor psihofizice, cu apariția insomniilor rebele, iritabilității extreme, anxietății marcate, diminuarea performanțială, în ciuda unei hiperactivități sterile ; această tendință apare mai ales față de amfetamine, mult mai indicate părînd a fi „psihoenenergizantele” care acționează printr-o optimizare a metabolismului cerebral ;

- astenia apărută în : bolile organice consumptive, în perioada de convalescență (se poate apela la psihoenenergizante de tipul fosfatului de demanol, vitaminelor, androgenilor anabolizanți) ; stările nevrotice cu anxietate minimă (psihostimulentele cresc anxietate-

Derivați feniletilaminici

DCI METILFENIDAT  RITALIN [®] Ungaria	DCI PIPADROL  PIPADOL [®] URSS	DCI FENETILIN  FITTON [®] Israel
DCI PROPILHEXEDRINA  OBESIN [®] R.G.G.	DCI AMFEPRAMONI  MENDAL [®] Belgia	DCI METAMFEPRAMONA  EFFILONE [®] Franța
DCI PIRIDALERONA  CENTROLEN [®] S.U.A.	DCI REMOLINA  POMCEL [®] Ungaria	DCI FENCOZOLONA  ORDINATOR [®] Franța

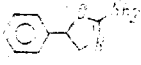
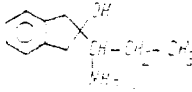
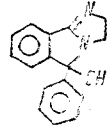
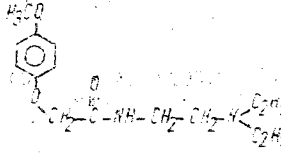
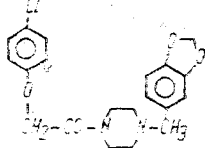
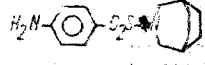
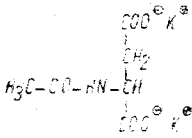
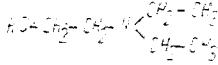
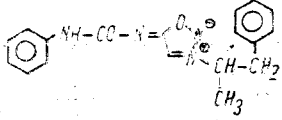
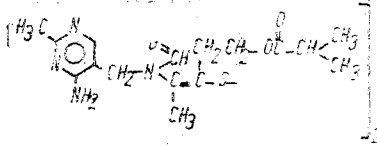
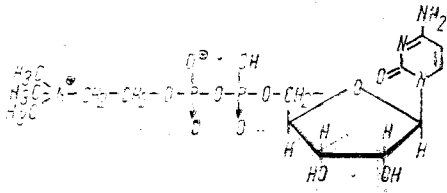
tea, mai indicate fiind psihoenergizantele reglatoare ale metabolismului cerebral); tratamente cu barbiturice (asocierea de amfetamină levogiră cu fenobarbital, în produsul Ortenal, reduce somnolența indusă de barbituric, fiind indicat mai ales în tratamentul anticonvulsivant de lungă durată); tratamentul neuroleptic, în special în sindromul de adinamie (în care indicația de elecție o au heptaminolul, facetoperanul mexexamida, orfenadrina).

- Efectul anorexigen, prezent mai ales la aminele de sinteză, care se folosesc în tratamentul obezității (fenmetrazina, fenmetrazin teoclat etc.).

Principalele contraindicații ale psihostimulentelelor sint: stările anxioase, stările de agitație psihomotorie, insomniile, hipertiroidia, comițialitatea, hipertensiunea arterială, ateromatoza, cardiopatiile.

În afara efectelor simpaticomimetice care pot constitui (în funcție de doză, substanță și teren predispozant) grave inconveniente din punct de

DCI DEANOL	DCI DEANOL GLUTAMATE	DCI DEANOL HEMSUCCATE	DCI DEANOL PANTOTENATE
DERIVATI DIMETILAMINOETANOLICI			
<chem>HO-CH2-CH2-N(CH3)2</chem>			
PROCHOLIN [®] P.D.S.	ETAMINA [®] Italia	TONIFERAL [®] Franța	PSICOLINA [®] Italia
DCI DEANOL FOSFATE	DCI DEANOL PIRROGLUTAMAT	DCI DEANOL TARTRAT	DCI DEANOL XAPORAT
PANCLAR [®] Spongia	GEBRUMIL [®] Franța	YARECAL [®] R.D.S.	BRAINING [®] Argentina
DCI CLOFENICLAN		DCI CIPRODENAT	
<chem>Cl-C1=CC=C(C=C1)C2=CC=CC=C2OCCN(C)C</chem>		<chem>C1=CC=CC=C1CCN(C)CC(=O)O</chem>	
VESITAN [®] Elveția		ACEBRAL [®] Franța	
DCI PIRISUDANOL		DCI DEANOL ACEGLUMAT	
<chem>Cc1cc(O)c(CO)cc1C(=O)OCCN(C)C</chem>		<chem>CC(=O)OCCN(C)CC(=O)O</chem>	
MENTIS [®] Italia		RISATARUN [®] R.F.G.	

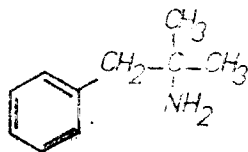
DCI AMINDREX	DIFERITI DERIVATI		DCI MAZINDOL
 <p>MENODOL ^(M) R.F.G.</p>	 <p>FENPROPION ^(M) FRONIA</p>	 <p>TERONAC ^(M) ANGLIA</p>	
<p>DCI MEFENAMIDA</p>  <p>TIMODYNE ^(M) FRONIA</p>	<p>DCI FIPEXID</p>  <p>ATTENTIL ^(M) ITALIA</p>	<p>DCI AZABON</p>  <p>AZABON ^(M) ANGLIA</p>	
<p>DCI DIPOTASSIUM ACETIL ASPARTIC ACID</p>  <p>SENSTON ^(M) ITALIA</p>	<p>DCI MALAMINI</p>  <p>CEREBROL ^(M) FRONIA</p>	<p>DCI MESOCARB</p>  <p>SIDROKARE ^(M) UR.S.S.</p>	
<p>DCI SULBUTIAMINA</p>  <p>ARCALION ^(M) R.F.G.</p>	<p>DCI CITOCOLINA</p>  <p>SOMAZINA ^(M) SPANIA</p>		

vedere al utilizării lor, psihostimulentele pot avea ca efecte secundare :

- sindrom hipomaniacal (acolo unde există un premorbid predispozant) ;
- efect anxiogen puternic, mai ales în cazul unei stări anxioase preexistente (care poate ceda însă prin oprirea medicației și administrarea de anxiolitice cu efect rapid) ;
- revelarea unei simptomatologii psihice lente, atunci când starea de surmenaj „simplu” are de fapt ca substrat o nevroză ; în cadrul curelor de slăbire, când doza de psihostimulente este excesivă și efectul nu este diminuat prin tranchilizante, putând apărea tulburări psihice, de la simple reacții nevrotice pînă la tentative suicidare ;
- intoxicațiile acute, ca și toxicomania apar datorită căutării efectelor stimulente și euforizante, mai ales la amfetamine (→ AMFETAMINE).

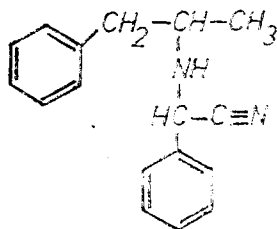
Redăm cîteva psihostimulente mai frecvent folosite, avînd indicație țintită. Astfel, din categoria simpaticomimetelor, enumerăm :

● **ETILAMFETAMINA^(DCI)** : derivat feniletilaminic de tip N-etil- α -metilfenetilamină, folosit, pe

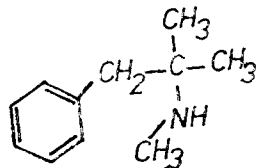


durată scurtă, în tratamentul obezității. Are proprietăți stimulante slabe. Constituie principiul activ al mai multor produși farmaceutici, dintre care cel mai cunoscut este APETINIL DEPO^(MD) Elveția, Belgia.

● **AMFETAMINIL^(DCI)** : derivat feniletilaminic de tip 1-(α -metilfenetil)aminoifenilacetoneitril. Este folosit în tratamentul tulburărilor fobice, în fatigabilitate. Se bănuiește că efectele stimulatorii sînt datorate jumătății de moleculă amfetaminică pe care o are. Constituie principiul activ al mai multor produși farmaceutici, dintre care cel mai cunoscut este AN 1^(MD) RFG.

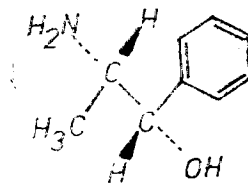


● **MEFENTERMINA^(DCI)** : derivat feniletilaminic de tip N, α , α -trimetilfenetilamină. Este folosit în tratamentul hipotensiunii datorată ganglioplegiei. Nu trebuie folosit în hipotensiunea pro-



vocată de neuroleptice. Constituie principiul activ al mai multor produși farmaceutici, dintre care cel mai cunoscut este VYAMINE^(MD) Belgia, Grecia, Olanda.

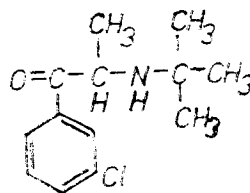
● **(+)-NORPSEUDOFEDRINA = CATINA^(DCI)** : derivat feniletilaminic de tip 2-amino-1-fenilpropanol. Este utilizat ca adjuvant în tratamentul



obezității ; are acțiune psihostimulentă. A fost descoperită în ficatul de piscă. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

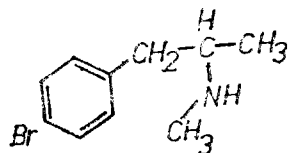
ADIPOSETTEN ^(MD)	RFG
AMORPHAN ^(MD)	RFG
AMORPHAN DEPOT ^(MD)	RFG
BOXOGETTEN ^(MD)	RFG
CATHIN ^(MD)	RFG
MIRAPRONT N ^(MD)	RFG
RECATOL ^(MD)	RFG

● **BUPROPION = ANFEBUTAMONA^(DCI)** : derivat feniletilaminic de tip (+)-2-(tert-butilamino)-3'-cloropropiofenonă. În doze de 150—750 mg/zi are efect antidepresiv, cu eficacitate comparabilă



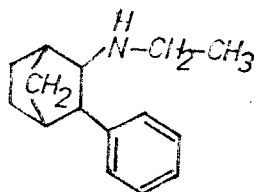
cu a triciclicelor. Are efect minim în ceea ce privește recaptarea norepinefrinei și serotoninei. Timpul de înjumătățire plasmatică este de 12 1/2 ore. Constituie principiul activ al mai multor produși farmaceutici, dintre care cel mai cunoscut este WELLBATRIN^(M) SUA.

● **p-BROMO-METAMFETAMINA^(DCI)**: derivat feniletilaminic de tip p-bromo-N, α-dimetilfenetilamină. Are acțiune serotoninergică. Crește turn-



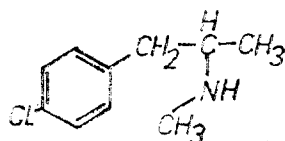
-over-ul dopaminei. Este utilizat ca stimulent în procesul de învățare. Este metabolizat, în principal, prin N-demetilare. Nu există date clinice concludente. Constituie principiul activ al produsului V-111^(M) Ungaria.

● **FENCAMFAMINA^(DCI)**: derivat feniletilaminic de tip N-etil-3-pentil-2-norbornanamină. Este eficient în tratamentul asteniei psihofizice.



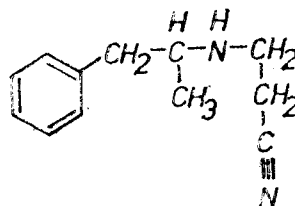
Este folosit ca substitut al cocainei și a fost studiată utilizarea lui în tratamentul narcolepsiei. Constituie principiul activ al mai multor produși farmaceutici, dintre care cel mai cunoscut este REACTIVAN^(M) Anglia, Belgia, Finlanda, RFG.

● **p-CLORO-METAMFETAMINA^(DCI)**: derivat feniletilaminic de tip p-cloro-N, α-dimetilfenetilamină. Bromul din V-111^(M) este substituit cu clor. A fost studiată aplicarea lui în tratamentul tulburărilor afective. Doza folosită este de 90 mg/zi. Determină o creștere de durată a serotoninei



cerebrale. Constituie principiul activ al produsului RO 4-6861^(M) Elveția.

● **MEFENOREX^(DCI)**: derivat feniletilaminic de tip N-(3-cloropropil)-α-metilfenetilamină. Este uti-

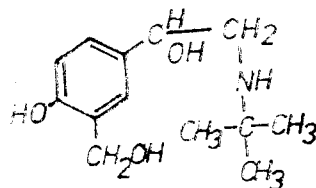


lizat (alături de dieta hipocalorică) în combaterea obezității. Este slab psihostimulent. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

PONDINIL^(M) Belgia, Elveția, Franța

RONDIMEN^(M) RFG.

● **SALBUTAMOL^(DCI)**: derivat feniletilaminic de tip 2-tert-butilamino-1-(p-hidroxi-m-hidroxi-metilfenil)-etanol. Are acțiune bronhodilatatoare



și de stimulent beta-adrenergic. A fost studiată utilizarea lui în tratamentul psihozei afective. Îmbunătățește performanțele în întârzierile psihomotorii. Se folosește în tablete de 2 și 4 mg, precum și în alte moduri de prezentare. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

AEROLIN^(M) Grecia

ASMAVEN^(M) Anglia

COBUTOLIN^(M) Anglia

SALBULIN^(M) Olanda

SALBUMOL^(M) Finlanda

SALBUTAMOL^(M) Franța

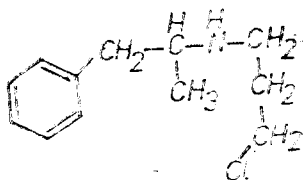
SALBUVENT^(M) Elveția

SULTANOL^(M) RFG

VENTIDE^(M) Anglia

VENTOLIN^(M) Suedia.

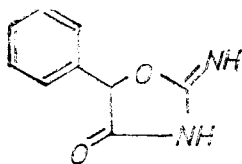
● **FENPROPorex^(DCI)**: derivat feniletilaminic de tip (+)-3-(α-metilfenetilamină)propionitril hidroclicid. Este utilizat ca adjuvant în tratamentul



de scurtă durată al obezității, cu posibil efect psihostimulent. Interacționează cu antidepressivele. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

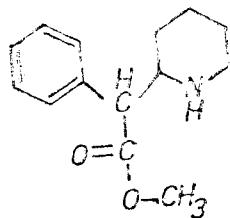
APPETITZÜGLER^(M) RFG
FENPROPOREX RETARD^(M) Franța
PEPHOXENE^(M) Belgia.

● PEMOLINA^(DCI): derivat feniletilaminic de tip 2-imino-5-fenil-1,3-oxazolidin-4-onă, psihostimulent folosit în tratamentul dismneziilor surve-



nite în urma terapiei electroconvulsivante și ca adjuvant în depresii, sindrom hiperkinetic, narcolepsie. Sînt comunicate și efecte asupra disparexiliilor. Se administrează doză unică zilnică. Timpul de înjumătățire plasmatică este de 16—18 ore. Atinge virful plasmatic în 2—4 ore.

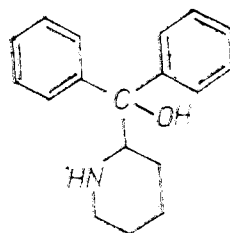
● METILFENIDAT^(DCI): derivat feniletilaminat de tip α-fenil-2-piperidin-acid acetic metil ester, adjuvant în tratamentul tulburărilor psi-



hice minore, în sindroamele hiperkinetice, în tulburările de comportament ale copilului, în narcolepsie și în „letargia psihică”. Mai este folosit pentru diferențierea diferitelor tipuri de depresii experimentale. Constituie principiul activ al mai multor produși farmaceutici, dintre care cel mai

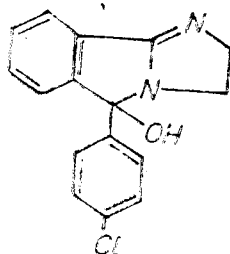
cunoscut este RITALIN(E)^(M) Belgia, Danemarca, Elveția, Grecia, Italia, Norvegia, Olanda, RFG, SUA.

● PIPRADROL^(DCI): derivat feniletilaminic de tip α,α-difenil-2-piperidinmetanol. A fost introdus în clinică în 1956, ca un psihostimulent mediu.



Este indicat în depresii. Se prezintă sub formă de tablete de 1 mg. Constituie principiul activ al mai multor produși farmaceutici, dintre care cel mai cunoscut este MERATRAN^(M) SUA.

● MAZINDOL^(DCI): derivat isoindolic de tip 5-(p-clorofenil)-2,5-dihidro-3H-imidazo(2,1-a)-isoindol-5-ol, adjuvant în tratamentul obezității. Are

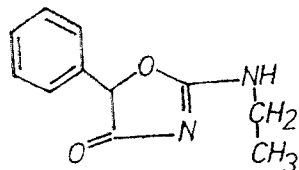


efecte bune în narcolepsie și catalepsie. Crește anxietatea, probabil prin diminuarea activității morfinice endogene. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

SANOREX^(M) SUA
TERONAC^(M) Anglia, Elveția, Grecia, Olanda, RFG.

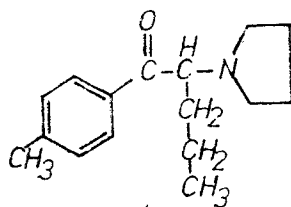
● ENILOSPIRONA^(DCI): derivat azaspironic de tip (2R, 5R, 6R)-6-(m-clorofenoxil)-2-metil-1-oxa-4-azaspiro(4,5)decan-3-onă, psihostimulent folosit în doze de 100—300 mg/zi. Chiar la doze mici îmbunătățește performanțele. În doze mari produce insomnii. Nu antagonizează activitatea dopaminergică. Constituie principiul activ al produsului CERM 3726^(M) Franța.

● **FENOZOLONA^(DC1)**: derivat feniletilaminic de tip 2-etilamino-5-feniloxazolin-4-onă, structurat asemănător cu AMINOREXUL, folosit în trata-



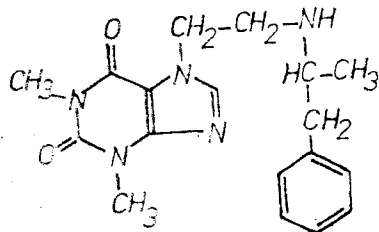
mentul fatigabilității psihice și al dismneziilor vîrstnicilor și ca adjuvant în tratamentul tulburărilor de comportament la copil. Constituie principiul activ al mai multor produși farmaceutici, dintre care cel mai important este ORDINATOR^(M) Franța.

● **PIROVALERONA^(DC1)**: derivat valerofenic de tip p-metil-2-(1-pirolidin)valerofenona, psihostimulent folosit în tratamentul asteniei și al



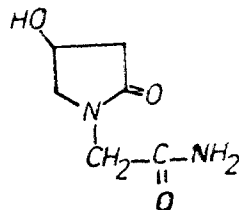
depresiei cu astenie. Constituie principiul activ al mai multor produși farmaceutici, dintre care cel mai important este THYMERGIX^(M) Franța.

● **FENETILINA^(DC1)**: derivat purinic de tip 7-12-(α -metilfenetil)aminoetilteofilină, psihostimulent folosit în astenia psihică, în doză de 150 mg/zi.



Constituie principiul activ al mai multor produși farmaceutici, dintre care cel mai important este CAPTAGON^(M) Belgia, Franța, RFG.

● **OXIRACETAM^(DC1)**: derivat GABA de tip 4-hidroxi-2-oxa-1-pirolidinacetamidă, asemănător PIRACETAMIDEI. Este posibil ca mecanismul său să nu interfereze GABA. Este eficace în tratamentul



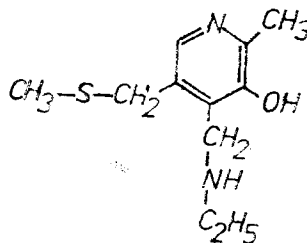
insuficienței cerebrovasculare a vîrstnicilor, în doză de 2 x 400 mg. Timpul de înjumătățire la subiecții vîrstnici sănătoși este de 3-6 ore.

● **PIRACETAM^(DC1)**: derivat de GABA de tip 2-oxopirolidină-1-acetamidă, utilizat pentru îmbunătățirea activității nervoase superioare. Este folosit în sindroamele psihoorganice, deteriorările cognitive ale vîrstnicilor. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

GABACET ^(M)	Franța
NOOTROP(IL) ^(M)	Elveția
NORMABRAIN ^(M)	RFG
OXYNIUM ^(M)	Grecia

● **PRAMIRACETAM^(DC1)**: derivat de PIRACETAM de tip N-(2-(bis(1-metiletil)amino)etil)-2-oxo-1-pirolidinacetamidă, utilizat în tratamentul bolii Alzheimer. Este eficace în îmbunătățirea mneziei, în doză pînă la 1,5 g/zi. Timpul de înjumătățire este de 4-6 ore.

● **TAMITINOL^(DC1)**: derivat piridinic de tip 4-(etilamino)etil-2-metil-5-(metiltiometil)-piri-



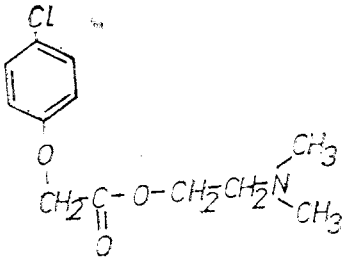
din-3-ol, agent neurotropic folosit în depresia din sindroamele psihoorganice.

Constituie principiul activ al produsului EMD 21.657^(M) RFG.

● **PIRITINOL^(DCI)**: derivat piperidinic de tip 3,3'-ditiometilen-bis(5-hidroxi-6-metil-4-piperidin)-metanol. 80,5 mg piritinol bază este echivalent cu 100 mg sare clorhidrică. Îmbunătățește hemodinamica cerebrală. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici : ENCEPHABOL^(M)

MARAFIN^(M)

● **CENTROFENOXINA (MECLOFENOXAT)^(DCI)**: psihoton de tip dimetilaminoetil ester de p-clorfenoxi-acetic acid. Este folosit în leziunile cere-

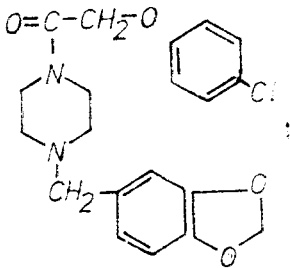


brale, în sindromul postemoțional rezidual, în stările confuzionale, în deficitul cognitiv al vîrstnicilor. Costituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

HELFERGIN^(M)

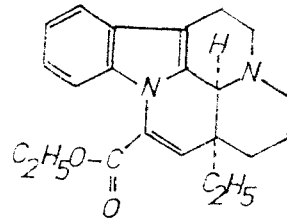
LUCIDRIL^(M)

● **FIPEXIDA^(DCI)**: derivat piperazinat de tip 1-1-(p-clorfenoxi)acetil-4-piperonilpiperazină, psihostimulent al funcțiilor cognitive, atenției și



memoriei. Nivelul său plasmatic este maxim la o oră după administrare. Timpul de înjumătățire este de 6 1/2 ore. Constituie principiul activ al mai multor produși farmaceutici, dintre care cel mai cunoscut este VIGILOR^(M) Franța.

● **VINCAMINA^(DCI)**: psihotrop, regulator metabolic de tip 13a-etil-2, 3, 5, 6, 12, 13, 13a, 13b-octahidro-12-hidroxi-1H-indol(3, 2, 1)pirido(3, 2, 1) (1, 5)naftirdină-12-acid carboxilic.



Îmbunătățește activitatea de oxigenare cerebrală, fiind utilizat în leziunile cerebrale cu deteriorare cognitivă la vîrstnici. Există diverși derivați sintetici, fiind răspîdit în anumite țări. Timpul de înjumătățire plasmatică este de nouă ore. Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici :

ANGIOLIPID^(M)

EGEFANIUM^(M)

ESBERIDIN^(M)

NEURO CRANIT^(M)

OPTONIUM^(M)

PERPHAL^(M)

PERVINCAMINA^(M)

TSEROVIN^(M)

VINCA^(M)

VINCABRAIN^(M)

VINCAPRONT^(M)

VINCARUTINE^(M)

Grecia

Grecia

RFG

Grecia

Grecia

Franța

Belgia

Grecia

Franța

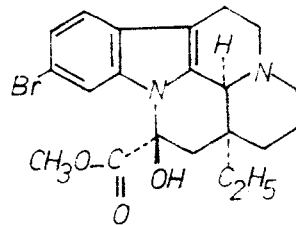
Elveția

RFG

Franța.

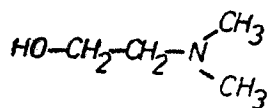
Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de VINCAMINĂ^(M).

● **BROVINCAMINA^(DCI)**: derivat al VINCAMINEI de tip metil ester 9-bromo-13a-etil-2, 3, 5, 6, 12, 13, 13a, 13b-octahidro-12-hidroxi-1H-indol(3, 2, 1)pirido(3, 2, 1) (1, 5)naftirdină-12-acid carboxilic, utilizat în deteriorarea mintală cu substrat vascular, în doză de 4 x 20 mg/zi. Diminuează ischemia, îmbunătățind testele performanțelor de memorie. Constituie principiul activ al produsului BV 26-723^(M) Elveția.



(3, 2, 1)pirido(3, 2, 1) (1, 5)naftirdină-12-acid carboxilic, utilizat în deteriorarea mintală cu substrat vascular, în doză de 4 x 20 mg/zi. Diminuează ischemia, îmbunătățind testele performanțelor de memorie. Constituie principiul activ al produsului BV 26-723^(M) Elveția.

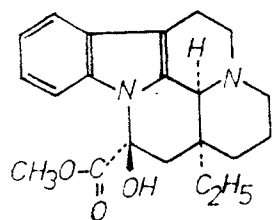
● **DEANOL^(DCI)**: derivat de DMAE de tip 2-(dimetilamino)etanol, precursor al acetilcolinei, utilizat ca psihostimulent. Se preconizează introducerea sa în tratamentul diskineziilor tar-



divă, ai coreei Huntington, al bolii Gilles de la Tourette, al tulburărilor de comportament la copil. Deanolul ar putea constitui substratul acțiunii cerebrale a Meclofenoxatului. Constituie principii activ al următorilor produși farmaceutici :

ACTÉBRAL ^(M)	Franța
CÉREBROL ^(M)	Franța
CLÉRÉGIL ^(M)	Franța
DÉBRUMYL ^(M)	Franța
PHARMATON ^(M)	Franța
RISATAPUN ^(M)	Franța
TONIBRAL ^(M)	Franța.

● **VINPOCETINA**^(DCI) : derivat de DMAE de tip etilester 13a-etil-2, 3, 5, 6, 13a, 13b-hexahidro-1H-indo(3, 2, 1)pirido(3, 2, 1)(1, 5)naftirdin-12-



-acid carboxilic. Are structură asemănătoare cu cea a VINCAMINEI și BORNANAMINEI. Are activitate vasodilatatoare, îmbunătățind hemodinamica cerebrală. Este folosit în insuficiența circulatorie cerebrală și tulburările de memorie. Timpul de înjumătățire plasmatic este de cinci ore. Principalul metabolit al său este acidul apovincaminic. Constituie principiul activ al mai multor produși farmaceutici, dintre care cel mai cunoscut este CAMINTON^(M) Ungaria.

● 1145. **PSIHOTAXIE** (cf. *psicho-*; gr. *taxis* „ordine, aranjament”) ● Tendință adaptativă a individului de orientare către situații plăcute (psihotaxie pozitivă) și evitare a celor neplăcute (psihotaxie negativă). Termenul a fost introdus de T.V. MOORE în 1924. Psihotaxia este în strânsă legătură cu trăsăturile de personalitate și cu modelele comportamentale învățate ale individului.

1146. **PSIHOTEHNICĂ** (cf. *psicho-*; gr. *techné* „artă manuală”) ● Ramură a psihologiei aplicate, care s-a ocupat cu studiul adaptării omului la

muncă. Principalele probleme care au constituit obiectul psihotehnicii au fost orientarea și selecția profesională, analiza profesiunilor în vederea întocmirii profesiogramelor, elaborarea și aplicarea testelor psihologice. Ulterior, unele dintre aceste probleme au fost asimilate de psihologia muncii sau au devenit obiect al unor domenii de activitate de sine stătătoare (elaborarea și studierea testelor constituie astăzi obiectul psihometriei). Deși în prezent psihotehnica nu mai există ca atare, ea are merite incontestabile în afirmarea psihologiei aplicate, prin reliefaarea importanței factorului uman în diferite domenii de activitate. Dintre aspectele ei pozitive, trebuie menționate în mod special evidențierea necesității de a corela caracteristicile personale ale lucrătorului cu cerințele locului de muncă, ceea ce a dus la întocmirea profesiogramelor, și contribuția adusă la dezvoltarea metodelor de investigație psihologică. Astăzi, ceea ce i se reproșează psihotehnicii este concepția despre atitudini, exagerarea rolului pe care-l joacă testul ca instrument de investigație în concepția atomistă asupra personalității.

1147. **PSIHOTERAPIE** (cf. *psicho-*; gr. *therapeia* „îngrijire”) ● Terapie care folosește mijloace psihologice, cu acțiune directă asupra unei maladii psihice sau asupra persoanei aflate într-o dificultate existențială, fără intervenție directă asupra somaticului. Este o formă de terapie constând într-un ansamblu de metode și tehnici psihologice care vizează fie vindecarea simptomului, fie restructurarea personalității, fie ambele aspecte. Indiferent de tipul de psihoterapie folosit, intervenția psihologică în sine se bazează pe (și folosește ca instrument) relația terapeut-pacient. Această relație funcționează cu o parte din semnificațiile ei în orice altă terapie. Ea este o relație în care se vehiculează conținuturi afective, în care pacientul exprimă atitudini emoționale inconștiente de afecțiune, de ostilitate sau ambivalență pe care persoana le-a manifestat și în copilărie, în relațiile cu părinții sau cu reprezentanți ai acestora (→ TRANSFER).

DELAY și PICHOT prezintă o anchetă efectuată pe populația franceză, vizând calitățile pe care unii bolnavi le consideră a fi cele mai importante la un medic; aceste calități reprezintă de fapt ceea ce bolnavul cere de la medicul său, indiferent dacă este sau nu conștient de cerințele sale. Rezultatele anchetei sînt următoarele :

- conștiință profesională 66%
- exactitate a diagnosticului 62%
- devotament 51%

- siguranță în decizii 35%
- cunoștințe științifice 33%
- timp consacrat bolnavului 12%
- sinceritate 12%
- dezinteres 11%
- cordialitate 8%
- autoritate 5%

Se remarcă faptul că pe primele locuri se plasează calitățile morale, alături de cele tehnice. Boala în sine, indiferent de natura și gravitatea ei, induce regresie; omul bolnav intră în relație cu terapeutul având o serie de cerințe pe care nu le poate verbaliza în totalitate, întrucât el însuși nu le cunoaște în întregime. El își manifestă cererea de ajutor prin ceea ce simte el, mai mult decât prin ceea ce transmite sau formulează direct. Psihoterapia, în sens larg, este implicată în orice demers terapeutic al unui specialist în relația cu pacientul său. Orice relație terapeutică vehiculează un anumit conținut (materialul adus în relație), într-un anumit mod. În sens larg și oarecum nespecific, psihoterapia tentează ameliorarea aspectelor psihice implicate într-o boală, indiferent de natura sa, deci angajarea persoanei într-o perspectivă sanogenetică. Terapeutul acționează asupra dorinței de vindecare a pacientului; el este personajul pe care pacientul îl investește pozitiv la nivel conștient, dar căruia el îi adresează și o serie de trebuințe inconștiente. Orice act medical trebuie să se înscrie pe o dimensiune securizantă, diferită esențial de securizarea (în unele cazuri) prin boală, să câștige cooperarea pacientului, să stimuleze dorința lui de vindecare, împotriva tentației lui de păstrare a bolii, cu beneficiile ei primare și secundare.



Rene Margritte : Terapeutul

În sens restrâns, psihoterapia (terapia psihologică) se definește ca intervenție terapeutică specifică și controlată asupra bolii sauși a personalității omului bolnav, intervenție care folosește un ansamblu de metode determinate, conform unei concepții (teorii) despre personalitate și despre boală. Indiferent de tehnica adoptată, psihoterapia folosește ca instrument important al vindecării relația terapeut-pacient. Psihoterapia se adresează acelor boli ale căror mecanisme și simptome sînt esențial de natură psihică, chiar dacă ele au și efecte somatice; situația psihoterapeutică este situația specifică în care o persoană-terapeut se angajează conștient, deci controlat, folosind o anumită metodă, într-o relație specifică de vindecare, urmărind dispariția sau ameliorarea simptomelor, deconștientarea mecanismelor etiopatogenice, modificarea personalității în profunzime sau la un anumit nivel, cu eliberarea resurselor persoanei în scopul creșterii eficienței sale, astfel încît între exigențele individului și exigențele realului să nu se producă și să nu se întretină o stare de conflictualitate. Orice psihoterapie vizează implicit sau explicit cunoașterea persoanei de către ea însăși. Eficiența adaptativă nu presupune suprimarea oricăror conflicte și nici aplatizarea emoțională în rezonanța persoană-lume. Eficiența înseamnă adaptare și investiție reală, nemistificată prin cunoașterea propriilor trebuințe, a semnificațiilor acestora, a posibilităților de îndeplinire. Realitatea este, originar, ambiguă, provocatoare de insecuritate, conflictuală. Ființa umană este ea însăși marcată de conflict (între dorință și renunțare, ființa se construiește pe sine într-o permanentă relație cu un altul care gratifică sau frustrează), este ambivalentă și provocatoare.

Eficiența presupune a simți, a aprecia și a alege evenimentele, situațiile, dar mai ales relațiile, astfel încît provocările realului și răspunsurile persoanei să nu se conjuge într-o sursă de transformări maladive. Psihoterapia nu face persoana imună la suferință, dar o păstrează în limitele normalității chiar în suferință. Ca terapie specializată, ca intervenție psihologică definită, psihoterapia dispune de un ansamblu de teorii, metode, tehnici și criterii de aplicare care nu pot fi aplicate decât de un specialist.

În sens larg, psihoterapia nu este o metodă terapeutică ci o atitudine psihologică în cadrul unui act medical. În acest sens (ca atitudine), ea nu are contraindicații. Ca specialitate terapeutică, ea are însă indicații și contraindicații, în funcție de metoda terapeutică folosită, de categoria simptomatică, de anumite însușiri ale subiectului (nivel intelectual, nivel de instruire, vîrstă). Există un moment optim al intervenției psihoterapeutice (după cum există un moment optim al oricărei intervenții medicale), care nu trebuie să depă-

șească o anumită fază de constituire și evoluție a simptomelor. Există, de asemenea, o limită (nu foarte strictă, dar importantă) de vîrstă. Accesibilitatea la psihoterapie este crescută în măsura în care : pacientul nu a depășit vîrsta de 45 de ani ; pacientul dorește în mod real să se vindece ; pacientul dispune de o capacitate comprehensivă de nivel mediu/bun ; personalitatea nu este structurată ca o dizarmonie de nucleu ; boala nu este constituită într-un timp îndelungat (nu există o organizare patologică bine stabilită în sistemul personalității). Indiferent de indicații și contraindicații, este deosebit de importantă dorința reală de vindecare a pacientului, dorință care nu se identifică cu ceea ce pretinde el, în mod conștient, că dorește. Există cure terapeutice care sînt în exclusivitate psihoterapii și psihoterapii care uneori se asociază unor terapii medicamentoase. Implicațiile psihoterapeutice ale oricărui act medical au, ca opus al lor, iatrogenia (contravenție la principiul hipocratic „primum non nocere”).

Indicațiile psihoterapiei, ca metodă specifică de tratament, se referă la :

- nevroze (nevroză anxioasă, isterie, nevroză obsesională, fobii, în general la orice nevroză) ;
- perturbări adaptative (în special de integrare socială) ;
- criza de adolescență ;
- dezechilibrul psihic provocat de o situație stresantă sau traumatizantă, pe care persoana nu o poate depăși (eșec, dificultăți profesionale, dificultăți familiale, doliu) ;
- tulburări de dinamică sexuală ;
- toxicomanii, perversiuni sexuale (limitat) ;
- cazuri borderline (limitat) ;
- psihoze (o anumită formă de psihoterapie și doar în anumite cazuri) ;
- bolile psihosomatice.

1148. **PSIHOTERAPIE — clasificări** ● Există două mari categorii de sisteme psihoterapeutice (Eugene T. GENDLIN) :

- Sisteme centrate asupra conținutului (conținuturile persoanei și ale experiențelor sale normale și patologice) ; aceste sisteme operează cu o serie de concepte și insight-uri, lucrînd cu și asupra conținuturilor bazale, asupra semnificației și influenței lor, a structurii lor de-a lungul existenței. Din această categorie fac parte: psihanaliza, analiza jungiană, analiza tranzacțională, psihoterapia adleriană și, în general, toate psihoterapiile de inspirație analitică. Sînt sisteme terapeutice care se bazează, esențial, pe o anumite teorie.
- Sisteme terapeutice tehnice ; aceste sisteme se bazează pe o anumită procedură, pe faptul că persoana are nevoie, pentru a

se schimba, de anumite proceduri sau tehnici. Ele reprezintă orientări mai noi, care nu au la bază o teorie minuțios elaborată, dar folosesc proceduri sau tehnici experimentate și relativ validate. Din aceste sisteme fac parte : Gestaltterapia, terapia rațional-emoțională, terapiile comportamentale, terapia centrată pe subiect. Sînt terapii focalizate pe situația prezentă și nu folosesc analiza și interpretarea.

Această clasificare ia în considerare trei criterii esențiale : teoria care fundamentează (eventual generează) sistemul psihoterapeutic, metoda psihoterapeutică particularizată la relația terapeut-subiect și scopul urmărit în procesul psihoterapeutic. În ceea ce privește scopul, delimitarea lui nu este esențial diferită în raport cu cele două categorii de sisteme (exceptînd terapiile comportamentale care se centrează exclusiv pe comportament), întrucît aproximativ toate psihoterapiile urmăresc schimbarea persoanei, în următoarele accepțiuni :

- identitatea cu sine și acceptarea de sine (cunoașterea propriilor trebuințe, acceptarea lor, împlinirea lor nonconflictuală) ;
- acceptarea lumii (a celuilalt, a obiectului) așa cum este ea ;
- autenticitatea și spontaneitatea în relația conștientă cu celălalt ;
- eficiență în acțiune și în alegere, fără cheltuire redundantă de energie psihică ;
- o rezolvare simptomatică, de la ameliorare semnificativă, la vindecare.

Indiferent de teoria pe care o elaborează sau la care aderă și de metoda folosită, toate aspectele mai sus enumerate ale sistemelor psihoterapeutice interesează. Au fost elaborate numeroase clasificări ale psihoterapiilor, printre care mai cuprinzătoare, dar nu și exhaustive, pot fi considerate următoarele :

● După H. EY, există două mari categorii de psihoterapii :

- Psihoterapiile individuale, din care fac parte :
 - psihanaliza ;
 - psihoterapiile de inspirație analitică ;
 - alte psihoterapii analitice (psihoterapia lui JUNG, psihoterapia lui ADLER, psihoterapia „non-directivă” a lui ROGERS, analiza existențială a lui BINSWANGER) ;
 - hipnoza și sugestia ;
 - reveria dirijată (R. DESOILLE) ;
 - arteterapia ;
 - terapiile de relaxare (SCHULTZ, JA COBSON, Yoga, Zen, VITTOZ)
 - narcoanaliza și oniroanaliza ;
 - terapiile de deconșionare (psihoterapii comportamentale).

- Psihoterapiile colective, din care fac parte :
 - psihoterapiile de grup :
 - bazate pe dinamica grupului ;
 - bazate pe tehnici derivate din psihanaliză (psihanaliza de grup și psihoterapia analitică de grup) ;
 - bazate pe tehnica psihodramatică și dramatică (psihodrama moreniană, psihodrama analitică) ;
 - psihoterapia „cazului de tratat” ;
 - cura de somn colectiv ;
 - psihoterapiile instituționale și comunicare :
 - ergoterapia ;
 - comunitățile terapeutice.
 - Clasificarea propusă de școala de la Timișoara (Caiet metodologic de psihoterapie, 1987) :
 - Psihoterapiile comprehensive (ipoteză teoretică : efectul terapeutic se obține prin înțelegerea sensului inconștient sau existențial al suferinței, procesul terapeutic se bazează pe relația transferențială), din care fac parte :
 - psihoterapiile psihanalitice :
 - psihanaliza ;
 - psihoterapii analitice diferite de psihanaliză ;
 - psihoterapii scurte de inspirație analitică ;
 - Gestaltterapia ;
 - psihoterapia „non-directivă” Rogers ;
 - analiza tranzațională (E. BERNE) ;
 - logoterapia (FRANKL) ;
 - analiza existențială (L. BINSWANGER)
 - psihoterapiile de cuplu, familie, grup :
 - terapia cuplului ;
 - terapia familiei ;
 - psihoterapiile de grup ;
 - psihoterapiile desfășurate în grup și psihodrama ;
 - grupul Balint.
 - Psihoterapiile operaționale (ipoteza teoretică : procesul învățării marchează întreaga existență a individului, generând distorsiuni cognitive care se pot rezolva prin desensibilizare și reînvățare), din care fac parte :
 - psihoterapiile comportamentale ;
 - metode cognitive (predominant cognitive la schizofreni, cognitive și comportamentale la depresivi).
 - Psihoterapiile anticomprehensive (ipoteză teoretică insuficient conturată, metodele vizează stratul „preverbal” al personalității ; sînt terapii bazate pe sugestie și relaxare), din care fac parte :
 - hipnoza terapeutică ;
 - psihoterapiile de relaxare ;
 - sofroterapia.
- Optăm pentru următoarea clasificare :
 - Psihoterapiile individuale, din care fac parte :
 - terapii dialectice :
 - psihanaliza ;
 - alte terapii de inspirație analitică ;
 - analiza existențială ;
 - analiza tranzațională ;
 - psihoterapia „non-directivă” Rogers ;
 - psihoterapii scurte de inspirație analitică ;
 - logoterapia (FRANKL) ;
 - terapii sugestive și hipnotice :
 - hipnoza ;
 - reveria dirijată (R. DESOILLE) ;
 - metodele de relaxare (SCHULTZ, JACOBSON) ;
 - bio-feedback ;
 - subnarcoza barbiturică ;
 - terapii comportamentale :
 - inhibiție reciprocă ;
 - imersie sau inundare ;
 - inhibiție condiționată sau practică negativă ;
 - aversiune ;
 - condiționare pozitivă ;
 - terapii ale creativității :
 - artterapia ;
 - meloterapia ;
 - ergoterapia.
 - Psihoterapiile colective, din care fac parte :
 - psihoterapia de grup :
 - psihoterapii analitice de grup :
 - grup analitic ;
 - psihanaliză de grup ;
 - psihoterapii dinamice de grup :
 - grup de susținere ;
 - psihoterapii alternative :
 - psihodrama moreniană ;
 - terapia familiei ;
 - socioterapia :
 - comunitatea terapeutică ;
 - resocializarea.

1149. **PSIHOTERAPIE ADLERIANĂ** ● Sistem psihoterapeutic care are la bază o teorie a personalității centrată asupra complexului de inferioritate, cu origine în inferioritatea organică ; se bazează pe interpretarea stilului de viață al subiectului, în special pe interpretarea conduitelor de succes și eșec. Psihoterapia adleriană se afirmă ca demers educațional, în scopul dezvoltării interesului social prin modificarea sistemului de valori al individului, mai ales al valorilor deficitare. Procesul psihoterapeutic este orientat spre relevarea „greșelilor de bază”, a distorsiunilor cognitive, urmînd ca pacientul să decidă singur asupra orientării sale viitoare (dacă își va continua sau își va schimba stilul de viață).

Scopurile procesului terapeutic (considerat ca proces educațional), sînt următoarele :

- creșterea interesului social ;
- scăderea sentimentului de inferioritate ;
- modificarea stilului de viață, prin conștientizarea erorilor care stau la baza lui, implicînd dificultăți adaptative ;
- schimbarea motivației deficitare ;
- determinarea persoanei să-și accepte egalitatea cu ceilalți ;
- determinarea persoanei să devină cooperantă în relațiile sale cu ceilalți.

Procesul psihoterapeutic are în vedere următoarele repere de bază :

- construirea și păstrarea unei relații psihoterapeutice „bune” (în sens freudian, ar fi o relație care implică predominant aspecte transferențiale pozitive) ;
- înțelegerea stilului de viață al pacientului ; „formularea” legii individuale a pacientului (înțelegerea dinamicii sale personale) ;
- interpretarea, avînd drept consecință „insight-ul” ;
- reorientarea, parte finală a procesului terapeutic, revine la faptul că pacientul își modifică atitudinile în sensul intereselor sale, el se investeste mai sigur și mai eficient.

Acest proces terapeutic este fundamentat pe următoarele principii ale psihologiei adleriene :

- psihologia pune accent pe subiectivitate în cunoașterea individuală ;
- persoana reprezintă o unitate indivizibilă, ea se angajează în plan social și într-o perspectivă teleologică (finalistă) ; așadar, persoana poate fi înțeleasă în contextul relațiilor sale interpersonale, ca element într-o configurație socială ;
- scopurile ideale specifice individului sînt : realizare de sine, expansiune (împlinire) a ființei, întărire a sentimentului social ;
- omul este o ființă liberă, care alege, decide, acționează în funcție de stilul său de viață ; atributele de „bun” și „rău” nu sînt înnăscute, ele reprezintă un mod de a fi pe care omul îl construiește singur ; într-o anumită măsură, omul alege ceea ce i se întîmplă în funcție de poziția sa particulară în și față de viață ;
- formarea individului și ceea ce el devine în procesul acestei formări poartă amprenta configurației familiale și a altor medii ;
- este importantă, în existența unui individ, cooperarea cu ceilalți ;
- inferioritatea femeii aparține codului cultural, tot acestui cod îi aparține și superioritatea bărbatului ;

- etiologia nevrozei este eșecul ; el apare ca urmare a unor deficiențe de învățare, deficiențe care la rîndul lor generează și implică distorsiuni perceptive și cognitive.

Concepte de bază în teoria adleriană asupra personalității :

- constelație familială, configurație de relații (roluri, statute) în care copilul se dezvoltă, în care este mai mult sau mai puțin primit și în care el învață să se facă înțeles ; este mediul care determină formarea primelor impresii, concepții și judecăți de valoare despre sine și despre ceilalți ;
- stilul de viață se construiește ca sistem de atitudine, opinii, convingeri, așteptări, percepții centrate pe imaginea individului despre sine și despre lume (mai ales pe aprecierea propriei persoane și a celui alt) ; stilul de viață conține (după MOSAK, 1954) : concepția reală despre sine (the self-concept), concepția ideală despre sine (the self-ideal), imaginea despre lume (das Weltbild) și codul etic ;
- sentimentul de inferioritate, generat de discrepanța dintre concepția reală despre sine și concepția ideală despre sine (între convingerile persoanei despre ceea ce ea este și despre ceea ce ea ar trebui să fie, ar dori să fie) ;
- sentimentul de inferioritate caracterizează esențial ființa umană, în sensul că existența însăși este o înlănțuire de situații marcate de trecerea de la inferior la superior (... a fi om înseamnă a te simți inferior ... ; istoria omenirii este istoria sentimentului de inferioritate și a încercărilor de a găsi o soluție” — ADLER, 1954) ;
- inferior-superior trimite la feminin-masculin ; atitudinea protestatară a femeii are drept scop egalizarea cu bărbatul ; atitudinea protestatară a bărbatului are drept element principal dorința de a fi în mod real bărbat ; societatea modernă și contemporană favorizează bărbatul, deoarece civilizația noastră este o civilizație de tip patern (FROMM) ;
- inferioritatea antrenează culpabilitate ;
- sentimentul inferiorității nu este, prin el însuși, patologic ; în mod normal, el este prezent la toți oamenii, intrînd chiar în alcătuirea materiei vii, a cărei mișcare a fost, de la apariția ei, ascendentă ; sentimentul de inferioritate devine patologic dacă degenerază într-un complex de inferioritate, care provoacă inadaptare, inadecvare, simptom ; această trecere a sentimentului de inferioritate în complex de inferioritate traversează stilul de viață al individului, stil care nu este decît parțial conștient

și care constă într-o organizare cognitivă particulară, mai mult decât într-o organizare comportamentală;

- iubirea (acordată și/sau cerută) se bazează de asemenea pe elemente cognitive; nevroza apare ca urmare a discrepanței între ceea ce persoana știe că ar dori să simtă și capacitatea de a simți ceea ce știe că dorește (deci între dorința conștientă și puterea de a o realiza); schema de funcționare a nevroticului este „da, dar” (s-ar traduce prin: „știu ce aș dori, dar nu pot pentru că sînt bolnav”); în acest sens, persoana își construiește nevroza (judecări, emoții, atitudini care vizează superioritatea); persoana își întemeiază eșecul, îl face să devină durabil prin faptul că se angajează în scopuri fictive, în încercări false, folosindu-și exagerat mijloacele (fie desfășurînd o activitate exaltată, fie refugiindu-se într-o pasivitate exagerată);
- suprastructura psihică compensatorie este baza caracterului nevrotic, marcat de dorința de virilitate (→ COMPENSARE).

Relația și cura terapeutică se construiesc ca proces de cooperare și nu de rivalitate (luptă). Scopurile terapeutului și ale pacientului se vor delimita în procesul terapeutic și vor căpăta același sens. Se vor delimita de asemenea problemele rezistenței și ale transferului. Terapeutul nu va intra în jocul pacientului și nu se va conforma așteptărilor sale, chiar dacă pacientul se va simți, într-o primă fază a terapiei, neînțeles și neiubit. Pe măsura înaintării în terapie, pacientul va învăța (prin descoperire) că el participă activ la construirea relațiilor sale bune și rele, că această construcție, în măsura în care antrenează eșecuri, are la bază distorsiuni cognitive, așteptări și anticipări nejustificate. Terapeutul va căuta să înțeleagă stilul de viață al pacientului, în ce măsură acest stil conține erori esențiale (generalizări definitive, false formulări, percepții și concluzii eronate, autodeprecieri, false aprecieri referitoare la propria persoană și la ceilalți, valori deficitare). Terapeutul va căuta să aprecieze în ce măsură pacientul își cunoaște adevărata valoare, va acorda atenție tuturor manifestărilor pacientului în relația terapeutică (gesturi, limbaj, discurs, producții imaginare, vise). După ADLER, visul este orientat mai mult spre viitor decât spre trecut; deci, visele ar semnifica „răspunsuri posibile la problemele imediate” sau răspunsuri la dorințe proiectate în viitor. Ca acțiuni tehnice, aderenții folosesc discursul liber, jocul de rol, tehnica scaunului (discursul în fața unui scaun gol — SHOOPS, 1964). Terapeutul va funcționa ca model, ca ființă care se acceptă pe sine și pe ceilalți, în stare să coopereze cu ceilalți așa cum sînt ei.

Psihoterapia adleriană se aplică în nevroze, în tulburări de adaptare, tulburări de dinamică sexuală, în instituții (centre) sociale de educare și reeducare, în centre de îndrumare și consiliere, în terapia de grup. Din psihoterapia adleriană au derivat: școala ego-psihologică, psihoterapia rațional-emoțională (A. ELLIS) și concepția umanistă a lui MASLOW.

1150. PSIHOTERAPIE ANALITICĂ DE GRUP ●

Formă a psihoterapiei de grup care urmează modelul psihoterapiilor analitice individuale; constă în verbalizarea unor evenimente prezente sau trecute, vise, fantezii, fantasmе, și în interpretarea acestora. Grupul este condus de un terapeut analist și de câțiva asistenți (co-terapeuți) de formație psihanalitică. Caracteristicile definitorii ale grupului analitic ar fi: comunicarea verbală prin metoda „asociațiilor de grup” (discuție liberă), echivalentă cu asociația liberă din cura psihanalitică; analiza conținuturilor vehiculate în comunicare, atât în ceea ce privește conținuturile manifeste, cât și în ceea ce privește conținuturile latente (interpretarea lor). Este o psihoterapie esențială și radicală dar, spre deosebire de psihanaliza individuală, ea se concentrează asupra momentului prezent, asupra tranzacțiilor stabilite în situație, și mult mai puțin asupra originii profunde a simptomelor. În contextul acestei metode, diferitele strategii particulare de acțiune ale membrilor grupului au o desfășurare pe orizontală, spre deosebire de psihanaliză, în cadrul căreia procesul se desfășoară vertical. Transferul se realizează simultan la nivelul relațiilor dintre membrii grupului, dar și la nivelul relațiilor dintre membrii grupului și terapeut (fiecare membru al grupului întreține, deci, două categorii de relații).

Psihoterapia analitică de grup vizează analiza, înțelegerea și modificarea relațiilor interindividuale, conform principiului că simptomele și, în genere, perturbările mintale rezultă din cîmpul relațiilor pe care individul le stabilește și în care el se implică. Dorința de vindecare a subiectului nu este totdeauna o dorință completă, întrucît el dorește o îmbunătățire a situației nu prin schimbarea sa, ci prin schimbarea celorlalți, individul evitînd asumarea responsabilităților pe care le presupune o schimbare reală. Rezistențele și defenșele la schimbare aparțin subiectului, dar și cîmpului său relațional, partenerilor săi de relație, întrucît aceștia nu vor să piardă o serie de beneficii instituite chiar prin tulburările în cauză. Conflictul intrapsihic reprezintă de fapt conflictul dintre individ și mediul său. Nevroza, reprezentînd un compromis inefficient, conține deopotrivă suferință și satisfacție; existența nevroticului (relațiile sale) se subordonează cînd suferinței, cînd satisfacției, această alternanță mobilizînd defenșele. Pe de altă parte, însași psihoterapia

analitică, operînd schimbări de profunzime, cere o suferință nouă ; în momentul în care beneficiile schimbării devin sesizabile, persoana se acceptă pe ea însăși în procesul acestei schimbări.

În psihoterapia analitică de grup sînt implicate următoarele elemente tehnice :

- sala de grup : încăpere cu mobilier impersonal, relativ izolată, în care membrii grupului sînt așezați în cerc ; terapeuții se înserează și ei în acest cerc (din punct de vedere psihologic, cercul are atribute magice ; emoțiile se mișcă centripet și centrifug, membrii grupului se pot vedea fiecare pe fiecare ; ulterior, se vor constata rezistențe la schimbarea pozițiilor, care traduc, de fapt, rezistențele din relațiile transferențiale) ;
- numărul membrilor grupului se fixează în funcție de scopurile terapiei ; pentru ca un grup să fie reprezentativ este nevoie de minimum cinci membri : cifra optimă este de șapte sau opt membri ;
- ca structură, grupul poate fi închis sau deschis (deschis-lent, cînd persoanele noi sînt introduse la anumite intervale de timp) ; cea mai bună formă de terapie intensivă este cea practică în grupul închis, cu număr limitat de membri.

Formarea grupurilor supuse procesului terapeutic este fondată pe anumite principii de selecție, în funcție de care se conturează și o anumită tipologie a grupurilor :

- grupul eterogen (persoane cu tulburări diferite — nevrotici, psihici, timizi etc.) ; în măsura în care membrii grupului se suportă între ei, potențialul terapeutic este foarte mare ;
- grupul intermediar (o relativă „asortare” a membrilor grupului) ;
- grupul omogen (simptome comune, un singur sindrom ; reprezintă un grup închis, în raport cu care terapia este intensivă ; acest tip de grup poate favoriza creșterea rezistențelor, dar și o accentuare a procesului analitic).

Ședințele de grup sînt programate, de regulă, o dată pe săptămînă. Durata optimă a unei ședințe este de o oră și jumătate. Durata terapiei este în funcție de tipul de grup (închis, lent-deschis, omogen etc.) ; media pentru un tratament intensiv este de doi sau trei ani, cu 40—45 ședințe pe an. Durata minimă este de nouă luni.

Ca precauții profilactice se recomandă : frecvență regulată, punctualitate, evitarea contactelor exterioare între membrii grupului ; terapeuții nu va impune aceste restricții, ci va informa grupul despre principiile terapiei, lăsîndu-i să le aplice singuri. Funcțiile principale ale grupului sînt : de susținere (acceptare, toleranță reciprocă)

și de analiză (interpretare și analiză a defenselor, rezistențelor, conflictelor). Începutul psihoterapiei este marcat de faptul că fiecare membru al grupului se concentrează asupra propriei persoane ; cînd membrii grupului se concentrează asupra grupului însuși, se poate considera încheiată prima fază a procesului terapeutic : este momentul de stabilire a situației analitice de grup.

Tipurile de reacții care apar în grup sînt reprezentative pentru conflictele în grup, care se articulează în esență la relația părinte—copii. Astfel, în grup se manifestă : reacții de conformitate (fiecare membru respectă normele impuse de grup) ; reacții de autoritate (întirzieri, încălcări ale regulilor grupului, care au la bază „complexul patern”) ; reacțiile de dependență (care presupun o regresie a membrilor grupului față de terapeut și pot fi rezolvate prin atitudinea terapeutului ; aceste reacții reprezintă, în majoritatea cazurilor, reactivarea unor conflicte sau complexe constituite în copilărie) ; reacțiile la schimbare (legate de rezistențe, de beneficiile bolii ; pot să apară la anumiți membri ai grupului sau la grup în ansamblul său ; rezistența este determinată de rezerva pe care o persoană o are în fața elementelor necunoscute, implicate de orice schimbare, manifestîndu-se mai puternic la nevrotic, datorită ambivalenței dorinței lui de vindecare).

1151. PSIHOTERAPIE COMPORTAMENTALĂ (TERAPIE BEHAVIORISTĂ)

● Termenul desemnează un ansamblu de metode și tehnici psihoterapeutice care se împart în două mari categorii : terapia comportamentală propriu-zisă (în sens behaviorist), bazată pe concepția și lucrările lui WOLPE, și modificările comportamentale (în același sens), bazate pe concepția și lucrările lui SKINNER. Prima categorie de teorii folosește modelul condiționării clasice, a doua categorie folosește condiționarea operantă.

Psihoterapiile comportamentale pot fi definite prin următoarele aspecte :

- comportamentul se definește ca răspuns al individului la stimuli interni și externi ;
- perturbarea comportamentului, reprezentînd dezadaptarea sau generînd-o (în plan afectiv, cognitiv, motor sau în mai multe planuri), este o consecință a unei învățări neeficiente ;
- psihoterapia comportamentală folosește legile învățării într-o situație experimentală, astfel încît comportamentul headaptat poate fi înlocuit cu unul eficient, adaptat.

Ca elemente caracteristice ale psihoterapiei comportamentale pot fi considerate :

- centrarea asupra comportamentului inadecvat, considerat simptom ;
- scopul terapiei constă în modificarea comportamentului inadecvat ;

- scopul terapiei se stabilește în contactul terapeutic ;
- terapia se desfășoară în prezent, aici și acum, nu se acordă atenție cauzalității profunde care a generat simptomul ;
- terapia are patru faze : delimitarea aspectului comportamentului inadecvat (cînd a apărut, în ce împrejurare, cum anume și în ce situații continuă să apară) ; delimitarea simptomelor-țintă și a scopurilor terapiei ; alegerea unei tehnici psihoterapeutice (sau a cîtorva, stabilirea unui program) ; evaluarea rezultatelor în raport cu stadiul anterior terapiei ;
- terapia folosește teoriile și legile învățării și aplicarea lor experimentală ; schema comportamentului este schema stimul— reacție (S—R) ; schimbarea comportamentului în procesul psihoterapeutic este urmărită mai ales sub aspect relațional.

Articularea conceptelor de bază ale psihoterapiei comportamentale se bazează pe faptul că formarea personalității se realizează printr-o serie de procese de învățare, în cazul relațiilor individ—mediu ; comportamentul inadecvat este rezultatul unei învățări inadecvate ; acest comportament este corectat printr-o altă învățare, în cadrul unor experiențe adecvate. Practic, ceea ce se schimbă printr-o psihoterapie comportamentală nu este numai simptomul delimitat ca atare, ci întreg comportamentul în care simptomul se integrează.

În teoria și practica psihoterapiilor comportamentale, precum și în perspectiva teoriei asupra personalității, au fost elaborate și utilizate concepte, principii și metode de bază :

- validarea empirică sau evaluarea beneficiului terapeutic se face în funcție de modul în care scopurile terapeutice se ating prin modificările comportamentale ; se poate schimba tehnica în cazul în care scopurile terapeutice nu se realizează prin tehnica aleasă inițial ;
- importanța acordată procesului de schimbare, în experiența concretă a schimbării ; terapeutul este activ, el poate da sugestii în mod direct ;
- pacientul nu este interpretat ca bolnav, ci ca persoană în dificultate, terapeutul avînd rol de consultant pentru a-și determina (învăța) interlocutorul să își formeze comportamente și atitudini eficiente (deci nu există un model medical) ;
- nu se interpretează „rezistențele” pacientului ; ceea ce apare ca rezistență („nu pot să fac asta”) se consideră ca o incapacitate a pacientului datorată anxietății sale, care împiedică învățarea unor noi comportamente ;

- orientarea pe situația prezentă și spre viitor, nu spre trecut ;
- persoana dispune de senzori multiple, self-ul definindu-se ca ansamblu funcțional de răspunsuri, iar conștiința ca descriere a unui comportament propriu ;
- trăsătura (la care se referă teoria factorială asupra personalității) reprezintă, la comportamentaliști, un comportament în desfășurare ;
- self-controlul reprezintă un comportament controlat, indiferent de condițiile mediului exterior ;
- condiționarea clasică implică faptul că învățarea revine la achiziția răspunsului condiționat (este condiționarea pavloviană) ;
- condiționarea operantă implică faptul că răspunsul este întărit prin consecințele sale (întărire pozitivă, în cazul unei sancțiuni pozitive) ;
- întărirea negativă nu se confundă cu pedeapsa, ci se referă la faptul că răspunsul se consolidează prin însăși proprietatea sa de a pune capăt unei aversiuni ;
- contingențele de întărire se referă la faptul că un răspuns, odată învățat, poate apărea în situații în care subiectul nu este implicat direct, deci în situații întâmplătoare ;
- autoîntărirea este urmarea controlului asupra elementelor întâmplătoare externe ;
- controlul stimulului este un tip particular de întărire, constînd în faptul că un comportament poate fi pus sub controlul unor stimuli discriminativi ;
- stingerea unui răspuns condiționat se obține prin prezentări repetate ale stimulului condiționat, fără stimulul necondiționat, -sau prin repetarea performanțelor, fără întărire ; stingerea apare cînd consecințele răspunsului sînt nule ;
- generalizarea constă în faptul că un răspuns condiționat poate să apară și în situații cu stimuli analogi stimulilor care au condiționat răspunsul ;
- există patru forme de condiționare operantă : întărirea pozitivă, evitarea consecințelor negative, anularea lor, stingerea răspunsului ; condiționarea clasică devine caz particular al condiționării operante ;
- psihoterapia este un proces de învățare colectivă ; orice comportament reprezintă răspunsul la un stimul, extern sau intern ;
- relația terapeutică este o relație directă, de colaborare ; terapeutul nu va emite judecăți de valoare, îl va înțelege și accepta pe pacient și îl va orienta spre atingerea scopurilor sale ;

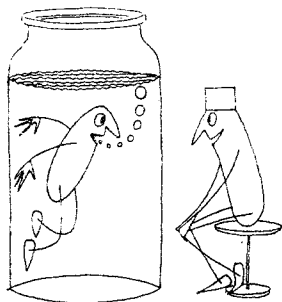
- se va face o analiză amănunțită, de tip anamnestic, a comportamentului inadecvat, a situațiilor în care a apărut, a modului cum a apărut, a situațiilor care influențează comportamentul; terapia este centrată asupra prezentului, dar analiza funcțională va culege date și despre trecutul pacientului;
- terapeutul are un rol activ-directiv, dar nu autoritar; el va explica pacientului, eventual exemplificând, cum se învață comportamentele inadecvate și cum se rezolvă ele prin experiențe corective.

Cele mai folosite tehnici în psihoterapia comportamentală sînt: desensibilizarea sistematică, flooding (sau tehnica imersiunii), tehnica asertivă, economia de jetoane, tehnici aversive, tehnici cognitive.

1152. PSIHOTERAPII COMPORTAMENTALE

— tehnici ● Ansamblu de metode ale învățării corective, dintre care mai importante sînt:

- Desensibilizarea sistematică (WOLPE, 1958) care constă în reducerea anxietății prin contracondiționare în situație de relaxare. Pacientului aflat în stare de relaxare i se prezintă gradat stimuli provocatori de anxietate (de la cel mai anxios, la cel mai puțin anxios). Pacientul va practica zilnic relaxarea, pînă va deveni constant de agenției anxioși; în felul acesta, anxietatea dispare. Se obține o decondiționare, mai întîi în situații imaginare, apoi în situații reale. Pentru relaxare se folosește tehnica Jacobson sau orice altă formă scurtă de relaxare. În cazul în care subiectul nu reușește să-și imagineze situația, desensibilizarea se va practica *in vivo*: pacientul se va relaxa, apoi i se vor prezenta obiecte anxioșe. Se aplică mai ales în fobii.



- Floodingul (tehnica imersiunii): pacientului i se prezintă în imaginație sau *in vivo* stimuli provocatori de anxietate, fiind menținut

într-o situație anxioasă care va declanșa apariția și stingerea răspunsului. Se va continua ședința pînă cînd se va obține răspunsul cu cea mai slabă anxietate, comparativ cu răspunsul inițial. Durata unei ședințe este de 1—2 ore. Stingerea răspunsului poate dura 3 ore. Tehnica a fost folosită de MALLESON (1959).

- Tehnica implozivă (STAMPEL și LEVIS, 1967), care combină elemente din psihanaliză și din teoria învățării. Folosește teme provocatoare de angoasă, cu material oedipian; subiectului i se recomandă să se mențină în această scenă pînă cînd starea de anxietate dispare. Durata terapiei este între 1—10 ședințe. Se folosește ca și tehnica imersiunii (flooding) în fobii, obsesii, reacții anxioșe la diverse situații sociale generatoare de anxietate.
- Trainingul asertiv (terapia asertivă) care vizează modificarea comportamentului interpersonal inadecvat al subiectului. Pacientul este încurajat să fie el însuși, să-și exprime ideile și emoțiile proprii și să le respecte pe ale celorlalți. Terapia asertivă este o terapie a afirmării de sine (terapia celei mai „potrivite” expresii, după GOLDENSTEIN, 1976). Terapeutul va delimita, împreună cu pacientul, situațiile și relațiile interpersonale semnificative care provoacă stări (emoții) de inferioritate și culpabilitate. Terapeutul va arăta apoi pacientului care este răspunsul minim eficient la situațiile în cauză. Sînt folosite, în acest scop, situații din ce în ce mai complexe. Se folosește jocul de rol (modeling) cu pacientul, ulterior terapeutul și pacientul putînd inversa rolurile. Pacientul va repeta propriul său rol pînă la scăderea anxietății. Reprezentanții ai terapiei asertive sînt R. ALBERTI, M. EMMONS, 1970; LANGE; YARUBOWSKI, 1976.
- Tehnicile aversive, de provocare a aversiunii, cu stimuli punitivi. Aceste tehnici merg de la stimulările electrice, la scene sau imagini foarte neplăcute. O tehnică aversivă se folosește cînd au eșuat alte tehnici ale terapiei comportamentale. De exemplu, sensibilizarea internă constă în a-și spune subiectului să-și imagineze consecințe neplăcute, legate de comportamentul ineficient. Metoda se aplică în tabagism, alcoolism, obezitate. Aversiunea condiționată dezvoltă un comportament de autocontrol.
- Economia de jetoane (KAZDIN, 1977), tehnică folosită pe scară largă cu pacienți psihotici cronici internați; se bazează pe modelarea operantă și pe întărirea prin stimuli exteriori. Terapeutul, împreună cu pacien-

tu, delimitează comportamentele care trebuie modificate; se organizează apoi o restructurare a mediului, astfel încât comportamentele eficiente să fie întărite, iar cele ineficiente să fie stinse. Economia de jetoane se folosește în structurarea unor programe din mediul spitalicesc, în instituții azilare, vizând atitudinile pasive, izolarea, retragerea. Această tehnică constă în elaborarea unor programe de activități la care participă pacienții, gradul de participare fiind marcat prin jetoane pe care ulterior pacienții le schimbă între ei pentru alte gratificații. Jetoanele reprezintă o întărire a comportamentelor eficiente și dorite. Se pune însă problema menținerii comportamentului după încetarea programului; de aceea, programul trebuie să aleagă acele comportamente care pot fi întărite în mod natural.

- Tehnicile cognitive (A. BECK, 1967; A. ELLIS, 1962) care consideră că o serie de tulburări psihice au la bază anumite distorsiuni cognitive (MAHONEY, 1974). Terapia cognitivă are la bază următorul principiu: modul de gândire al unei persoane determină modul de simțire și de comportament; așadar, modificarea comportamentului și a emoțiilor depinde de modificarea cogniției. Terapia cognitivă consideră că învățarea are caracteristici predominant cognitive. Un comportament implică:
 - relația stimul-răspuns;
 - schema de anticipare a subiectului (așteptarea sa), care orientează selecția informației; această schemă poate fi înăscută sau dobândită (COTTRAUX, 1981).

Controlul asupra comportamentului depinde de aceste două aspecte, deci de stimuli din mediu și de așteptările subiectului. După teoria lui BANDURA (1977), influențele exterioare modifică diverse comportamente în măsura în care aceste influențe creează sau întăresc anumite scheme de așteptare. Comportamentul, în ansamblul său, constituie stilul de viață. Percepția de sine generează anumite alegeri care se înserează, la rândul lor, în acest stil de viață. Psihoterapia cognitivă vizează modificarea schemelor de așteptare, prin diverse metode (informare, modelare, persuasiune, interpretare, reducere a anxietății de performanță). Se consideră că un comportament inadecvat, având la bază distorsiuni cognitive, poate să devină adecvat prin corectarea acestor distorsiuni. De exemplu, o stare depresivă psihotică poate avea la bază distorsiuni care reactivează structuri cognitive potențial depresogene, achiziționate în copilărie; prin aceste structuri, subiectul percepe o

informație exterioară, dar o evaluează greșit, ceea ce se va repercuta negativ asupra stării afective. După BECK, există câteva mecanisme ale evaluării cognitive eronate:

- evocare selectivă și abstractizare a evenimentelor neplăcute;
- exagerarea semnificației evenimentelor minore;
- provocarea arbitrară a evenimentelor neplăcute.

Triada cognitivă negativă prin care se întemeiază comportamentul depresiv este reprezentată prin:

- autodevalorizare;
 - viziune pesimistă asupra realității și a existenței proprii;
 - viziune pesimistă în orientarea spre viitor.
- Această triadă generează evitare, pasivitate, blocajul expresiei emoționale, blocajul comunicării.

Ca metode terapeutice, cognitiștii folosesc:

- implicarea subiectului în sarcini cu dificultate gradată;
- programe zilnice de activități;
- tehnici comportamentale (în special, tehnica asertivă);
- delimitarea erorilor cognitive;
- antrenarea pacientului în evaluări realiste;
- provocarea unor stări afective opuse depresiei.

- Alte tehnici în psihoterapiile comportamentale sînt: terapia rațional-emoțională a lui ELLIS (→ PSIHOTERAPIE RAȚIONAL-EMOTIVĂ), terapia prin intenție paradoxală (hipnoză, stingerea-prevenirea răspunsului, schimbarea modelelor comunicării), tehnica contingentelor de întărire (condiționare operantă), imitarea de modele (învățare prin imitare), terapia prin contact (condiționare operantă), bio-feedback.

1153. PSIHOTERAPIE CONFIGURAȚIONALĂ (GESTALTTERAPIA)

● Sistem psihoterapeutic noninterpretativ și existențial, aparținînd lui Frederic S. PERLS, centrat spre conștientizarea experienței prezente, a autoreglării organismului și a limitelor sale. Terapia se focalizează pe proces și nu pe conținuturile acestui proces, urmărind creșterea responsabilității persoanei în acțiunile sale. Dificultățile pe care le întâmpină persoana în existența sa nu s-ar datora unei incapacități funciare, ci faptului că individul a introiectat, pe parcursul formării sale, modelele atitudinale neadecvate cu propriile trebuințe. Interiorizînd atitudinile altora (părinți, profesori), el interiorizează și părerile altora despre el și începe să se poarte conform acestor păreri. Sistemul operează cu următoarele principii:

- conștientizarea, atitudinea persoanei față de propria sa experiență și existență; tre-

buie să vizeze prezentul așa cum este el, atât în ceea ce privește persoana, cât și în ceea ce privește situația ;

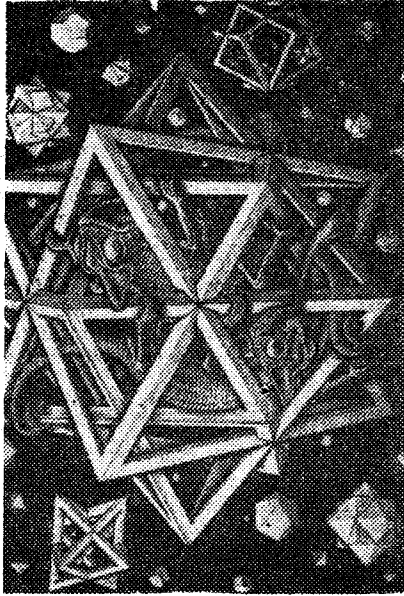
- contactul și suportul — relația individului cu lumea, care presupune o diferențiere a ceea ce este propriu persoanei față de ceea ce nu-i aparține, în funcție de ceea ce persoana asimilează și rejectează ; suportul nu conține numai elemente de susținere psihică, ci și elemente corporale (mişcări ale membrilor, ținuta, respirația etc.), care pot genera relații confortante sau disconfortante ;
- relația Eu—Tu, ca relație terapeutică — presupune asistența acordată de terapeut și participarea pacientului ; formula acestei relații ar fi următoarea : ca să te ajut să te simți bine, trebuie să mă ajuci să te cunosc, să te simt așa cum ești ;
- relația primordială a organismului cu mediul — construită pe modelul foame-hrană ; tot ceea ce există în afara organismului reprezintă hrană (fie obiect alimentar, idee, emoție etc.) ; contactul cu exteriorul urmează dinamica trebuinței de hrană ; pentru ca individul să folosească această hrană, el trebuie să o mestece, să o digere, să o asimileze ; fără aceste operații, contactul ia forma rejectului ;
- metabolismul intern intră în relație cu metabolismul schimburilor dintre individ și lume ; aceste două categorii de metabolism se află în mișcare permanentă ;
- existența se constituie printr-un număr infinit de situații nerezolvate (nefinalizate) ; aceste situații sînt „Gestalturi incomplete” ; trebuințele individuale se organizează de asemenea în Gestalturi ; astfel, Gestaltul, ca și configurație, constituie „un fenomen biologic primar” ;
- personalitatea se construiește pe straturi concentrice ; comportamentul neconștientizat aparține unor straturi care, într-un moment anume, nu intră în contact direct cu exteriorul. Aceste straturi sînt : stratul clișeeilor (cel mai superficial — conduitele politicoase, indiferente) ; stratul rolurilor (conduitele de rol care se exercită oarecum automat, masca personalității, ceea ce JUNG denuște „persona”) ; stratul „vid” (gîndirea non-conceptuală, analogă „vidului” din experiența Zen) ; stratul imploziv-exploziv (afecte, emoții, sentimente conștiente) ; stratul genuin (nucleul autentic al ființei, care nu conține nici unul din elementele achiziționate social) ;
- raportul dintre autoreglarea organismică și reglarea schimburilor organism-lume ; este importantă conștientizarea reglării intraor-

ganismice a self-controlului specific și propriu organismului ;

- autoactualizarea este diferită de actualizarea imaginii de sine (imaginea de sine poate conține și lucruri care nu aparțin în mod real persoanei) ;
- există trei modalități principale de a fi în lume (S. PERLS) : a exista în exclusivitate conform regulilor, legilor, normelor, conform cu ceea ce trebuie („shouldistic people”, persoane care se conduc după ideal) ; a exista centrat spre trecut sau spre viitor („aboutistic people”, persoane care gîndesc despre, vorbesc despre, își amintesc despre, reactualizează trecutul sau fac prognoze asupra viitorului) ; a exista în prezent, a se accepta pe sine și a-i accepta pe ceilalți așa cum sînt („isistic people”) ;
- homeostazia, principiu de bază al funcționării organismului, este în strînsă legătură cu sănătatea mintală ; această sănătate depinde de identificarea individului cu organismul său ;
- autoreglarea se bazează pe configurații de trebuințe ; o configurație de tip „formă bună” presupune echilibrarea unor trebuințe, ceea ce generează posibilitatea de a constitui noi Gestalturi ;
- polaritățile (cuplurile de forțe opuse) se produc atunci cînd individul interiorizează modele neadecvate cu organismul său ; persoana simte într-un anumit fel, și ceea ce simte nu concordă cu ceea ce știe că trebuie să simtă ;
- energia bazală a organismului este agresivă dentală ; personalitatea începe să se formeze de la fărîmîțarea cu dinții a unui obiect-hrană, acțiune prin care individul introduce în el (fizic sau mental) o serie de alte obiecte ; dacă aceste obiecte rămîn întregi, ele nu sînt asimilate și devin corpuri străine în organism ; acest lucru ar corespunde agresivității orale din psihanaliză, considerată de PERLS ca fiind biologic-primară și legată de necesitatea supraviețuirii ;
- responsabilitatea se referă la faptul că persoana normală își acceptă în mod firesc și spontan responsabilitățile, ea nu le resimte ca pe obligații străine și exterioare.

Gestaltterapie urmărește conștientizarea propriei existențe în însuși procesul trăirii, asumarea propriilor responsabilități, eliberarea persoanei de modele rigide impuse din exterior ; folosește metoda focalizării (subiectul își exprimă o problemă a sa particulară în relația cu terapeutul sau face anumite exerciții pentru a experimenta atitudinea sa față de o situație existențială), dar și unele procedee din psihos-

dramă și din analiza tranzacțională. Gestaltterapia se poate desfășura individual sau în grupuri de 12—16 persoane, cu unul sau mai mulți psihoterapeuți ; grupurile pot fi eterogene ca sex, vîrstă, profesie.



Escher

Începutul teoriei și psihoterapiei gestaltiste îl reprezintă lucrarea „Eul, foamea și agresivitatea”, publicată de PERLS în 1946, în care autorul își propune o revizuire a teoriei și metodei freudiene ; concepția lui rămîne însă impregnată de gândirea lui FREUD. După unii autori, Gestaltterapia a fost considerată o terapie existențială, după alții — o terapie corporală, întrucît ea pune accent pe funcțiunile corporale, în special pe funcția de nutriție.

1154. PSIHOTERAPIE EXPERIENȚIALĂ ● Sistem psihoterapeutic care vizează modificarea persoanei în procesul existențial prezent, prin analiza a ceea ce pacientul simte în mod concret, în raport cu diverse situații în care este implicat fizic și psihic și în raport cu dificultățile sale. Sistemul operează cu următoarele principii teoretice :

- simțul (concret) al experienței trăite (sentimentul experienței) ; este legat de aspecte ale unei situații trăite, de ceea ce subiectul percepe despre el în situație și despre situație, de trecutul reactualizat de situație sau care a generat situația, de sentimentul trăit în raport cu orice problemă existențială ;

- diferențierea — aspecte diferite ale sentimentului experienței trăite ; acest sentiment este un întreg care conține gânduri, emoții, reacții, conținuturi în continuă mișcare ; experiența le conține, dar nu se identificează cu ele ;
- continuitatea în procesul schimbării, al diferențierii individului în activitatea sa, în experiențele sale ; ființa umană nu este o entitate rigidă, fixă, procesele fizice și mintale fiind într-o desfășurare (curgere) permanentă ; continuitatea reprezintă mișcarea sentimentului experienței trăite, care este un întreg nereductibil la reacții și emoții delimitate ;
- interacțiunea permanentă a individului cu mediul în care trăiește ; această interacțiune este și de natură fizică : omul există și intră în relații cu întregul său corp ; gândurile, emoțiile, situațiile sînt trăite cu întregul corp, ființa implicîndu-se în orice împrejurare cu toate disponibilitățile sale fizice și psihice.

Psihoterapia experiențială îi are ca precursori pe KIERKEGAARD, DILTHEY, HUSSERL, BUBER, SARTRE, promotori ai existențialismului ; teoria care stă la baza acestei metode accentuează, în cadrul existențialismului, experiența. Procesul terapeutic se concentrează asupra sentimentului experienței trăite, care este integral. Relația dintre terapeut și pacient este o relație deschisă, expresivă, directă. Situația terapeutică este o experiență comună, împărtășită de ambii parteneri ai relației. Reprezentanții ai psihoterapiei experiențiale sînt : C. WHITAKER, J. WARKENTIN, T. MALONE (precursori), O. RANK, C. ROGERS, L. BINSWANGER. În America, psihoterapia experiențială a fost introdusă de Rollo MAY, care afirmă responsabilitatea și independența persoanei în raport cu „pseudodeterminismul factorilor exteriori” ; MAY folosește expresia „nevroză existențială”. Logoterapia lui V. FRANKL este și ea derivată din analiza existențială și vizează sistemul de valori al individului și modificarea semnificațiilor acestui sistem pentru ca individul să devină liber și responsabil în alegerile sale.

Terapia experiențială a fost inițiată de E. T. GENDLIN (1969, 1973). Este o terapie a autenticității : acțiunile, ideile, cuvintele, simbolurile se cunosc și se verifică sau nu în experiență (în ceea ce persoana trăiește și simte) și se bazează pe teoria conform căreia persoana este un întreg somatic, psihic și social, acest întreg implicîndu-se în fiecare moment al experienței sale. Individul nu funcționează separat pe nivele, ci ca întreg, participînd la experiență cu toate procesele sale.

Nevroza existențială reprezintă o inabilitate a persoanei de a-și trăi propria experiență în mod independent, autentic, de a avea alegeri directe

și, mai ales, acces la sursele acțiunilor sale. Lipsa autonomiei generează un sentiment de vid și de disperare, anxietate, diminuarea semnificațiilor și a valorilor existenței. Un mod de viață neautentic provoacă dezordine mintale și dezorganizarea personalității. Conformismul excesiv deformează simțul social real, simțul relațiilor cu ceilalți, inducând asumarea unor roluri artificiale. Experiența înseamnă, în primul rând, interacțiunea cu mediul; izolarea duce la non-interacțiune, deci la non-experiență; dar experiența înseamnă și ceea ce persoana simte despre ceea ce se petrece, presupunând și o interpretare a ceea ce se petrece.

În concepția terapiei experiențiale, personalitatea nu este relevantă atît de conținuturi, ci de modalități (procese) prin care individul simte, răspunde, se relaționează, deci trăiește. Psihoterapia experiențială se realizează pe două dimensiuni importante :

- planurile travaliului terapeutic ; sînt considerate patru planuri în care psihoterapia poate să acționeze : planul fizic, corporal, în care sînt folosite diverse tehnici, cum ar fi dieta, exercițiile de respirație, exercițiile yoga ; planul comportamental, în care sînt folosite tehnici din terapiile comportamentale ; planul interacțional, relațiile cu ceilalți, în care se lucrează asupra sentimentelor, emoțiilor ; planul sentimentului (global) al experienței trăite, care le include pe toate celelalte ; terapeutul poate lucra pe mai multe dintre aceste planuri sau pe unul singur ;
- modalitățile procesului terapeutic (terapeutul va fi preocupat în primul rînd de ceea ce simte pacientul, de semnificația a ceea ce simte, de modul în care el simte — „cum” —, și nu de conținutul a ceea ce simte ; terapia vizează schimbarea modalităților deficitare de a fi și de a simți).

Tehnica focalizării în terapia experiențială constă în centrarea pe ceea ce pacientul simte aici și acum ; pacientului i se cere să se concentreze pe ceea ce simte, fără să vorbească (i se spune, de exemplu : fii atent asupra acelei părți din tine în care te simți trist sau bucuros ; pacientul este lăsat să se concentreze timp de cinci secunde ; i se cere deci să se concentreze asupra lui însuși, asupra unei zone din propria sa ființă, să încerce să simtă exact acest sector, acea parte a sa). Este o experiență corporală și emoțională în același timp, o experiență a trăirii corporale, a conștientizării emoției în localizarea ei corporală. Exercițiile pot dura zece secunde, 30 secunde, un minut.

Relația terapeut-pacient trebuie să respecte două principii esențiale :

- terapeutul va acorda atenție nu numai la ceea ce pacientul spune, ci și la modul în

care el spune, cum simte el ceea ce spune ; în acest scop, trebuie observate expresia facială, gesturile, întreaga expresie corporală, tonul vocii, întreaga manifestare a pacientului ;

- terapeutul va controla și va confrunta ceea ce el personal simte, cu reacțiile pacientului ; uneori, terapeutul poate exprima direct ceea ce el simte (pentru că emoțiile și trăirile unui partener al unei relații sînt relevante și pentru celălalt partener).



Terapia experiențială urmărește formarea unui sentiment holistic al experienței trăite, care implică și modalitățile de trăire corporală. Pacientul va fi invitat să-și asiste propria sa trăire, să observe cum se formează simțul experienței la toate nivelurile corporale ; el va fi invitat apoi să spună cum anume a simțit, ce a simțit sau ce a perceput. Schimbarea mentală începe efectiv numai din momentul în care este percepută și ca schimbare corporală. Terapia experiențială folosește elemente, vocabular și proceduri din oricare alte terapii, dar în relație directă cu simțul (sentimentul) experienței trăite la toate nivelurile ființei : corporal, psihologic, social. Corpul nu este numai un sistem de mecanisme fizice și fiziologice. Există un simț lăuntric al corporalității, care se implică în diferite semnificații personale și sociale. Relația psihoterapeutică este o interacțiune mutuală în care două persoane se exprimă reciproc. Psihoterapia experiențială se poate aplica individual sau în grup, în servicii speciale de asistență, în care nu funcționează modelul terapeutic clasic. Se aplică în toate cazurile care prezintă probleme psihologice, ținîndu-se cont mai puțin de categoria nosologică ; deci se aplică pe un registru larg, de la tulburările așa-numite funcționale pînă la psihoze.

1155. PSIHOTERAPIE (DE) FAMILIE — concepte, etape, tehnici ● Ansamblu de intervenții psihoterapeutice care vizează familia ca sistem, considerînd individul ca simptom în patologia sis-

temului și centrînd acțiunea terapeutică nu pe tulburările individului, ci pe disfuncțiile sistemului. În psihoterapia de familie funcționează următoarele concepte de bază :

- familia ca sistem deschis, caracteristicile sistemului familial ;
- interacțiunile triangulare (triunghiurile) în cadrul familiei ;
- feedback-ul.

Metoda terapeutică este corelată cu caracteristicile sistemului familial : integritatea (o parte poate fi explicată și înțeleasă în interacțiunea ei cu celelalte) ; înrudirea (relațiile de înrudire, de fapt relații intrafamiliale, accentul fiind pus pe fapt — ceea ce se întîmplă — , și nu pe cauză — de ce se întîmplă ; echifinalitatea (focalizarea terapiei pe situația prezentă, aici și acum, momentul schimbării fiind însuși momentul intervenției, întrucît acesta marchează o modificare a condițiilor inițiale) — CORSINI, 1979 ; ARIETI, 1969.

Intervențiile triangulare (BOWEN, 1971) se referă la faptul că o a treia persoană (lucru, eveniment) poate reda echilibrul și stabilitatea sistemului, intervenind în momentul în care tensiunea emoțională dintre două persoane devine prea intensă sau prea relaxată (distanțare excesivă).

Feedback-ul constă în procese de modificare adaptativă proprii sistemului ; feedback-ul poate fi negativ (restaurează echilibrul prin corectarea devierilor) sau pozitiv (distrage sistemul prin forțarea schimbării și nerevenirea la o stare inițială). Feedback-ul negativ poate fi ilustrat prin comportamentul unui copil care manifestă un simptom cu semnificație în păstrarea cuplului parental (cît timp există simptomul, părinții vor rămîne împreună, sub justificarea „copilul este bolnav”). Feedback-ul pozitiv reprezintă în schimb un paradox în psihoterapie : terapeutul nu se concentrează asupra unui simptom, ci forțează problema în direcție opusă, de aici rezultînd prăbușirea sistemului.

În perspectiva psihoterapiei de familie au fost evidențiate anumite repere (legate de teoria personalității) și aspecte principale (V. FOLEY) :

- ce este o familie (trebuințele bazale, vitale, specifice membrilor familiei : trebuințele emoționale, trebuința de apartenență la sistemul familial, trebuința de intimitate ; semnificația familiei pe dimensiunea procreerii ; familia ca unitate socială ; mariajul ca relație de întemeiere a unei familii ; problema dependenței și independenței persoanelor implicate în mariaj) ;
- ce este familia „disfuncțională” (disfuncție sau boală, simptomul ca expresie a disfuncției familiale, influența fenomenelor transferențiale naturale din cadrul familiei asupra fenomenelor transferențiale din cadrul psi-

hoterapiei, disfuncția familială în raport cu satisfacerea trebuințelor membrilor familiei, trebuințe care coincid foarte rar ; disfuncția apare cînd membrii familiei nu sînt în stare de compromisuri care să evite conflictele majore) ;

- necesitatea schimbării unei familii (stadiile de organizare și funcționare ale unei familii, copiii ca element care operează o deschidere în sistemul familial, precum și o modificare a rolurilor membrilor cuplului marital, relațiile părinți-copii, momente esențiale în existența copiilor, ca de pildă intrarea în școală, adolescența, separarea copiilor de părinți) ; rolul configurației familiale a fost subliniat de ADLER ; alți autori (SULLIVAN) au subliniat importanța mamei în formarea personalității.

Așadar, terapia de familie vizează : subsistemul marital, subsistemul relațiilor dintre copii („coaliția copiilor”), homeostazia sau balanța interacțiunilor dintre cele două subsisteme.

Principalele repere în teoria asupra psihoterapiei sînt :

- schimbarea persoanei este rezultatul schimbării configurației relațiilor intrafamiliale : schimbarea se va manifesta în comportament și relație, fără a se produce în mod necesar un insight la membrii familiei ;
- istoricul relațiilor intrafamiliale este mai puțin important, atenția terapeutului focalizîndu-se asupra manifestărilor relațiilor de familie, aici și acum, în prezent ;
- nu se operează o diagnosticare propriu-zisă a tulburărilor, ci se apreciază că simptomele unui membru al familiei sînt congenerice cu simptomele manifeste ale celorlalți membri ai familiei, deci se produce o perturbare la nivelul patternurilor familiale, cu consecințe asupra întregii familii, dar în special asupra unui membru anume (Aurelia IONESCU, 1985) ;
- comportamentele generează emoții și afecte, și nu invers ; provocarea emoției devine instrument pentru schimbarea comportamentului (MINUCHIN, 1970) ;
- învățarea membrilor familiei asupra unor modalități eficiente de relaționare ; nu este importantă conștientizarea procesului de învățare, ci procesul în sine ;
- esența terapiei nu constă în analiza transferului ;
- terapeutul devine agent al schimbării, nu ca obiect de transfer, ci ca model (persoană care învață pe ceilalți, examinînd interacțiunile și evaluînd comportamentele într-o altă perspectivă ; deci, terapeutul este activ și directiv).

Etapile procesului terapeutic în psihoterapia de familie sînt următoarele (după V. FOLEY):

- interviu inițial (evaluarea problemei prezente și angajarea familiei în procesul psihoterapeutic);
- ședințele vor fi stabilite de terapeut;
- încălzirea (membrii familiei se vor așeza singuri, își vor alege pozițiile, distanțele, apropierile; în funcție de acest lucru se vor observa sciziunile și coalițiile, se va schița o prognoză asupra terapiei; în această etapă se realizează și primele contacte ale familiei cu terapeutul);
- reformularea „problemei” (familia, de fapt părinții, este invitată să motiveze solicitarea terapiei, precum și așteptările în ceea ce privește această terapie);
- extinderea problemei (diferite modalități de a pune problema, care se reformulează ca ipoteză, întrucît aceasta nu antrenează culpabilitate);
- necesitatea schimbării (faza terapiei în care familia devine conștientă de modalitățile inadecvate de a pune problemele sau de atitudinile ei inadecvate);
- schimbarea căilor de comunicare (intervenții active ale terapeutului, membrii familiei vor conștientiza faptul că relațiile familiale îi implică pe fiecare dintre ei, că dificultățile unui membru al familiei sînt dificultățile tuturor, implicînd totdeauna doi sau mai mulți membri ai familiei).



Gustave Courbet

Psihoterapia de familie folosește următoarele tehnici:

- psihodrama „în situ” (repunerea în roluri: acei membri ai familiei care întîmpină dificultăți vor fi puși să stabilească între ei o relație în timpul ședinței; ceilalți membri ai familiei vor participa la această relație);
- acțiuni în familie (sînt sugerate de terapeut; membrii familiei încearcă să găsească soluții reale, astfel ei își înțeleg și, ca urmare, își modifică comportamentul);
- „family sculpting” (recrearea familiei de origine în spațiu, folosind mijloace nonverbale; se vor reactualiza pozițiile din familia de origine; se va observa că familia actuală reia patternuri din familia de origine);

- genograma (diagrama relațiilor familiale pe parcursul a trei generații — GUERIN și DENDGAST, 1976);
- tehnici de modificare a comportamentului (tehnici aparținînd psihoterapiei comportamentale);
- tehnica familială multiplă (mai multe familii sînt luate împreună în terapie).

Durata psihoterapiei de familie (de la cîteva ședințe la cîteva ani) depinde de scopurile vizate (pentru rezolvarea simptomului — 10—15 ședințe, pentru optimizarea comunicării — 25—30 ședințe, timp de șase sau opt luni, pentru restructurarea sistemului familial — 40 de ședințe pe o perioadă mai lungă de timp).

Psihoterapia de familie este aplicată atît în probleme de familie, cît și în probleme maritale sau individuale, în tratamentul schizofreniilor (egat de recăderi), în psihozele afective, în alcoolism (Aurelia IONESCU, 1985).

1156. **PSIHOTERAPIE FILOZOFICĂ** (cf. *psicho-*; gr. *therapeia* „îngrijire”) ● Tip de terapie din grupul terapiilor cognitive, care folosește modificările inductibile în comportament și în controlul emoțiilor prin modificarea viziunii subiectului asupra lumii. Sistemul credințelor personale, al valorilor și atitudinilor individuale, Weltanschauung-ul, afectează personalitatea tot atît de mult ca și stimulii din mediu. Convingerile filozofice pot fi numite stimuli interni (V. S. SAHAKIN). Ei pot juca un rol decisiv în direcționarea acțiunilor și coordonarea modului în care individul răspunde la o situație dată. O modificare a personalității înseamnă și o modificare a filozofiei individuale. Cînd o persoană consideră un punct de vedere încorect ea se opune schimbărilor. Modificări ale personalității care pot atinge niveluri patologice și modificări ale concepției filozofice pot fi evidențiate cînd individul se lasă pradă unor convingeri religioase sau unor practici iraționale. Convingerile filozofice pot modifica afectivitatea: o filozofie pesimistă este însoțită de un comportament de tip depresiv, una optimistă — de o atitudine încrezătoare. Psihoterapia de acest tip caută să modifice sistemul convingerilor filozofice ale individului într-o direcție pozitivă, deschisă spre acțiune și viitor.

1157. **PSIHOTERAPIE (DE) GRUP** ● Ansamblu de metode și tehnici psihoterapeutice avînd ca factor principal acțiunea grupului, prin grup înțelegîndu-se un ansamblu de persoane între care se stabilesc relații psihologice reciproce atît manifeste, explicite, cît și latente, implicite. Principalele modalități de acțiune ale psihoterapiei de grup (după S. FOULKES și E. ANTHONY) sînt:

- catharsis, vindecare prin expresie (activități de grup);

- participare și acceptare, având ca urmare o restabilire a echilibrului persoanelor în cauză ;
- evidențierea conflictelor generatoare de tulburări, rezolvarea acestor conflicte.
H. EY (1975) consemnează ca metode folosite în psihoterapiile de grup :
 - tehnici bazate pe dinamica grupului („grupuri terapeutice” în diferite variante : grupuri de diagnostic, grupuri cu personal de îngrijire, grupuri de „program”, cu diferenți bolnavi) ;
 - tehnici verbale psihanalitice non-directive : psihanaliza de grup (de lungă durată, pe modelul curei individuale ; grupul este condus de un psihanalist și, eventual, de câțiva co-terapeuți ; pacienții vorbesc liber între ei, iar materialul furnizat de pacient se interpretează) ; psihoterapiile de grup pe modelul psihoterapiilor analitice individuale (psihoterapii de susținere sau de urgență, psihoterapii pe grupuri familiale reunite, grupuri de discuții, alte forme de grup) ;
 - psihoterapiile centrate pe expresia psihomotorie și verbală : psihodrama, psihanaliza dramatică de grup (bazată pe dinamica grupului, scene jucate de bolnavi și terapeuți) ;
 - psihoterapia „case-work” (tehnica anglo-saxonă, conform căreia se tratează grupul în situația reală, de exemplu, pacientul înșiși familia sa) ;
 - cura de somn colectiv (H. FAURE, 1958), aplicabilă la un grup de 5—7 pacienți ; tehnica constă în a crea tensiuni în grup, interacțiuni, schimburi oneiroide.



Psihoterapia de grup poate fi aplicată pe diferite categorii de grupuri (ANTHONY și FOULKES) :

- grupuri de activitate, constituite pe baza unei ocupații comune tuturor membrilor ei, in-

diferent de natura activității ; coeziunea grupului se menține prin faptul că membrii lui sînt convinși de utilitatea acestei activități (fizice, culturale, științifice) ;

- grupuri terapeutice care se organizează deliberat, cu scop terapeutic ; se pot centra pe o activitate, însă aceasta nu este esențială în menținerea grupului. Un rol important îi revine monitorului, care va influența participarea membrilor la grup, va face astfel încît tensiunile și conflictele să fie discutate, analizate și interpretate în grup, va stimula travaliul terapeutic astfel încît el să funcționeze, la un moment dat, independent ; în final, grupul se va accepta ca atare ; în sarcina terapeutilui vor cădea mai ales interpretările ;
- grupuri terapeutice bine individualizate, în raport cu care instrumentul principal este comunicarea verbală, grupul reprezentînd agentul terapeutic, iar fiecare membru al grupului fiind obiect al terapiei.
Condiții prealabile pentru grupul psihoterapeutic :
 - apartenența membrilor grupului la o singură rasă ;
 - fond cultural comun (sistem normativ-axiologic comun) ;
 - limbaj comun, pentru receptarea și transmiterea mesajelor fără erori ;
 - motivație din partea tuturor pacienților pentru această formă de terapie ;
 - metode care să ofere accesul la inconștient ;
 - relația terapeutică să fie o relație pe bază emoțională și să permită exprimarea tuturor membrilor grupului ;
 - bolnavul va fi luat în îngrijire în totalitate și în situația sa reală.

Grupul funcționează ca întreg, pe bază unei rețele (matrice) de interacțiuni. Terapia de grup se bazează esențial pe comunicare, ea reprezintă un travaliu al comunicării și pentru comunicare, din acest travaliu rezultînd un beneficiu pentru fiecare membru al grupului.

1156. **PSIHOTERAPIE JUNGIANĂ** ● Sistem de psihoterapie creat de JUNG, diferit de sistemul lui FREUD prin modalitatea de analiză și interpretare a viselor (modalitate care folosește referințe la mit, la arhetip, la inconștientul colectiv, la simbolurile și conținuturile mistice și religioase). În relația psihoterapeutică, transferul se bazează pe investirea analistului cu autoritate. Durata curei este inferioară celei din cura psihanalitică clasică (șase săptămîni, două ședințe săptămînal). JUNG aparține primului val de disidenți față de teoria și practica psihanalitică → PSIHANALIZĂ POSTFREUDIANĂ, INDIVIDUAȚIE, PERSONĂ, ARHETIP.

1159. **PSIHOTERAPIE NONDIRECTIVĂ (CENTRATĂ PE „SUBIECT”)** ● Sistem de psihoterapie introdus de C. ROGERS în 1951, constind într-o intervenție focalizată pe lumea interioară a persoanei, pe experiența sa subiectivă, realizată în



cadru unei relații denumite de autor „relație de sprijin/ajutor” (fr. *relation „d'aide”*): această relație semnifică întâlnirea a două persoane față în față, cu dorința și capacitatea unei persoane de a o ajuta pe cealaltă. C. ROGERS definește această relație terapeutică astfel: „relație prin care unul dintre cei doi protagoniști încearcă să-i favorizeze celuilalt dezvoltarea, maturizarea, o mai bună funcționare și o mai mare capacitate de confruntare cu viața” (1972). O astfel de relație favorizează cunoașterea resurselor interne, aprecierea propriei persoane în funcție de aceste resurse, mobilizarea resurselor într-o funcționare cât mai adecvată în interesul persoanei. În această relație, atitudinea terapeutilui se caracterizează prin următoarele aspecte:

- acceptare parentală democratică, de la terapeut la pacient;
- relație bazată pe încredere;
- interesul terapeutilui centrat asupra problematicii actuale a pacientului;
- atitudine comprehensivă a terapeutilui (dorința și încercarea de a înțelege mesajul subiectului), tratarea pacientului ca persoană, și nu ca entitate clinică (comprehenșiune empatică);
- atitudine „congruentă” autentică (în cadrul căreia sentimentul terapeutilui corespunde conștiinței terapeutilui despre acest sentiment); ceea ce terapeutil simte în mod real, este concordant cu ceea ce el manifestă în relația cu pacientul; autenticitatea terapeutilui în raport cu el însuși generează

autenticitate și acceptare în relația sa cu pacientul;

- pacientul va fi tratat ca subiect în relație (și nu ca obiect al relației), dar mai ales ca persoană care solicită un sprijin; terapia se va centra pe explorarea și pe conștientizarea sentimentelor pe care pacientul le simte ca fiind confuze, periculoase, străine;
- se va conștientiza experiența pacientului, trecută și prezentă, în cadrul relației cu terapeutil, aici și acum;
- relația terapeutică „de ajutor” este o relație de experiență în cadrul căreia pacientul devine, progresiv, el însuși, acceptându-și sentimentele și pe sine ca purtător și generator al acestor sentimente; procesul terapeutic devine, prin atitudinea terapeutilui și prin tipul de relație, un proces de trăire, de conștientizare și acceptare a propriei experiențe și a propriei persoane generatoare de experiență, fapt care întărește Eul;
- terapeutil nu va dirija, în mod activ și manifest, prin intervențiile sale, discursul pacientului.

Acest sistem psihoterapeutic este fundamentat de ROGERS pe următoarele concepte de bază referitoare la personalitate:

- natura umană este esențial pozitivă;
- omul se îndreaptă spre un nivel optim de funcționare și satisfacere; există o disponibilitate nativă spre autodezvoltare, manifestă în relațiile cu ceilalți; această disponibilitate cere relații umane pozitive, pentru ca ea să ducă la o imagine de sine armonioasă, neperturbată;
- natura umană fiind esențial pozitivă, angostă, anxietatea, narcisismul, regresia, agresivitatea (și alte manifestări semnificativ patologice) reprezintă o deformare a tendințelor umane pozitive;
- personalitatea are la bază un ansamblu de forțe esențial constructive, patologia rezultând din faptul că aceste forțe sînt blocate sau deviate prin intervenția unor condiții exterioare (influențe sociale negative);
- Eul este expresia tendinței actualizate, care are la bază manifestarea capacității de autodezvoltare;
- formarea Eului presupune conștientizarea experienței proprii, a diferenței dintre experiența proprie și experiența celorlalți, a faptului că propria persoană este diferită de ceilalți;
- Sinele (concept gestaltist) se constituie în procesul percepției Eului și al integrării relațiilor dintre Eu și lume;
- organismul, ca totalitate fizică și psihică, manifestă reacții proprii, pe care ROGERS le numește „reacții organismice”; aceste

reacții favorizează dezvoltarea resurselor organismului și susțin tendința la actualizare, generând experiențe pozitive; când reacțiile organismice nu favorizează trebuința de actualizare, ele generează experiențe negative; experiența este esențial legată de tendința la (trebuința de) actualizare;

- eficiența unei persoane presupune ca persoana să acționeze și să se comporte în relațiile cu ceilalți în funcție de ceea ce simte, să nu-și construiască o fațadă accentuat contrară în raport cu ceea ce simte;
- eficiența unei relații interpersonale depinde de acceptarea reciprocă a partenerilor relației;
- sentimentul (interior) despre experiența proprie este superior raționalizărilor asupra acestei experiențe; dacă persoana se cunoaște pe sine în propria sa experiență, ea reușește o autoapreciere mai exactă și mai eficientă decît aprecierea altor persoane despre ea;
- orice experiență proprie se ierarhizează, în totalitatea experiențelor individului, în funcție de semnificația ei (decî, orice experiență devine semnificant).

Caracteristicile procesului terapeutic privit din interior:

- procesul reprezintă o „experiență imediată a experienței” (pacientul se investighează și se descoperă pe sine în experiența sa așa cum el simte, dincolo de convingerile și raționalizările sale);
- relația terapeutică este o relație afectivă concretă (pacientul simte că este acceptat și că terapeutul se implică și el în relație);
- pacientul capătă o atitudine afectivă pozitivă față de sine (el încearcă un sentiment de satisfacție față de propria persoană);
- pacientul se descoperă pe sine în tendințele sale profunde, esențial pozitive, dincolo de exigențele și presiunile sociale;
- pacientul capătă o atitudine congruentă (autentică și spontană), ceea ce persoana simte despre sine concordînd cu ceea ce ea gîndește, raționalizează despre sine; ea nu-și mistifică atitudinile în relațiile cu sine și cu ceilalți, își însușește posibilitatea de a alege liber, în cunoștință de cauză, și își acceptă erorile și consecințele erorilor sale.

Sînt descrise șapte stadii ale procesului terapeutic; principalele caracteristici ale acestor stadii sînt:

- stadiul I — persoana refuză comunicarea directă, își refuză propriile sentimente, are atitudini rigide, nu dorește în mod real schimbarea, se comportă conform unor scheme vechi, generate de experiențele

trecute, asimilează situația prezentă acestor experiențe trecute;

- stadiul II — persoana simte că psihoterapeutul o acceptă necondiționat, comunicarea fiind mai puțin superficială, dar își simte propriile probleme ca fiind exterioare și nu se consideră responsabilă față de ele; schemele rigide se mențin, experiența imediată se ancorează în trecut; persoana nu-și trăiește propriile contradicții;
- stadiul III — discursul persoanei se articulează mai mult la sine, referindu-se la experiențele trecute; sentimentele proprii sînt privite ca neplăcute, reprobabile și exterioare; persoana își realizează rigiditatea schemelor comportamentale, însă nu le poate schimba; ea descoperă că alegerile sale sînt inefficiente (majoritatea celor care cer ajutor psihologic se află în acest stadiu);
- stadiul IV — relaxarea schemelor rigide, momente de exprimare actuală a sentimentelor, dincolo de verbalizare, tendința de a trăi în prezent însoțită de neîncredere și teamă, acceptare de sine într-o anumită măsură; relația cu terapeutul este resimțită la un anumit nivel afectiv;
- stadiul V — exprimare liberă a sentimentelor în prezent, surpriză și teamă în această exprimare, acceptarea propriilor sentimente, criticarea schemelor rigide, diferențierea sentimentelor și intențiilor, confruntarea cu propriile contradicții și disonanțe, responsabilitatea față de problemele sale;
- stadiul VI — sentimentul autentic și spontan al experienței imediate, Eul realizat ca parte integrantă a persoanei, dispariția non-congruenței, trăirea, cunoașterea și acceptarea modelelor fără teamă și fără mobilizări defensive;
- stadiul VII — trăirea imediată se nuanțează în interiorul și în exteriorul relației terapeutice, situația prezentă nu mai este articulată la scheme anterioare rigide, schemele personale se relativizează, se raportează la experiență (nu experiența la scheme), persoana se schimbă, blocajele interne dispar, comunicarea devine liberă.

Aplicarea psihoterapiei centrate pe „subiect” se poate realiza: în grupul intensiv (grupul de întîlnire centrat pe persoană), în instituțiile de educație, în programele de educație medicală, în grupuri profesionale, în consilierea școlară și maritală, în orice fel de consiliere, în nevroze, în toate tulburările de adaptare. Fără a fi tributari unei anumite școli, ROGERS a fost influențat de psihanaliză, în special de concepția lui O. RANK. Se remarcă de asemenea influențe ale gîndirii fenomenologice, ale filozofiei existențialiste, ale psi-

hologiei gestaltiste și ale unor concepții orientate.

1190. PSIHOTERAPIE SCURTĂ ● Sistem psihoterapeutic a cărui teorie și tehnică derivă din psihanaliza clasică, dar care, ca terapie, se diferențiază de cura psihanalitică prin următoarele aspecte: durata terapiei (mult mai scurtă), frecvența ședințelor (una sau două ședințe pe săptămână), scopurile terapeutice (restrinse comparativ cu cele ale psihanalizei), relația pacient-terapeut (relație „față în față”), atitudinea terapeutului (mai mult sau mai puțin activă). Acest sistem se bazează, ca și terapia psihanalitică, pe relația transferențială și folosește, parțial, metoda asociației libere. Atitudinea activă a terapeutului (metoda) are, în concepția lui FERENCZI, următoarele caracteristici: terapeutul joacă un anumit rol în relația cu pacientul, care generează reacții transferențiale intense; procesul terapeutic are o durată fixă, care este comunicată de la început pacientului; provocarea unor „fantezii forțate” (îse cere pacientului să imagineze scenarii pe teme alese); terapeutul frustrază pacientul în mod conștient și controlat, îi cere chiar să facă anumite lucruri și îi interzice altele.

ALEXANDER și FRENCH au conceput o nouă psihoterapie scurtă, bazată pe o apreciere dinamică (într-o perspectivă diagnostică) a personalității pacientului, care nu își propune modificarea profundă a persoanei și nu folosește o tehnică fixă (poate fi folosită asociația liberă, dar și convingerea directă; frecvența ședințelor poate fi schimbată; terapeutul îi poate da pacientului anumite indicații privind existența sa obișnuită). La FERENCZI, prin „activ” se înțelege acea atitudine a terapeutului care crește tensiunea interioară a pacientului, provocând confruntarea persoanei cu ea însăși. La ALEXANDER, „activ” se referă la faptul că atitudinea terapeutului favorizează, la pacient, reactualizarea unor evenimente trecute, în cadrul relației terapeutice, reactualizare ce echivalează cu o „experiență emoțională corectivă”. De fapt, o astfel de experiență trimite la ceea ce FREUD numește transfer. Orientarea psihoterapiei de la psihoterapia profundă psihanalitică la psihoterapia scurtă reprezintă, de fapt, trecerea de la accentul pus pe conflictul intern profund la accentul pus pe conflictul actual manifest (criză profesională, criză familială etc.). Argumentele principale pentru noul curent psihoterapeutic ar fi după E. GILLIÉRON (1983), următoarele:

- datorită creșterii problemelor psihologice ale populației, numărul și posibilitățile psihanalizatorilor au devenit insuficiente în rezolvarea acestor probleme;
- dificultățile economice ale pacienților (costul mare al unei cure psihanalitice);

- timpul redus de care dispun pacienții (o cură psihanalitică durează între 2—4 ani sau chiar mai mult);
- dificultățile de verbalizare într-o anumită categorie a populației (cu nivel socio-cultural inferior);
- frecvența crescută a situațiilor de criză și catastrofă;
- dorința pacientului de rezultate terapeutice rapide;

- rolul preventiv al anumitor psihoterapii.

Dincolo de faptul că aceste criterii sînt mai mult sau mai puțin relevante, psihoterapiile scurte, ca metode de tratament psihologic, se articulează esențial la teoria și practica analitică a lui FREUD.

Psihoterapia scurtă se aplică preferențial în situații selectate în baza următoarelor criterii:

- maladie „benignă”, cu instalare acută recentă; simptome acute, recente;
- personalitate de bază adaptată la perceperea și asimilarea realității; flexibilitate a personalității (capacitate crescută de „insight”);
- „conflict actual” ascuns de simptomul nevrotic (STEKEL), simptomul fiind recent (în acest sens, psihoterapia scurtă s-ar putea aplica pe o scară largă în nevroze, tulburări de dinamică sexuală, abuz de droguri);

Criteriul eficienței în psihoterapia scurtă implică în mod deosebit două aspecte: dispariția simptomelor și ameliorarea relațiilor interpersonale. Sînt de evitat, în psihoterapia scurtă, factorii care prelungesc analiza: folosirea exclusivă a asociațiilor libere, pasivitatea terapeutului, luarea în considerare a întregului material oferit de pacient. Poziția terapeutului și a pacientului în psihoterapia scurtă este poziția „față în față”, relația terapeut-pacient devenind o relație de tip dialog; discursul pacientului trebuie să fie ancorat predominant în realitate și nu în fantasmă, relația directă permițîndu-i terapeutului să participe activ la acest dialog; terapeutul selectează materialul pacientului, dar interpretările lui nu trebuie să fie limitate în funcție de limitarea scopurilor terapiei; terapia are la bază un plan care se construiește conform unei ipoteze psihodinamice.

Dintre psihoterapiile scurte, psihoterapia lui ROGERS este cea mai apropiată de tehnica pasivă (atitudine reflexivă a terapeutului, acceptare empatică, valorizare a pacientului prin această acceptare). În ceea ce privește transferul, psihoterapia scurtă încearcă să evite constituirea unei nevroze de transfer (ceea ce ar prelungi cura). Practic, orice relație transferențială are și elemente ale unei nevroze de transfer, în accepțiunea în care transferul desemnează un sentiment nevrotic al unei persoane față de altă persoană. Evitarea nevrozei de transfer se poate realiza prin limitarea interpretărilor materialului transferențial (RO-

GERs consideră că psihoterapia centrată asupra pacientului acceptă transferul ca reacție emoțională globală a acestuia față de terapeut, reacție în care elementul central nu este dependența pacientului). Așadar, terapia nu se mai focalizează asupra relației terapeut-pacient, ci asupra problemei actuale a pacientului. Se admit interpretări ale transferului în momente în care intensitatea fenomenelor transferențiale amenință să perturbe terapia (fenomene de transfer negativ sau rezistență intensă). H.GILLIÉRON consideră că psihoterapia scurtă este o cură analitică modificată în aspectele ei spațio-temporale ; tehnica de interpretare rămâne cea analitică, iar consemnul rămâne cel al asociațiilor libere. Modelul psihoterapiei scurte ar conține, după autorul mai sus citat, trei aspecte principale :

- cadrul psihoterapeutic specific, care influențează procesul psihoterapeutic ;
- relația „față în față” ca relație intersubiectivă între terapeut și pacient, cu o dinamică proprie ;
- raportul dintre relația intersubiectivă față în față și funcționarea intrapsihică a pacientului.

Cadrul psihoterapeutic implică limitarea temporală și poziția față în față. Limitarea duratei terapiei stimulează angoasa de separare (fiecare partener al relației se confruntă cu statutul său real), confruntarea este orientată mai mult spre realitatea exterioară decât spre fantasmă. Indicațiile pentru psihoterapia scurtă derivă din criteriile de selecție. Contraindicațiile sînt legate de motivația pacientului, în acest sens existînd, după GILLIÉRON, două categorii de motivații: progresive (constînd în dorința de schimbare a pacientului) și regresive (constînd în dorința de compensare a dificultăților ; acești pacienți sînt mai puțin sau deloc accesibili psihoterapiilor scurte). Sînt considerate și contraindicații legate de cadrul spațio-temporal : psihotici cu pronunțată componentă autistă, obsesionali (la care defenșele față de dezvoltarea fenomenelor transferențiale sînt foarte puternice), psihopații cu tendințe agresive marcate, structurile perverse, nevrozele „narcisice” (rezistență în stabilirea unei relații afective). Se consideră că psihoterapiile scurte se centreează asupra „situației critice” (situația care a determinat solicitarea unei consultații din partea pacientului), deoarece această situație exprimă conflictul actual al persoanei.

În psihoterapia scurtă sînt practicate cîteva tehnici principale (modalități de intervenție în esență asemănătoare, dar diferind între ele prin unele aspecte), care, după clasificarea lui E. GILLIÉRON, ar fi următoarele :

- **Tehnica lui L. BELLAK și L. SMALL :**
- delimitarea problemei actuale a pacientului și elaborarea unei ipoteze psihodinamice ;

- evaluarea diagnostică a manifestărilor printr-o anamneză relativ completă în prima ședință ;
- delimitarea patologiei, cu trimitere la originea simptomelor ;
- alegerea intervențiilor terapeutice (intervenții verbale și/sau alte metode active) ;
- întărirea comportamentului nou, cu stingerarea modalităților malade anterioare ;
- finalizarea terapiei cu păstrarea unui transfer pozitiv.
- **Tehnica lui K. LEWIN** bazată pe fenomenele (noțiunile) de culpabilitate și masochism, în accepțiunea lor psihanalitică :
- stabilirea scopurilor terapiei, delimitarea unor aspecte principale în travaliul terapeutic ;
- atitudinea activă a terapeutului : pacientul este confruntat cu semnificația comportamentului său (autopunitivă) și cu faptul că el singur își construiește simptomele ;
- interpretarea precoce a transferului, în special a aspectelor sale negative ;
- atenția pacientului va fi focalizată, de la o ședință la alta ;
- i se va stimula pacientului continuarea travaliului asupra lui însuși ;
- terapeutul va funcționa ca model de conștiință morală mai puțin punitivă.
- **Tehnica lui D. MALAN :**
- relația față în față ;
- fixarea duratei terapiei ; pacientului i se comunică faptul că, în lipsa rezultatelor așteptate, se va trece la o altă formă de psihoterapie ;
- formularea unei ipoteze psihodinamice, cu referire la problematica actuală a pacientului ;
- interpretarea activă și atenție selectivă a terapeutului asupra unor aspecte principale din ipoteza psihodinamică (focalizare).
- **Tehnica lui P. SIFNEOS** (provocatoare de anxietate) :
- durata tratamentului nu se fixează riguros, dar i se comunică pacientului că terapia se va desfășura pe parcursul a 12—18 ședințe ;
- relația față în față ;
- relația terapeut-pacient se va centra pe ceea ce constituie problema de tratat ;
- intervenții active cu atitudini de încurajare de la terapeut la pacient.
- **Tehnica lui H. DAVANLOO**, care consideră psihoterapia scurtă o „psihoterapie dinamică pe termen scurt, cu focar lărgit” :
- delimitarea focarului conflictual care a generat probabil simptomele pacientului ; acest focar vizează o problematică oedipiană ;
- confruntarea pacientului, în mod direct și activ, cu rezistențele sale ;

- intervenția imediată asupra unor aspecte transferențiale ; pacientului i se cere să verbalizeze trăirile sale (emoțiile) față de terapeut ;
- durata terapiei nu se va fixa riguros, dar ședințele vor fi minimum 10 și maximum 30 (în medie 20).
- **Tehnica lui J. MANN :**
- ședințe inițiale de investigare, delimitarea conflictului central generator de simptome (două sau trei ședințe) ; ipoteză psihodinamică, cu trimiteri la perioada copilăriei ;
- durata totală a terapiei este de 12 ore, repartizată fie în 12 ședințe de câte o oră, fie în 24 de ședințe de câte o jumătate de oră, fie în 48 de ședințe de câte un sfert de oră ;
- relația terapeut-pacient este o relație semnificativă, terapeutul manifestă o atitudine empatic-comprehensivă, nucleul conflictual va fi definit de terapeut pentru pacient în termeni generali ;
- data ultimei ședințe se fixează precis ;
- tratamentul urmează un plan predeterminat.

După MANN, situațiile conflictuale de bază sînt în număr de patru : activitate-pasivitate ; independență-dependență ; încredere în sine — pierderea sau diminuarea încrederii în sine ; doliu nesoluționat sau întîrziat.

- **Tehnica lui E. GILLIERON**, bazată pe două aspecte principale, limitarea temporală și relația față în față :
- prima ședință, centrată pe acuzele pacientului și pe anamneză ; se vor delimita împrejurările în care au apărut simptomele (ipoteza lui GILLIERON este că decompensările sînt urmarea unor „minicrize relaționale”) și se va formula o ipoteză terapeutică (medicamentoasă, psihanaliză, psihoterapie scurtă etc.) ;
- a doua ședință : terapeutul va formula o ipoteză psihodinamică ; se pot face interpretări de încercare asupra relației dorite de pacient și asupra atitudinii sale actuale ;
- a treia ședință : decizia pentru terapie, fixarea secvenței ședințelor ; se va cere pacientului să aprecieze timpul subiectiv pe care îl consideră necesar pentru vindecarea sa, iar terapeutul va aprecia și el acest timp ;
- relația este o relație față în față ; metoda de bază este metoda asociațiilor libere ; durata terapiei : între 3—12 luni ; frecvența ședințelor : 1—2 ședințe pe săptămîină ;
- procesul terapeutic se desfășoară analog terapiei psihanalitice ; se vor urmări cu atenție modificările relației transferențiale în cazul limitării duratei terapiei și al par-

ticularităților de cadru spațio-temporal (relația față în față) ;

- terapeutul va face referiri la ipoteza sa psihodinamică, eventual va modifica această ipoteză pe parcursul terapiei ;
- terapeutul reflectează asupra ședințelor și a materialului oferit de subiect ;
- intervențiile terapeutului nu vor dirija asociațiile libere, ci le vor facilita.

1161. **PSIHOTICISM** (cf. fr. *psychotique*) ● Tendință psihotică latentă, fără semne clinice ale unei afecțiuni certe de intensitate psihotică, dar care la teste clinice prezintă scoruri înalte, la mai multe scale. De exemplu, la Inventarul multifazic de personalitate Minnesota (MNPI) obține profiluri înalte cu valori în registrul 70—1 NS și peste, pentru paranoia, schizofrenia, hipomanie, introversie socială.

1162. **PSIHOTOMIMETICE** (cf. fr. *psychotique* : vezi gr. *psyche* „suflet” ; gr. *mimetikos* „care imită”) — sin. **MISTICOMIMETICE ; PSIHEDELICE ; PSIHODISLEPTICE** ● Substanțe capabile să producă tulburări majore ale percepției, proceselor cognitive, afectului, fără alterare majoră a pragului de conștiință.

Clasificarea psihotomimeticelor :

- **Indolalkilamine substituie :**
- LSD (dietilamina acidului lisergic) + o serie de compuși naturali și sintetici înrudiți ;
- DMT (dimetiltriptamina) + hidroximetil, etil, propil și altele din această serie ;
- Bufotenina — conținută în Amanita muscaria și în alte ciuperci otrăvitoare, precum și în glanda parotidă a batracianului marin Bufo marinus ; substanța a fost identificată în urina unor schizofreni ;
- Psihocina și psilocibina, conținute în ciuperca Psilocibe mexicana și în speciile înrudite ;
- Harmina și harmalina din Banosteriopsis caapi și speciile înrudite ;
- Ibogaina, un alcaloid din bobul de Tabernanthe iboga, plantă congoleză folosită în ritualuri.
- **Fenilalkilamine substituie :**
- Mescalina, unul din numeroșii alcaloizi extrași din Peyotl (cactus mexican), primul psihotomimetic extras și sintetizat ;
- DOM (2,5-dimetoxi-4-metilamfetamină) — cap de serie al unor compuși amfetaminici cu proprietăți halucinogenice ; urmează TMA (3,4,5-trimetoxiamfetamină), PMA (p-metoxiamfetamină) și altele.
- **Piperidibenzilați 3 N substituie :**
- Ditran — psihotomimetic de sinteză, anti-colinergic central, înrudit chimic cu anti-colinergicele de tip atropinic ;

- 3-quinuclidinil benzilat (BZ) — psihotomimetic puternic, cu acțiune de tip retard, efectul persistând la om 7—9 zile ; precunizat ca substanță în arsenalul armelor chimice.
- *Fenciclohexilpiperidine* :
 - Sernyl — substanță folosită în anestezia veterinară ; are efect psihotomimetic major, determină alterarea egoului (dezorientare autopsihică) .
- *Tetrahidrocannabinoli* (THC) :
 - Δ^8 și Δ^9 THC, ultimul fiind substanța activă din Cannabis Sativa ; variantele lanțului lateral și compușii hidroxilați sînt de asemenea activi ;
 - Pyrahexil (Synhexil), THC sintetic, folosit în lucrări de cercetare.
- *Alte psihotomimetice* :
 - Miristicin, elemicin, safrol — analogi neazotați ai unor compuși psihotomimetici, cu acțiune asemănătoare amfetaminei, conținuți în unele semințe de arbori tropicali ;
 - Compuși pironici arilsubstituiți la C₆, conținuți de Kava — băutură de ceremonial din Polinezia.

Dintre substanțele enumerate în această clasificare, cele mai cunoscute psihotomimetice sînt LSD 25 și substanțele active din Cannabis (THC).

LSD 25 este substanța cu cel mai puternic efect psihotomimetic, doze de 0,2 μ g/Kg corp determinînd efecte la majoritatea subiecților, iar doze mari, de 5—15 μ g/Kg corp determinînd stări intense de disociere și depersonalizare ; este de 50 de ori mai puternic decît mescalina și, la aceeași greutate, de 300 000 de ori mai puternică ca marijuana sau alcaloizii din Peyotl.

Administrarea de doze medii per os determină efecte la majoritatea subiecților în 20—80 minute, intramuscular în 5—10 minute, iar intravenos în interval de 1—2 minute. Difuzează rapid în toate țesuturile, creierul primind 1% din doza administrată ; la nivelul sistemului nervos central se constată o afinitate a substanței pentru zone din hipotalamus, sistemul limbic, arile reflexelor auditive și vizuale, epifiză și hipofiză.

În ceea ce privește toxicitatea, doza letală (DL 50) pentru om este de 0,2 mg/Kg corp, durata de înjumătățire fiind de aproximativ 175 minute ; doza medie determină efecte de vîrf după 120—180 minute, cu descreștere în următoarele 6 ore, la subiecții sensibili menținîndu-se tulburări senzoriale și după 24 de ore.

Toleranța se dezvoltă rapid, atît pentru LSD cît și pentru alți compuși ai seriei, (de exemplu, 2-brom-LSD). Întreruperea nu produce sindrom de abstenență, dependența fiind considerată de tip psihologic.

Eliminarea este de 90% în 24 de ore, substanța metabolizîndu-se prin oxidare, hidroxilare și glicuronare ; produșii de excreție 2-oxi-LSD, 11 hidroxi LSD și glicuronizii acestora sînt nerți din punct de vedere fiziologic și al efectului psihic.

Mecanismul de acțiune biochimic al acestei substanțe : inițial, acțiunea ei psihotomimetică a fost pusă pe seama competitivității cu serotonina (5-hidroxitriptamină-5 HT), la nivelul receptorilor serotoninergici, ulterior ajungîndu-se la concluzia că acțiunea antiserotonică nu are legătură cu efectele psihotomimetice, 2-brom-LSD avînd acțiune antiserotonică fără acțiune psihotomimetică. De asemenea, s-a constatat că receptorii serotoninergici ai rafeului median ar conține și alți transmițători indolalkilaminici, aceștia fiind incriminați în acțiunea LSD.

Recent, se presupune un alt mecanism de acțiune, responsabil de activitatea psihotomimetică a LSD, pornindu-se de la constatarea că LSD este agonist central al dopaminei (DA), reserpina mărind durata și intensitatea acțiunii lui. De asemenea, unii cercetători semnaleză și efectul de blocadă adrenergică centrală a LSD. Inițial, LSD a fost considerat ca substanța cea mai potrivită pentru inducerea psihozelor experimentale ; ulterior s-a constatat însă că sindroamele schizofreniforme postamfetaminice sînt mai asemănătoare cu boala în sine decît stările de intoxicație cu LSD, unde predomină halucinații vizuale, efecte vegetative accentuate, dezvoltare rapidă a toleranței. Cu toate aceste inconveniente, LSD s-a dovedit a fi un bun instrument de laborator pentru studii biochimiei cerebrale, al stărilor de alterare a conștiinței, percepției, proceselor cognitive.

Efecte fiziologice ale LSD asupra activității nervoase :

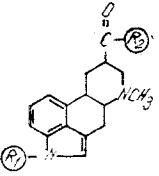
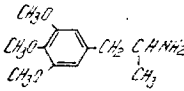
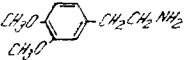
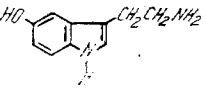
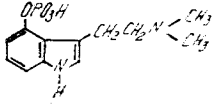
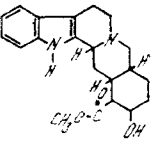
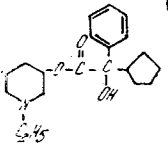
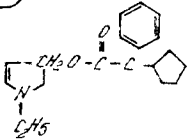
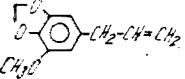
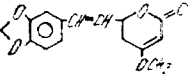
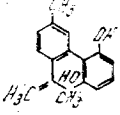
- stimularea activității simpatice centrale, tradusă prin midriază, piloerecție, hipertermie, hiperglicemie, hiperreflectivitate osteotendinoasă, tahicardie ;
- stimularea activității parasimpatomimetice centrale, mai redusă ca intensitate, manifestă prin fenomene ca: salivație, lăcrimare, apetit scăzut, greață.

Dintre acestea, midriaza și hipertermia sînt efectele întîlnite cu cea mai mare constanță și intensitate. Cu tot pragul înalt de activitate cerebrală resimțit subiectiv, nu s-au înregistrat consum crescut de oxigen cerebral, de glucoză și flux sanguin crescut.

Efectele psihologice sînt variate, fiind influențate și de factori care nu țin de administrarea drogului : personalitatea subiectului, condițiile în care se administrează substanța, relațiile interpersonale subiect-experimentator ; varia

blitatea efectelor se datorează stării de hiper-sugestibilitate, subiecții avînd reacții intense la cei mai mulți stimuli.

tat : cu ochii închiși devine cromatic, cu apariția caleidoscopică de imagini plăcute — corpuri geometrice, modele florale etc. ; cu ochii deschiși,

	<p style="text-align: center;">FENETILAMINE</p>  <p style="text-align: center;">α METILMESCALINA</p>	 <p style="text-align: center;">DMPEA-3,4 DIMETOXIFENIL-ETILAMINA</p>
 <p style="text-align: center;">SEROTONINA - 5 HIDROXITRIPTAMINA</p>	<p style="text-align: center;">TRIPTAMINE</p>  <p style="text-align: center;">PSILOCIBINA</p>	 <p style="text-align: center;">YOHIMBINA</p>
 <p style="text-align: center;">③-N-ETIL-3 PÍPERIDINOFENILCÍCLO-PENTÍLGLICOLAT</p>	<p style="text-align: center;">GLICOLATÍ</p>  <p style="text-align: center;">④-N-ETIL-2 PÍROLIDINOMETILFENILCÍCLO-PENTÍLGLICOLAT</p>	
 <p style="text-align: center;">MÍSTICINA</p>	 <p style="text-align: center;">METISTICINA</p>	 <p style="text-align: center;">CANABIDIOL</p>

Efecte multiple se exercită asupra percepției ; subiecții relatează stare de hipervigilență cu hiper-estezie senzorială. Cîmpul vizual este intens afec-

obiectele văzute capătă o intensitate deosebită a culorii, a luminozității, o profunzime crescută, devenind intens semnificante pentru subiect.

Sînt notate ca fenomene posibile : iluzii — obiectele staționare apar în mișcare, o pată pe perete fiind văzută ca un ochi ; la doze mari, apar, deși rar, halucinații vizuale al căror conținut implică subiectul, care trăiește intens episodul. Percepția sonoră este și ea modificată, apărînd fenomene de hiperacuzie (zgomotele sînt percepute exagerat și foarte de aproape, muzica este percepută cu o intensitate aparte), iluzii auditive (un zgomot de ploaie este perceput ca răpăit de tobe) etc. Caracteristic pentru LSD este și modificarea semnificației percepției, subiecții afirmînd că văd zgomotele și percep culorile ca sunete sau ca mirosuri. Percepția tactilă este de asemenea modificată, în sensul unei hiperestezii predominant subiective, obiectiv sensibilitatea fiind nemodificată sau chiar diminuată. Modificările simțului gustativ și olfactiv reflectă strînsa legătură cu starea afectiv-emoțională, în cazul stărilor pozitive de afect percepîndu-se gusturi și mirosuri deosebit de plăcute. Percepția timpului este distorsionată ; în funcție de tonalitatea afectivă, scurgerea timpului este resimțită ca încetinită sau stopată, experiențele pozitive fiind resimțite ca și cum ar dura o viață, iar cele negative ca împovărătoare, apăsătoare, suferințe perpetue.

Gîndirea devine neliniară, ilogică, cu accentuate trăsături magice, subiectul simțînd că poate citi gîndurile altora, că poate transmite gînduri, că poate merge pe apă sau poate zbura (cauze frecvente de deces în intoxicația cu LSD) ; conținutul gîndurilor este eidetic, vizualizat. Domină ideile de grandoare, omnipotentă, apărînd uneori fenomene paranoide persecutorii. La unii subiecți s-a constatat o accelerare de tip maniacal a fluxului ideativ ; ideile fi par subiectului foarte originale, creatoare, deși obiectiv nu se constată accentuarea unor calități artistice, acest fenomen apărînd datorită lipsei de critică în timpul stării de intoxicație. Testele psihologice atestă, dimpotrivă, diminuarea performanțelor intelectuale în timpul „ședințelor” de LSD.

Afectiv, se notează dezinhibiția, incontinența afectivă, instabilitatea, cu trecerea foarte ușoară de la o extremă la alta : extaz—oroare („good trip” — „bad trip”), tonalitatea afectivă dominantă fiind uneori plăcută, euforică, alteori negativă, intens anxiogenă, cu trăiri de tip paranoid.

Alterările funcției integrative a Ego-ului se manifestă prin stări de depersonalizare, tulburări de schemă și imagine corporală, senzație de multiplicare a Eului, mergînd pînă la stări extreme de totală depersonalizare, cu pierderea identității de sine. Sindromul de derealizare, manifestat prin sentimentul unor trăiri stranii și ireale, realizează, împreună cu fenomenele de depersonalizare, trăiri asemănătoare celor psihotice.

Comportamentul este predominant pasiv, activitatea motorie redusă contrastînd cu intensitatea

trăirilor. Capacitățile performanțiale testate sînt mult diminuate.

În funcție de efectele psihologice care-i sînt caracteristice, LSD 25 este considerat ca avînd un potențial terapeutic :

- în Europa este preconizat ca adjuvant al psihoterapiilor de tip abreactiv, în doze mici (25—300 μ g), pentru reducerea rezistențelor Ego-ului, deblocarea subconștientului, intensificarea răspunsului emoțional, toate în scopul accelerării procesului terapeutic — metodă denumită terapie psiholitică ;
- în SUA s-a preconizat metoda denumită terapie psihedelică, constînd în administrarea uneia sau mai multor doze mari, de 400—800 μ g de LSD 25, pentru obținerea unei stări transcendente, de reconsiderare a sensului existenței, de renaștere psihologică — aplicată în alcoolismul cronic, dar fără rezultate deosebite, studiile longitudinale efectuate punînd în evidență lipsa de valoare a metodei. Unele rezultate s-ar fi obținut în tratamentul autismului infantil, iar unii autori au preconizat administrarea substanței bolnavilor incurabili, pentru diminuarea impactului psihologic al sfîrșitului apropiat.
- Administrarea de LSD 25 în scop terapeutic implică efecte adverse, care necesită, la rîndul lor, un tratament adecvat :
 - efecte adverse imediate — „bad trip” : stări de anxietate, panică \pm tulburări de gîndire de tip paranoid, pericol de autoagresiune : se ameliorează datorită stării de hipersugestibilitate, pacientul reacționînd favorabil la asigurările verbale, cărora li se pot asocia tranchilizante (diazepam) sau, de preferat, neuroleptice. Mai trebuie avute în vedere și prevenite posibilitățile de accidente datorate ideilor de omnipotență descrise mai sus, fenomenele de auto- și heteroagresiune ce pot apărea în contextul sindromului paranoid, crizele convulsive de tip grand mal etc. ;
 - efecte secundare prelungite, constînd în : stări de anxietate cronică ; stări psihotice, mai ales la cei cu personalitate patologică premorbidă — se recurge la psihoterapie + neuroleptice \pm terapie electroconvulsivă ;
 - efecte recurente „flash back” — retrăirea stărilor acute în lipsa unei administrări de drog, prin suprapunerea stresurilor psihologice, fizice, administrării antihistaminicelor, manifestate prin distorsiuni vizuale și temporale, cu sau fără stări de anxietate, beneficiînd de psihoterapie sugestivă, asigurarea că nu este vorba de debutul unei boli psihice, administrare de tranchilizante, uneori hipnotice.

THC (Δ^9 și Δ^8) reprezintă substanțe active din Cannabis responsabile de activitatea psihică, Canabiolul și Canabidiolul ; influențează unele efecte psihofiziologice.

Farmacologic, mecanismul de acțiune al THC nu este încă bine cunoscut ; pînă în prezent s-a preconizat ipoteza că ar acționa ca factori inhibitori ai prostaglandinelor, efectele lor asupra aminelor cerebrale 5-HT și DA nefiind încă precis identificate. S-a constatat, experimental, efectul anticonvulsiv al THC la șoareci : împiedică convulsiile date de electroșoc, cardiazol, dezvoltă rapid toleranță.

Utilizarea THC implică multiple efecte fiziologice :

- efecte neuroendocrine — scăderea testosteronului plasmatic, care ar explica fenomenele de impotență și oligospermie la marii fumători de marijuana ;
- efecte circulatorii — scăderea tensiunii arteriale și a ritmului cardiac la majoritatea subiecților. Unele persoane nu tolerează substanța și au reacții adverse, una dintre reacțiile adverse fiind tahicardia ;
- efecte asupra sistemului imunitar : scăderea răspunsului imun prin mărirea duratei de răspuns și diminuarea intensității lui ;
- toxicitatea : DL 50 este de 40 mg/Kg pentru animalele de laborator (șoareci) ; la doze mari, apar comportamente agresive și manifestări de neurotoxicitate : tremor, convulsii etc. ;
- anomalii ale sintezei de acid dezoxiribonucleic la nivelul celulelor aparatului respirator, constituind împreună cu tutunul o posibilă cauză a cancerului bronhopulmonar.

Starea obișnuită după administrarea de THC constă în relaxarea musculară și psihică, stări de reverie, visare, pe un fundal afectiv euforic : apetit alimentar crescut, hiperestezie senzorială, dar și posibile efecte adverse de tipul stărilor de anxietate, mai rar al sindromelor paranoide. La subiecții testați s-a constatat un deficit al memoriei de evocare recentă, scăderea performanțelor psihofizice, modificarea capacității de conducere auto, asemănătoare cu cea de după consumul de alcool.

Deși prin studii efectuate pe populații mari s-a constatat că consumul de marijuana nu ar afecta comportamentul de integrare a individului în societate, în loturile de consumatori studiate s-a observat un procent mai mare de tulburări de comportament, stări marginale, episoade psihotice la unii subiecți.

În ceea ce privește potențialul terapeutic al THC, au fost studiate : efectul analgezic, anti-convulsivant, tranchilizant diurn, hipnoinductor, potentator al barbituricelor, agent preanestezic,

acțiunea bronhodilatatoare, reducerea presiunii intraoculare. Efectul stimulator al apetitului și cel anxiolitic au fost luate în considerare ca utile în tratamentul unor cazuri de alcoolism cronic sau farmacodependență.

1163. **PSIHOZĂ** (cf. fr. *psychose* : vezi gr. *psyche* „suflet”) ● Termen general folosit pentru definierea suferinței psihice, a cărei circumscriere este dificilă datorită criteriilor diferite luate în considerație : intensitate, conștiința bolii, percepția timpului trăit, gravitatea destrucției cîmpului conștiinței etc. După unii autori (REDLICH, FREEMAN), eliminarea conceptului de psihoză ar însemna un progres metodologic. Această tendință a fost marcată odată cu apariția manualului american de diagnostic, în variantele DSM II și DSM III, ultima eliminînd din clasificare o așa-zisă grupă a psihozelor.

Definițiile, mai corect spus, încercările de definiție se opresc la tentative descriptive sau au un caracter tautologic. H. EY definește psihoza ca „boală mintală caracterizată prin delir”, care alterează sistemul realității, proiectează inconștientul, dezorganizează Eul (ființa conștientă de sine). În viziunea sa, psihoza și delirul sînt noțiuni coextensive, deoarece „psihoza actualizează virtualitatea halucinatorie a inconștientului și dezorganizează (pentru a reorganiza în planul imaginării) maniera de-a fi în lume”. Din această definiție rezultă dificultatea de a circumscrie „psihoza” fără a recurge la alte concepte (delir, inconștient, dezorganizarea Eului).

PAMFIL și OGODESCU propun o definiție legată de aspectul comportamental : „aparentă intensificare a activității psihice cu o modificare generală și dezorganizată a psihismului, astfel încît concluziile sale nu se mai înscriu în sfera realității”. Implicatul trăit al acestei stări de „entropiofrenizare” este incomprehensibilitatea. Și în acest caz, definiția se pierde în concepte ample (psihism, realitate, dezorganizare), care impun modelele explicative și structurale ale fiecărei noțiuni.

Von GEBSATTEL consideră psihoza o alterare a cîmpului vital sau trăit (Gelebezeit), iar STORCH afirmă că temporalitatea dispăre pentru psihotic. A. TATOSSIAN subliniază faptul că noțiunea de psihoză este greu de folosit în nosologie, dar ar putea avea semnificație în psihopatologie, unde ar desemna o structură particulară, aptă să se decompenseze la intensitate psihotică.

La aceste încercări se adaugă și controversa mai veche care opune psihozei unice (în sensul că toate fenomenele de o anumită intensitate ar aparține unei singure psihoze) diferitele clase de psihoze cu trăsături clinice distincte, dar și cu evoluție și prognostic diferit. O soluție mai frecvent abordată, cu implicații cel puțin metodolo-

gice, este aceea de a opune cele două noțiuni fundamentale, nevroza și psihoza, pentru a le defini prin comparație. În acest sens, sînt luate în considerare criteriile a căror valoare este discutabilă :

- criteriul gravității — imprecis, deoarece există o serie de neclarități mai ales în domeniul bolilor afective (TELLENBACH), unde nu se poate stabili o limită între o depresie nevrotică gravă și o depresie psihotică minoră ;
- criteriul evolutiv — inoperant în unele cazuri (de exemplu, unele episoade psihotice onirice, cu evoluție posibil foarte favorabilă, față de o nevroză obsesivo-fobică, care poate deveni invalidantă);
- criteriul etiologic — insuficient de relevant, factorii psihogeni putînd genera fie nevroze, fie reacții psihotice ;
- criteriul conștiinței bolii — limitat, deoarece există psihoze în care bolnavul recunoaște cel puțin parțial suferința sa, ca și nevroze în care bolnavul este prea puțin conștient de tulburările sale. Dacă se iau în discuție și dizarmoniile de personalitate, nerelevanța acestui criteriu devine mai evidentă.

Relativitatea acestor criterii nu este la fel de marcată în practică, unde limita nevroză-psihoză este mai evidentă și mai operantă, cu toate că există numeroase forme de trecere și că, așa cum afirmă Y. POINSO și R. GORI (1972), „tendința actuală a psihatriei este către dispariția barierei nosografice care, oricît ar fi de comode, sînt totodată schematică și artificiale”. Termeni ca „nevroză depășită” (TATOSSIAN) sau „nevroză invalidantă” (Y. PELICIER), ca și mai vechea „nevroză narcisistică” (FREUD), confirmă opinia după care diferențierea între cele două concepte este iluzorie. Totuși, după A. POROT și J. SUTTER, diferența cea mai autentică „constă în faptul că psihoza privează bolnavul de posibilitatea de a accede la nivelele cele mai elevate ale vieții psihice (cu cît tulburarea este mai profundă, cu atît teritoriul pe care se întinde această interdicție este mai important), în timp ce nevroza conservă accesul la registrele superioare, infirmitatea individului constînd în incapacitatea de a pătrunde și a se menține aici în circumstanțele vieții sale, care necesită o anticipare pozitivă și îi angajează responsabilitatea”.

1164. PSIHOZĂ ACUTĂ AZOTEMICĂ (TOULOUSE MARCHAND-COURTOIS) — sin. DELIR ACUT IDIOPATIC ; SINDROM DE CONFUZIE
MALIGNĂ ^{sin.} → CALMEIL^(D) delir.

1165. PSIHOZE DELIRANTE CRONICE NESCHIZOFRENICE ● Controversate în psihopatologie, delirurile cronice au fost delimitate de-a

lungul timpului în mod diferit, după școli și autori. PINEL a fost primul care a dihotomizat grupa „nebuניilor”, separînd maniile de melancolii pe care le considera „nebuניi parțiale”. Reluînd această idee, ESQUIROL a descris în cadrul nebuניilor parțiale „lipomania”, avînd ca trăsătură distinctă tristețea, și „monomaniile”, pe care le-a separat după tema delirantă predominantă. În acest fel, a fost generată ideea clasificării delirurilor după temă : de persecuție, de influență, hipochondriac etc.

În cea de-a doua jumătate a secolului al XIX-lea, între școala de psihatrie franceză și cea germană apar diferențe atît în maniera de descriere a delirurilor, cît și în clasificarea și interpretarea mecanismelor lor de producere. Astfel, în Franța, LASÈGUE le denumește „deliruri cronice cu evoluție progresivă”, iar FALRET și FOVILLE le descriu patru faze : de interpretare, halucinatorie auditivă, de tulburare a sensibilității generale și de delir ambițios. MOREL a revizuit în totalitate această concepție, iar MAGNAN le-a descris sub numele de „deliruri cronice cu evoluție sistematică”, considerîndu-le epifenomene lezionale cerebrale, existente la personalități predispușe („degenerații”). După 1900, ca o reacție de respingere față de concepția degenerescenței mintale, apare studiul lui SÈRIEUX și CAPGRAS despre „nebuניile raționale”, în care este descris delirul de interpretare, explicîndu-se în mod deosebit mecanismul de producere al acestuia. El va fi urmat de delirul de imaginație (DUPRÈ, 1911), psihoza halucinatorie cronică (GILBERT-BALLÈT, 1912), delirul erotoman (G. de CLÈRAMBAULT, 1922).

GRIESINGER, reprezentantul școlii de psihatrie germane, critică doctrina monomaniilor, considerînd-o „anecdotică”. KAHLBAUM propune, în 1863, termenul de paranoia, preluat apoi de KRAEPELIN, și definit, în 1889, ca o „dezvoltare insidioasă sub dependența cauzelor interne și conform unei evoluții continue a unui sistem delirant durabil și imposibil de zdruncinat, care se instaurează cu conservarea completă a clarității și ordinii în gîndire, voință și acțiune”. Tot KRAEPELIN introduce, în 1909, termenul de parafrenie, prin care înțelegea delirurile cronice endogene, cu păstrarea relativă a personalității, delimitîndu-le patru forme clinice : sistematică (corespunzătoare termenului de psihoză halucinatorie cronică), expansivă, confabulatorie și fantastică (similară delirurilor de imaginație — DUPRÈ). BLEULER a separat delirurile cronice de grupul schizofreniilor prin lipsa tulburărilor fundamentale — disociație-autism. Între cele două războaie, psihatria germană și anglo-saxonă au extins excesiv conceptul schizofreniilor, în care au înglobat majoritatea delirurilor cronice. KLEIST și elevul său, LEONHARD, au readus în discuție problema organicității, iar FREUD, ABRAHAM

și Melanie KLEIN au elaborat o interpretare psihodinamică a conținutului și structurii tulburărilor; BINSWANGER, GEBSATTEL, MINKOWSKI au reluat studiul simptomatologiei delirului dintr-un unghi nou, acela al trăirilor.

O opinie unitară în clasificarea și structurarea acestor psihoze, mai ales în domeniul parafreniilor, nu există nici în prezent. Mulți autori consideră parafreniile ca aparținând schizofreniilor, iar ediția a treia a „Manualului de diagnostic și statistică a bolilor mintale” le tratează separat, sub numele de „psihoze paranoide”. Indicii epidemiologici ai acestor afecțiuni sînt relativ greu de obținut, dat fiind dificultățile și divergențele de încadrare nosologică. După THURST și BOBINGIAN, aceste afecțiuni constituie 10% din internările în serviciile de psihiatrie, fiind mai frecvente în mediile urbane și la emigranții. Acești autori consideră că procentul menționat este relativ, pentru că subiecții cu astfel de afecțiuni refuză sistematic internarea sau tratamentul psihiatric, convingerea că sînt sănătoși făcînd parte din însăși simptomatologia bolii. Dacă starea delirantă este de amplitudine scăzută, cu conținut tolerabil pentru anturaj, dacă acesta are și exigențe scăzute, atunci posibilitatea depistării acestor bolnavi este și mai mult diminuată. Epidemiologia parafreniei este dificil de stabilit în condițiile în care există autori care nu o recunosc ca entitate, încadrînd-o în grupul schizofreniilor. Aceste entități aparțin vârstei adultului, fiind mai dese din a cincea decadă; repartiția pe sexe ar fi aproximativ egală, cu o ușoară preponderență la sexul feminin.

Psihozele delirante cronice sînt boli care destructurează viața psihică prin apariția, dezvoltarea și extinderea unor idei delirante cu caracter permanent, care se integrează și reorganizează sistemul personalității, alterîndu-l, fără a-l modifica însă în sens autistic, permițînd astfel o adaptare acceptabilă a subiectului la exigențele mediului.

Elementele definitorii sînt: existența unui sistem delirant, paralogic, paralel și simultan cu realitatea; organizarea producției delirante în jurul unei tematici unice; existența unui nivel de personalitate care asigură relativa adaptare a individului.

Etiopatogenia este puțin cunoscută, neputîndu-se demonstra încă o specificitate genetică.

Este relativ admisă însă influența factorilor bio-constituționali. Pentru KRAEPELIN, în paranoia este vorba în 50% din cazuri de biotipul picnic. În ceea ce privește predispoziția caracterială pentru paranoia, personalitatea premorbidă ar avea un caracter particular: terenul pe care se greșează delirul paranoiac este reprezentat, în majoritatea cazurilor, de personalitatea paranoiacă, definită prin neîncredere, orgoliu excesiv, hipertrofie a Eului, susceptibilitate, tendință la false interpre-

tări, psihorigiditate, sau de personalitatea de tip senzitiv, definită prin timiditate, sensibilitate, anxietate, înclinație spre procese de conștiință, inhibiție pulsională.

Simptomatologia paranoiei este determinată, pe de o parte, de procesul endogen, iar pe de altă parte, de dezvoltarea ei pe baza unei personalități premorbide particulare, în structura căreia se interferează elementele delirului, cu timpul ajungîndu-se la o veritabilă restructurare a personalității subiectului. De asemenea, factorii psihogeni biografici, constituționali, joacă un rol determinant în declanșarea sistemului delirant, în particularitățile lui structurale, în tematica delirului. Profesiunile expuse sînt celea în care pot fi generate situații conflictuale între mediu (anturaj) și activitatea profesională (învățători, profesori etc.). KRETSCHMER afirmă că paranoia apare atunci cînd există o discordanță între aspirațiile și posibilitățile de realizare ale subiectului.

Parafreniile sînt în schimb mult mai frecvente în familiile cu antecedente de tip psihopatic, iar parafrenia confabulatorie apare mai ales la personalitățile mitomanice (DUPRÉ). După KRAEPELIN, caracterele clinice ale delirurilor parafrenice și evoluția lor, în contrast cu structura delirurilor paranoiace, constau și reprezintă mai puțin un proces morbid în sine și mai mult o dezvoltare patologică a personalității, depinzînd preponderent de modalitățile de reacție la productivitatea halucinatorie a unei personalități complet structurate.

Clasificarea se face după natura delirului, deosebîndu-se: paranoia (KAHLBAUM) — psihozele delirante sistematizate (școala franceză) — și parafrenia (KRAEPELIN) — delirurile fantastice și imaginative (aceeași școală). Diagnosticul pozitiv în cazul unei psihoze delirante cronice neschizofrenice este realizat de: existența unui sistem delirant paralogic — paralel și simultan cu realitatea —, organizarea producției delirante în jurul unei teme unice, existența unui nivel de personalitate care asigură relativa adaptare a individului, toate aceste elemente în absența disociației profunde a personalității. Diagnosticul pozitiv al paranoiei se realizează în baza următoarelor elemente:

- delir cronic sistematizat, nehalucinator, cu păstrarea clarității și ordinii în gîndire, voință și activitate;
- mecanism predominant interpretativ;
- personalitate premorbidă specifică;
- absența totală a criticii bolii, cu refuzul tratamentului.

Diagnosticul pozitiv al parafreniei se realizează în baza următoarelor elemente:

- delirul mai puțin bine sistematizat, halucinator;
- caracterul fantastic al temelor delirante;

- mecanisme multiple, în special imaginative, asociate cu tulburări calitative perceptuale și mnezice, fenomene de automatism mintal;
- bipolaritatea vieții psihice, fără disocierea personalității, cu menținerea adaptării sociale.

tică, care apar în anumite etape ale evoluției individului (pubertate, sarcină, lăuzie, climacteriu). Aceste etape nu reprezintă însă circumstanțe etiopatogenice pentru declanșarea unui tablou psihotic, ci numai condiții favorizante, motiv pentru care se consideră că noțiunea de „psihoză de etapă” nu exprimă nici elementul etiopatogenic

	Psihoze acute			Boli mintale cronice		
Nivel structural	Delir oniric	Stări oneiroide	Stări maniaco-depresive	Schizofrenii	Deliruri sistematizate	Nevroze de caracter
Patogenie	● integrarea unei de-structurări profunde a câmpului de conștiință	● integrarea unei stări crepusculare a câmpului de conștiință	● integrarea destructurării temporal-etice a câmpului de conștiință	● integrarea în sindromul de disociație autistă	● integrarea într-un sistem noetico-afectiv de alienare	● integrarea într-o malformație conflictuală a personalității
Fenomenologie	● spectacolul halucinator se substituie realității imaginii în-cadrate	● viziuni delirante „pseudohalucinatorii”; se dezvoltă într-o semirealitate crepusculară	● viziuni „pseudohalucinatorii” legate de expansivitatea maniacală sau în depresia melancolică	● viziuni halucinatorii și pseudohalucinatorii de dublare a personalității	● viziuni pseudohalucinatorii legate de tematica delirantă	● fenomene de proiecție inconștientă a „delirului virtual”(obsesii, idei fixe)

Examenle paraclinice care pot fi utile sînt : EEG, simplă și cu activare, examenul lichidului cefalorahidian, pneumoencefalografia, radiografiile craniocerebrale, explorările aparatului cardiovascular, ce permit diferențierea de tulburări psihice generate de afecțiuni somatice și organice (cerebrale). Examinarea psihologică poate aduce date despre particularitățile personalității premorbide și despre disfuncțiile personalității prezente. Ancheta socială are un rol important în cunoașterea datelor biografice ale bolnavului și în evidențierea comportamentului delirant.

1166. **PSIHOZĂ DIENCEFALICĂ PERIODICĂ**
sin. → GOLANT^(S) sindrom.

1167. **PSIHOZĂ (de) ETAPĂ** ● Termenul, neacreditat de nosologia psihiatrică actuală, se referă la tablouri psihopatologice de intensitate psiho-

și nici esența unui tablou psihopatologic (cu excepția intensității psihotice).

1168. **PSIHOZE EXPERIMENTALE** ● Provoacarea prin diverse procedee a unei simptomatologii psihotice (la om sau la animal). Este folosită în scopul elucidării mecanismelor de producere a acestora, stabilirii (în măsura în care este posibil) a zonelor corticale responsabile de aceste dezordine, precum și pentru testarea acțiunii anumitor droguri. Printre inițiatorii acestei metode se numără PAVLOV, care a declanșat nevroze experimentale, prin diferite procedee, la animale cărora le formase o anumită condiționare, fie provocîndu-le anumite tulburări printr-un stimul condiționat foarte intens, fie creînd un conflict, o discordanță între condiționări și necesități, fie determinînd o inhibiție intensă ori îndelungată. Față de acești factori nocivi, animalul reacționează în funcție de temperamentul său. Cercetările sale

asupra neurozei experimentale au fost continuate de MASSERMANN și GANT, ale căror studii au permis înregistrarea tabloului clinic simptomatologic. Pentru a delimita localizarea cerebrală a anumitor simptome, au fost de asemenea întreprinse numeroase experimente; astfel, fiziologii americani au obținut declanșarea crizelor de furie la pisică (shame rage) prin lezarea anumitor zone cerebrale. M. MOUNIER ș.a. au declanșat reacția de frică, furie sau oboseală, excitând animalul prin intermediul unor electrozi implantați în diferite regiuni ale zonei talamo-subcorticale. De JOUG și BARUK au obținut un aspect asemănător catatoniei prin injectarea bulbo-capninei. Aceleași efecte le-a obținut BARUK prin injectarea toxinei colibacilare.

De un interes deosebit s-a bucurat și se bucură producerea unor perturbări psihice de intensitate psihotică prin administrarea de substanțe halucinogene, în scop terapeutic și de investigație. Halucinațiile realizate prin administrarea substanțelor psihedelice urmează o dinamică progresivă, de la imaginile elementare, pînă la imagini complexe scenice. Experiențele de deprivare senzorială se bazează fie pe întreruperea canalelor normale de comunicare, fie pe diminuarea forței excitantului sau ridicarea pragului receptiv senzorial, realizînd un comportament de multe ori asemănător celui al bolnavilor psihici. Deprivarea de somn, înrudită cu deprivarea senzorială, realizează o legătură între mecanismele halucinatorii și cele ale viselor.

1169. PSIHOZĂ INFANTILĂ ● Tulburări psihice specifice vârstei copilului, care, chiar dacă în ultimii ani au beneficiat de o definire mai adecvată, continuă să fie puternic controversate, fiecare școală sau chiar fiecare autor considerîndu-le dintr-un punct de vedere original. Nu există nici în prezent un consens asupra vârstei limită între psihozele copilăriei și cele din perioada pubertății și adolescenței (10—12 ani după diverși autori). DUCHE distinge patru mari etape în dezvoltarea conceptului de psihoză infantilă:

● Etapa medico-pedagogică. Primele cazuri de psihoză infantilă au fost semnalate în literatura de specialitate a secolului al XIX-lea sub denumirea de „idiotie acută”, „demență cataleptică”, „paranoia acută”. DANILLO a descris, în 1896, un caz de „catatonie” la un copil de 14 ani. SANCTE de SANCTIS a identificat (1905—1906) primele cazuri de „dementia praecocissima” la copii care pînă la vârsta de 3—4 ani aveau o dezvoltare normală, începînd să prezinte, după această vîrstă, dezinteres progresiv față de mediul înconjurător, reacții discordante și manifestări catatonice, manierisme, negativism, stereotipii, halucinații, crize de mînie, deteriorare psihică. După acest autor, observațiile și studiile privind psihoza la copil au devenit din ce în ce mai numeroase.

● Etapa apariției noțiunii de schizofrenie. A. A. BRILL (1926) și G. E. SUHAREVA (1932) au descris un număr impresionant de cazuri de schizofrenie infantilă (termenul de schizofrenie a fost introdus în psihopatologia copilului de POTTER, 1933), folosind criteriul formei de debut și de evoluție; SUHAREVA descrie forme cu debut insidios și evoluție lentă, progresivă, înfîlnite înaintea vârstei de 10 ani, forme cu debut brusc și evoluție remitentă, caracteristice pubertății și adolescenței, și forme intermediare, cu debut subacut și evoluție progresivă, în salturi sau cu accese. G. HEUYER (1934) pune în discuție problema nosografiei demențelor infantile, iar C. BRADLEY, J. LUTZ, L. DESPERT, L. BENDER (1937) stabilesc cadrul clinico-evolutiv al tulburărilor descrise sub denumirea de schizofrenie. După J. LUTZ, schizofrenia copilului se caracterizează prin tulburări relaționale (ruperea relațiilor, relații de înlocuire sau tipuri de relații bizare), iar ulterior, prin pierderea nevoii de relație. Rezultatul acestor tulburări relaționale este un mod de izolare tipic. În domeniul activității apare o stare de hebetudine (descrisă de A. CRAMER), o disociație și de structurare a afectului. În ceea ce privește activitatea, aceasta se caracterizează prin apatie sau excitație impulsivă. Autorul acordă o atenție deosebită factorului timp în diagnosticul schizofreniei copilului, nu numai din cauza specificității simptomelor (în funcție de vîrstă), ci și a relației dintre momentul apariției psihozei și dezvoltarea globală a personalității. Pe plan psihodinamic, L. DESPERT (1940) definește schizofrenia copilului drept un „proces morbid în care pierderea contactului afectiv cu realitatea sau absența dezvoltării acestui contact coincide cu sau este determinat de apariția unui mod de gîndire autistic și este întovărășit de fenomene de regresie și disociere”. Autorul deosebește psihozele afective (unde tulburarea nu afectează structurarea personalității) de schizofrenie (în care se produce o de structurare a personalității).

● Etapa autismului infantil. În 1943, L. KANNER izolează un sindrom particular, caracteristic vârstei antepreșcolare, pe care îl denumește „autism infantil precoce”; acestuia, M. MAHLER îi adaugă varianta hiperkinetică, „psihoza simbiotică” a copilului mic. L. BENDER descrie ulterior „schizofrenia sugarului”, iar H. ASPERGER „psihopatia autistică” (pe care W. SPIEL o include în subgrupa psihopatiei schizoide, iar C. BURMS o definește drept „autopatie”). TUSTIN distinge trei mari tipuri de autism: primar anormal (care continuă autismul primar normal), secundar și secundar-regresiv.

● Etapa perspectivelor psihanalitice. Este marcată de lucrările Melaniei KLEIN, care consideră că orice copil trece printr-un „stadiu depresiv central, în care percepția propriei persoane și a

mediului se face divizat, fragmentat". Acest stadiu ar fi, în unele circumstanțe, punctul de plecare al psihozei; WINNICOTT, LEBOVICI, DIATKINE, MISES, LANG, AJURIAGUERRA, MANNONI, inspirându-se din aceste lucrări, insistă asupra dinamicii relaționale, conștiente și inconștiente, dintre părinți și copiii psihotici. M. MAHLER izolează două tipuri de psihoze infantile; o psihoză autistică primară și o psihoză simbiotică.

Deși în ultimele decenii ale secolului nostru au apărut numeroase publicații asupra psihozelor infantile, aporturile au fost eterogene, atât din punct de vedere al cadrului clinic, cât și al ipotezelor patogenice. În ceea ce privește problema nosologică, aceasta este actualmente încă departe de a fi clarificată. Cu toate că termenul de schizofrenie este larg utilizat în Statele Unite, în timp ce în Europa este preferat cel de psihoză, ambii termeni înglobează sindroame cu simptomatologie diferit interpretată din punct de vedere patogenic. Dacă unii autori includ autismul Kanner și sindromul simbiotic în schizofrenie, alții (RIMLAND) disting net autismul de schizofrenie. La rîndul său, GOLDFARD consideră că schizofrenia copilului nu este o entitate clinică specifică. Același autor subliniază marea fluctuație a simptomelor schizofrenice (relații alterate, tulburări ale identității de sine, rezistență la schimbări, angoasă accentuată, dificultăți perceptive, motilitate bizară, preocupări neobișnuite etc.). Atît din punct de vedere descriptiv, cât și patogenic, schizofrenia infantilă rămîne deci univocă pentru unii, complexă pentru alții. Pentru G. HEUYER (1957), psihozele infantile sînt entități clinice care nu sînt în mod primar demențiale, caracterizate prin pierderea contactului cu realitatea și constituirea unei organizări autistice, marcată de fenomene specifice de regresie și tradusă prin disociere. Un grup de psihiatri britanici au stabilit în anul 1961 criteriile pentru definirea psihozelor copilului (M. CREAK): alterarea profundă și constantă a relațiilor emoționale cu oamenii; ignorarea propriei identități; preocupări patologice pentru obiecte particulare sau unele caracteristici ale acestora; rezistență la orice schimbare a mediului; experiențe perceptive anormale (în absența unor leziuni organice decelabile); anxietate acută; arieație pe fondul căreia pot apărea „insule” de funcționare intelectuală normală.

Pentru J. de AJURIAGUERRA, psihozele infantile sînt caracterizate prin: comportament inadecvat față de mediu (retragere autistică sau fragmentarea cîmpului realului); restrîngerea cîmpului de utilizare a obiectelor; investiții cognitive, afective și de activitate, insuficiente sau parțial exagerate, prea focalizate sau dispersate, antrenînd comportamente hiperrigide sau inconsistente; viață fantasmatică săracă sau de tip magico-halu-

cinator; o atitudine prea abstractă sau prea concretă, limitînd mobilitatea gîndirii și a activității; comunicare restrînsă sau distorsionată, atît pe plan verbal, cât și emoțional-afectiv; relații inadecvate cu oamenii.

M. DUGAS, C. GUÉRIOT, J. VÉLIN (1970) clasifică psihozele infantile în:

- Psihoze precoce (pînă la vîrsta de 5 ani), în care sînt incluse formele autistice, psihozele cu expresie deficitară, formele hiperkinetice, stările psihotice acute și stările prepsihotice.
- Psihoze „fazei de latență” (de la vîrsta de 5 ani pînă la prepubertate), care cuprind:
 - psihozele în care domină dezorganizarea personalității (aceste forme se apropie de schizofrenie); psihoze acute și subacute; psihoze cu evoluție progresivă (forme dominate de instabilitate și excitație psihică; forme inhibate; psihoze imaginative —descrise de G. HEUYER);
 - psihozele în care domină distorsionarea personalității (forme cu simptomatologie nevrotică, forme comportamentale și distorsiunile evolutive);
 - psihoze cu expresie deficitară.

J. de AJURIAGUERRA (1972) deosebește:

- tulburări psihotice precoce (autismul precoce Kanner, tulburările primelor relații obiectuale, prin dezaferentare precoce, și tulburările psihotice precoce, prin hiperinvestiție maternă);
- tulburări psihotice ce apar după vîrsta de trei ani (psihoza acută);
- forme particulare sau marginale de psihoză la copii și adolescenți (heboidofrenia, encefalopatiile infantile psihotizante, stările prepsihotice — borderline).

În „Clasificarea internațională a bolilor”, ediția a 9-a (ICD 9), în grupa psihozelor copilăriei sînt incluse autismul infantil, psihozele dezintegrative, alte psihoze și psihozele nespecificate, iar în „Manualul diagnostic și statistic al tulburărilor mintale”, ediția a 3-a (DSM III), schizofrenia copilăriei cuprinde autismul infantil, psihozele copilăriei, copiii atipici și psihozele simbiotice, a căror relație cu tulburările psihotice ale adultului nu este încă clară.

Din punct de vedere etiopatogenic se consideră că tulburarea psihotică răspunde unui mod particular de organizare fiziopatologică (de tip constituțional sau lezional), care în unele cazuri antrenează o perturbare a relațiilor precoce ale copilului cu mediul, determinînd tulburări importante în primele organizări ale personalității (J. de AJURIAGUERRA). Copiii schizofrenici sînt (după C. BRADLEY) slab echipați, încă de la începutul vieții, pentru a face față stresurilor emoționale. BENDER arată că sugarul schizofren conservă toate trăsăturile fătului, fapt ce ar cores-

punde unei opriri în dezvoltarea sistemului nervos central la etapa embrionară, caracterizată printr-o „plasticitate primitivă” în toate ariile de integrare. Acest proces de dismaturatie determinat genetic poate fi activat cu ocazia unor „crize fiziologice” (de exemplu, nașterea). Alți autori sînt preocupați de „dezorganizarea receptorilor” și de mecanismele de feedback la copiii autiști și schizofrenici (care prezintă perturbări perceptive și integrative, ca rezultat al disfuncției cerebrale).

Cercetările de neurochimie relevă în unele cazuri de psihoză infantilă modificări ale sistemelor dopaminergice și noradrenergice, precum și ale celor implicate în transmiterea indolaminergică. Neurofiziologic, s-a relevat o hipersensibilitate la stimulii diverși, variații ale potențialelor evocate auditive și vizuale, precum și aspectul de inactivitate EEG în somnul paradoxal.

În ceea ce privește evoluția și prognosticul psihozelor infantile, M. RUTTER și L. LOCKYER pun în discuție patru factori care determină un prognostic nefavorabil: QI sub 60; tabloul clinic sever de la început; întârziere accentuată în dezvoltarea limbajului (absența limbajului util la vîrsta de cinci ani); imposibilitatea școlarizării. G. BOLLEA și J. de AJURIAGUERRA consideră următoarele modalități evolutive: spre tablouri demențiale (10—15% din cazuri), psihoză „închistată” (20% din cazuri), tablou psihopatic (20%) și insuficiență mintală medie sau gravă (35%). După G. BOLLEA, prognosticul defavorabil este mai frecvent la copii cu QI sub 80 și care prezintă stereotipiile, mișcări ritmice iterative, tendințe la autoliză și limbaj puțin dezvoltat.

Tratamentul chimioterapic al psihozelor infantile urmărește fie un efect antipsihotic, fie numai unul simptomatic, de combatere a anxietății, agresivității și instabilității. Tehnicile educative utilizate în cadrul instituțional creează un mediu favorabil gratificant, restructurant, permisiv, tolerant față de regresiiile temporare. În acest context, copilul poate depăși progresiv sistemele sale de apărare psihotică și poate stabili un nivel de relații satisfăcător. Psihoterapiile de inspirație analitică, individuale sau de grup, se dovedesc utile în unele cazuri. În fine, trebuie avută în vedere și terapia familiei, care vizează anularea reacțiilor de respingere sau culpabilitate.

1170. PSIHOZĂ MANIACO-DEPRESIVĂ ● Grup de boli psihice în care pe prim plan se situează tulburările ciclice ale afectivității, manifestate la același bolnav sub forma unor faze maniacale sau depresive, urmate de regulă, interfazic, de echilibrarea timiei. Ca elemente definitorii se înscriu

tulburările majore, cu caracter endogen, pe planul afectiv-instinctual (modificările ritmului psihomotor și evoluția ciclică, cu perioade de remisie intercritică).

Frecvența psihozei maniaco-depresive este foarte diferit apreciată din cauza marilor dificultăți de delimitare nosografică a acestei afecțiuni, dar și a variabilității și polimorfismului manifestărilor ei. Cu toată relativitatea statisticilor, literatura de specialitate subliniază însă faptul că depresia este în mod incontestabil cea mai frecventă stare psihică patologică. Studiile estimative făcute de experții OMS au stabilit că 3% pînă la 5% din populația globului suferă de depresie, existînd tendința continuă de creștere a acestei cifre, mai ales în mediul urban industrializat; din acest motiv, în 1975 s-a înființat Comitetul Internațional pentru Prevenirea și Tratatamentul Depresiilor, care publică periodic un buletin informativ. După mulți autori însă (R. A. COHEN, MAYER-GROSS și colab., MATUSSEK, ANGST etc.) se estimează că incidența acestei boli este între 0,3—0,4% și ar fi în aparență scădere (de la 12% în 1933, la 1,5% în 1968); procentele ar fi mai ridicate dacă s-ar lua în calcul și episoadele depresive unice (6‰ pentru femei, 3‰ pentru bărbați, după DSM III). Există părerea că PMD este mai frecventă în cadrul populațiilor cu nivel socio-cultural mai ridicat și în sudul Europei, după autorii europeni, cifra estimîndu-se la 2,20—2,50%. Prevalența, după DSM III, este 18—23‰ pentru femei, iar pentru bărbați 8—11‰ din populație, pentru un episod depresiv major. După aceiași autori, cca 3% dintre bărbați și 6% dintre femei au necesitat spitalizare pentru episoade depresive majore, iar 0,4—1,2% din populația adultă suferă de PMD. Incidența pe sexe ar fi de 3/2 în favoarea femeilor în forma unipolară, dar egală în forma bipolară. Formele maniacale sînt mai frecvente la femei și la subiecții tineri, iar cele depresive predomină în grupele avansate de vîrstă. Vîrsta medie a debutului este sub 40 de ani (LARSON, SJÖGREN, STENSTEDT), opiniile fiind însă diferite din cauza introducerii uneori în studii a melancoliei de involuție (vîrsta peste 65 de ani). Cele mai multe debuturi se situează sub vîrsta de 35 de ani, adolescenții cu simptomatologie depresivă sau maniacală suferind mai mult de schizofrenie sau de o boală cu substrat organic.

Redăm, după F. ROUILLON (1984), studiile bipolare și a celor depresive monopolare : efectuate asupra incidenței psihozelor afective

Tabel nr. CXIX**INCIDENȚA PSIHOZELOR DEPRESIVE UNIPOLARE**

Locul și data Studii longitudinale	Autorii	Cifra la 100.000 loc.		
		bărbați	femei	frecvență generală
Sudul Suediei (1947—1957)	Essen-Moller (1961)	82	247	162
Gothenburg (Suedia) (1968—1969)	Hällström (1973)		6,175	
Camberweil (Londra) (1969—1975)	Brown și Harris (1978)		7,8	
<i>Registru de cazuri</i>				
Samso (Islanda 1976 Danemarca)	Nielsen (1979)			519
Aarhus (Danemarca 1976)	Nielsen (1979)			204
Camberweil (Londra) (1964—1974)	Wing (1976)	201	381	295
Salford (Anglia) (1964—1974)	Wing	156	320	240
Iceland (1966—1967)	Helgason (1977)			104
Chinchester (Anglia) (1960)	Grad de Alarcon (1975)			350
Salisbury (Anglia)	Grad de Alarcon			246
Aarhus (Danemarca) (1960—1964)	Weeke (1975)	130	330	230
Aarhus (Danemarca) (1958)	Nielsen (1961)	200	500	350

Tabel nr. CXX**INCIDENTA PSIHOZELOR BIPOLARE**

Locul și data	Autorii	Cifra la 100.000 loc.		
		bărbați	femei	frecvență generală
<i>Cifre provenind din prima internare psihiatrică</i>				
Registrul danez central 1978 (1970—1972)	Weeke (1979)	4,8	4,7	4,8
Registrul danez central (1970—1972)	Weeke (1979)	8,3	10,7	9,5
Anglia și Țara Galilor (1965—1966)	Spicer (1973)	3,0	3,9	3,5
Samsø (Islanda, Danemarca) (1957—1974)	Nielsen (1980)			6,1
Chicago (1922—1934)	Faris (1939)			22,2
Chicago (1922—1934)	Faris (1939)			2,8
<i>Cifre bazate pe consultație — 15 ani</i>				
Aarhus (Danemarca) (1960—1964)	Weeke (1980)	15,2	17,4	16,3
Samsø (Islanda, Danemarca) (1957—1974)	Nielsen (1980)	14,1	7,4	10,8
Islanda (1966—1973)	Heigason (1980)	9,2	32,5	20,8

Din punctul de vedere al etiopatogeniei, PMD aparține afecțiunilor de tip endogen în care rolul eredității, al constitutiei și al factorilor biologici umorali și hormonali este considerabil. Ereditatea în PMD este astăzi dovedită, mai mult decât în oricare dintre psihoze, transmiterea fiind directă. LANGE admite că riscul ereditat este de 30 de ori mai mare în cazul rudelor apropiate (în populația globală fiind de 4 %/100). STENSTEDT arată că melancolia de involuție este de 20 de ori mai frecventă în cazul celor care au unul dintre părinți cu o boală asemănătoare. Studiile genetice întreprinse au indicat o mare frecvență a unei eredități similare, posibilitatea alternării manifestărilor maniacale sau depresive de la o generație la alta, apariția tardivă (de exemplu, melancolia de involuție, la subiecții care aveau antecesorii cu debut mai precoce al fazelor de PMD), sau fenomenul invers, episod precoce de Depresie melancoliciformă la subiecți tineri ai căror părinți sau bunici prezentaseră psihoze periodice mai tardive (ereditate procesivă). Studiile independente ale lui ANGST și PERRIS (1966) asupra aspectelor genetice au adus noutăți în diferențierea nosologică a psihozelor bipolare (ciclice sau circulare) de cele monopolare (depresive periodice), ca forme evolutive.

Modul de transmitere este încă controversat, ceea ce traduce poate eterogenitatea bolii, anumite subgrupe având un posibil determinism genetic diferit (genă dominantă cu penetrație incompletă), de tip poligenic sau heterogen (ZERBIN-RUEDIN).

În cercetarea cauzelor care determină apariția și evoluția psihozelor afective bipolare a fost incriminată o multitudinea de factori:

● *Biotipul* — constituția „ciclotimică” a fost multă vreme considerată, în multe cazuri, ca bază patogenă, luându-se ca punct de plecare lucrarea kretschmeriană în care tipul picnic (ciclotim) apare opus leptozomului schizotim (BLEULER). Corelația tip ciclotim — PMD este, se pare, evidentă în 64% din cazuri, dar unii autori admit că boala poate surveni și fără existența prealabilă a unor variații ciclice ale dispoziției. Psihopatologia contemporană a preferat termenul de constituție celui de structură, deoarece ține seama de toate elementele care constituie personalitatea.

Referitor la personalitatea premorbidă, BECK postulează că o stare timică negativă rezultă dintr-un stil defectuos de cunoaștere a realității, tradus printr-o concepție negativă a Eului, interpretări negative ale propriei experiențe și o idee negativă despre viitor, ceea ce dă naștere unor sentimente de disperare, în care tendința suicidară ar avea un efect cathartic. Psihiatria existențială consideră boala ca o tulburare a „modului de a fi în lume”, cu imposibilitatea găsitului unei „căi de

viitor” (BINSWANGER). Teoria psihanalitică propune, în context, următoarea interpretare: tendința depresivă traduce o fixație sau o regresie a libidoului într-un stadiu în care sentimentul valorii de sine depinde de compensările exterioare (deprimatul este însetat de gratificații, pentru a-și satisface nevoile narcisiste). Introiectarea obiectului iubirii va spori culpabilitatea. El se apără, Supraeul domină. Episodul maniacal pare să realizeze ceea ce bolnavul caută în depresie.

● *Factori endocrini*. Lucrările lui PARHON (1906) au dus la deschiderea unui amplu câmp de cercetări care au căutat să stabilească rolul diferitelor glande în stările maniaco-depresive. Au fost studiate pe rând: tiroida (MANN și KAHN), hipofiza (ABLEY, RETEZEANU, DELAY), glandele sexuale, corticosuprarenalele (DELAY, KAPLAN, MAYOLIS), fără să se poată ajunge însă la concluzii elocvente. Descoperirea mai recentă a unei „funcții timice”, reglatoarea a dispoziției, al cărei sediu poate fi situat la nivelul diencefalului, a permis unor autori (DELAY) să înscrie PMD în cadrul dereglărilor de origine hipotalamică.

● *Tulburările metabolice*. S-au putut constata episoade maniaco-depresive în cursul curelor de slăbire; autorii sovietici (PROTOPOPOV și colab.) au evidențiat o creștere a glicemiei, a fosfatazei și globulinemiei, cu o scădere a serinemiei, care denotă o excitabilitate crescută a regiunii hipotalamice.

● *Tulburările metabolismului mediatorilor*. Studiul mediatorilor chimici ai transmisiunii neuronale demonstrează substratul organic al tulburărilor timice. Lucrările școlii conduse de AJURIA-GUERRA au evidențiat o creștere a eliminării metabolizilor serotoninei și catecolaminelor (adrenalina și noradrenalina), la subiecții cu depresie endogenă. Reserpina, care provoacă o depleție la nivel tisular a serotoninei, are efecte sedative, IMAO, care au efect contrar celui reserpinic, scăzând viteza de degradare a serotoninei, au efecte antidepressive; și alți neurotransmițători ca acetilcolina, neuropeptidele (endorfinele, substanța P) au rol în variațiile timice, oscilațiile acestora părind a fi mai mult un dezechilibru global decât unul particular (al unui singur neurotransmițător). ZARIFIAN și LÖO (1984) citează mai multe teorii biochimice, printre care: teoriile care incriminează deficiențe cantitative ale transmițerii monoaminergice prin intermediul noradrenalinei (NA) și 5 hidroxitriptaminei (5HT), conceptul dezechilibrului între cele două căi monoaminergice (NA și 5HT) elaborat de TISSOT, teoriile membranare (anomaliile ale permeabilității membranare, descoperirea receptorilor membranari celulari pentru neurotransmițători și neomodulatori), prezența altor sisteme biochimice posibile (endorfinice, GABA-ergice, colinergice).

existența unui „ligant endogen” reglator al dispoziției. Sînt menționate și ipotezele perturbării numeroaselor constante biologice în depresia endogenă (somnul, secreția prolactinei, melatoninei), deși, în mod evident, relația cauzală este inversă.

● **Factorii psihici.** Cel puțin în parte, declanșarea fazelor afective este direct legată de o psiho-traumă sau de o stare emoțională deosebită (evenimente biografice). LITWAK, SCHNEIDER, KAHN au încercat să articuleze inteligibil factorii de mediu cu cei endogeni și constituționali. L. EISENBERG arată că, „în ciuda problemelor evidente, există o anomalie biochimică la pacientul depresiv, aceasta putînd constitui calea comună de exprimare a unui stres psihosocial și/sau o dereglare genetică”.

● **Factorii culturali.** Studiile de psihiatrie comparată, antropologie și etnologie au pus în evidență faptul că relațiile interumane mai strînse scad incidența psihozelor tîmice. Pierderea rolului și statutului social, poziția ambiguă sau evident dezorganizată la anumite vîrste duc la episoade tîmice (EATON, WEIL, STEINBROOK, FORRIS și DUNHAM).

● **Factorii exogeni** — infecțiile, traumatismele craniene, șocurile emoționale pot acționa asupra unui teren predispus sau chiar pot modifica structura personalității.

Clasificarea psihozelor afective (bipolare și unipolare) a cunoscut de asemenea soluții diferite ; într-un sistem mai general, pot fi considerate două criterii de disociere :

- după coloratura afectivă, episodul poate fi maniacal, depresiv sau mixt ;
- după evoluție, PMD îmbracă forme izolate, remitente, intermitente, cu dublă formă circulară, cu dublă formă intermitentă, periodic alternantă.

În 1976, FIEVE, KUMBARAKI și DUNNER au propus următoarele tipuri de psihoze afective : bipolare tip 1 (cu spitalizare impusă în timpul acceselor maniacale) ; bipolare tip 2 (cu spitalizare necesară în fazele depresive) ; unipolare depresive ; unipolare maniacale. De interes mai mult istoric, pot fi citate și alte două concepții, deși căzute în desuetudine :

- clasificarea lui A. ARNAUD (apărută în tratatul lui BALLEET în 1903), care distingea următoarele tipuri de psihoze periodice : mania intermitentă de tip regulat, mania intermitentă de tip neregulat, melancolia intermitentă (tip regulat și neregulat), psihoza alternantă tipică, psihoza cu dublă formă, psihoza circulară ;

- clasificarea lui Gilbert BALLEET care, stabilind aspectele fundamentale ale maniei și

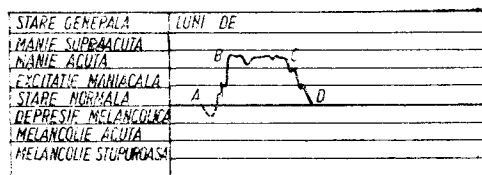
melancoliei (exagerarea mișcărilor și, respectiv, inhibiția motorie, fuga de idei — lentoarea ideativă, hipertimia — hipotimia) și combinînd aceste elemente în grupe de cîte trei, a determinat șase tipuri de stări mixte : mania furioasă, excitația cu depresie, mania neproductivă, depresia cu fugă de idei, mania inhibată și stupeora maniacală.

Diagnosticul pozitiv se realizează în prezența elementelor definitorii ale episodului maniacal sau depresiv, corelate cu următoarele criterii : debut sub vîrsta de 40 de ani ; ciclicitatea episoadelor maniacale sau depresive ; prezența PMD în antecedentele personale sau heredocolaterale și predispoziția constituțională ; biotipul picnic (KRETSCHMER) și temperamentul ciclotim și simton, cu tendință fundamentală la oscilații ale dispoziției (E. BLEULER). Aceste criterii au însă numai o valoare orientativă.

Examele paraclinice pot fi utile : examenul psihologic pentru evidențierea tipului ciclotim, studii genetice în familiile cu PMD, ancheta socială, examene complementare (radiografii craniene, RBW, pneumoencefalogramă, electroencefalogramă, examenul fundului de ochi, arteriografia cerebrală, pentru excluderea unor sindroame afective simptomatice).

Formele clinice necesită o descriere separată, atît a episodului maniacal și a celui depresiv, cît și a formelor mixte.

● **Episodul maniacal.** Debutul crizei maniacale poate fi : brusc — subiectul adult cu un comportament normal în decursul lunilor precedente este, învadat deodată de un sentiment de euforie bunăstare, ușurare, de o nevoie irezistibilă de mișcare și activitate, dezinhibiție pe plan pulsional : insidios — precedat inițial de o fază depresivă (cefalee, astenie, inapetență, insomnie) sau de o fază de subexcitație sau de conduite comportamentale necbișnuite, totdeauna aceleași, precum dînd criza. Perioada de stare este caracterizată prin exteriorizarea spontană a simptomelor, bolnavul fiind într-o stare de excitație continuă, evidentă.



MANIE SUPRACUTĂ SIMPLĂ
(dupa E. Regis)

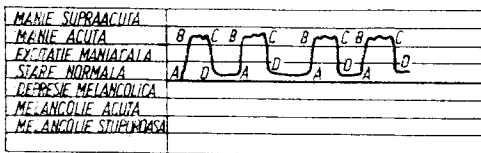
Elementele definitorii sînt :

- dispoziția euforică, exacerbarea laturilor afectiv-instinctuale ;
- accelerarea ritmului ideativ ;
- hiperactivitate dezordonată.

Mania este definită ca o stare de exaltare psihomotorie și de dezinhibiție a pulsionilor instinctiv-afective.

Aspectul general : ținuta este neglijentă și extravagantă (farduri stridente, panglici, pene, medalii etc.), iar mimica foarte mobilă, expresivă. În timp ce bolnavul vorbește fără încetare, dar superficial, atingînd un familiarism jenant. Pacientul se mișcă continuu, cu gesturi ample, își schimbă mereu preocupările.

În sfera perceptuală se constată o promptitudine, care împiedică însă discriminarea, ceea ce generează iluzii, imagini eidetice, false recunoașteri. În cazuri severe pot apărea halucinații. Atenția se caracterizează printr-o mare mobilitate și distributivitate spontană, printr-un volum considerabil, înregistrîndu-se însă hipoprosexie voluntară (de concentrare). Consecutiv, memoria, legată semnificativ de evenimente în general pozitive, este de tip hipermnemie selectivă, fixarea evenimentelor din timpul crizei făcîndu-se deficitar. Orientarea este de obicei corectă, dar fără importanță pentru subiect, care ține mai mult seama de coordonatele temporospațiale ale propriei fantezii.

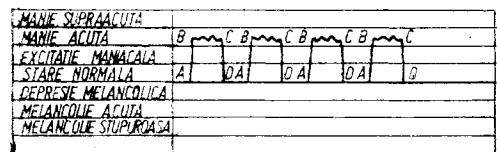


MANIE REMITENTĂ
(după E. Regis)

Pe planul gîndirii, aspectul cel mai evident este tahipsihia, care traduce excitația maniacală: accelerarea reprezentărilor mintale pînă la fuga de idei. Asociația de idei este superficială și rapidă, fiind realizată prin legături verbale fragile și automate (rime, jocuri de cuvinte), existînd tendința la divagații. Conținutul ideativ traduce starea de euforie, de satisfacție, idei de grandoare, de invenție, de îmbogățire, idei erotice, marcate însă prin discontinuitate, și chiar idei delirante cu teme de grandoare, revendicare, de persecuție, gelozie etc.

Tulburările din sfera afectivității și a vieții instinctuale sînt definitorii pentru această afecțiune. Hiperțimia sau starea de exaltare afectivă se exprimă clinic prin : euforie, expansivitate, optimism,

entuziasm, creșterea încrederii în sine și a intensității trăirilor, dar fără angajare în realitate. Această tonalitate afectivă este însă instabilă, maniaca-lul puțin trece, chiar la incitații minore, de la bucurie la mînie, agresivitate, pînă la starea de „furor maniacal”. Starea de exaltare se manifestă și pe planul instinctualității sexuale, prin excitație erotică (cuvinte, propoziții, gesturi, atitudini erotice, pînă la obscenități, exhibiționism, masturbăție). Limbajul vorbit și scris este un flux continuu de cuvinte, propoziții prost asamblate și rapide (logoree și graforee), reflectînd în mod evident dezorganizarea gîndirii maniacală. Poate apărea uneori și mutism cu caracter ludic (de opoziție), mai ales în mania stuporoasă.



MANIE INTERMITENTĂ
(după E. Regis)

În timpul episodului maniacal, impresionează în mod deosebit tendința imperioasă a bolnavului spre hiperactivitate (gesticulează, umblă, mută lucrurile din casă, manipulează obiecte etc.), schimbîndu-și permanent preocupările. Această tahikinezie, activitate multiplă și dezordonată, poli-pragmatică, are un caracter ludic, uneori grotesc, subiectului plăcîndu-i să se deghizeze, să joace roluri, să cînte, să recite, să danseze. Acest comportament nu este echivalent histrionismului, deoarece pentru maniaca el reprezintă o modalitate de a trăi în realitatea exterioară, pe care o transformă după fantezia sa optimistă. Marea agitație (furia maniacală) este astăzi rară (mișcări continue, strigăte, refuz alimentar, impulsuni agresive, insomnie completă, brutalitate distructivă severă) datorită tratamentului chimioterapic care, odată instituit, modifică acest tablou clinic clasic pentru care vechea terapie era practic fără efect.

Simptomatologia somatică este prezentă totdeauna alături de tabloul psihic, prin :

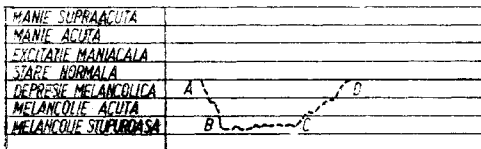
- semne fizice : scădere ponderală rapidă, în contrast cu bulimia și polidipsia; insomnie rebelă în timpul episodului ; hipertermie (37,5°—38°C) ; rezistență mare la frig și efort ;
- tulburări digestive : încetinirea tranzitului intestinal, hipersalivație, bulimie, polidipsie;

- tulburări cardiovasculare : tahicardie, hipertensiune arterială moderată ;
- tulburări instinctuale : alimentare, sexuale (hipererotism), amenoree (în timpul episodului).

Examenul neurologic este negativ.

În funcție de intensitatea simptomelor, sint diferențiate următoarele forme clinice ale maniei :

- hipomania — elementele definitorii ale maniei sînt de intensitate redusă, subiectul fiind capabil de performanțe superioare în activități care nu presupun o mobilizare volițională îndelungată și o analiză precisă ;
- mania supraacută (furia maniacală) — elementele definitorii sînt de intensitate extremă, pe un fond de îngustare a cîmpului conștiinței (această formă este astăzi rară) ;
- mania delirantă — elementele definitorii clasice ale maniei, la care se adaugă idei delirante predominant expansive.
- Episodul depresiv. Debutul episodului depresiv poate fi : lent, brusc, de aspect nevrotiform, obsesiv, asimptomatic. Cînd modalitatea de instalare este progresivă, timp de săptămîni sau luni, subiectul devine tăcut, fără elan, acuzînd astenie, fatigabilitate, sentimentul unui „rău general”, dezinteres pentru preocupările și distracțiile anterioare ; insomnia este precoce și constantă, însoțită de inapetență, scădere ponderală, cefalee frecventă. Perioada de stare a unui episod depresiv de intensitate medie este caracterizată semiologic astfel : subiectul are o ținută vestimentară puțin îngrijită, vorbește cu voce stinsă, monotună, rară, indecisă, sau nu vorbește, ci geme, plînge, rămînînd așezat, foarte puțin mobil, cu mișcări reduse ca amplitudine. Fața lui exprimă tristetea ; palidă, cu ochii larg deschiși, privire tristă, pliuri frontale care schitează semnul „omega melancolic”. Percepțiile sînt diminuate, lumea părăindu-i-se bolnavului rece, depărtată sub aspect afectiv, cu o notă de irealitate. Nu este rară prezența cenestopatiilor, multiple și disconfortante.

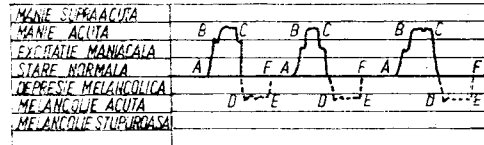


MELANCOLIE ACUTĂ SIMPLĂ
(după E. Regis)

Hipoprosexia se manifestă asupra elementelor realității exterioare, atenția orientîndu-se predominant spre trăirile interioare. Memoria este

axată pe momentele afectiv-negative ale existenței personale, bolnavul prezentînd chiar o hipermnemie selectivă a evenimentelor penibile, psihotraumatizante, în timp ce aspectele pozitive ale existenței pot trece chiar neobservate. Inhibiția psihică, o adevărată „paralizie psihică” (bradipsihie), constă în ideatie lentă, flux ideativ sărac, asociații defectuoase, evocări penibile, sinteză mentală imposibilă, reducere globală a tuturor forțelor care orientează cîmpul conștiinței. Conținutul ideativ reflectă renunțare, resemnare, idei hipochondriace care pendulează între teamă și dorință de boală. Ideile de culpabilitate domină, „depresivul nu este bolnav, ci vinovat” (H. EY), iar ideile suicidare apar ca derivate din sentimentul de culpabilitate (totdeauna cu risc suicidar). Această inhibiție se manifestă și în planul afectivității, timia putînd prezenta următoarele tulburări :

- tristețe morbidă — un sentiment de plictiseală, descurajare și deznădejde pentru viață, trăirea sentimentului de fatalitate ;
- durere morală — impresie penibilă de neputință și autodeprecieri, de incapacitate, atît pe plan fizic, cît și moral ; trecutul și prezentul i se par depresivului ca pline de greșeli și de conduite nedemne, totul se concentrează asupra nefericirii sale ;
- anestezie afectivă — bolnavul își reproșează faptul că nu-i mai poate iubi ca înainte pe cei din jur, că ar avea față de ei o anumită indiferență.



MANIE MELANCOLIE INTERMITENTĂ
(după E. Regis)

Refuzul alimentar este prezent de la lipsa de apetit, pînă la rezistența disperată față de tentativele de alimentare. Dorința și căutarea morții sînt constante în conștiința depresivului, acesta căutînd nu numai să se abandoneze morții, dar să și-o și producă. Suicidul este obsedant, invocat fără încetare, dorit și căutat, posibilitatea suicidului punînd pe orice depresiv în pericol de moarte. Acest lucru impune o supraveghere atentă a bolnavului în cursul episodului și al convalescenței. Tentativele de suicid pot surveni în orice moment, fiind unecri foarte abil pregătite și disimulate. Raptusul suicidar este o impulsune brută și neașteptată, care împinge depresivul la autoliză (defenestrare, înec, strangulare, otrăvire, împuș-

care). Suicidul colectiv se observă mai ales la femei, care-și omoară copiii dintr-un altruism delirant. Simțindu-se neputincios să dorească, să acționeze, depresivul se abandonează în inerție. Motivația este diminuată. Apare hipo- și abulia. Producția lui verbală este încetinită, întreruptă, până la cvasimutism. Activitatea este frînată, redusă, actele unei vieți normale necesitînd un efort deosebit, bolnavul neglijîndu-și nevoile corporale și obișnuințele.

Tulburările somatice au unele caracteristici :

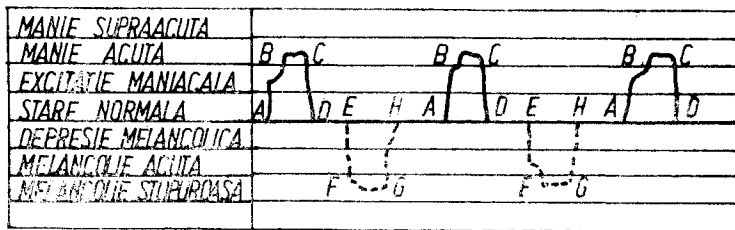
- se pot referi la orice organ, aparat sau sistem ;
- apar, cronologic, înaintea simptomelor psihice ;
- pot constitui singurul simptom („echivalențe depresive”) în depresia mascată.

În ordinea frecvenței, se instalează :

- astenie fizică ;
- rahialgii și poliartralgii ;
- insomnie rebelă, totdeauna terminală (bolnavul se trezește devreme dimineața, cu angoasa zilei ce urmează să o trăiască) ;
- tulburări digestive : anorexie, constipație, scădere ponderală ;
- tulburări ale vieții instinctuale : alimentar (scăderea apetitului), sexual (în general, scăderea libidoului, însoțită de amenoree cvasiconstantă).

riscul suicidar este însă totdeauna prezent; simptomatologia acestor forme diminuează spontan sau sub influența sărurilor de litiu ;

- depresia majoră stuporoasă — unul dintre elementele definitorii ale depresiei majore, și anume inhibiția psihomotorie, atinge intensitatea maximă ; bolnavul este împietrit, mut, alimentarea este foarte dificilă. În spatele fațadei (stupoare) există o durere morală profundă, care se exprimă prin mică tipică de disperare. În orice moment este posibil raptusul suicidar ;
- depresia majoră anxioasă — alături de elementele definitorii ale depresiei, pe prim plan se situează angoasa, manifestată clinic prin senzația de opresiune, sufocare, cenoapatii multiple, incontinență emoțională cu aspect uneori teatral, dar care nu trebuie să ne facă să subestimăm durerea morală, totdeauna autentică. Agitația este permanentă, cu gesticulări, lamentări cu tematici monotone sau deseori delirante ; și aici este prezent riscul crescut de raptus suicidar în paroxismele anxioase, ca și fuga, gesturile de automutilare ;
- depresia majoră delirantă — la elementele definitorii ale depresiei majore se adaugă interpretările delirante, cu idei care con-



MANIE MELANCOLIE ALTERNANTĂ

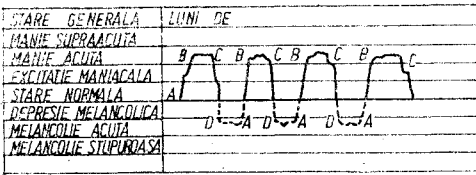
(după E. Regis)

Examenul neurologic este negativ. Inconstant, poate exista o diminuare a reflexelor osteotendinoase (ROT), hipertonie musculară și hipoestezie (care a permis în unele cazuri suiciduri singeroase, fără durerea aferentă). Unii cercetători au găsit o creștere a colesterolului și raportul albuminelor/globuline (A/G) inversat în majoritatea cazurilor.

Se descriu următoarele forme clinice ale depresiei :

- depresia majoră simplă — elementele definitorii ale depresiei sînt mai atenuate, durerea morală este mai puțin importantă, poate trece chiar neobservată de anturaj ;

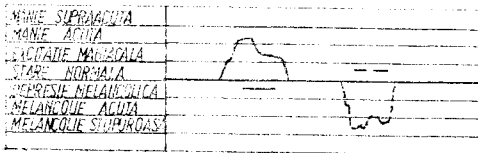
stituie un delir patetic, totdeauna cu tonalitate dureroasă, a cărui elaborare rămîne însă săracă ; delirul este monoton și fix, dar pe parcursul evoluției capătă un caracter centrifug și extensiv, bolnavul simțindu-se responsabil de nenorocirile persoanelor din anturaj, pe care, lent, le înglobează în sistemul său ideativ delirant. Temele depresiei delirante sînt : idei de vinovăție (auto-acuzări pentru diverse greșeli, deseori pur imaginare, fapte cu consecințe grave, crime etc.) ; idei de ruină, de doliu ; idei hipochondriace, de transformare și negare cor-



MANIE MELANCOLIE CONTINUĂ
(după E. Regis)

porală; idei de influență, de dominație și posesiune; idei de negație. Toate aceste idei pot culmina într-o singură temă — negația lumii, a propriului corp, a vieții, a morții, grupându-se în sindromul descris de COTARD (rareori întâlnit), care cuprinde idei de enormitate, immortalitate și negație.

● Forme mixte (maniaco-depresive). Elementele definitorii sînt cele ale depresiei majore și ale maniei. Acest sindrom este caracterizat prin amestecul simptomelor de excitație cu simptomele depresive. KRAEPELIN a delimitat următoarele forme clinice: mania coleroasă („melancolia agitată” — H. EY); mania depresivă; mania nereproductivă; stuporul maniaco-depresiv; depresia cu fugă de idei; mania akinetică.



SCHEMA STĂRILOR MIXTE
(după E. Regis)

Diagnosticul diferențial trebuie făcut separat pentru episodul maniaco-depresiv și pentru cel depresiv.

● Diagnosticul diferențial al episodului maniaco-depresiv nu creează dificultăți deosebite, dar recunoașterea unui episod maniaco-depresiv necesită diferențierea de numeroase alte afecțiuni care trebuie eliminate: disforia din cursul intoxicațiilor acute și din epilepsie; euforia puerilă din schizofrenia hebefrenică; labilitatea afectivă mergînd pînă la incontinență afectivă a vascularului; risul spasmodic al pseudobulbarului; moria din tumorile frontale. De asemenea, este necesar să fie luate în considerație și următoarele posibilități: endocrinopatii — boala Basedow, boala Cushing; paralizia generală, forma expansivă (hipomnezie, caracterul absurd și deficitar al conținutului ideativ, examene de laborator și neurologice specifice);

arterioscleroza cerebrală cu debut prin sindrom maniaco-depresiv (tablou clinic oscilant, șters, predominant nocturn, care evoluează spre depresie); traumatism craniocerebral (prezența accidentului, evoluție scurtă și remisie spontană a simptomatologiei); encefalită — cu afectarea diencefalului și a regiunii hipotalamice (etiologia este cunoscută, somnolență diurnă cu manifestări predominante nocturne ale excitației); tumori cerebrale (etiologie cunoscută, tulburările sînt mai mult disforice); unele forme de epilepsie (aspectul EEG); intoxicațiile: voluntare — faza de excitație din intoxicația acută, banală cu alcool, cu alte toxice (opiu și derivații săi, cocaina), cu o simptomatologie pasageră; involuntare — cu toxice accidentale, în mediul industrial sau chiar în cursul anumitelor chimioterapii (cortizon, cicloserină, L-dopa, IMAO, amfetamine); mania presenilă (lipsa antecedentelor bolii, debutul la vîrsta presenilă, prezența elementului deteriorativ); presbiofrenia, forma cronică (lipsa antecedentelor bolii, vîrsta, simptomatologie ștearsă, deficitul prezent).

Este necesară și o discriminare mai fină în raport cu:

- timopatul euforic (euforia este caracteristică personalității, asocierea cu alcool este frecventă — poate fi înțîlnit chiar și sindromul Korsakov —, decompensările sînt determinate de conflictele cu anturajul);
- schizofrenia afectivă de coloratură euforică: dispoziția euforică mai puțin netă, mai puțin transmisibilă, capacitate de contact diminuată sau nulă, aspectul discordant al gândirii, afectivității și comportamentului, fuga de idei ca exprimare a incoerenței, agitația pînă la note catatonice.
- Diagnosticul diferențial al episodului depresiv poate fi realizat cu relativă ușurință față de:
 - anxietatea și depresia nevrotică (elementele psihogene, personalitatea particulară, depresia este maximă seara și nu dimineața, influențată de anturaj, asociere cu alte elemente nevrotice, ideile de suicidare sînt rare, mai mult șantaj suicidar);
 - decompensările depresive ale timopatului (accentuarea trăsăturilor psihopatice, respectarea celor patru principii definitorii, durata scurtă a episodului);
 - stările depresive reactive (agent psihotraumatizant recent, evoluție benignă).

Pentru diferențierea episodului depresiv trebuie luate obligatoriu în considerație și:

- stările depresive simptomatice din afecțiunile organice (de obicei, realizează greu un tablou clinic depresiv, mai mult o stare confuzional-depresivă);

- afecțiunile cerebrale : tumori cerebrale, arterioscleroză cerebrală, boala Parkinson, epilepsia, traumatismele craniocerebrale, demențele senile și presenile ;
- discriminările : boala Cushing, boala Addison, graviditatea, postpartum, perioada premenstruală și premenopauza, contraceptive orale ;
- afecțiunile generale : tuberculoză, diabet zaharat, cancer al aparatului digestiv, hemopatii, colagenoze, convalescența gripei și hepatitei virale, mononucleoza, nefrita cronică hipertensivă ;
- chimioterapia iatrogenă : antihipertensive (reserpina, aldometul), corticoizi, L-dopa, tratamentul unui episod maniaco anterior ;
- stări de sevraj : stare disforică, de astenie anxioasă după cura de dezintoxicare în alcoolism, toxicomanii.

Diagnosticul diferențial este mai dificil în cazul :

- stuporii confuzionale din : stările postcritice epileptice, unele nevroze isterice, toxinfecții, stările anxioase confuzionale după traumatisme cerebrale (debut brutal, hebetudine, tulburări de orientare temporo-spațială, mimica nu este depresivă, durerea morală este absentă) ;
- stuporii catatonice din schizofrenie (prezența stereotipiilor, negativismului, a surîsului discordant).

Diagnosticul diferențial se face însă foarte greu în următoarele circumstanțe :

- deliruri cronice cu teme depresive (evoluția și răspunsul terapeutic permit diferențierea) ;
- schizofrenia — depresii atipice (stare disforică cu ruminări penibile de depreciere și incurabilitate, sentimente de transformare catastrofică a lumii, a vieții) ;
- depresia postpsihotică (după remisia tulburărilor psihotice acute schizofrenice — vid afectiv, sentimente de devalorizare) ;
- melancolia de involuție (deși mult timp încadrată în PMD, apare la o vîrstă înaintată, fiind declanșată de factori psihogeni sau somatogeni, evoluția este progredientă, fără caracter ciclic, cu mare rezistență la tratament).

Evoluția și prognosticul PMD sînt variabile de la o formă la alta și de la un subiect la altul. Debutul primului episod al psihozei afective formă bipolară apare de obicei înainte de 43 de ani (și aproximativ 10% după 60 de ani). Cele două forme, maniacoală și depresivă, au o evoluție periodică, episodul primar avînd tendința la repetiție, cu excepția unor cazuri cînd se manifestă un singur episod izolat.

Episoadele maniacoale încep de obicei brusc, cu o agravare rapidă a simptomelor, durînd de la

cîteva zile pînă la cîteva luni, fiind mai scurte și terminîndu-se mai brutal decît cele depresive. Majoritatea subiecților la care apar unul sau mai multe episoade maniacoale vor avea și un episod depresiv. Debutul episodului depresiv este progresiv, simptomele dezvoltîndu-se de obicei într-o perioadă de la cîteva zile pînă la cîteva săptămîni. Totuși, în unele cazuri, debutul poate fi brusc (de exemplu, atunci cînd este asociat unei psihotraume severe). Uneori apar simptome prodromale (de exemplu, anxietate de așteptare sau în crize, fobii sau simptome depresive ușoare), chiar cu cîteva luni înainte de debutul propriu-zis. Se apreciază că peste 50% din subiecții cu depresie unipolară — episod unic, vor avea eventual un alt episod recurent. Acești subiecți au un risc mai mare de a dezvolta o PMD unipolară, decît cei cu un singur episod depresiv.

În psihoza afectivă bipolară, episodul inițial este deseori de tip maniacoal. Atît episodul maniacoal, cît și cel depresiv sînt mult mai frecvente și mai scurte decît episodul depresiv din psihoza afectivă unipolară, la același bolnav predominînd însă de obicei un anumit tip de episod. Foarte frecvent, un episod maniacoal sau depresiv este imediat urmat de un scurt episod de celălalt tip.

Evoluția PMD variază de la individ la individ, unii subiecți avînd episoade separate prin intervale de mai mulți ani (chiar peste 10 ani), perioade în care revin la starea normală, alții avînd serii succesive de episoade, iar alții prezentînd o creștere a frecvenței episoadelor odată cu înaintarea în vîrstă. Remisiunea se face de obicei pînă la nivel premorbid (între episoade) într-un timp mediu de 6—8 luni — spontan, și aproximativ două luni — cu terapie. Remiterea accesului are loc cel mai frecvent progresiv, în aceeași manieră în care s-a și instalat, totuși mult mai rar, brusc, durata remisiunii fiind variabilă de la un caz la altul. În formele unipolare cu debut tardiv apar frecvent episoade prelungite peste un an, rare în forma bipolară (ANGST, MATUSSEK). Evoluția favorabilă este anunțată, în ambele tipuri de episoade, de reglementarea funcțiilor biologice — somn, apetit (remisiunea bruscă a episodului maniacoal prin criză poliurică este foarte rar întîlnită azi și are risc crescut de recidivă). Totuși, 20—35% din cazuri au o evoluție cronică, cu o simptomatologie reziduală considerabilă și implicații sociale (mai ales în cazul episoadelor recurente). Complicațiile cele mai frecvente constau în :

- posibilitatea unei recăderi în timpul convalescenței, mai ales în episodul depresiv („coada melancoliei”), cu risc suicidar crescut ;
- virajul către o fază maniacoală, respectiv depresivă, sub tratament medicamentos ;
- în cursul episodului maniacoal se pot înregistra creșteri termice cu deshidratări ma-

sive, care duc la agravare clinică cu risc vital; de asemenea, sînt frecvente abuzul de droguri (alcool etc.) și consecințele care rezultă dintr-un discernămint scăzut (pierderi materiale, activități ilegale);

- cea mai severă complicație a unui episod depresiv este suicidul.

Implicațiile episoadelor maniacale sînt de obicei considerabile pe plan social și necesită protejarea față de consecințele unui discernămint scăzut sau ale hiperactivității. În episodul depresiv, gradul afectării sociale este variabil, dar el există totdeauna. Dacă acesta este sever, subiectul poate fi total incapabil să-și exercite funcția socială sau chiar să se alimenteze, să se îmbrace sau să-și mențină o igienă personală intimă.

Prognosticul imediat al episodului depresiv sau maniacal este bun, bolnavul revenind la starea psihică anterioară. Prognosticul îndepărtat este rezervat, datorită repetării episoadelor (de tip maniacal sau depresiv), cu frecvență variabilă și remisiuni mai mult sau mai puțin complete, caracteristici în funcție de care se pot stabili următoarele forme clinice evolutive ale psihozei afective:

- forma unipolară, în care depresia cu caracter ciclic (depresia intermitentă) reprezintă singura formă de manifestare a bolii;
- forma bipolară, în care faze sau episoade depresive alternează cu episoade maniacale, separate între ele prin intervale libere mai mult sau mai puțin prelungite, în timpul cărora individul este normal.

Autorii francezi includ aici și formele de manie periodică; americanii o încadrează în primul tip de boală (DSM III). Modelele evolutive ale psihozei afective, după apariția și succesiunea episoadelor, pot fi:

- episoade izolate de manie sau depresie, mai frecvente la tineri;
- episoade de manie remitente, în care fazele de manie se succed fără interval liber;
- episoade de manie intermitente: fazele sînt separate de perioade variabile, în care individul revine la normal;
- episoade de depresie remitentă;
- episoade de depresie intermitentă;
- evoluții cu dublă formă, circulară, în care episodul depresiv urmează unuia maniacal sau invers, fără revenire la normal;
- evoluții cu dublă formă, intermitentă, unde, spre deosebire de forma precedentă, între episoade există intervale libere cu durată variabilă, în care individul este normal;
- evoluții periodice caracterizate prin alternarea fazelor de manie și depresie după revenire la normal, pentru perioade diferite de timp.

Există și posibilitatea stărilor mixte caracterizate printr-un tablou clinic de tranziție între

episodul maniacal și cel depresiv, foarte frecvent întîlnite. Elementele de prognostic nefavorabil sînt:

- repetarea foarte frecventă a crizelor, parazitînd existența normală a individului, mai ales la pacientul tînr;
- trecerea spre cronicizare a accesului maniacal sau depresiv;
- apariția unui grad de slăbiciune intelectuală realizînd un stadiu de „demență secundară”; mulți autori acceptă în acest sens termenul de stare psihopatoidă.

Tratamentul se stabilește diferențiat, în raport cu cele două tipuri de episoade:

- **Tratamentul accesului maniacal:** accesul maniacal frust necesită spitalizarea, fiind o urgență psihiatrică. Intervenția terapeutică trebuie făcută prompt, pentru prevenirea unor foarte complicate situații socio-familiale. Neurolepticele își găsesc aici un cîmp de acțiune privilegiat. Se folosesc NL sedative, asociate cu cele incisive (clorpromazină + butirofenone sau tioxantene). Nu se folosesc NL sedative cu acțiune medie și nici incisive cu acțiune stimulantă. Sărurile de litiu se introduc în terapie, dar efectul lor apare abia în a 8-a, a 10-a zi de tratament, cînd litemia ajunge la nivel satisfăcător pentru formele acute. În cazul în care se dorește un efect rapid, se asociază cu NL a căror doză se scade progresiv, rămînîndu-se în final pe tratamentul cu săruri de litiu. Accesele hipomaniacale se pot trata și în ambulator, cu o chimioterapie de tip neuroleptic în asocieri variate, după intensitatea tulburărilor.

- **Tratamentul accesului depresiv:** episodul depresiv reprezintă de asemenea o urgență psihiatrică, în care pericolul suicidar este foarte mare. Se impune spitalizarea, cu supraveghere strictă.

Chimioterapia constă în tratamentul cu anti-depresive asociat cu NL sedative cu efect mediu. Atunci cînd este posibil, se recomandă folosirea administrării parenterale intravenoase. În aceste condiții, rezultatele devin sesizabile începînd din a patra zi de tratament; de obicei, după 15—21 zile se obține efectul scontat. Se folosesc AD triciclice. După obținerea efectului dorit, posologia trebuie scăzută săptămînal pînă la doza de întreținere, care poate fi folosită cu ușurință și în ambulator. Dacă efectul antidepressiv nu apare după 1—2 săptămîni de tratament, se schimbă produsul medicamentos sau se folosește terapia electroconvulsivantă. Dacă nu se obțin ameliorări în 4—5 săptămîni, se întrerupe antidepressivul inițial (imipramina, amitriptilina) timp de 14 zile, după care se introduc IMAO în depresiile dominate de inhibiție.

Tratamentul de întreținere durează mai multe luni și se face ambulator. Doza eficientă de AD trebuie menținută cel puțin o lună după dispariția

simptomelor. La sfârșitul acestei perioade se reduce posologia progresiv, pînă la zero, în 3—6 luni. În caz de viraj maniacal sub AD, se recomandă NL fenotiazinice sau butirofenonice.

Terapia electroconvulsivantă rămîne cea mai sigură metodă în tratamentul stărilor depresive : 70—80% rezultate favorabile după 6—12 ședințe de electroterapie. Datorită unor dificultăți legate de această metodă terapeutică, ea se aplică în special formelor rebele la tratamentul chimioterapic. Deprivarea de somn a dat de asemenea rezultate interesante și este relativ ușor de aplicat. Consolidarea rezultatelor se face prin repetarea deprăvirilor. Psihoterapia se dovedește și ea utilă în toate cazurile, scurtînd durata de tratament.

Tratamentul preventiv al episoadelor depressive se face, ca și în cazul celor maniacale, cu săruri de litiu, respectîndu-se condițiile acestui tip de terapie (litiul este un antimaniacal eficace, dar un antidepressiv slab) ; rezultatele incontestabile privind ameliorarea frecvenței episoadelor nu mai sînt puse astăzi la îndoială de nimeni. Cu toate că monitorizarea biologică și tratamentul de lungă durată pot să pară dificile bolnavului, controlul clinic periodic, deculpabilizarea familiei și a bolnavului duc la un bilanț psihoterapeutic pozitiv.

1171. PSIHOZĂ PUERPERALĂ ● Tulburări psihotice de coloratură variabilă, survenite în timpul sarcinii, al nașterii și al lactației. În general, în geneza acestor tulburări intervin factori specifici ereditari și constituționali, psihosociali, endocrini, infecțioși. Astfel, s-a evidențiat o anumită vulnerabilitate psihică a persoanei, fără a se putea descrie trăsături particulare ale premorbidului. Studiile au relevat o frecvență crescută a transmiterii ereditare în psihozele gravide. Factorii psihosociali au fost considerați de unii autori ca avînd un rol capital în geneza psihozei apărute în perioada puerperală. A fost de asemenea incriminată o patologie endocrină, bazată pe variațiile hormonale din perioada puerperală (tiroida, corticosuprarenala sau axul diencefalo-hipofizar). Factorii infecțioși sînt în epoca noastră mult diminuați, în condițiile asigurării măsurilor de asepzie și antisepsie. Sînt incriminați predominant factorii somatici (malnutriție, sarcini repetate, traumatismul reprezentat de naștere, complicațiile obstetricale).

S-au emis mai multe ipoteze privind patogenia acestor tulburări psihice. Unii autori le consideră entități clinice de sine stătătoare, cu delimitare clară și simptomatologie proprie ; alții le consideră afecțiuni psihice declanșate de sarcină. S-a afirmat chiar că psihozele puerperale sînt, de fapt, schizofrenii sau psihoze maniaco-depressive cărora nașterea le conferă un grad de atipie (ZILBOORG,

1960). Alți autori le consideră ca avînd un mecanism de producere similar reacției, mult influențat de personalitatea premorbidă (EBAUGH). Tulburările psihotice puerperale se află însă în mod evident în strînsă interdependență cu modificările endocrino-metabolice și psihosociale ale etapei. Ele pot apărea cu intensități diferite în timpul gravidității, al postpartumului precoce (pînă la 42 de zile), implicînd stări confuzionale, stări delirante, stări psihotice afective, stări schizofreniforme. Tulburările psihotice, mai rare în comparație cu cele nevrotice, îndeosebi în a doua jumătate a sarcinii, sînt de tip depresiv. Manifestările postpartumului precoce au drept caracteristică, în aproape toate cazurile, prezența tulburărilor de conștiință. Ele pot fi discrete, de tipul obnubilării (de exemplu, dezorientarea temporospațială discretă), sau intense, sub forma stărilor confuzionale grave, cu agitație sau stupor, cu sau fără componentă onirică. Sindromul confuzional prezintă fluctuații mari ale clarității cîmpului conștiinței.

Halucinațiile vizuale se integrează într-un veritabil delir oniric, cu conținut persecutor și terifiant, centrat asupra relațiilor mamă-copil („delir trist”) : negarea maternității, idei funebre legate de copil. Starea somatică se alterează rapid, ca urmare a dereglărilor hidroelectrolitice determinate de hipertermie. Tulburările delirante sînt însoțite de variații timice, oscilînd între polul depresiv și cel al excitației hipomaniacale. În afara stărilor confuzo-onirice, în postpartumul precoce pot surveni episoade timice pure, îndeosebi de tip depresiv, rareori maniacal, dar mai frecvent de tip „mixt”. Apar idei de culpabilitate, autoacuzare, însoțite constant de idei de autoliză sau de riscul infanticidului.

Stările schizofreniforme survin după aproximativ 4—6 săptămîni de la naștere. Există însă discuții dacă aceste stări pot fi considerate ca schizofrenii puerperale sau sînt schizofrenii autentice, decompensate de impactul gravido-puerperal.

Psihozele de lactație debutează după 1—4 luni de la naștere ; spre deosebire de psihozele din postpartumul precoce, în care tabloul psihic este polimorf, iar tulburările de conștiință sînt aproape constante, în lactație tablourile clinice apar mai bine conturate și mai apropiate de entitățile psihiatrice tipice. Psihozele de lactație, spre deosebire de celelalte psihoze puerperale, se datoresc mai puțin factorilor patogenici amintiți și au o componentă endogenă accentuată, terenul constituind factorul primordial, iar maternitatea relevînd numai predispoziția endogenă sau o evoluție latentă. Tulburările psihotice sînt frecvent de tip maniaco-depresiv, mai rar schizofreniforme.

Atît manifesările psihotice din perioada gravidității, cît și cele din postpartum au, în gene-

ral, o evoluție și un prognostic bun, diminuând odată cu depășirea treptată a perioadelor respective. Tulburările psihotice din postpartum însă diferă ca prognostic, după forma clinică; cele de tip confuzional se remit complet în câteva săptămâni, foarte rar evoluind spre delirul acut azotemic („encefalita psihotică acută azotemică” — MARCHAND). Uneori însă, pot avea o evoluție mai lungă, grevată de ipotetica psihoză latentă scoasă la iveală de puerperalitate. În 25% din cazuri ele au același prognostic cu psihozele endogene. Durata psihozelor de lactație se poate prelungi mai multe luni. ARNOLD-CASTIGLIONI și SCOTTO apreciază că prognosticul este cu atât mai bun, cu cât episodul psihotic este mai acut, mai precoce (față de momentul nașterii) și antecedentele psihiatrice sînt absente. S-a constatat un paralelism între evoluția tulburărilor psihice din psihoza puerperală și de lactație și regenerarea endometriului, reluarea ciclului menstrual marcînd de obicei sfîrșitul bolii sau fixarea sechelelor (P. ABLAY, J. DELAY). Prognosticul stării sănătății copilului născut de o mamă cu psihoză puerperală este apreciat ca defavorabil (s-au înregistrat multiple decese și malformații diverse). Există un risc mare pentru nașterile ulterioare, motiv pentru care legislația noastră prevede întreruperea cursului sarcinilor, în aceste cazuri.

1172. **PSIHOZE LA TINERI** ● Manifestările de intensitate psihotică la tineri se suprapun, în general, peste entitățile nosologice clasice, avînd totuși unele caracteristici clinico-evolutive impinate de modificările bio-psihologice determinate de vîrstă. Astfel, în ceea ce privește schizofrenia, în perioada pubertară se descriu cu o frecvență crescută forme cu debut subacut și cu evoluție continuă, în salturi sau cu accese, iar la adolescență, formele cu debut acut și cu evoluție remitentă. Formele cu debut insidios și evoluție lentă, care permit o mai largă desfășurare a stadiilor procesului psihotic în diversele sale variante, sînt specifice vîrstei prepubertare. În aceste cazuri, studiul personalității premorbide relevă fie dorința de autoperfecțiune și conformism exagerat, îndolență, pasivitate, atitudini contemplative, reverie, fie trăsături de infantilism psihic, cu imaturitate, instabilitate a intereselor și atitudinilor. În perioada de debut, alături de manifestările „fazei negative” (scăderea intereselor școlare, a inițiativelor, a contactelor afective și sociale, tendința la independență exagerată, atitudini de revendicare și criticism, intoxicație metafizică, preocupări morbide spre autoanaliză, stări de instabilitate și excitabilitate etc.), apar simptome „productive” care realizează variantele de debut

nevrotic, heboid (pseudopsihopatic), delirant sau afectiv. Formele cu debut insidios pot evolua spre o relativă stabilizare a simptomelor în stadiul celor manifestate în perioada de debut sau spre o agravare a tabloului clinic, cu halucinații și pseudo-halucinații, cu dezvoltarea unui delir halucinator și a sindromului de automatism.

O serie de caracteristici diferențiază delirul din perioada pubertății și adolescenței de cel din perioada de adult: caracterul concret al delirului, caracterul amorf, fragmentar și instabil al ideilor delirante, slăbirea logicii în demonstrație, pasivitatea atitudinii (subiectul nu încearcă să convingă pe alții sau să cîștige aderenți). În cadrul formei paranoide, adolescentul prezintă fie un delir de influență, prin prelucrarea delirantă a unor halucinații haptice, motorii, cenezestice, fie un delir de persecuție, prin prelucrarea unor iluzii sau halucinații verbale sau datorită fenomenului de sonorizare a gîndurilor, fie un delir de otrăvire, cu punct de plecare în halucinațiile gustative și olfactive. Specifică perioadei adolescenței este forma fanteziilor delirante, în care tînărul elaborează adevărate construcții fantastice, prin prelucrarea naivă a unor informații provenite din lecturi sau filme vizionate. Forma hebefrenică, cu tulburări ale fluxului gîndirii, idei delirante fragmentare, incoerente, dispoziție euforică sau disforică, pervertirea activității instinctuale, cu semne de disoluție în expresivitatea mimico-panantomimică etc., este de asemenea caracteristică vîrstei tinere. Formele cu debut subacut, ca și cele cu debut acut au o evoluție progresivă sau în salturi, „cu accese periodice” care iau aspectul oscilațiilor afective, al stărilor halucinator-delirante sau al unor pusee catatonice.

În general, prognosticul psihozelor la pubertate și adolescență este favorabil, cu remisiuni bune de tip A și B în 26% din cazuri, și de tip C în 42% din cazuri. La această vîrstă, diagnosticul de schizofrenie trebuie pus cu deosebită prudență, fiind necesară sesizarea unor elemente „disociative” din tablourile psihopatologice zgomotoase și „atipice” ale adolescenței, ceea ce impune expectanța, maturizarea aducînd deseori intrarea pe linia „normalului”. Simptomatologia afectivă și paranoică se intrică frecvent la pubertate și adolescență, înregistrîndu-se bufeuri delirante cu evoluție relativ scurtă și de aspect simptomatologic mixt, afectiv-paranoid.

Psihoza maniaco-depresivă, rară înainte de pubertate, urmează o curbă progresivă a frecvenței debutului la această vîrstă. RÜMKE (1929) descria un sindrom la vîrsta pubertară („mania fantastica infantilis”), confirmat de KREVELEN (1961), ce poate fi considerat drept forma juvenilă a maniei. El se caracterizează clinic prin stări de exaltare, idei de grandoare, confabulație, mitomanie și erotism precoce. După J. de

AJURIAGUERRA, în preadolescență sînt mai frecvente episoadele hipomaniacale exteriorizate prin turbulență, agitație și insomnie. Aceiași autor descrie la adolescență sindroame depresive caracterizate prin tristețe, indiferență, angoasă cu disperare, sentimente de devalorizare și idei de disoluție fizică. Aceste manifestări ar fi declanșate și întreținute de deziluziile sentimentale specifice adolescenței. La această vîrstă pot apărea însă și primele accese caracteristice ale PMD (DELASIAUVE, MOREAU DE TOURS). Ele sînt uneori ritmate, la fete, de către menstră, fiind în general de scurtă durată și însoțite de anxietate și confuzie. Spre deosebire de adult, la adolescent, patologia afectivă de tip depresiv este mai puțin profundă, iar ideile de culpabilitate, de auto-acuzare sau de ruină sînt rare. Într-o măsură mai mare decît la adult, depresia nu apare pură, fiind deseori marcată de un sentiment de oboseală sau greutate fizică, de bradipsihie și bradikinezie. ANTHONY și SCOTT consideră PMD la tineri fie ca entitate clinică aparținînd sfîrșitului copilăriei, fie ca variantă al debutului precoce al bolii la adult, fie ca simplă amplificare a unei tendințe ciclotimice, oscilațiile emoționale fiind în mare parte neinfluențate de mediul ambiant.

AJURIAGUERRA include în „psihozele cicloide” unele tablouri clinice pubertare cu aspect diferit de cel al PMD : episoadele ciclice de apatie cu lipsa inițiativei, depresie, hipocondrie, anxietate cu tentă confuzională sau sindroame confuzionale cu agitație și halucinații verbale și auditive, ritmate, la fete, de menstră. Aceste manifestări pot fi incluse în stările de obnubilare episodică descrise de KLEIST, caracterizate prin faze de inhibiție, alternanța unor faze de dezinhibiție cu stări crepusculare și tulburări periodice de somn. Patogenia ar fi metabolică sau endocrină, fără a fi exclusă posibilitatea unei dinamici regresive de tip isteroid.

Perioada pubertății și adolescenței oferă însă și posibilitatea apariției unor manifestări psihice reactive de intensitate psihotică (reacții acute de șoc sau subșoc, reacții delirante paranoide și paranoice, reacții psihotice isterice), în care, pe lângă efectul acțiunii unei traume psihice, intervin o serie de factori ce pot modifica reactivitatea episodic sau pe perioade mai lungi de timp (surmenajul, epuizarea în urma unor eforturi susținute, boli somatice, intervențiile chirurgicale, o serie de factori toxici, traumatici etc.). La baza acestor manifestări psihotice stau caracteristicile stabilite de JASPERS pentru distincția dintre „reacția psihogenă” și „puseul” sau „faza psihotică” în care nu se pot stabili legături inteligibile între o psihotraumă și conținutul producției psihotice.

Tratamentul tulburărilor psihotice din adolescență, deși în linii generale este asemănător celui al adultului, va trebui să țină seama de particularitățile bio-psihologice ale vîrstei.

1173. **PSIHOZE LA VÎRSTNICI** ● Afecțiunile de intensitate psihotică ale vîrstei înaintate nu diferă esențial de cele întîlnite la adult, avînd însă particularități specifice datorate modificărilor imprimare de involuție. Se poate afirma că nu există psihoze „de involuție”, ci psihoze „la involuție”, desemnînd mai mult o nuanță, decît o cauzalitate. Astfel, tablourile psihopatologice sînt modificate, în sensul unei intrucări simptomatologice în care etiologia organic-endogen-reactivă se potențează. Involuția își pune amprenta asupra simptomatologiei, ștergînd ascuțimile și limitînd amplitudinea.

Psihozele de tip schizofren și de tip afectiv ale vîrstnicilor pot fi continuarea unor psihoze cu debut anterior, cărora vîrsta le imprimă o pecete specifică, sau pot fi, mai rar, debuturi tardive ale endogeniilor. Psihozele cu debut la vîrsta adultă sau cele remise, cu recăderi tardive, se continuă la senescență, căpătînd uneori o amprentă organică patognomonică, în sensul apariției unor elemente semiologice noi — halucinații gustative și olfactive și, mai rar, sindromul delirant „al paraziților cutanați”.

Psihozele de tip schizofren se continuă la vîrstnici, suferind diverse transformări, uneori în sensul unei ameliorări parțiale. Debutul unei simptomatologii de tip disociativ la senescență este mai rar și trebuie luat în considerare doar după eliminarea unei cauze psihoorganice. Modificările determinate de involuție asupra modului de existență, slăbirea funcțiilor senzoriale, îndeosebi surditatea, pot favoriza gîndirea delirantă. Aceasta capătă un conținut tot mai concret, fixat asupra corporalității, pe care o consideră aflată sub imperiul influenței unei forțe ostile. De menționat că debutul acestor psihoze la vîrste înaintate presupune persoane care au menținut pînă atunci un echilibru relativ, decompensat de încărcătura vîrstei.

Psihozele afective sînt, în majoritate, de tip depresiv. În cazul formelor cu debut anterior se constată o oarecare ameliorare a timiei cu vîrsta, deși frecvența fazelor crește, intervalele libere fiind tot mai scurte. Atenuarea depresiei s-ar putea interpreta ca o urmare a modificărilor pe care senescența le aduce timiei, în sensul unei aplatazării, a unei apatii. Frecvent, fazele depresive au un caracter aparent reactiv, fiind declanșate de evenimente ale vîrstei înaintate (pierderea conjunctului, apariția unei noi boli). În evoluția acestor stări depresive este posibilă trecerea spre o formă hipertona „rigidificată Medow” și, ulterior, spre demență.

În ceea ce privește psihozele depresive cu debut la vîrstă înaintată, au fost descrise entități nosologice de sine stătătoare, considerînd determinismul psihozei în însuși fenomenul involuției, în sensul modificărilor patologice legate de vîrstă, avînd rol atît patogenic, cît și patoplasic. Astfel, s-a descris, ca o entitate particulară, melancolia de

involuție, caracterizată prin depresie de intensitate psihotică, anxietate, idei delirante hipocondriace și de negație, evoluție progredientă către deteriorare psihică. Există rezerve din partea multor autori asupra existenței acestei entități; însuși KRAEPELIN, după ce a delimitat-o, o re-tractează.

Mult mai rare decât cele depresive, episoadele maniacele survin în senescență în cadrul unor psihoze cu debut anterior sau tardiv. Caracterele maniei de involuție sînt mai puțin nete ca la adult, simptomatologia devenind monotonă și stereotipă, cu expansivitate de nuanță ridicolă, absurdă. Se adaugă elemente confuzionale, cu caracter catatonice, uneori elemente paranoide.

În cadrul psihozelor paranoide „de involuție”, se descriu individualități nosologice ca delirul de prejudiciu, paranoia de involuție, parafrenia de involuție. Oricum, sindromul paranoid al vîrstnicilor prezintă cîteva caracteristici: mică amplitudine (limitată de spațiul înconjurător), mecanicul interpretativ, fondul depresiv-anxios, tematica delirantă centrată asupra stării de sănătate, relațiile sociale restrînse, cu caracter comprehensibil. Există controverse asupra apariției lor, unii considerîndu-le psihoze schizofreniforme, alții ca avînd un loc aparte în nosologie.

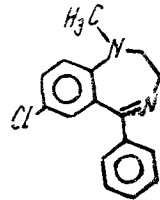
Psihozele cu debut la vîrstă înaintată capătă uneori un aspect productiv delirant absurd, cu note de fantastic și pueril, preocupări erotice și sexuale, halucinații cu tonalitate negativă, agitație nocturnă. Fenomenul involuției își pune amprenta de organicitate asupra tabloului psihic, evoluția progredientă fiind constantă, asociînd complicații somatice și sindromul psihoorganic cronic sau acut.

1174. PSIHOZE SCHIZOFORME ● Termen utilizat de LANGFELDT (1934) pentru a denumi tulburări psihice de intensitate psihotică, a căror origine endogenă și evoluție procesuală nu puteau fi confirmate. Prea largul evantai de circumstanțe considerate (reacții, cauze organice, bufee delirante) a dus la erodarea conceptului, deși importanța euristică a studiului stărilor definite ca „pseudoschizofrenii” (RÜMKE, 1958), față de schizofreniile „adevărate” a fost subliniată de G. CONSTANTINESCU, T. CIUREZU, M. ȘTEFAN (1976). Aceasta ar fi putut, în opinia lor, ca și în opinia unor autori străini (CONRAD, MAYER-GROSS, PETERS etc.), să aducă o posibilă lumină în elucidarea mecanismelor etiopatogenice ale schizofreniei.

1175. PSILOCIBINĂ (cf. gr. *psilos* „lipsit de ceva”; *kybos* „cub, vertebră”) ● Substanță halucinogenă cu nucleu indolic, mai precis hidroximetiltriptamina, extrasă pentru prima dată în 1956 de R. HEIM, dintr-o ciupercă culeasă în Mexic.

Studii clinice legate de acțiunea acestei substanțe au fost efectuate de J. DELAY. Datorită asemănării structurale cu serotonina și LSD 25, ea determină stimularea sistemului nervos central, dar la doze foarte crescute provoacă convulsii. Psilocibina produce efecte simpaticomimetice: greață, vărsături, hipertermie, hiperreflexie, midriază, tahicardie și efecte psihodislepice. Astfel, percepția este distorsionată, apar modificări de schemă corporală cu perceperea separată a unor segmente corporale, cu halucinații vizuale colorate, simple sau complexe, caleidoscopice, halucinații autoscopice și fenomene cronopatologice, de contracție și expansiune a timpului. În contrast cu modificările senzoriale, modificările afectivității pot fi variabile, de la euforie pînă la stări disforice, anxioase. De o sută de ori mai puțin activă decât diamina acidului lisergic (LSD), psilocibina are și o durată de acțiune mai scurtă, dar dezvoltă, ca toate halucinogenele, mai mult dependență psihologică decât una fizică.

1176. PSIQUIUM^(M) Brazilia — DCI *Medazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2,3-dihidro-1-metil-5-fenil-1H-1,4-benzodia-



zepină, cu acțiune sedativ-hipnotică și ușor anxiolitică, cu o singură contraindicație — miastenia.

1177. PSQUIWAS^(M) Spania — DCI *Oxazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune identică cu a diazepamului, fiind un metabolit al său, ceea ce permite realizarea unei concentrații plasmatică mai rapide (4 ore). Are acțiune sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă și simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM^(M).

1178. PSITACISM (cf. gr. *psittakos* „papagal”) ● Tulburare a limbajului, încadrabilă în dislogii, caracterizată prin repetarea unor cuvinte, fraze sau noțiuni, pe care o persoană o face fără înțelegerea lor, sau prin repetarea involuntară a ultimelor silabe pe care un subiect le aude pronunțate în fața lui. Cuvintele, frazele se înșiră mecanic,

fără semnificație, în mod pompos, necorespunzător situației. Este supranumit „limbaj de papagal”. Uneori se poate manifesta printr-o incoerență verbală totală, caracterizată prin sonorizarea mecanică a unor sunete, lipsite complet de conținut semantic. Apare în debilitatea mintală de toate tipurile și în demențe avansate.

1179. **PSOFOGENIE**—formă de epilepsie (cf. gr. *psophos* „zgomot”; *gennan* „a naște, a produce”) ● Termen introdus de GA-STAUD și PIROVANO în 1949, pentru a desemna accese epileptice convulsive produse de stimulări sonore intermitente.

1180. **PSORIAZIS** (cf. gr. *psoriasis* „afecțiune cutanată”) ● Boală a pielii având o evoluție cu recăderi și manifestări clinice variabile, interesând epidermul și vascularizația cutanată. Evoluția bolii poate fi în mod sintetic legată de noțiunea de „presiune eruptivă” (PHERS, G. KRUEGER, 1987), cuprinzând totalitatea factorilor care sînt presupuși că exacerbează, perpetuează și remit boala. Psoriazisul este o boală relativ frecventă, afectînd peste 1% din populație, nefiind legată de vîrstă sau sex și avînd o mare variabilitate în ceea ce privește intensitatea manifestărilor de la un episod la altul, la același individ. Fără să se poată pune în evidență o cauză precisă în gena bolii, s-au observat modificări biochimice, imunologice și de altă natură, chiar și între episoadele de acutizare. Este cunoscut faptul că psoriazisul poate fi agravat și de alți factori ca: infecții de sistem, modificări ale pielii la expunerea la soare și frig, în afara stresului emoțional. Tulburările emoționale pot precipita apariția unor episoade acute.

După SUSSKIND și Mc GUIRE (1959), există o legătură directă între tulburările generate de evenimente stresante și 40% din debuturile și 70% din exacerbările psoriazisului. Totuși, BAUGHMAN și SOBEL (1971) nu reușesc să pună în evidență decît o slabă corelație între evenimentele stresante din viața bolnavului și gravitatea acestei boli; MACKENNA (1944) consideră psoriazisul ca fiind legat de gradul de regresie a conflictelor și că prezența mîncărilor generalizate este în strînsă legătură cu factorii emoționali care sînt responsabili și de eflorescența sau persistența erupției.

G. IONESCU (1975) descrie consecințele psihocomportamentale ale psoriazisului: „datorită organizării obsesionale a personalității acestor bolnavi, are loc o limitare a vieții lor socio-profesionale; erupția cronică le impune retragerea, iar aceasta, la rîndul ei, dezvoltă depresia și anxietatea care le cupează inițiativele”. WITTKOWER (1948) concluzionează că dezadaptările emoționale ale individului sînt legate de evoluția, persistența și recăderea episoadelor de psoriazis.

Nu s-a putut pune în evidență un tip de personalitate sau un tip de conflict specific declanșării acestei boli. Apariția unei erupții psoriazice într-o zonă care a fost supusă anterior unei intervenții chirurgicale este cunoscută sub numele de semnul Kôbner. O serie de autori subliniază importanța unei abordări psihoterapeutice ca măsură suplimentară în tratamentul acestei afecțiuni.

1181. **PSP (PROFIL PSIHOFIZIOLOGIC LA STRES)** (cf. engl. *psychophysiological stress profile*) ● Metodă standardizată de diagnosticare a pacienților care urmează să facă un tratament prin bio-feedback. Aceștia sînt explorați în stare de repaus, de stres mediu, la sfîrșitul operațiilor stresante efectuîndu-se electromiograma (EMG), măsurîndu-se temperatura mîinilor și răspunsul electrodermal. Cei mai mulți pacienți anxioși au un EMG modificat și o scădere importantă a temperaturii mîinilor, la care se adaugă, cu un procent mai redus (la cei mai anxioși), o activitate electrodermică accentuată. Lipsa de adaptare la stres este caracterizată prin mărirea excesivă a răspunsurilor și lungirea perioadei de revenire la nivelul bazal (L. ROSEBAUM, 1984). Diagnosticarea se face prin compararea PSP-ului cu lot de subiecți fără antecedente psihiatrice și fără tulburări evidente psihice sau fiziologice. La un grup de bolnavi acuzînd cefalee și senzații de presiune craniană, BRUDZINSKY (1981) a găsit o modificare semnificativă a EMG frontale în toate cele trei faze ale PSP.

1182. **PSYCHATRIN**^(MC) RFG ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate a căror acțiune se completează: HIPERICIN (extract vegetal) și ACID ASCORBIC. Are acțiune sedativă, fără efecte hipnotice, și moderat anxiolitică și antidepresivă.

1183. **PSYCHEDRIN**^(M) Polonia — 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 avînd 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 prescripție medicală este deosebit de periculoasă.

1184. **PSYCHOFORIN**^(M) Bulgaria — DCI *Imipramină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-13-(dimetilamino)propil-10, 11-dihidro-5H-dibenz[*b*,*f*]azepină; acțiunea antidepresivă are un spectru larg, 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 nevroze, minimum trei luni, în psihoze, șase luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRIN^(M).

1185. **PSYCHOGEN^(M)** Grecia — DCI *Clormezanona* ● 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 nevroze motorii (crampe musculare, torticolis, spasme musculare), acțiunea sa anxiolitică fiind complementară. Nu are practic contraindicații.

1186. **PSYCHOPAX^(M)** Austria — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxiolitică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

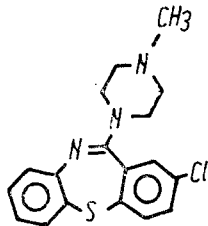
1187. **PSYCHOPERIDOL^(M)** Australia — DCI *Trifluoperidol* ● Neuroleptic incisiv, derivat butirofenonic de tip 4'-fluoro-4-*I*-hidroxi-4-(α,α,α -trifluoro-*m*-tolil)-piperidin/butirofenonă ; gruparea trifluorotolil care a înlocuit clorul îi conferă, spre deosebire de restul butirofenonelor, o puternică acțiune antipsihotică, păstrînd acțiunea sedativă și antiemetică a clasei. Are efecte secundare de tip NL incisiv și sedativ puternice → BUTIROFENONE.

1188. **PSYCHORIL^(MC)** Grecia ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate cu aceeași acțiune, care se completează :

- MEPROBAMAT^(M) — tranchilizant, derivat propandiolic ;
- CLORDIAZEPOXID^(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Are acțiune anxiolitic-sedativă.

1189. **PSYCHOSON^(M)** Belgia, Franța, Grecia — DCI *Clotiapină* ● Neuroleptic, derivat dibenzotiazepinic de tip 2-clor-11-(4-metil-1-piperazinil) dibenzo**b,f**,11,4*t*-tiazepină, cu acțiune dublă : inițial anxiolitic-sedativă și în continuare antipsihotică. Efectele secundare sînt cele ale NL inci-



sive, cărora li se adaugă și hipotensiunea. Nu se administrează în psihiatria organică și la vîrstnici.

1190. **PSYCHOTON^(M)** Cehoslovacia — DCI *Amfetamină* ^{sin.} → PSYCHEDRIN^(M) Polonia.

1191. **PSYCHOZINE^(M)** SUA — DCI *Clorpromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip 2-clor-10-(3-dimetilaminopropil)fenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, vago- și simpaticolitică. Potențează acțiunea anesteziecelor. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de CLORDELAZIN^(M).

1192. **PSYLACTIL^(M)** Finlanda ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic ^{sin.} → CLORDELAZIN^(M) România.

1193. **PSYMOD^(M)** SUA — DCI *Piperacetazină* ● Neuroleptic, derivat fenotiazinic de tip 10-*I*3-*I*4-(2-hidroxietyl)-1-piperidinl-propill-fenotiazin-2-*il* metilketonă, cu acțiune sedativ-anxiolitică, cu o bună toleranță.

1194. **PSYQUIL^(M)** Austria, Elveția, Franța, RFG — DCI *Trifluopromazină* ● 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.

1195. **PSYQUIL COMPOSITUM^(MC)** RFG ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, cu acțiune diferită, dar care se completează :

- TRIFLUOPROMAZINĂ^(M) — neuroleptic, derivat fenotiazinic ;
- PETIDINĂ^(M) — roborant proteic.

Are acțiune anxiolitic-sedativă.

1196. **PSYTOMIN^(M)** Japonia — DCI *Perazină* ● Neuroleptic, derivat piperazinilalkilfenotiazinic de tip N-metilpiperazinil-N'-propilfenotiazină, cu acțiune antipsihotică în doze mari și acțiune tranchilizantă în doze mici. În ansamblu, are acțiune antipsihotică, anxiolitică și sedativă.

1197. **PTEROILGLUTAMIC** — acid ^{sin.} → ACID FOLIC.

1198. **PTERONOFOBIE^(F)** (cf. gr. *pteron* „pană, aripă” ; *phobos* „frică”) ● Teamă patologică de pene. Poate apărea în unele forme de schizofrenie, în psihastenie, isterie, nevroză obsesivo-fobică.

1199. **PTIALISM** (cf. gr. *ptyalon* „salivă”) ^{sin.} → SIALOREE.

1900. **PUBARHĂ** (cf. lat. *pubes* „peri (în barbă), barbă” ; gr. *arche* „început”) — sin. **ADRENARHĂ**

● Apariția la pubertate a pilozității sexuale. Din punct de vedere clinic, părul axilar are caractere comune la ambele sexe, părul facial se dezvoltă numai la băieți, iar părul pubian are dispoziție diferită la sexul feminin în comparație cu cel masculin. Instalarea pubarhei la băieți se datorează secreției hormonilor androgeni de origine suprarenală și testiculară, iar la fete este determinată de secreția de hormoni androgeni de origine suprarenală. Aceste modificări fiziologice, aparțin pe terenul normal, dar fragil al pubertății, pot declanșa, în contextul unor condiții favorizante, reacții de anxietate, stări de irascibilitate, tendințe la izolare.

1901. **PUBERTATE** (cf. lat. *pubertas*) ● Perioadă a ontogenezei (între 14—16 ani la băieți și 11—15 ani la fete), care face tranziția între copilărie și vîrsta adultă, caracterizată prin accelerarea dezvoltării fizice, sexuale și psihice, astfel încît reproducerea devine posibilă. Trecerea de la copilărie la vîrsta adultă este un proces complex, progresiv, existînd un paralelism între creșterea și maturizarea diferitelor aparate și sisteme ale organismului, care duce la o dezvoltare armonioasă, la realizarea trăsăturilor adultului. Durata acestei perioade este dependentă de gradul de dezvoltare a civilizației. Studiile antropologice demonstrează că în societățile primitive puberul este primit cu drepturi depline în societatea adulților odată cu



maturizarea sexuală, dar numai după îndeplinirea unor ritualuri care-i consacră capacitatea de a fi independent. Odată cu înaintarea pe scara civilizației și creșterea volumului de cunoștințe și deprinderi pentru realizarea unei profesii, durata acestei perioade a fost considerată de unii autori pînă la vîrsta de 22—24 de ani.

LAROCHE (1956) distinge trei etape ale pubertății :

- prepubertatea (dominată de secreția de hormoni somatotropi ; începe la vîrsta de 10 ani la fete și 12 ani la băieți) ;

- pubertatea propriu-zisă (dominată de procesele de maturizare sexuală, urmare a creșterii secreției hormonilor gonadotropi și sexuali) ;

- postpubertatea sau adolescența (etapă dominată de secrețiile hormonilor tiroidieni, durează de la terminarea pubertății propriu-zise pînă la închiderea cartilajelor de creștere).

În epoca modernă, pubertatea se instalează mai devreme cu aproximativ doi ani în comparație cu generațiile mai vechi, creînd un decalaj între maturizarea sexuală și cea afectivă și socială, care tind să se instaleze din ce în ce mai tardiv. În cursul pubertății sînt intricate fenomene deosebite, cu intensitate inegală (T. STOIICA) : creșterea organismului (mai accentuată în prepubertate) și modelarea proporțiilor corporale ; maturizarea sexuală (organele genitale își încep dezvoltarea în timpul prepubertății, se dezvoltă intens la pubertate, desăvîrșindu-se în adolescență) ; corelația între creștere și maturizarea sexuală ; maturizarea neuropsihică (în perioada adolescenței). Aceste procese majore sînt interdependente, influențîndu-se reciproc.

Din punct de vedere biologic, în timpul pubertății nu au loc transformări anatomice, morfologice numai în sfera genitală (dezvoltarea caracterelor sexuale primare și secundare), ci la nivelul tuturor aparatelor și organelor corpului. Procesul de dezvoltare armonioasă a organismului este însoțit de scăderea rezistenței față de unele agresiuni, ceea ce face ca tînărul să fie vulnerabil la o serie de afecțiuni grave, ca tuberculoza pulmonară, reumatismul articular etc. Marile procese modulative care survin în acest interval restructurează în bună măsură viața psihică a adolescentului în raport cu cea a copilului. Declanșate de momentul bioendocrin pubertar, aceste procese implică aspecte multiple, printre care cele mai semnificative sînt : achiziția unor noi instrumente de gîndire, îmbogățirea și nuanțarea limbajului, creșterea capacității de înțelegere și autoînțelegere, accentuarea și diferențierea afectivității etc.

Pubertatea nu reprezintă o simplă acumulare cantitativă. În centrul său stă maturizarea personalității și structurarea Eului, care se realizează printr-un proces complex de depășire a vechilor poziții infantile. Deși psihologia pubertății îmbină elemente din psihologia copilului („semicopil”) și din cea a adultului („semiadult”), ea prezintă în același timp o serie de trăsături specifice. Astfel, mai ales în postpubertate (adolescență), tînărul se caracterizează printr-o frămîntare intensă, greu de definit, specifică acestuia, inexistentă la copil și din care, la adult, persistă numai rămășițe, deoarece „prin disciplinare, adolescentul a ajuns la munca creatoare”. În plan intelectual, se face un

adevărat salt din lumea concretă către cea abstractă, cu creșterea remarcabilă a capacității operatorii, a raționamentelor complexe, a operațiilor logice și deductive. Conjugat cu o îmbogățire considerabilă a percepțiilor, care-i permite puberului să sesizeze o serie întreagă de aspecte ale realității care nu-i erau accesibile, apare și se dezvoltă conștiința de sine. Dacă copilul era îndreptat exclusiv către exterior, fără să aibă capacitatea de autoobservare, în perioada postpubertară, mai ales, se produce o mișcare către interiorizare-introspecție, cu încercarea de delimitare față de lumea exterioară. O trăsătură importantă a proceselor afective din perioada pubertății o constituie marea lor instabilitate și variabilitate. Alternanța de dispoziție și de atitudine, toleranța redusă la frustrație și tendința de trecere rapidă la act, puișunile exagerate (grosolanie, agresivitate, poftă de mâncare exagerată etc.) fac din tinărul puber o ființă particulară. În drumul său către adultizare, într-o primă fază, are loc o mișcare de separare, de desprindere față de lumea anterioară, câteodată prin intermediul unui proces dureros de criticism, de devalorizare a figurilor parentale, de izolare și de atenție exagerată față de propria persoană, de căutare a unui nou tip de ideal, a unor valori sociale noi („faza negativă” — Ch. BUHLER); într-o a doua fază se produce o mișcare oarecum în sens contrar, de aderare la valo-

rile vieții adulte („faza pozitivă”). În această a doua etapă devine preponderent procesul de individualizare, de câștigare a identității, care se realizează în mare măsură prin asimilare și identificare.

Eforturile de detașare de mediul familial capătă adesea alura unei adevărate tendințe de afirmare, care devine o problemă esențială pentru realizarea imaginii de sine. În aceeași direcție se înscrie și efortul de independență, de găsire a unei profesii, a unui partener de sex opus, de construire a unei existențe de sine stătătoare. Dar elementul fundamental rezultat din procesele de maturizare este reprezentat de o anumită slăbiciune a Eului, cauzată, printre altele, de dezechilibrul în sfera sexuală, ce are drept rezultat o imagine de sine nesatisfăcătoare, neîncredere în propria persoană și trăiri de inferioritate. Modificări oarecum specifice perioadei pubertare apar și în planul relațiilor interpersonale: deplasarea atașamentului fundamental de la imaginile parentale către noi persoane din ambianță, cu riscul îndepărtării de familie, inversarea comportamentului activ, în sensul apariției unor stări de tensiune și revoltă, retragerea în sine etc., manifestări care impun adaptări corespunzătoare a tehnicilor educaționale.

În procesul de stăpânire și integrare a schimbărilor calitative și cantitative ale procesului de sexualizare psihologică, la unii tineri pot apărea perturbări ca: stări de inhibiție, fuga de sexualitate etc. La cei cu structură etică anterioară exagerată, se manifestă tendința de apărare față de propriile puișuni sexuale, sub forma reacțiilor de ascetizare (agresivitate față de sexul opus, anorexie mintală, refuzul acceptării formelor fizice caracteristice sexului) sau de intelectualizare (raționalism accentuat, preocupări exclusive pentru problemele intelectuale, metafizice, filozofice etc. — ROUART, FREUD). Accentuarea în mod excesiv și adesea unilateral a unor trăsături psihologice (tendința la interiorizare, irascibilitate, labilitate afectivă, variabilitate în atitudini etc.) dă aspectul clinic de „criză pubertară”, „criza vârstei ingrate”, „criza vârstei dificile” sau „a doua naștere”, care reprezintă, în realitate, o criză de identitate. Problema afirmării imediate a tinărului în mediul social, a câștigării prestigiului în fața celor din jur, îndeosebi a colegilor, capătă în anumite cazuri o importanță capitală. „Criza de originalitate juvenilă”, descrisă de M. DENESSE la această vârstă, împinge uneori tinărul pe calea încercărilor de compensare sau supracompensare, cu aderarea, în unele cazuri, la persoane și grupuri a căror structură nu este totdeauna sănătoasă.

Manifestările sexuale pot căpăta o importanță deosebită, mai ales la unii adolescenți cu identificare greșită (homosexualitate latentă, travestism, transsexualism, fetișism etc.), la cei crescuți într-un mediu rigid și îndrumați spre negarea și con-



Le Nain

damnarea impulsurilor sexuale, la timizi, la cei cu inhibiții sociale sau traumatizați sexual precoce. Faptul că la vârsta pubertății corpul devine un „simbol al Eului” generează la tînăr o serie de preocupări pentru „frumusețea” fizică și, respectiv, teama pentru eventuale anomalii. Situată între nevroză și psihoză, dismorfofobia are la bază o profundă alterare a Eului, cu aprecierea eronată a schemei corporale și tulburări interpersonale.

La această vîrstă pot fi întîlnite și alte manifestări patologice: tulburări de comportament (tranzitorii, stabile sau decompensări ale unor tulburări anterioare); tulburări nevrotice, caracterizate prin somatizarea simptomelor, datorită predominanței componentei vasculare și tulburărilor motorii; psihoze, mai ales la cei cu fragilitate genetică (debutul unei schizofrenii sau „decompensarea” unor tulburări psihotice anterioare); accentuarea unor stări de deficit mintal ușor etc. Toate aceste aspecte patologice impun adoptarea unor metode terapeutice particulare (ambulatorii și/sau spitalicești), care, pe lîngă medicație, impun ca hotărîtor „stilul medical” (contact binevoitor, obiectivitate, analiza situației actuale, reinterpretarea „într-o altă lumină” a aptelor etc.).

1202. PUBERTATE ÎNȚIRZIATĂ ● Absența primelor semne clinice ale debutului pubertar la vîrsta la care acestea apar normal (creșterea volumului testicular la băieți pînă la vîrsta de 15 ani și dezvoltarea glandelor mamare la fete pînă la vîrsta de 14 ani). Pubertatea tardivă este mai frecventă și mai evidentă la băieți. Se evidențiază următoarele semne clinice:

- la băieți—testicule infantile, prostată nepalabilă la tușeu rectal, penis sub șase centimetri lungime, scrot nevascularizat și nepigmentat;
- la fete — lipsa dezvoltării areolelor mamare și a mameloanelor, vulvă infantilă și mucoasă fără secreție, uter infantil.

La ambele sexe se constată absența saltului staturponderal. Dozările hormonale evidențiază o concentrație scăzută a gonadotropinelor serice, testosteron plasmatic diminuat la băieți și absența impregnării estrogenice pe froțiul vaginal la fete.

Din punct de vedere al etiopatogenei, sînt descrise două forme de pubertate întârziată (P. FRANCHIMONT):

- întârziere pubertară la subiecții care răspund pozitiv la testele de stimulare prin clomifen și releasing-hormon-LH (RH-LH); această întârziere este de origine hipotalamo-hipofizară, pubertatea instalîndu-se spontan în următorii doi ani;
- întârziere pubertară la subiecții care nu răspund de loc la clomifen și au un răspuns slab la RH-LH; în aceste cazuri există o

deficiență hipofizară în sinteza gonadotropilor sau în eliberarea lor, prognosticul fiind, în general, nefavorabil.

Din punct de vedere clinic există de asemenea două forme de pubertate tardivă:

- familială (mai frecventă la băieți), caracterizată prin proporții corporale armonios dezvoltate, vîrsta osoasă egală cu cea staturală și apariția unei pubertăți normale la 18—20 de ani. Această formă este determinată de o secreție insuficientă de gonadotrofin-releasing-factori (GRF);
- întârzierea maturizării generale, datorată unui aport proteic și energetic deficitar (stări de subalimentație globală, sindrom de malnutriție etc.) sau unor cardiopatii congenitale cianogene și necianogene, determinate de afecțiuni ca: hipertensiune pulmonară, diabet zaharat juvenil, tuberculoză pulmonară, nefropatie cronică, encefalopatii, anemie hemolitică etc.

Înainte de a eticheta o insuficiență dezvoltare sexuală drept pubertate tardivă, se impune diagnosticul diferențial al acesteia cu infantilismul genital. Tratatamentul pubertății întârziată constă în administrarea de hormoni sexuali (testosteron la băieți, estrogeni și progesteron la fete), de gonadotropi (în forma hipogonadotropică a întârzierii pubertare) sau de RH-LH (în cea de origine hipotalamică).

1203. PUBERTATE PRECOCE ● Pubertatea care apare înaintea vîrstei de 8 ani la fete și 9 ani la băieți. Din punct de vedere etiologic, au fost descrise patru tipuri de pubertate precoce (WILKINS):

- pubertate precoce neurogenă (prin leziuni intracraniene), determinată de tumori cerebrale, encefalite, defecte congenitale ale hipotalamusului, angioame de tuber cinereum (hemartroame), sindrom Albright etc.;
- pubertate precoce idiopatică familială (reprezintă peste 80% din cazuri); este mai frecventă la fete și debutează la vîrste foarte mici (uneori chiar la naștere).

Caracteristicile pubertății precoce în cele două grupe (neurogenă și idiopatică) sînt următoarele: este completă (se produce o maturare sexuală normală a testiculelor sau a ovarelor, cu prezența spermatogenezei la băieți și, respectiv, a ovulației la fete); hormonii sexuali secretați sînt la un titru crescut; dezvoltarea dentară, mintală și psihosexuală au un ritm mai lent în raport cu maturizarea sexuală a acestor subiecți.

- pubertatea precoce gonadică, determinată de tumori testiculare la băieți și de tumori ovariene la fete; se caracterizează prin faptul că este incompletă (pseudopubertate

precoce); tumora afectează o singură gonadă, iar hormonii sexuali secretați au un titru excesiv de mare ;

- pubertatea precoce corticosuprarenală (prin hiperplazia congenitală a corticosuprarenalei sau prin tumoră corticosuprarenală secretantă) este, de fapt, o pseudopubertate precoce.

În toate cazurile de pubertate sau pseudopubertate precoce de diverse etiologii, există un avans privind ritmul creșterii staturale, precum și o accelerare a maturizării scheletale. Pubertatea precoce este de două ori mai frecventă la fete decât la băieți, iar dintre tipurile etiologice predomină cel idiopatic (familiar). Pentru stabilirea diagnosticului sînt necesare examinări care să stabilească vîrsta staturală, ponderală, genitală, osoasă, dentară și mintală; de asemenea, sînt necesare radiografiile de craniu, simple sau cu substanțe de contrast, examenul fundului de ochi, angiografia cerebrală, tomografia computerizată, precum și dozări hormonale (17-cetosteroidi, cromatograma, 17-cetosteroidi totali, testosteronul plasmatic, estrogenii totali sau fracționali, prolanuria totală sau gonadotropii fracționali).

Dezvoltarea psihosexuală a copiilor cu pubertate precoce nu este egală cu maturizarea lor sexuală precoce. Din această cauză, acești copii au rareori un comportament psihosexual care creează probleme. Totuși, în unele cazuri ei pot deveni victime sexuale ale adulților, ceea ce impune instituirea unor măsuri de protecție față de avansurile sexuale. Copiii cu pubertate precoce își pot exercita autocontrolul asupra comportamentului lor întocmai ca și adolescenții normali. Mulți dintre ei însă se masturbează. În general, dificultățile care survin la copiii cu pubertate precoce sînt legate de disocierea dintre dezvoltarea lor intelectuală și psihoafectivă în raport cu dezvoltarea sexuală prematură.

Tratamentul pubertății precoce urmărește două obiective : frînarea sau chiar retrocedarea simptomelor, cu împiedicarea apariției sau sistarea menstruațiilor, și îmbunătățirea prognozei creșterii. În forma idiopatică se recomandă medroxiprogesteron acetat (MPA); în cea neurogenă sau determinată de tumori gonadice și corticosuprarenale, tratamentul se adresează cauzei (descoperirea și eventual extirparea tumorii); în pseudopubertatea precoce prin hiperplazie suprarenală congenitală este necesară corticoterapie îndelungată.

1204. PUDOARE (cf. lat. *pudor*) ● Atitudine opusă exhibiționismului, constînd în discreție și măsură în dezvăluirea propriului corp, a propriilor sentimente, stări, reacții. Se manifestă în strînsă legătură cu normele morale ale grupului sau epocii din care face parte subiectul și din acest motiv are o valoare relativă. Apare în formă relativ pură

la personalitățile introverte sau se poate constitui ca o formațiune reacțională la tendințele exhibiționiste.

În adolescență, reacția de pudoare se obiectivează adesea sub forma „eritemului de pudoare”. Este necesară diferențierea de „falsa pudoare”, comportament care mimează pudoarea, fără să fie susținut de o veritabilă opțiune morală și apărînd ca o atitudine pudică demonstrativă.

1205. PUERILISM (cf. lat. *puer* „copil”) ● Alterarea personalității, „care pare să indice un fel de regresivitate a mentalității către copilărie, caracterizată prin modificări particulare ale sentimentelor, tendințelor, limbajului și gesturilor”; cu acest sens, termenul a fost introdus de E. DUPRÉ în 1903. Ulterior, R. SOULLARD, CHARPANTIER, COURBON au adus contribuții la delimitarea conceptului de puerilism. GUIRAUD consideră că puerilismul este o veritabilă ecbioză, în care evenimentele din copilărie „nu sînt numai conservate sub forma unor amintiri izolate, ci își păstrează întreaga lor tonalitate afectivă”, precum și relațiile reciproce izocrone.

În mod clasic, se delimitează un puerilism acut (sau tranzitoriu) și un puerilism cronic (sau constant). În prima categorie poate fi considerată apariția reacțională a puerilismului în diferite situații existențiale sau ca atitudine de apărare, cel mai frecvent ca un simptom isteric în stări reactive, stări secunde, sindrom Ganser. Ca toate celelalte simptome isterice, durata puerilismului depinde de atitudinea anturajului. Tot ca o formă tranzitorie (acută), puerilismul a fost descris la răniții ce prezentau comoție sau contuzie, în timpul primului război mondial, ameliorarea survenind odată cu schimbarea mediului. Puerilismul, ca manifestare constantă (cronică), este descris în tumorile etajului anterior al bazei craniului (meningiome ale aripii sfenoidale mici), în abcese cerebrale și paralizia cerebrală progresivă, debilitate mintală.

Puerilismul mintal senil apare mai ales în demența senilă, unde se manifestă, după cum afirmă DUPRÉ, printr-o capriciozitate disproporțională, trecere bruscă de la veselie la furie, ilogism, jocuri infantile, egoism, manifestări distructive, cinice, bolnavul abordînd o mimică și un limbaj specific — simptomatologie care relevă o regresivitate a întregii personalități la stadiul infantil. Aceste manifestări par a fi facilitate de dispariția amintirilor recente și de reapariția în conștiința de sine sărăcită, a vieții infantile, „în toată spontaneitatea, ingenuitatea manifestărilor sale”.

Puerilismul mintal poate semnifica uneori debutul unei schizofrenii. La cei aflați în detenție poate apărea cu aspect de simulație sau suprasimulație. Patogenic, puerilismul este rezultatul unei dimi-

nuări (tranzitorii sau permanente) a capacității de anticipare pozitivă sau efectul unei inhibiții afective apărute în condiții existențiale insurmontabile, când subiectul se transpune în stadiile anterioare ale existenței, stadii fericite și securizante. Pueriliismul mintal apare astfel ca expresie clinică a fondului primitiv al personalității, actualizat de prăbușirea instanțelor superioare ale organizării psihice, cu evidențierea imaturității planului afectiv.

1206. PUERILITATE (cf. lat. *puerilitas*) ● Manifestări copilărești ale adultului, implicând gesturi, atitudini, întrebări sau afirmații, regăsite la vârsta infantilă, precum și unele reacții survenite în cadrul unui comportament considerat normal până la instalarea acestor tulburări. Sînt caracterizate prin navitate, superficialitate și un grad scăzut de control volițional și rațional. Spre deosebire de puerilism, au însă o desfășurare izolată și secvențială, nu se înscriu în cadrul unei modificări globale comportamentale și de personalitate. După A. POROT, ar reprezenta o trăsătură existențială a numeroase comportamente nevrotice, putînd fi întilnită și în slăbirea intelectuală de tip demențial.

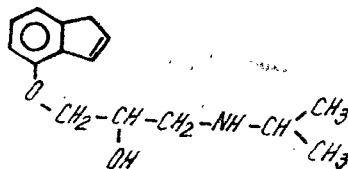
1207. PUERPERAL^(D) delir (cf. fr. *puerpéral*: vezi lat. *puerpera* „lăuză”) ● Tulburări psihice de intensitate psihotică ce pot însoți perioada puerperală, distingîndu-se două varietăți clinice:

- delirul puerperal infecțios, care complică unele nașteri septice și a cărei evoluție a fost net modificată de apariția antibioticelor ;
- delirul puerperal acut, de extremă gravitate, cu instalarea bruscă, la cîteva zile de la naștere, a unei stări confuzo-onirice, însoțită de agitație și tulburări vegetative majore. Deși progresele terapeutice au îmbunătățit în mare măsură prognosticul acestui delir, posibilitatea ca el să fie fatal nu poate fi exclusă.

În realitate, cele două variante ale delirului puerperal pot fi încadrate ca forme particulare ale sindromului psihoorganic acut într-o perioadă specifică.

1208. PUERPERALITATE (cf. fr. *puerperalité*: vezi lat. *puerpera*) ● Perioadă constituită din graviditate și postpartum, în care se produc modificări fiziologice ale psihismului femeii, dar în care pot interveni și manifestări psihice patologice (mai ales în timpul gravidității) → POSTPARTUM, GRAVIDITATE.

1209. PULSAN^(M) Japonia — DCI *Indenolol* ● Betablocant de tip 1/inden-4(7)-iloxil-3-(isopropil-amino)-2-propanol, indicat în anxietate cu și fără determinare somatică, alcoolism, sevrage de diferite origini, medicină psihosomatică. Nu se administrează cu concomitent IMAO.



1210. PULSANTON^(MC) Grecia ● Produs farmaceutic care conține două medicamente tipizate cu aceeași acțiune, care se completează :

- MEPROBAMAT^(M) — tranchilizant, derivat propandiolic ;
- OXAZEPAM^(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Are acțiune anxiolitic-sedativă.

1211. PULSIUNE (cf. fr. *pulsion* „pulsione” ; lat. *pulsus* „impuls”) ● Proces dinamic constînd într-un puseu (încărcătură energetică — factor de motricitate) care împinge organismul spre un scop. După FREUD, o pulsione își are sursa într-o stare de tensiune creată de o excitație corporală. Scopul este de a suprima starea de tensiune care stăpînește sursa pulsională. Pulsionea își atinge scopul numai în/sau prin obiect.

Conceptul de pulsione a rezultat din traducerea franceză a termenului german „Trieb” prin „pulsion”, folosit pentru evitarea unor termeni mai vechi ca „instinct” sau „tendință”. Este deci o convenție terminologică, nu unanım respectată, dar care are anumite justificări :

- în limba germană, conceptele desemnate prin termenii „Instinkt” și „Trieb” nu sînt unitare ca semnificație ; „Trieb” își păstrează nuanța de puseu (împingere), deci nu semnifică o finalitate precisă, ci mai degrabă o orientare generală cu caracter ireversibil ; unii autori folosesc „Instinkt” și „Trieb” ca sinonime ; alții consideră „Instinkt” ca desemnînd un comportament fixat ereditar pe scara animală și apărînd aproape identic la indivizii de aceeași specie ;
- FREUD operează, în schimb, o distincție clară între cei doi termeni : „Instinkt” se referă la un comportament animal, fixat ereditar, caracteristic speciei, preformat în desfășurare și avînd un obiect specific la care este adaptat ; conceptul de „Trieb” (pulsione) implică, esențial, calitatea de puseu (împingere). Ca noțiune desemnînd o energie, termenul apare inițial în distincția pe care FREUD o face între două tipuri de excitații la care organismul este supus și pe care trebuie să le descarce conform principiului constanței : excitații externe, de care individul poate să fugă sau să se

protejeze, și surse interne care emit cantant un flux de excitații, de care organismul nu poate scăpa și care constituie mecanismul funcționării aparatului psihic.

Utilizând pentru prima oară termenul „Trieb” în „Trei eseuri asupra teoriei sexualității” (1905), FREUD face distincții, în cadrul fenomenului desemnat prin el, între „sursă”, „obiect” și „scop”. Noțiunea freudiană de pulsione se degajă deci din abordarea sexualității umane. FREUD a studiat perversiunile sexuale și modalitățile sexualității infantile, arătând că pulsionea sexuală are obiect variabil, care nu capătă o formă definitivă decât în funcție de istoria subiectului ; scopurile acestei pulsionii sînt multiple, depinzînd de surse somatice care, la rîndul lor, sînt multiple (zonele erogene) : există deci pulsioni parcellare care nu se subordonează zonei genitale. Legat de pulsione, FREUD introduce și noțiunea de „puseu” ca factor cantitativ economic, pe lângă elementele menționate mai sus (sursă, obiect, scop). Pulsionea este deci o forță interioară care împinge organismul la executarea unor acțiuni ce provoacă detensionarea prin descărcarea excitației, reprezentînd „un concept limită între somatic și psihic”. În teoriile lui FREUD sînt concepute două sisteme de dualism al pulsioniilor. În „Trei eseuri asupra sexualității”, acest dualism se referă la pulsioniile sexuale și pulsioniile Eului sau de autoconservare, cele din urmă reprezentînd marile trebuințe de care depinde conservarea individului, prototipul lor reprezentîndu-l foamea și funcțiunile alimentare, opuse pulsionii sexuale. În „Dincolo de principiul plăcerii”, dihotomia se stabilește între pulsioniile vieții și pulsioniile morții. Se modifică, în acest context, și situația conflictuală a pulsioniilor :

- Sinele es terezvor pulsional, conținînd ambele categorii pulsionale ; Eul, ca instanță defensivă (avînd cao pîns instanța refułată), își ia energia din acest fond al Sinelui, fiind însă o energie „desexualizată” și sublimată ;
- categoriile de pulsioni (în acest nou sistem teoretic) sînt înțelese nu atît ca dimensiuni motivaționale în funcționarea organismului, cît ca principii fundamentale ce guvernează activitatea.

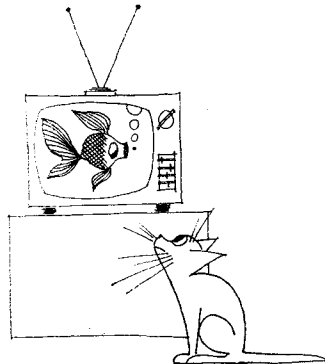
În coordonatele acestor sisteme dualiste de explicație, FREUD a conceput sau anticipat tipuri de pulsioni relativ diferențiate, cărora nu le-a acordat însă o specificitate aparte, ci le-a delimitat numai ca aspecte ale fenomenelor semnificate prin termenii celor două sisteme dualiste preconizate (pulsioniile sexuale/pulsioniile Eului ; pulsioniile vieții/pulsioniile morții).

Pulsionea agresivității — prin care FREUD înțelege numai pulsioniile morții orientate spre exterior, scopul lor fiind distrucția obiectului, nerecunoscînd-o ca avînd o specificitate aparte

(noțiunea de „pulsione agresivă” a fost introdusă de ADLER) și considerînd-o numai în cadrul opoziției dintre pulsioniile vieții și pulsioniile morții.

Pulsionea de distrugere (pulsionea distructivă) — apare la FREUD tot în contextul pulsioniilor morții, într-un plan mai apropiat de experiența biologică și psihologică, cu semnificație apropiată de cea a termenului de pulsione agresivă (orientarea pulsioniilor morții spre obiectul exterior). Pulsionea de distrugere ar reprezenta un efect manifest, exteriorizat, al pulsioniilor morții, opus acțiunii subterane, realizate înăuntru și nu în afară, a acestora. Îndreptarea lor spre exterior se realizează prin investirea libidoului narcisic. Uneori, FREUD consideră în cadrul pulsionii de distrugere și autodestrucția.

Pulsionea de apucare (fr. *emprise* „influență, ascendent, autoritate morală” ; *emprisonement* „întemnițare”) — termen utilizat imprecis, căruia FREUD îi dă un sens de pulsione nonsexuală sau legată numai secundar de sexualitate și avînd ca scop dominarea obiectului prin forță. S-a recurs, pentru explicarea acestui aspect, și la termenii de „pulsione de stăpînire” sau „instinct de posesiune”, care prezintă însă unele inconveniente : *stăpînire* presupune o dominare controlată, iar *posesiune* presupune conservare ; ori termenul german folosit de FREUD („*sich bemächtigen*”) semnifică esențial dominarea prin forță. În lucrările care au anticipat „Dincolo de principiul plăcerii”, pulsionea de apucare este descrisă ca pulsione nonsexuală, dirijată spre obiectul exterior, singurul element prezent în cruzimea infantilă originară. În „Trei eseuri asupra sexualității”, FREUD vorbește despre pulsionea de apucare ca origine a cruzimii infantile, care nu are inițial drept scop suferința celui alt (practic nu are scop). În „Predispoziția pentru nevroza obsesională”, pulsionea de apucare este definită în cadrul relației activitate-pasivitate, predominantă în stadiul



sadic-anal : pasivitatea are la bază erotismul anal, activitatea se leagă de pulsionea de apucare, considerată sadism atunci când ea se află în slujba pulsionii sexuale. În același context al opoziției activitate-pasivitate, FREUD consideră musculatura ca suport al pulsionii de apucare. În „Pulsioni și destine personale”, el dezvoltă conceptul de sado-masochism : sadismul ar avea drept scop dominarea prin violență a obiectului, provocarea suferinței neaparținând scopului original ; masochismul are ca scop producerea durerii și leagă acest scop de sexualitate. Acești doi termeni sînt redefiniți de FREUD în „Dincolo de principiul plăcerii”, unde introduce și termenul de pulsione a morții. La origine, această pulsione vizează distrugerea subiectului însuși, dar este împinsă înapoi de către Eu, sub influența libidoului narcisiac, așa încît să nu devină manifestă decît legat de obiect : această manifestare este denumită de FREUD sadism. În sadism și masochism, accentul nu se mai pune, ca scop, pe apucare, ci pe destrucție. Astfel, pulsionea de apucare rămîne o forță a pulsionii morții, numai cînd aceasta din urmă funcționează sub impulsul pulsionii sexuale (PONTALIS și LAPLANCHE, 1973).

Ives HENDRICH abordează problema psihologiei genetice a Eului, folosind elemente din cercetările asupra învățării (learning), dar și date din concepția lui FREUD privind pulsionea de apucare, ajungînd la următoarele considerații :

- existența unei trebuințe de a stăpîni mediul înconjurător („instinct de master”), pe care psihanalistii au interpretat-o exclusivist ca mecanism de căutare a plăcerii ;
- această trebuință (pulsione) nu este originală sexuală, în mod secundar se poate asocia sexualității, deci se libidinizează ;
- această pulsione comportă o plăcere specifică, constînd în a executa o funcție cu succes ;
- în loc de instinctul de a stăpîni, Eu poate fi considerat ca instanță sau sistem care produce forme de plăcere (care nu sînt identice cu gratificațiile instinctuale).

Pulsione parțială — termen ce desemnează ultimele elemente la care ajunge psihanaliza în abordarea sexualității. Fiecare dintre aceste elemente are sursă specifică (pulsione orală, pulsione anală) și un scop anume (de exemplu, pulsionea de a vedea, pulsionea de a apuca). Adjectivul „parțial” se referă nu numai la faptul că pulsionile amintite aparțin pulsionii sexuale, ci și la faptul că ele funcționează independent și tind să se unească în diferite organizări libidinale (sensul lor genetic și structural). Introducînd termenul de „pulsione parțială”, FREUD încearcă o definire a componentelor activității sexuale, pe care le leagă de surse organice și cărora le atribuie scopuri specifice. Pulsionile parțiale degajate din pulsio-

nea sexuală sînt cele care se leagă de zone erogene și se caracterizează printr-un scop anume. Ele se manifestă mai întîi în activitățile sexuale parțiale ale copilului ; la adult apar ca plăceri preîminare actului sexual sau în perversiuni. În formele inițiale, pulsionile funcționează anarhic, organizarea lor reprezentînd un proces secundar. În activitatea sexuală infantilă, pulsionile parțiale intră în joc în mod neorganizat, configurînd o fază autoerotică, în care fiecare pulsione parțială capătă, pentru sine, satisfacția plăcerii în corpul propriu. Procesul de organizare și integrare a sexualității se desfășoară, în dezvoltarea individului uman, la pubertate.

După FREUD, pulsionea sexuală (libidoul) este descompusă inițial în diferite pulsioni parțiale, care tind, în mod independent unele de altele, la satisfacere, dar care, în cursul dezvoltării organismului, se reunesc și se concentrează. Un prim stadiu de organizare (pregenital) ar fi reprezentat de organizarea orală.

1212. PULSIONE AGRESIVĂ → PULSIONE AGRESIVITATE.

1213. PULSIONI (de) AUTOCONSERVARE ● Termen prin care FREUD denumește ansamblul trebuințelor legate de pulsionile corporale, necesare conservării individului, opuse pulsionilor sexuale. Termenul este utilizat pentru prima dată în 1910, anterior, fenomenul corespunzător lui fiind definit numai ca pulsioni opuse celor sexuale, legate de satisfacția trebuinței de hrană și realizate prin activitatea de nutriție ; în acest context este implicată și ideea că inițial sexualitatea își are suportul în alte activități, sprijinindu-se pe alte funcțiuni somatice.

În contextul opoziției pe care FREUD o operează, în 1910, între pulsionile sexuale și pulsionile Eului, toate pulsionile organice intrapsihice sînt grupate în doi termeni : „Foame” și/sau „Iubire”. Pulsionile sexuale se sprijină pe cele de autoconservare, opoziția dintre ele devenind factor determinant în conflictul psihic (de exemplu, tulburările de vedere din isterie : ochiul este suport al celor două tipuri de activitate pulsională : cînd între aceste activități se dezvoltă un conflict, ochiul devine locul/suportul simptomului). Opoziția dintre cele două categorii de pulsioni în conflict defensiv este determinată de faptul că pulsionile Eului își găsesc satisfacția într-un obiect real, trec repede de la principiul plăcerii la principiul realității și devin purtători ai realității, începînd astfel să se opună pulsionilor sexuale, care pot fi satisfăcute și în mod fantasmatic, decîrămîn mai îndelungat guvernate de principiul plăcerii. După FREUD, „o parte esențială a predispoziției psihice spre nevroză își are originea în faptul că pulsionea sexuală întîrzie să țină seama

de realitate" (prelungindu-și modalitatea fantasmatică de satisfacere).

FONTALIS și LAPLANCHE remarcă faptul că FREUD nu a diferențiat foarte clar pulsuniile de autoconservare (cel mult vorbește, în cadrul lor, de modelul foamei), dar a admis numeroase componente (derivate specifice) ale acestora, corespunzătoare funcțiilor organice (defecație, activitate musculară, micțiune, vază, nutriție). Vorbind despre pulsione în general, FREUD se referă de fapt mai mult la pulsione sexuală, pe care o caracterizează prin variabilitatea scopului și legarea ocazională (atingere întâmplătoare) de obiect; ori, pulsuniile de autoconservare au căi de acces preformate și obiect determinat (ele nu se pot satisface prin orice obiect, ci se caracterizează prin faptul că implică o „intuiție” a valorii obiectului).

Dacă pulsuniile sexuale se sprijină pe cele de autoconservare, înseamnă că acestea din urmă le indică celor dinții calea spre obiect. Dar stabilirea unui paralelism strict între cele două categorii de pulsioni este artificială, întrucât ambele se supun, inițial, principiului plăcerii și progresiv se îndreaptă spre principiul realității, cu diferența că pulsuniile de autoconservare se apropie mai repede de principiul realității, iar cele sexuale rămân mai aproape de principiul plăcerii.

În prima sa teorie asupra pulsuniilor, FREUD punea semn de identitate între pulsuniile de autoconservare și pulsuniile Eului. Ulterior, el le-a diferențiat (→ LIBIDO AL EULUI, LIBIDO OBIECTAL ; EU ; PULSIUNI ALE EULUI).

FREUD consențează și opoziția dintre pulsuniile de autoconservare și pulsuniile de conservare a speței care, ca și opoziția dintre iubirea investită în Eu și iubirea investită în Obiect, se situează în interiorul Erosului. Erosul este congener cu materia vie, animată, el reprezintă instinctul vieții și se opune, prin origine și de la origine, instinctului morții.

1214. PULSIUNI ALE EULUI ● Termenul desemnează, în prima teorie freudiană a pulsuniilor (1910—1915), un tip specific de pulsioni, a căror energie se află în serviciul Eului; aceste pulsioni sînt asimilate pulsuniilor de autoconservare și opuse pulsuniilor sexuale. În conflictul psihic, elementul principal îl constituie faptul că sexualitatea este refulată de o instanță defensivă — Eu. În „Trei eseuri asupra teoriei sexualității” (1905), FREUD opune pulsuniile sexuale celor pe care el le numește „trebuiețe”, ca funcțiuni vitale, și afirmă că primele se sprijină pe celelalte (pulsuniile sexuale pe trebuiețe), apoi se detașează. Autoerotismul ar fi o formă de manifestare a detașării pulsuniilor sexuale.

FREUD consideră că opoziția dintre Eu și pulsuniile sexuale, în conflictul defensiv (manifestată clinic), coincide cu opoziția (originară, genetică)

dintre funcțiunile de autoconservare și pulsione sexuală. În 1910, abordînd tulburările psihogene de vedere în perspectivă psihanalitică, FREUD regrupează ansamblul „noilor pulsioni” nonsexuale sub numele de „pulsioni de autoconservare” și le desemnează ca „pulsioni ale Eului”, care participă în conflictul psihic (pulsuniile sexuale ar servi la obținerea plăcerii sexuale, iar celelalte ar avea drept scop conservarea individului). Sinonimia pulsuniilor de autoconservare și pulsuniilor Eului ar consta în următoarele aspecte :

- la nivel biologic, FREUD distinge între pulsuniile de conservare și pulsuniile care servesc scopurilor speței; în acest sens, pulsuniile Eului ar fi identice cu pulsuniile de conservare ;
- prin opoziție cu pulsuniile sexuale, cele de autoconservare funcționează pe principiul realității : „Eu nu are nimic altceva de făcut decît de a tinde către util și de a se asigura împotriva prejudiciilor” ;
- pulsuniile Eului (în conflict cu pulsuniile sexuale) se atașează de un anumit grup de reprezentări.

Aici intervine un element nou : pe de o parte, pulsuniile Eului sînt înțelese ca tendințe care emană din organism și se îndreaptă spre obiectele exterioare, relativ specifice ; pe de altă parte, aceleași tendințe pot alege Eu ca obiect al lor. În interpretările date conflictului, FREUD nu vorbește de pulsuniile de autoconservare ca forță motivantă a refulării. În studiile clinice dinaintea de 1910, Eu este considerat ca important în conflict, dar nu apare în relație cu funcțiunile de conservare biologică a individului. Ulterior, după ce pulsione de autoconservare a fost identificată cu pulsione Eului, ea a fost rar indicată ca energie refulantă ; forța care determină refularea este plasată în „libidoul genitalic narcisic”. În lucrările de metapsihologie (1914—1915), FREUD consideră că refularea, în nevrozele de transfer, se datorează „jocului libidinal” de investire, dezinvestire și contrainvestire a reprezentărilor.

Psihanaliza, ca teorie, conține ideea „conflictului între exigențele sexuale și exigențele Eului”. Dualismul pulsional răspunde unor considerente „biologice”, el afirmînd că separarea pulsuniilor sexuale de cele ale Eului este în mică măsură fundamentată psihologic și se sprijină în mare măsură pe temelii biologice. Noțiunea de narcisism implică o distincție suplimentară în opoziția dintre pulsione sexuală și pulsione Eului. Pulsuniile sexuale se pot investi într-un obiect exterior (libido obiectal) sau în Eu (libidoul Eului sau libido narcisic). Energia pulsuniilor Eului nu este libido, ci „interes”.

1215. PULSIUNI ALE MORȚII ● Termen care, în a doua teorie a lui FREUD asupra pulsuniilor,

desemnează pulsiiunile opuse pulsiiunilor vieții, tinzând, prin reducerea lor completă, la revenirea ființei vii la o stare anorganică. Inițial, pulsiiunile morții se îndreaptă spre interior, vizînd autodestrucția, apoi ele se dirijează spre exterior, manifestîndu-se ca pulsiiuni agresive sau destructive. Noțiunea a fost foarte controversată de către discipolii lui FREUD.

După FREUD, orice ființă vie conține în ea o tendință fundamentală de a se reîntoarce la starea anorganică ; fiind în considerație cercetările asupra fenomenului morții la organisme uni- și pluricelulare, pe treptele inferioare ale evoluției animale, el conchide că „orice ființă vie moare din cauze interne”. Există o tendință generală, comună ființelor vii, de a se reîntoarce la repaosul anorganic. la starea de stabilitate anorganică. Libidoul încearcă să devieze spre exterior această pulsiiune, care tinde să dezintegreze organismul celular în drumul spre anorganicitate. Pulsiiunea deviată devine pulsiiune destructivă, pulsiiune de apucare, voință de putere. O altă parte a pulsiiunii dezintegratoare a organismului este pusă în slujba funcțiunii sexuale, de aici rezultînd sadismul propriu-zis ; o altă parte rămîne în organism, fiind legată de libidinal și dînd masochismul original, erogen. Pulsiiunile vieții (Erosul) includ pulsiiunea sexuală, pulsiiunea de autoconservare, pulsiiunile Eu'ui. În demersul teoretic al lui FREUD, ideea de pulsiiune a morții a fost generată de următoarele elemente :

- fenomenul repetiției, la diverse nivele, nu se reduce la căutarea unei satisfacții libidinale și nici la stăpînirea experiențelor neplăcute ; există o forță „demonică”, independentă de principiul plăcerii și opusă lui, care se leagă de caracterul regresiv al instinctului ;
- noțiunile de ambivalență, agresivitate, sadism, masochism, foarte importante pentru experiența psihanalitică ;
- ideea că ura nu se poate deduce din pulsiiunile sexuale.

În „Pulsiiuni și destine ale pulsiiunilor”, sadismul și ura sînt puse în relație cu pulsiiunile Eu'ui : „... prototipurile relației de ură nu provin pe cale sexuală, ci din lupta Eu'ui pentru conservarea și afirmarea sa”. Ura presupune o relație cu obiectele „mai veche decît iubirea”. Cînd vorbește însă de pulsiiunile sexuale și de cele ale Eu'ui, considerîndu-le modalități ale libidoului și ștergînd distincția dintre ele, FREUD întîmpină o dificultate în a extrage ura din monismul pulsional. Gîndirea lui este marcată de un dualism fundamental, reprezentînd cupluri de cpozite care se accentuează în cadrul pulsiiunilor, acestea fiind ultimele forte care se confruntă, se împotrivesc reciproc în conflictul psihic. Pulsiiunea morții este prefigurată mai întîi prin considerații speculative, pentru ca

ulterior să se cristalizeze în enunțuri axiomatice. Sadismul, după FREUD, nu poate fi derivat din Eros, pentru că Erosul are funcțiunea de a conserva și a întreține viața ; se poate admite deci că sadismul „nu este propriu-zis decît un instinct al morții pe care libidoul narcisic l-a detașat de Eu și care nu-și află modul de exercitare decît asupra obiectului” ; în faza de organizare orală a libidoului, posesiunea amoroasă coincide cu distrugerea obiectului ; ulterior, sadismul se degajă (faza genitală) și împinge individul spre dominarea obiectului într-o măsură compatibilă cu îndeplinirea actului sexual. „În cazul în care sadismul primitiv nu a suportat nici o atenueare și a rămas un amestec pur, atunci asistăm la ambivalența iubire-ură”, care caracterizează viețile amoroase. Masochismul, instinct parțial complementar, ar corespunde sadismului reîntors spre Eu.

Criticile analiștilor privind concepția lui FREUD asupra pulsiiunilor morții se constituie pe diverse direcții :

- din punct de vedere metapsihologic, refuzul de a admite că un grup determinat de pulsiiuni răspunde exclusiv de reducerea tensiunilor ;
- tentative de a conceptualiza geneza agresivității, fie considerînd-o un corelativ al oricărei pulsiiuni, în măsura în care ea se realizează printr-o activitate impusă de subiect obiectului, fie considerînd-o ca o reacție secundară frustrării ce vine de la obiect ;
- recunoașterea importanței și autonomiei pulsiiunilor agresive, dar fără a lega aceste pulsiiuni de o tendință autoagresivă ; refuzul de a admite în orice ființă vie cuplul de cpozite pulsiiuni ale vieții — pulsiiuni de auto-destrucție.

Se poate admite, afirmă criticii, existența opoziției iubire-ură (ca punct de plecare în încorporarea orală), dar această opoziție nu poate fi înțeleasă decît în relația cu un obiect exterior.

Contrar acestor critici, școala Melaniei KLEIN reafirmă dualismul pulsiiunilor vieții/pulsiiunile morții, considerînd că cele din urmă joacă un rol esențial în existența umană, nu numai în relația cu obiectului, ci și în măsura în care ele acționează în cadrul organismului și induc angoasa de dezintegrare și de anihilare.

Vorbînd despre opoziția dintre pulsiiunile vieții și ale morții, FREUD se referă la două mari procese vitale fundamentale : asimilația și dezasimilația. Ceea ce el explică sau înțelege prin pulsiiunea morții este un element fundamental în noțiunea de pulsiiune, și anume reîntoarcerea la un stadiu anterior, în ultimă analiză, la repaosul absolut, anorganic. FREUD asociază principiul plăcerii cu pulsiiunile morții ; ulterior, sensibilizat de contradicție, el distinge principiul Nirvana, ca principiul economic de reducere a tensiunilor

la zero, în întregime în serviciul pulsioniilor morții (în timp ce principiul plăcerii „reprezintă exigența libidoului”). În altă perspectivă, FREUD acordă noțiunii de Eros sensul de principiu de coeziune, forță care unește diferite subsisteme în ansambluri tot mai mari și le menține, deci scopul ar fi legătura; scopul pulsioniilor de distrugere este, dimpotrivă, disoluția, ruperea acestor asamblări.

Ceea ce este de reținut din gândirea lui FREUD despre pulsioniile morții, indiferent de unghiul de abordare, este că această tendință de distrugere, dincolo de forma în care se manifestă (sadism sau masochism), corespunde unui principiu radical al funcționării psihice, principiu profund pulsional, care leagă orice dorință (agresivă sau sexuală) de dorința morții.

1216. PULSIUNE SEXUALĂ (în psihanaliză) ●

Puseu intern ale căruia activității (căi de obiectivare) nu se identifică cu cele ale activității sexuale în accepțiunea curentă, în sensul că pulsione sexuală acoperă un câmp mai larg de manifestare. Pulsione sexuală se diferențiază de instinct prin faptul că nu are obiect predeterminat biologic, ci dispune de modalități de satisfacere variabile, legate de zonele erogene (zone corporale determinate), putând însoți diverse activități. Deci, pulsione sexuală este fragmentată în pulsioni parțiale cu satisfacție locală (pe organe), este legată de reprezentări și fantasme specifice ei și se organizează, se diferențiază, se finalizează, sub aspectul genitalității, pe parcursul unor modificări (evoluții) complexe. Substratul energetic al pulsionii sexuale este libidoul. Din punct de vedere dinamic, libidoul constituie principalul obiect al refuzării în conștiință (PONTALIS și LAFLANCHE, 1973). Inițial, FREUD opune pulsione sexuală pulsioniilor de autoconservare, ulterior incluzând-o în pulsioniile vieții (Eros). În accepțiunea strictă de pulsione sexuală (primul dualism freudian), aceasta este o forță guvernată exclusiv de principiul plăcerii, o forță deficil de manipulat prin educație, funcționând ca proces primar și amenințând în permanentă echilibrul psihic al persoanei. Ulterior, când pulsione sexuală este inclusă în pulsioniile vieții, ea devine forță de legătură în constituirea și menținerea unităților vitale (→ PULSIUNI ALE VIEȚII, PULSIUNI ALE MORȚII), în extrapolarea libidoului ca principiu de legătură în alcătuirea grupurilor, al colectivităților umane.

1217. PULSIUNI ALE VIEȚII ● Mare categorie pulsională pe care FREUD o opune pulsioniilor morții; caracterizate esențial prin faptul că tind să constituie unități vii din ce în ce mai mari și să le mențină. FREUD le denumește și cu termenul Eros. Ele conțin pulsioniile sexuale propriu-zise și pulsioniile de autoconservare. Dacă pulsioniile morții tind la distrugerea unităților vitale, la

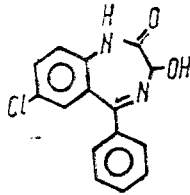
egalizarea tensiunilor și la reîntoarcerea la starea anorganică, pulsioniile vieții tind să păstreze unitățile vitale și să le înglobeze în ansambluri tot mai mari. Există, la nivel celular, o tendință spre menținerea coeziunii între părțile substanței vii. Astfel, organismul încearcă să-și păstreze unitatea și existența (pulsioniile de autoconservare, libidoul narcisic). Sexualitatea, în formele ei manifeste, revine tot la un principiu de uniune. Pulsioniile vieții și pulsioniile morții se opun unele altora, ca două principii fundamentale care se manifestă și la nivel fizic (atracție-repulsie), prin analogie cu procesele care stau la baza fenomenelor vitale (anabolism-catabolism).

Acest dualism pulsional este marcat în gândirea lui FREUD printr-o serie de contradicții. El introduce noțiunea de pulsione a morții legat de ceea ce este esențial în orice pulsione: reîntoarcerea la o stare anterioară — tendință regresivă vizând restabilirea unor forme mai puțin diferențiate, mai puțin organizate, care nu comportă diferențe de nivel energetic. Pulsione sexuală se caracterizează printr-o mișcare inversă, având drept scop menținerea unor forme mai diferențiate, mai bine organizate, menținerea constanței și chiar a creșterii diferențelor energetice între organism și mediu. În ceea ce privește pulsioniile vieții, FREUD nu arată în ce ar consta mișcarea lor regresivă. Legat de principiile funcționării psihice, corespunzătoare celor două categorii mari de pulsioni, FREUD este pus în fața aceleiași dificultăți; el vorbește despre principiul Nirvana, corespunzător pulsioniilor morții (Nirvana, ca stare de repaus absolut), în timp ce principiul plăcerii (și trecerea sa în principiul realității), care ar corespunde pulsioniilor vieții, este reformulat numai în termeni „calitativi”. În „Abrégé de psychanalyse” (1938), FREUD arată că principiul subiacent pulsioniilor vieții este un principiu de legătură, scopul Erosului fiind acela de a realiza (stabili) unități tot mai mari, de a conserva, deci de a lega, în timp ce scopul celuilalt principiu (al pulsioniilor morții) este de a rupe raporturile, „de a distruge lucrurile”. Așadar, din punct de vedere economic, pulsioniile vieții intră în dezacord cu modelul energetic al pulsionii (reducerea tensiunilor); în acest context, FREUD pune Erosul în opoziție cu caracterul general conservator al pulsionii. Pe de altă parte, FREUD înțelege prin pulsioniile vieții ceea ce înainte desemnase ca pulsione sexuală; în opozițiile pe care le concepe (energie liberă — energie legată; proces primar — proces secundar; principiul plăcerii — principiul realității; principiul inerției — principiul constanței), sexualitatea este concepută ca forță distructivă. În ultimul dualism pulsional, forța distructivă „primară” devine pulsionea morții, în timp ce sexualitatea este percepută ca principiu de legătură, de uniune.

1218. PUNA^(D) boală — sin. BOALĂ DE AL-TITUDINE; BOALA MUNȚILOR^{sin.} → DA COSTA^(B) boală.

1219. FUNCH-DRUNKENNESS^(S) sindrom — sin. MARTLAND^(S) sindrom^{sin.} → ENCEFALOPATIE A EOXERILOR.

1220. PURATA^(M) Anglia — DCI Oxazepam ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-5-fenil-2H-1,4-benzo-



diazepină, cu acțiune identică cu a diazepamului, fiind un metabolit al său, ceea ce permite realizarea unei concentrații plasmatice mai rapide (4 ore). Are acțiune sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă și simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM^(M).

1221. PUSSIN Jean-Baptiste (1746—1811) ● Întrât în istoria psihiatriei alături de PINEL, căruia i-a fost un fidel colaborator, fiind „șeful echipei supraveghetorilor” — echivalentul soarelui șef de astăzi — la Bicêtre și Salpêtrière. Sunt suficiente pentru a-l caracteriza cuvintele lui PINEL: „PUSSIN alături unei inteligente rare, împletirea sentimentelor de umanitate cu cele de fermitate imperturbabilă”. În amintirea celui numit de PINEL „cel mai fidel colaborator” al său și de PARISET „precursorul lui PINEL”, s-a inaugurat la Bicêtre, la 3 august 1887, o placă comemorativă.

1222. PUTERE — complex de ● Termen introdus de JUNG pentru a desemna totalitatea reprezentărilor și aspirațiilor care tind să piaseze. Eul deasupra altor influențe pe care acesta tinde să le subordoneze. Este vorba de influențele care provin de la persoane sau situații exterioare sau de influențele unor „gânduri, sentimente, instincte subiective”. În perspectivă Adleriană, complexul de putere ar trimite la nevoia de afirmare excesivă a superiorității, compensatorie pentru complexul de inferioritate (afirmarea superiorității revine la afirmarea virilității). În perspectivă Freudiană, complexul de putere ar trimite la o soluție negativă, simptomatică a complexului de castrare.

1223. PUTERE SOCIALĂ^(D) delir ● Delir euforic (GUIRAUD, DIDE), în care bolnavii pretind

că sînt personalități sociale deosebite, că dețin bunuri materiale imense, care le asigură o poziție privilegiată, sau că sînt comandanții unor unități militare reale sau imaginare, ceea ce le oferă o deosebită putere de decizie. Bolnavii adoptă o ținută corespunzătoare și se împodobesc cu ordine, decorații, crucifixuri, care să simbolizeze puterea deosebită pe care o au. Prezența sindromului halucinator este constantă la acești bolnavi, care poartă, nu o dată, „discuții cu subalternii” pe această „cale”. Odată cu scăderea frecvenței paraziției generale progresive, numărul cazurilor cu acest tip de delir s-a redus.

1224. PUTNAM — migrenă^{sin.} → NEURALGIE OFTALMICĂ.

1225. PUTNAM-SCHULZE^(S) sindrom — sin. ACROPARESTEZIE NOCTURNĂ ● Sindrom prezent la femei, între 40—50 de ani, care se manifestă sub forma unor parestezii nocturne ale extremităților superioare. Etiologia este încă obscură; se incriminează elongații ale nervilor periferici, prin laxitate articulară.

1226. PUYSEGUR Amand-Marie (1751—1825) ● Împreună cu frații săi, Antoine și Jacques, s-a ocupat de magnetism, fiind unul dintre elevii lui MESMER; pune însă la îndoială „fluidul” și se îndepărtează de doctrină. Este printre primii care înțelege rolul voinței, al încrederii, al analogiilor de temperament dintre magnetizator și subiectul său, pregătind astfel calea evoluției succesorilor săi.

1227. PYGMALION — efect (de la numele unui sculptor legendar din Cipru, care ar fi cioplit o statuie reprezentînd o femeie foarte frumoasă; îndrăgostindu-se de propria sa creație, a rugat-o pe Afrodita să dea viață statuii) ● Fenomen afectiv ce poate apărea în relația stabilită între creator și creația sa, maestru și ucenic, educator și elev. Constă în investiția afectivă pe care maestrul, educatorul, creatorul o face în obiectul creației sale, investiție din care rezultă atitudinea de asistență și suport afectiv, mai mult sau mai puțin conștient. ADAIR, EPSTEIN și ROSENTHAL dau acest nume unui fenomen afectiv survenit în relația educator—elev. În experimentul lui ROSENTHAL, au fost selectați la întâmplare copii de șase ani cu performanțe foarte bune, bune și slabe, alcătuiindu-se o grupă de copii prezentați învățătoarei ca grupa cu cel mai ridicat nivel dintre copiii testați. După opt luni, toți copiii retestați au avut performanțe superioare cu patru puncte la IQ. Această surprinzătoare evoluție a fost atribuită investiției afective pe care învățătoarea a făcut-o în elevii săi. Investiția afectivă susține și favorizează subteran, la nivel inconștient, de ambele părți, procesul de devenire și expansiune intelectuală și afectivă.



Pygmalion și Galatea

1228. PYLLAPRON^(M) Japonia — 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.

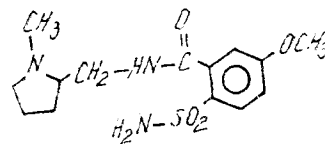
1229. PYRAMEN^(M) Bulgaria — DCI *Piracetam*
● Nootrop cu acțiune asupra telencefalului, derivat de GABA. Produsul ameliorează procesele biochimice cerebrale care stau la baza activității cognitive și mărește rezistența neuronilor cerebrali față de diferite agresiuni (toxice, traumatice). Nivelul acțiunii se pare că ar fi telencefalul, unde produsul crește viteza de formare a acidului adenozintrifosforic și stimulează procesele metabolice cerebrale. Pe plan funcțional facilitează transferul intra- și interemisferic și întărește controlul cortexului asupra structurilor subcorticale. Indicațiile medicamentului sînt reprezentate de afecțiunile psihice secundare unui proces organic: sindrom de involuție, tulburări circulatorii cerebrale, etilism cronic și diferite toxicomanii, sindrom posttraumatic, tulburări de comportament la copii, întârziere psihică. Medicamentul nu are acțiune stimulantă sau sedativă centrală, nu influențează sistemul nervos vegetativ, este lipsit de toxicitate și nu are contraindicații. Sînt posibile efecte secundare de tip: excitație sexuală, agresivitate (în special în demențe).

1230. PYRETHIA^(M) Japonia — DCI *Prometazine*
● 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).

1231. PYRIDROL^(M) URSS — DCI *Pipradrol*
● Psihostimulent de tip α , α -difenil-2-piperidinmetanol, indicat în astenie, scăderea forței intelectuale, preinvoluție, tulburări de dinamică sexuală, hipoprosexie, epuizare, scăderea randamentului, lipsa apetitului. Se poate administra în sarcină și la vîrstnici.

1232. PYRIKAPPL^(M) Japonia — DCI *Sulpirid*
● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-1 (1-etil-2-pirolidinil)metil-5-sulfamid-0-anisa-



midă, cu certe valențe antidepressive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile NL incisive (endogenii), fiind, în același timp, util în combaterea impulsivității obsesiv-compulsive și în afecțiuni psihosomatice. Efectele secundare sînt cele comune NL incisive, pentru dozele mari. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

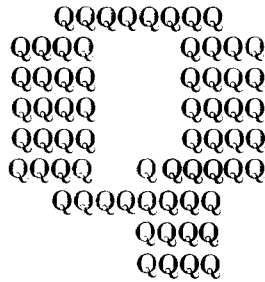
1233. PYSTON^(MC) FRG ● Produs farmaceutic care conține două medicamente tipizate:

- NOMIFENSINA^(M) — timoleptic;
- CLOBAZAM^(M) — tranchilizant.

Deși fiecare în parte are o acțiune diferită, în acest caz se completează. Acțiunea produsului este antidepressivă, anxiolitică și sedativă.

1234. PYTHIA ● Preoteasă a oracolului din Delphi. Așezată pe un trepid deasupra unei crăpături în pămînt, de unde ieșeau preînse exaltații profetice, PYTHIA își rostea oracolele numai o dată pe an, la începutul primăverii. În timp ce era condusă de către preoți spre trepedul ei, PYTHIA intra într-o transă frenetică, în cursul căreia începea să-și îndeplinească propriile funcțiuni: profeta strigăte, scotea urlete, pîrînd a fi posedată de zeu. După pronunțarea oracolului, cădea într-o stare de inconștiență, care dura uneori mai multe zile. Comportamentele descrise mai sus sugerează atît forme de delir, cît și de histeroepilepsie.

La origine, PYTHIA a fost una singură; ulterior, pe măsură ce oracolele au căpătat un credit mai mare, au apărut, prin elecție, mai multe preotese gata să răspundă întrebărilor cînd surveneau evenimente importante sau excepționale, calitatea implicată de acest nume fiind atribuită tuturor femeilor care practicau divinația.



1. **Q** — **factori** ● Factori definitori ai personalității în viziunea lui CATTELL. Acești ultimi patru factori, Q₁, Q₂, Q₃, Q₄, nu sînt originali așa cum sînt factorii A—O, ci derivați prin analiză factorială din primii. Ca și ceilalți factori ai analizei, și aceștia sînt bipolari, prezența lor scăzută sau ridicată în descrierea caracteristicilor personalității derulînd o anumită configurație.

Factor	Prezența scăzută	Prezența crescută
Q ₁	● conservator, respectă prejudecățile, tolerant la dificultățile tradiționale	● experimentativ, liberal, analitic
Q ₂	● dependent, oportun, bun discipol	● independent, preferă propriile decizii, inventativ
Q ₃	● detașat, urmează propriile impulsuri, delăsător, slabă conștiință de sine	● controlat, corect din punct de vedere social, autodisciplinat, conștiință de sine puternică
Q ₄	● relaxat, calm, tensiune ergică slabă	● agitat, frustrat, distrus, surescitat, tensiune ergică crescută

Q — **scor** ● Notările succesive din testul labirintului Porteus, care desemnează succesul calitativ la această probă. A fost introdus în anul 1945.

2. **Q.I.** (cf. engl. *Intelligence quotient*) ● Abreviere pentru noțiunea de coeficient de inteligență — **INTELIGENȚĂ** — coeficient.

3. **Q.s.** ● Abreviere pentru **QUANTUM SATIS**.

4. **Q.t.** ● Abreviere pentru **QUARTINA**.

5. **QID-BAMATE**^(M) SUA — DCI *Meprobamot* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1, 3-propandiol 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 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).

6. **QUADNITE**^(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).

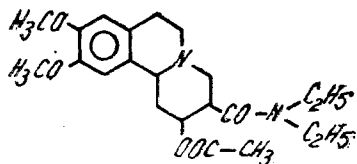
7. **QUAIT**^(M) Italia — DCI *Lorazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-5-(0-clorfenil)-1,3-dihidro-3-hidroxi-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune anxiolitică, sedativă și miorelaxantă. Nu se administrează în timpul sarcinii.

8. **QUANAME**^(M) Belgia, Elveția — DCI *Mepro-*^{s.n.}
bamat ● Tranchilizant, derivat propandiolic → **MEPROBAMAT**^(M) România.

9. **QUANIL**^(M) Italia — DCI *Mepro-*^{s.n.}
bamat → **QID-BAMATE**^(M) SUA.

10. **QUANTRIL**^(M) SUA — DCI *Benzquinamidă* ● Neuroleptic sedativ, derivat benzquinolizinic de tip N, N-dietil-1, 3, 4, 6, 7, 11b-hexahidro-2-hidroxi-9,10 - dimetoxi-2H-benzoalquinolizină-3-carboxamidă acetat (ester), cu acțiune pronunțată sedativ-hipnotică, ataractică, normalizatoare a

timiei și foarte moderat antipsihotică. Datorită efectelor secundare modeste și bune toleranțe este utilizat în special la copii și vârstnici.



11. **QUANTUM SATIS** (lat. „cantitatea necesară”) ● Termen utilizat curent în prescripțiile medicale (q.s.), în scopul indicării obligativității adăugării unui ingredient pînă la completarea cantității solicitate.

12. **QUARTIMAX** ● Criteriu matematic introdus de J. O. NEUHAUS și C. F. WRIGLEY (1954), în analiza factorială, permițînd definirea în manieră unică a poziției care trebuie atribuită factorilor (ca aceea care maximalizează varianta ansamblului saturațiilor la pătrat — H. PIÉRON).

13. **QUARTINA** (lat. „un sfert”) ● Termen puțin utilizat în prezent în prescripțiile medicale (q.t.), indicînd obligativitatea administrării a numai o pătrime din cantitatea totală.

14. **QUASIMODO — complex** (după numele eroului romanului „Notre Dame de Paris”, 1831, de Victor HUGO) ● Conflict emoțional major, cu repercursiuni evidente asupra dezvoltării personalității — dezadaptare, tulburări comportamentale — generat de urîțenia fizică. Poate surveni și la marii mutilați, la persoanele cu afecțiuni dermatologice grave, în special în zona feței.

15. **QUEN**^(M) Italia — 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).

16. **QUETELET** Lambert Adolph Jacques (1796—1874) ● Matematician, astronom, poet belgian. Face studiile în orașul natal Gheut unde, în 1815, este numit profesor de matematică la universitate. După susținerea tezei de doctorat (1819) se transferă la facultatea din Bruxelles ; aici, cîțiva ani mai tîrziu, va fonda observatorul astronomic din localitate, unde își va desfășura activitatea. Spirit foarte activ, QUETELET publică nu numai în

domeniul geometriei, fizicii și astronomiei, dar și în cel al criminalisticii, teatrului liric și literaturii. Preocupat de aplicarea probabilității și statisticii în psihologie, va căuta aplicarea și extinderea noțiunii de distribuție normală a erorii, arătînd că aceasta este o condiție adevărată, mai mult decît o simplă măsură a erorii. Introduce noțiunea de „om-mediu” și arată că media este valoarea ideală a naturii. Distribuția normală a erorii indică, după QUETELET, „cît de des greșește natura în căutarea idealului său”.

Francis GALTON va extinde studiile începute de matematicianul belgian asupra caracteristicilor mintale umane. Sesizînd complexitatea fenomenelor sociologice, QUETELET va arăta că în cercetarea sociologică trebuie folosite procedee similare celor din fizică, care iau în calcul, pentru a face o medie, un număr mare de cazuri.

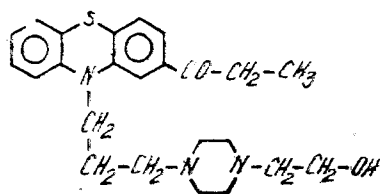
17. **QUETINIL**^(M) Italia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, anxio-litică, anticonvulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **DIAZEPAM**^(M).

18. **QUIACTIN**^(M) Franța — DCI *Oxanamidă* ● Tranchilizant de sinteză recentă, de tip 2,3-epoxi-2-etilhexanamidă, cu acțiune sedativ-anxiolitică. Are o bună toleranță.

19. **QUIADON**^(M) RFG — DCI *Oxazolam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 10-clor-2,3,7,11b-tetrahidro-2-metil-11b-feniloxazolil-3,2-dil-1,4-benzodiazepină -6-(5H)-onă. Indicațiile, acțiunea, efectele secundare sînt comune cu cele ale clasei.

20. **QUIDDITATE** (cf. lat. *quidditas*) ● Concept aristotelic, adîncit în gîndirea scolastică, desemnînd ansamblul condițiilor și factorilor care determină ființa în fapt a unui lucru — tot ceea ce face ca o entitate să fie cum și ceea ce este.

21. **QUIDE**^(M) Canada — DCI *Piperacetazină* ● Neuroleptic preponderent sedativ, derivat fenotiazinic de tip 10-13-14-(2-hidroxietyl)-1-piperidinol-propil-fenotiazin-2-il metil cetonă, cu acțiune sedativ-anxiolitică și cu o bună toleranță ; are



performanțe și efecte secundare comparabile cu cele ale produsului românesc TIORIDAZIN^(M).

22. QUIESCIN^(M) SUA — 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.

23. QUIETAL^(M) Canada — DCI *Meprobat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MEPROMAT^(M) România.

24. QUIETIDON^(M) Italia — DCI *Meprobat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic — sin. QUIETAL^(M) Canada $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MEPROMAT^(M) România.

25. QUIÉTIM^(M) Franța — DCI *Oxitriptan* ● Antidepresiv timoleptic, sintetizat recent, cu o structură chimică particulară de tip (-)5-hidroxi-L-riptofan; are o bună toleranță, dar efectele antidepresive sînt moderate.

26. QUIETISM (cf. lat. *quietus* „liniștit”) ● Doctrină mistică, răspîdită mai ales în secolul al XVII-lea, potrivit căreia perfecțiunea creștinească se poate atinge prin iubirea nețărmuită de Dumnezeu în adîncul inimii, însoțită de cea mai deplină detașare față de lumea exterioară, prin totală indiferență și pasivitate. Valoarea supremă rezidă în trăinicia și profunzimea sentimentului religios, dezinteresat de orice acțiune morală eficientă.

27. QUIEVITA^(M) Italia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ DIAZEPAM^(M) România.

28. QUILIBREX^(M) Italia — DCI *Clorprotixenă* ● Neuroleptic, derivat tioxantenic de tip 2-clor-N,N-dimetiltioxantena- Δ^9 - γ -propilamină, cu acțiune polivalentă: incisivă, sedativă, antihistaminică, antiemetică, colinolică și valențe antidepresive. Efectele secundare sînt mai modeste decît cele ale celorlalte tioxantene.

29. QUILL^(M) Italia — 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).

30. QUILONORM^(M) Austria, Elveția, RFG, SUA — DCI *Litium acetat* ● Timozoleptic, sare de litiu, cu performanțe comparabile cu cele ale

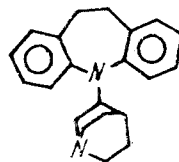
CARBONATULUI DE LITIU^(M) România \rightarrow LITIUM — săruri.

31. QUILONUM^(M) RFG ● Timozoleptic, sare de litiu $\xrightarrow{\text{sin.}}$ QUILONORM^(M) Austria.

32. QUINCEY Thomas (1785—1859) ● Scriitor englez. Fiu al unei familii înstărite, a rămas orfan la vîrsta de opt ani. A urmat studiile gimnaziale și liceale la o serie de instituții școlare celebre (Winkfield Academy, Eton, College-Oxford, Worcester etc.) și a făcut studii de drept la Londra (1812—1815). Fire inconștantă și contradictorie, a avut o traectorie existențială deosebit de sinuoasă, reflectată și în bogata sa operă, cuprinzînd articole de enciclopedie, critică literară, teorii economice, comentarii politice, amintiri, eseuri, proză descriptivă, istorie. Pentru psihiatrie, lucrarea sa „Confesiunile unui opioman englez” (1821) reprezintă o referință de valoare, punînd în evidență nu numai modul în care această toxicomanie se instalează, ci și o serie de trăiri psihopatologice, în special delirul oniric și unele distorsiuni afective. Cu un talent deosebit, autorul își descrie experiența de toxicoman (care a durat zece ani), avertizînd în mod categoric asupra enormului pericol al acestei boli. Ca și în cazul altor scrieri de acest fel, mesajul autentic al lucrării nu a fost corect perceput în epoca respectivă.

33. QUINQUAUD^s semn ● Desemnează tremurătura fină a degetelor și a mîinii; este prezent, de obicei, în alcoolismul cronic. Poate fi mai bine pus în evidență (FEIGHIN, SÎRBU) în situația în care subiectului i se cere să-și așeze mîinile pe partea dorsală a mîinii examinatorului.

34. QUINUPRAMINA^(DCI) ● Derivat dibenzazepinic, de tip 10,11-dihidro-5-(3-quinuclidinil)-5H-dibenz[*b,f*]azepină, cu acțiune antidepresivă medie, cu o toleranță foarte bună și cu efect sedativ



ușor. Este indicat în depresii reactive și în cele de intensitate nevrotică (rata de succes peste 85%), avînd rezultate mai modeste în cele endogene (rata de succes sub 60%). Are o afinitate redusă pentru alfa-adrenoreceptorii postsinaptici, fapt care diminuează riscul apariției hipotensiunii orto-

Constituie principiul activ al următorilor produși farmaceutici:

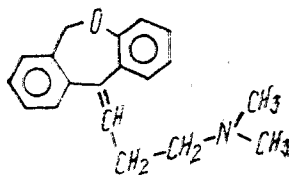
ADEPRIM^(M) Belgia KINUPRIL^(M) Franța
KEVOPRIL^(M) Belgia

35. QUIPAX^(M) Venezuela — DCI *Prazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1-(ciclopropilmetil)-1,3-dihidro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-anxiolitică. Este indicat în anxietatea de intensitate nevrotică, labilitatea emoțională, depresiile de intensitate nevrotică, dificultățile de adormire, afecțiuni psihosomatice.

36. QUIRIDIL^(M) Italia — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzamidic de tip N-1-(1-etil-2-pirolidinil) metil/-5-sulfamoil-o - anisamidă, cu certe valențe antidepressive, fără componentă sedativ-hipnotică. Având indicațiile neurolepticelor incisive (endogenii), este în același timp util în combaterea impulsurilor obsesiv-compulsive și în afecțiuni psihosomatice. Pentru dozele mari, efectele secundare sînt comune cu cele ale neurolepticelor incisive. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

37. QUITAXON^(M) Belgia, Danemarca, Franța, Grecia, Olanda, Portugalia — DCI *Doxepin* ● An-

tidepressiv timoleptic, derivat dibenzoxepinic de tip N,N-dimetildibenzb,efoxepin - $\Delta^{11(6H),\gamma}$ -propilamină, cu acțiune antidepressiv-anxiolitică



moderată, ceea ce face ca unii autori să-l considere mai mult un bun tranchilizant cu valențe antidepressive, decît un antidepressiv. Este indicat în depresii de intensitate nevrotică, stări depresive din alcoolism, postpartum, afecțiuni psihosomatice, tratamentul de întreținere al depresiilor endogene. Avînd o bună toleranță, toxicitate și efecte secundare reduse, se bucură de o largă utilizare. Industria noastră farmaceutică îi produce sub numele de DOXEPIN^(M).

38. QUOTIDIE (lat. „zilnic”) ● Termen rar utilizat în prescripțiile medicale, pentru a indica obligativitatea administrării zilnice a unui medicament.

RRRRRRRRRRRR
 RRRR RRRR
 RRRR RRRR
 RRRR RRRR
 RRRRRRRRRRRR
 RRRR RR
 RRRR RR
 RRRR RR
 RRRR RR

1. R ● Simbol pentru roentgen — unitate a „dozei de expunere”. Este doza de energie de aproximativ 84 ergi absorbiți de 1 g de aer. Radiația gama emisă de un gram de radium realizează, la o distanță de 1 m, aproximativ 1 R/oră.

● r(93) — Roentgen-ul biologic; este definit ca absorbția a 93 ergi pe gram de țesut moale. Doza inofensivă poate fi între 0,06—0,1 R/zi.

Pentru om, doza inofensivă este de 0,3 R/săptămână, între 24—45 de ani, și de 0,6 R/săptămână, peste 45 de ani, atunci când expunerea este prelungită. La copil și adolescent, se admite ca inofensivă o doză de 1,5 R/an. Sînt considerate periculoase, pe timp scurt, dozele de 50 R (această doză ar dubla numărul normal al mutațiilor în celulele germinale). Doza letală 50 (provoacă decese la 50% din populația expusă) este de 400 R.

● r — coeficient de corelație intraclase. Fie: τ — intervalul tip calculat pe ansamblul valorilor; τ_m — intervalul tip al mediilor din familia de fenomene; k — numărul de indivizi din familia de fenomene.

$$r = \frac{k\tau_m^2 - \tau^2}{\tau^2(k - 1)}$$

● $r_{1,2}$ — coeficient de corelație între variabile; dacă există două variabile x_1 și x_2 , atunci:

$$r_{1,2} = \frac{\sum x_1 x_2}{\sqrt{\sum x_1^2} \cdot \sqrt{\sum x_2^2}}$$

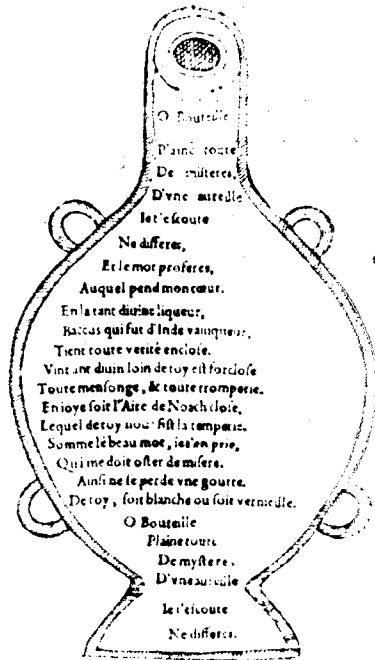
● $r_{\infty\infty}$ — corelația între două teste presupuse ca fiind perfect fidele. Dacă r_{11} și r_{21} ar fi coeficienții de fidelitate a două teste r_1 și r_2 , atunci:

$$r_{\infty\infty} = \frac{r_{1,2}}{\sqrt{r_{11}} \cdot \sqrt{r_{21}}}$$

2. RAAB^(S) sindrom ● Sindrom caracterizat printr-o complexitate deosebită a manifestărilor clinice: cbezitate hipofizară, hemeralopie, reti-

nită pigmentară și tulburări psihice de tip afectiv (manie, depresie), de intensitate psihotică.

3. RABELAIS François (1494?—1553) ● Medic și scriitor renascentist. Intră, inițial, în ordinul călugărilor franciscani, ca apoi să treacă, din 1524, în ordinul benedictin. Studiază medicina la Mont-



La Dive Bouteille

pellier pînă în 1530, apoi la Lyon. Face numeroase călătorii împreună cu cardinalul Jean du BELLAY și practică medicina la Hôtel Notre Dame de Pitié du Pont du Rhône, primind diploma abia în 1542, la Meudon. A fost unul din medicii celebri

al vremii sale și s-a ilustrat în traducerea unor lucrări dintre care și „Aforismele” hipocratice. Opera sa capitală rămîne însă scrierea romanească, RABELAIS devenind celebru prin romanele: „Pantagruel” (1533), „Gargantua” (1534), „Le Tiers livre” (1546), „Le Quart livre” (1552), care au constituit unul din marile manifeste umaniste ale Renașterii.

Deși nu a fost filozof, RABELAIS poate fi considerat precursorul raționalismului. În vasta sa lucrare transpune atitudinea nouă pe care medicul Renașterii o are față de boala psihică, ironia cu care sînt considerate practicile „exorcizatorii”. Marele umanist RABELAIS afirmă principiul atît de actual și astăzi: „Știința fără conștiință nu este decît ruina sufletului” („Lettre de Gargantua à Pantagruel”).

4. **RABIE^(B)** (cf. lat. *rabies* „turbare”) — sin. **TURBARE** ● Encefalomielită virală, al cărei agent patogen este un rbdovirus, transmis prin saliva introdusă prin mușcătura animală. Rezervoriul de viruși este în special vulpea, care-l transmite mai ales cîinilor, mai puțin pisicilor și bovinelor. Incubația este lungă — de la o lună la cîteva luni. Această perioadă lungă de incubație permite eventuala vaccinare.

Rabia — eradicată aproape în majoritatea țărilor civilizate — este o afecțiune gravă, cu evoluție, de obicei, letală, care cunoaște două forme clinice de manifestare:

● *Rabia paralică*, al cărei debut se caracterizează prin dureri intense ale membrilor superioare și lombelor, urmate de instalarea unei paralizii progresive și ascendente a membrilor inferioare — sindrom Landry —, cu extindere, în final, pînă la nivelul bulbului cu prinderea centrilor cardiorespiratori.

● *Rabia spastică*, al cărei tablou psihopatologic este dramatic, implicînd: agitație psihomotorie extremă, mișcări anormale, strigăte, urlete, halucinații terifiante, tentative de a mușca, hiperestezie senzorială și cutanată, convulsii, hipersialivorie.

Simptomul clasic, important pentru diagnosticul pozitiv și diferențial, este hidrofobia: deși resimte o sete intensă, subiectul nu poate bea apă, din cauza contracturii spastice a faringelui. Starea generală se alterează rapid, apărînd hipertermie, tahicardie, oscilații tensionale, tulburări respiratorii (contractura muscularității de la nivelul laringelui, al bronhiilor etc.). În ambele forme clinice, sfîrșitul letal survine în cîteva zile.

Diagnosticul diferențial al rabiei spastice cu delirul acut și sindromul maniacal se face prin două elemente:

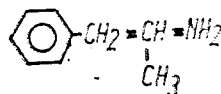
- existența în ultimele luni a mușcăturii unui animal (de obicei, cîini) posibil infestat;
- existența hidrofobiei.

Anatomopatologic, se constată leziuni nespecifice de encefalomielită, existența corpusculilor Negri, corpusculi virali acidofili, în celulele piramidale și ganglionare și în cornul lui Ammon.

Tratamentul curativ constă în reanimare, cu susținerea funcțiilor vitale și administrarea imunoglobulinelor. Ei nu poate asigura însă decît o supraviețuire de cîteva luni. Singura armă terapeutică eficientă este tratamentul profilactic: aprecierea riscului prin autopsierea (dacă este posibil) animalului de care e mușcat subiectul și vaccinarea antirabică în centre specializate, eficientă datorită perioadei lungi de incubație a virusului.

5. **RABIOFOBIE^(F)** (cf. lat. *rabies*; gr. *phobos* „frică”) ● Frică de turbare, irațională și nejustificată. În genere, apariția ei este rară în practica curentă.

6. **RACEPHEN^(M)** SUA — DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip (±)-α-metilfenetilamină, cu acțiune adrenomi-



metică, prin intermediul eliberării catecolamineilor (noradrenalină și dopamină). Are un efect preponderent stimulator asupra sistemului nervos central și valențe anorexigene (mecanism hipotalamic). Indicația majoră o constituie narcolepsia; poate fi utilizat însă și în psihoze toxice, parkinsonism postencefalitic. Există un risc marcat pentru farmacodependență. Utilizarea fără o strictă supraveghere medicală este deosebit de periculoasă.

7. **RACHIS** (cf. gr. *rachis* „coloană vertebrală”) ● Coloana vertebrală — canalul rahidian — care adăpostește măduva spinării.

8. **RACKIN^(T)** — scală ● Scală imaginată de RACKIN, în 1968, pentru evaluarea clinică a intensității și tabloului simptomatologic al depresiei. Simptomele depresive sînt grupate în:

- modificări comportamentale induse de depresie;
- simptome secundare îmbolnăvirii.

Este folosită atît în diagnosticul diferențial al depresiei, cît și în aprecierea dinamicii acesteia. De asemenea, poate fi folosită în studiile privind terapia depresiei.

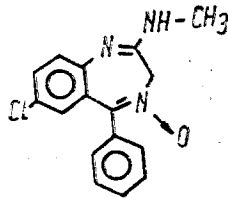
9. **RADEDORM^(M)** RDG — DCI *Nitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 1,3-dihidro-7-nitro-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepină, cu acțiune sedativ-hipnotică, realizînd un somn

aproape fiziologic. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NITRAZEPAM^(M).

10. **RADEMAKER-GARCIN** — probă ● Probă utilizată în evidențierea tulburărilor de echilibru (probă de adaptare statică), necesară în diagnosticul diferențial.

11. **RADERMECKER** — complex — sin. COMPLEX PERIODIC REFETAT ● Aspect grafoelectric encefalografic, foarte rar întâlnit, dar patognomonic pentru leucoencefalita sclerozantă subacută von BOGAERT, epilepsia malignă a sugarului, panencefalita sclerozantă subacută. Complexul constă dintr-un grupaj de vîrfuri, urmat de unde lente hipervoltate, cu durată de 0,5–3 secunde, prezente bilateral, sincron și simetric. Apariția lui este periodică, ritmică (8–16 complexe/minut, cu distanțe inegale între ele).

12. **RADEPUR^(M)** RDG — 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).

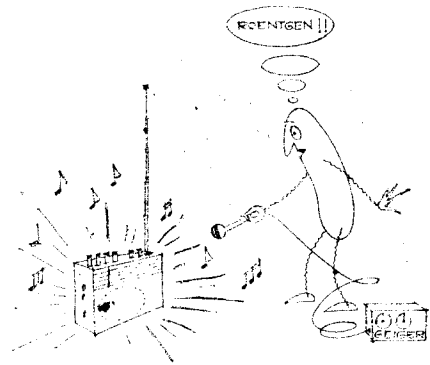
13. **RADICULITĂ^(S)** sindrom (cf. fr. *radiculite*) ● Sindrom senzitiv radicular, manifestat prin dureri și tulburări de sensibilitate în teritoriul tributar rădăcinii lezate. Durerea se accentuează la efort, tuse, mobilizarea coloanei.

Tulburările de sensibilitate obiective au un aspect particular în tabes, în care este afectată sensibilitatea profundă și tactilă epicritică, lăsînd intactă sensibilitatea termo-algică și tactilă protopatică (disociație de tip tabetic).

Rădăcina posterioară poate fi lezată în: lues, bruceioză, meningiomelradiculite, poliradiculonevrite, arahnoidite spinale, neurinoame, meningioame, malformații vertebrale, spondiloză, hernie de disc, tumori vertebrale, traumatisme.

14. **RADIOFOBIE^(P)** (cf. lat. *radius* „rază”; gr. *phobos* „frică”) ● Teama de a fi iradiat sau de radiații, în general. Manifestarea, destul de rar întâlnită la finele secolului al XIX-lea, invadează

psihopatologia în a doua jumătate a secolului al XX-lea, fiind prezentă în numeroase tablouri psihotice delirante.



15. **RADO Sandor** (1890–1972) ● Psihanalist american. Și-a făcut studiile superioare în țara natală, Ungaria. Împreună cu FERENCZI a organizat Societatea Psihanalitică Ungară, devenind apoi analistul lui Karl ABRAHAM și membru al Institutului Psihanalitic din Berlin. În 1931 a emigrat în SUA, iar în 1945 a devenit, în cadrul Universității din Columbia, directorul primului institut psihanalitic dintr-o universitate medicală.

RADO a dezvoltat o teorie unitară, sistematizată, în legătură cu comportamentul uman. Teoria sa despre psihodinamica adaptării concepe organismul ca sistem biologic sub controlul hedonic. Aparatul psihic al unei persoane sănătoase își exercită cu putere funcțiile de adaptare. Boala psihică sau tulburările de comportament sînt eșecuri ale capacității psihologice a organismului de exercitare a funcției sale adaptative. De asemenea, RADO a subliniat importanța prioritară a factorilor de învățare, disciplinari și culturali, față de factorii instinctuali; a avut în vedere și semnificația factorilor biologici, sugerînd o accentuată aberație genetic-biochimică în schizofrenie.

16. **RADOTAJ** (fr. *radotage* „repetiție obsesivă a unor afirmații”) ● Repetare a relatării unor evenimente, întâmplări sau povestiri de către subiect, în timpul unei discuții. Sînt mai frecvent repovestite întâmplări care au o semnificație afectivă pentru subiectul în cauză, dar nu rareori povestirile surprind prin banalitate. După P. MARCHAIS, ar fi simptomatic pentru sindroamele organice senile.

17. **RAFINAMENT** (cf. fr. *raffinement*) ● Termen desemnînd, pe de o parte, creșterea exigențelor senzoriale, estetice, intelectuale în produ-

cerea plăcerii, iar pe de alta, perfecționarea mijloacelor care satisfac aceste exigențe și procură în final plăcere (→ PLĂCERE, PERVERSIUNE, VICIU).

18. RAHI- (cf. gr. *rachis* „coloana vertebrală”)

● Element de compunere, care introduce referirea la coloana vertebrală.

19. RAHIALGIE (cf. *rahi-* ; gr. *algos* „durere”)

● Termen generic, utilizat pentru durerile (de orice origine) coloanei vertebrale.

20. RAHICENTEZĂ (cf. *rahi-* ; gr. *kentesis* „întepătură”) ● Puncție lombară.

21. RAHISCHISIS (cf. *rahi-* ; gr. *schisis* „separare”) → SPINA BIFIDA.

22. RAISA GOLANT^(S) sindrom—sin. PSIHOZĂ DIENCEFALICĂ PERIODICĂ → GOLANT^(S) sindrom.

23. RALEA Mihai (1896—1964) ● Academician, personalitate de frunte a științei și culturii românești. A adus contribuții importante în domeniul psihologiei, sociologiei, esteticii și filozofiei. După obținerea licenței în filozofie la Universitatea din Iași (1918), pleacă la Paris, unde își dă doctoratul în științe economice și politice, cu o teză despre PROUDHON (1922). Tot la Paris, obține titlul de doctor în litere (1923), cu lucrarea „Ideea de revoluție în doctrinele socialiste”. Întors în țară, este numit profesor la Universitatea din Iași, la Facultatea de Filozofie și Litere (1923), iar în 1926 este numit profesor de psihologie la aceeași universitate.



Mihai Ralea

Problema centrală a activității lui RALEA, ca psiholog, a constituit-o personalitatea, pe care a conceput-o ca o entitate complexă, având un determinism biologic, dar fiind puternic influențată de factori sociali. În studiile sale asupra personalității, RALEA s-a situat de la început pe o poziție materialistă, combătând atât exagerările biologizante, cât și pe acelea ale psihanalizei. Abordând problema inconștientului, RALEA arată că acesta îndeplinește rolul de a păstra experiența trecută a individului, actele sale psihice automatizate, degajând conștiința și oferindu-i astfel posibilitatea relaxării. Dintre lucrările mai importante, publicate în perioada ieșeană, menționăm : „Formarea ideii de personalitate” (1924) și „Problema inconștientului” (1925). Transferat la Universitatea din București, continuă activitatea de psiholog, la care se adaugă preocupările filozofice și estetice. În 1938, îi apare lucrarea „Psihologie și viață”, în care discută aplicațiile practice ale psihologiei în medicină, comerț, pedagogie etc. Alte lucrări importante, cum ar fi „Explicarea omului” (1946) și „Psihologismul sociologic în lumina dialecticii marxiste” (1963), sînt expresia interesului său pentru probleme filozofice.

24. RAMBOL^(MC) Grecia ● Produs terapeutic ce conține două medicamente tipizate, cu aceeași acțiune, care se completează :

● MEPROBAMAT^(M) — tranchilizant, derivat propandiolic ;

● CLORDIAZÉPOXID^(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Are acțiune anxiolitic-sedativă.

25. RAMOLISMNT CEREBRAL (cf. fr. *ramollissement* : vezi lat. *mollis* „moale”) — sin. CEREBROMALACIE ● Aspect anatomopatologic al unui tip de accident vascular cerebral, datorat unei ischemii severe, care se instalează brusc și persistă o perioadă îndelungată. Datorită bogăției în fosfolipide și lipsei țesutului fibroconjunctiv, se produce o lichefacție a țesutului nervos. Macroscopic, este vizibil un ramolismnt de culoare albă-roz-gălbui, de consistență redusă, la marginea focarului apărînd un material necrotic granular. Soma modificată prin lichefiere determină apariția unei cavități pline cu lichid clar. În jurul focarelor necrotice mai vechi, se formează treptat o zonă de scleroză glială.

Circumstanțele etiologice sînt reprezentate de tromboza arterială, embolie sau spasm arteriei cerebral care, de obicei, se suprapune procesului tromboembolic.

Simptomatologia clinică este determinată de zona afectată de ramolismnt, apărînd tulburări motorii, senzitive, senzoriale, psihice (îneezice, apatie etc.). O gravitate deosebită au leziunile produse în teritoriul trunchiurilor arteriale mari. Vindecarea se face întotdeauna cu rețele.

26. **RAMÓN Y CAJAL Santiago** (1852-1934) ● Neurohistolog spaniol. A studiat medicina la Madrid, absolvind facultatea în 1873; în 1877 a obținut titlul de doctor în medicină. În 1884 a fost numit profesor de anatomie la Valencia, iar din 1887 a predat histologia normală și patologică la Barcelona. Între 1892 și 1922 a fost șeful catedrei de histopatologie din Madrid. De asemenea, din 1900 a condus Institutul Național de igienă din Madrid. În 1906 a primit Premiul Nobel pentru cercetările sale privind anatomia și fiziologia sistemului nervos, în special transmisia neuronală de la nivelul sinaptic; a descoperit ramurile colaterale axonale. A întreprins studii fundamentale privind degenerarea și regenerarea fibrelor nervoase, a studiat neuroglia și, de asemenea, a fost preocupat de sistemul vizual al insectelor.

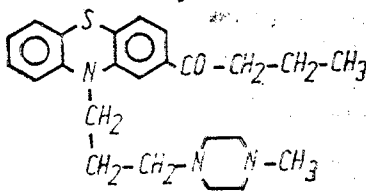
27. **RANĂ** ● Prejudiciu adus integrității corporale.

În psihanaliză, termenul se raportează la angoasă și/sau la complexul de castrare, în lumina căruia simptome ca fobia de sânge și de răni pot fi interpretate ca accidente din seria actelor ratate, avind semnificația inconștientă de castrare sau autocastrare simbolică.

28. **RANĂ NARCISISTĂ** ● Semnificație inconștientă a unei infirmități fizice, eșec profesional, social sau decepții sentimentale, care afectează negativ imaginea de sine.

29. **RANDAMENT** (cf. fr. *rendement*) → EFICIENȚĂ.

30. **RANOLECTIL^(M)** RFG — DCI *Butaperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinilalkilfenotiazinic de tip 1-10-13-(4-metil-1-piperazinil)propilfenotiazin-2-il-1-butanonă, cu acțiune



asemănătoare cu cea a TRIFLUOPERAZINEI, avind însă și valențe colinolitice, antihistaminice și antiemetice. Instalarea efectelor terapeutice se produce rapid, dar și efectele secundare de tip incisiv apar precoce.

31. **RANK Otto** (1834-1939) ● Psihanalist de origine austriacă. îi este prezentat lui FREUD de către ADLER, în 1906, și devine unul dintre dis-

cipolii săi. În 1912 se numără printre redactorii revistei „Imago”. După 1924, începe o dispută între maestru și elevul său, ce va determina ruptura definitivă în 1926, când RANK se stabilește în SUA. El consideră angoasa nevrotică ca avind rădăcini în „traumatismul nașterii”. Așa cum încearcă să-l definească Pierre FEDIDA, a fost cel care a formulat „o nouă interpretare” a complexului Oedip, conform căreia tatăl nu are influență castratoare, iar mama capătă semnificația reînțoarcerii la origine, rezolvind angoasa separării prin naștere. Spre deosebire de FREUD, a pledat pentru o cură analitică limitată, cu scopul de a trezi în pacient conștiința separării, actualizând angoasa nașterii.

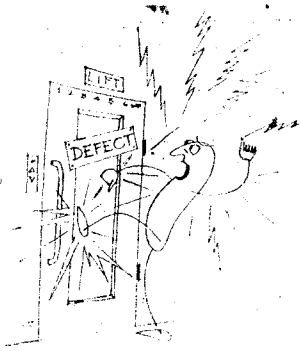
32. **RANKOTIP^(M)** RFG — DCI *Catină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-norpseudofedrină. Este indicat în astenie, preinvoluție, sevrăj, obezitate secundară curei neuroleptice. Nu se asociază cu IMAO.

33. **RAPHETAMINE^(M)** SUA — DCI *Amfetamină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip (±)-α-metilfenetilamină, cu acțiune adrenomimetă indirectă, prin intermediul eliberării de catecholamine (noradrenalină și dopamină), avind un efect preponderent stimulator asupra sistemului nervos central și valențe anorexigene (mecanism hipotalamic). Indicația majoră o constituie narcoplezia, dar poate fi utilizat și în psihoze toxice, parkinsonism postencefalic. Există un risc mărit pentru farmacodependență. Utilizarea sa fără o strictă supraveghere medicală este deosebit de periculoasă.

34. **RAPORAN^(M)** Australia — 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.

35. **RAPPAPORT^(T) test** ● Test folosit pentru evidențierea consumului de alcool etilic în cazul beției acute, în aerul expirat, cu ajutorul unui amestec de hipermanganat de potasiu, acid sulfuric și apă distilată. Barbotarea soluției cu aer expirat duce la decolorarea acesteia. Amestecul indicator poate fi preparat cu ușurință în orice laborator.

36. **RAPTUS** (cf. lat. *raptus* „răpire”) ● Tulburare a conduitei motorii, constind în manifestări paroxistice, cu debut exploziv. Apare consecutiv fie unei tensiuni afective extreme (depresie endogenă, reacție acută de șoc), fie unui automatism motor incoercibil (epilepsia), fie unei activități halucinatorii (schizofrenie catatonă, paranoică, alcoolism).



Are un puternic caracter impulsiv, de necesitate imperioasă a descărcării unei stări afective intense printr-un act care poate atrage după sine consecințe grave, cu implicații medico-legale frecvente (fugi, suicid, omor). De cele mai multe ori, bolnavul are amnezia lacunară a actelor săvârșite în timpul raptusului. Modificarea stării de conștiință, până la obnubilare, este posibilă, dar apare mult mai rar. Evocarea clară a actelor săvârșite ridică serioase întrebări asupra păstrării discernământului, în cazul unei expertize medico-legale.

Înruperea brutală a inhibiției psihomotorii din depresia melancolică (→ RAPTUS MELANCOLIC) se deosebește totuși de cea din schizofrenia catatonică (prin caracterul bizar și automatizat al acestui tip de raptus, la originea căruia se poate adăuga și o componentă halucinatorie). Deseori, fundalul acestei izbucniri impulsive constă dintr-o bruscă și intensă accentuare a anxietății (psihoze reactive), care se poate solda cu tentative suicidare și, mai rar, cu acte heteroagresive. Alcoolismul, ca și alte tipuri de toxicomanii (amfetamine, psihodislepice), realizează aceleași descărcări explozive, al căror mecanism poate fi, în egală măsură, de tip delirant-halucinator sau de tip psihopatooid (ca urmare a impregnării toxice cronice).

Trăsăturile de instabilitate și explozivitate ale unor personalități dizarmonice (inclusiv cele predominant isterice și paranoiace), ale debilor mintal se află la originea unor raptusuri de nivel mai redus, concretizate prin acte cu pericolozitate mai mică pentru subiect și anturajul său.

Raptusul epileptic rămâne, prin caracterul său net destructurant al conștiinței și potențialul destructiv extrem de grav, una dintre tulburările activității motorii cu substrat organic demonstrabil.

37. RAPTUS MELANCOLIC ● Formă de raptus ce apare drept consecință a descărcării paroxistice a tensiunii subiectului cu depresie endogenă (melancolia, în accepțiunea autorilor francezi), când,

datorită anxietății crescînde, devenite insuportabilă și exteriorizată prin neliniște, agitație extremă, sînt facilitate acte auto- și, mai rar, heteroagresive.

Inhibiția psihomotorie a bolnavului, în formele stuporoasă și anxioasă ale depresiei majore, reprezintă suprafața unei ape „liniștite, dar profunde”: dorința și căutarea morții sînt constante și pot lua, în lipsa unei supravegheri atente, forma unei impulsivități brutale și neașteptate, avînd drept scop autoliza prin orice mijloace (defenestrare, înec, strangulare, otrăvire, împușcare, secționare a arterelor etc.).

Alteori, bolnavul realizează numai „echivalențe” suicidare — fugă, gesturi de automutilare —, avînd încă aceeași semnificație a tristeții morbide, durerii morale și anesteziei afective, care îi domină starea psihică.

Trecerea la actul suicidar este posibilă în oricare dintre momentele evoluției bolii, deci și în timpul convalescenței (favorizată cîteodată de instalarea efectului dezinhibitor terapeutic al ortotimizanțelor).

Această „coadă a melancoliei”, pe care psihiatrul nu trebuie să o neglijeze, este uneori scena unei adevărate „regii”, pregătite cu grijă și pedanterie de pacient, în vederea trecerii la actul autolitic.

38. RAPUNTEL⁽⁸⁾ sindrom (RAPUNTEL — personaj al unuia dintre basmele fraților GRIMM: fetița cu codițe lungi) ● Sindrom descris de E. VAUGHAN, J. GAWYERS și H. SCOTT (1968), constînd în obstrucția intestinală, provocată de înghițirea sistematică a propriului păr, ceea ce duce la formarea de conglomerate — trichobezoare. Destul de frecvent, în astfel de cazuri, intervenția chirurgicală este singura soluție terapeutică. Se întîlnește în dizarmonii ale personalității de tip impulsiv, schizofrenie, epilepsie, întîrzieri mintale.

39. RAȚIONAL (cf. lat. *ratio* „calcul, judecată”) ● Ceea ce este conform rațiunii. Sub aspect ontologic, realitatea este rațională atunci cînd decurgerea fenomenelor se conformează unor legități necesare, care pot fi concepute potrivit normelor imanente rațiunii. Gnoseologic, este rațional acel cuprins al gîndului ce poate fi instituit pur deductiv, independent de experiență (și, în acest sens, stă în opoziție cu empiricul).

40. RAȚIONALISM (cf. fr. *rationnalisme*: vezi lat. *ratio*) ● În sens strict, teorie gnoseologică opusă empirismului, potrivit căreia rațiunea (facultatea de a gîndi prin concepte) constituie temelul și unica instanță normativă a cunoașterii autentice, aceea care se ridică deasupra impresiilor sensibile (accidentale și înșelătoare), pînă la cunoștința cu valoare de universalitate, necesitate și certitudine. Meritul raționalismului modern (DESCAR-

TES, SPINOZA, LEIBNIZ, KANT) este de a fi descoperit rolul activ, constructiv, al subiectului epistemic; cunoașterea nu este, demonstrează raționamentul, o înregistrare pasivă a datului empiric, ci o activitate sintetică, structurată, prin care se produc idei, asimilînd și organizînd datele experienței cu ajutorul unor forme și criterii inerente facultății de a gîndi, independente față de experiență, pe care o fac apriori posibilă ca formă de cunoaștere inteligentă. Atribuind structurilor cognitive ale subiectului un caracter atemporal, imuabil și aprioric, în cea mai deplină independență față de experiență, raționamentul mo-

cunoștințe despre fenomene și nu despre ipotetica sursă exterioară care ne afectează sensibilitatea — „lucru în sine”. În sens larg, raționamentul cuprinde toate concepțiile filozofice care postulează raționalitatea existenței și capacitatea gîndirii teoretice de a descoperi și explica riguros caracterul ordonat, logic al universului. În acest sens, întrucît mizează pe forța rațiunii ca instanță privilegiată de cunoaștere a esențelor, raționalismul se opune tuturor variantelor de iraționalism — care minimalizează, restrînge sau neagă radical autenticitatea cunoașterii discursive, exaltînd alte pretense modalități de acces imediat la substratul adînc al realului: sentimentul, voința, intuiția, instinctul, extazul mistic etc.

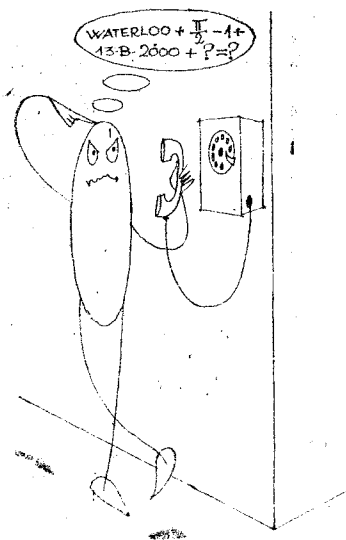


René Descartes

dern se confruntă cu o mare dificultate, fiind nevoit să accepte un mister (ceea ce, implicit, fixează o limită a rațiunii însăși): cum se explică acordul structurilor categoricale cu experiența, adecvarea lor față de procesele și fenomenele naturii? DESCARTES enunță teza ideilor innăscute — certitudini ale evidenței, implantate constitutiv intelectului omenesc de către ființa supremă, spre a face posibilă ascensiunea cunoașterii —, iar monadologia lui LEIBNIZ postulează armonia prestabilită de creatorul divin între structura realității și structura cunoașterii raționale. Sceptic față de întemeierea rațională a teologiei, KANT elimină rolul divinității în clarificarea problemelor epistemologice, încercînd nu să descifreze, ci să oculteze misterul; după el, formele apriori ale gîndirii, aplicate intuițiilor sensibile, ne dau

41. **RAȚIONALISM MORBID** (cf. lat. *ratio; morbidus* „bolnav”) ● Element esențial al structurii schizofrenice, în lucrările lui E. MINKOWSKI, care îl concepe ca pe o deformare particulară de ordin structural a gîndirii bolnavului, „dominată în întregime de antiteze”. Reflectarea are loc implicit și la nivelul activității, care este circumscrisă „geometric”, dar tot morbid; în situații reale, concrete, schizofrenul oferă soluții sterile, raționamente complicate și minuțioase, de excesivă rigoare.

Raționalismul morbid, idealismul rigid, profunzimea meditativă, tendința spre reverie și abstracțiuni, care duc la replierea în sine și interiorizarea excesivă a vieții spirituale a individului, caracterizează, după EY, gîndirea psihotipului schizoid, formă posibilă a personalității preschizofrenice. Diferențierea de autism, dificultă neori, constă în absența disocierii. Raționalismul



morbid, constind în ciudățeniile ale gândirii, exprimate prin gândire magică (fantezii bizare la copii), caracterizează și personalitatea schizotipală (SPITZER și colaboratorii), numai amploarea mai redusă și aspectul sărac al modificării conținutului ideativ deosebindu-l de tulburările schizofrenice de tip paranoid.

Lipsit de vitalitate și dinamism (scăderea elanului vital bergsonian), sistemul de gândire al bolnavului schizofren se pierde într-un joc neproductiv și gol, ce nu se bucură de suportul instinctului și sentimentelor, imprimând imobilitate mișcării naturale, menită concretului (SUTTER).

Tot ceea ce este mișcător, personal, dinamic, intuitiv, imediat, pe scurt, tot ceea ce este viabil, „trăit”, după cum spune E. MINKOWSKI, a dispărut în schizofrenie ; în aceste regiuni polare, glaciale, geometrismul și raționalismul morbid domnesc în voie.

42. RAȚIONALITATE (cf. fr. *rationalité*) ● În sens ontologic, înlocuire și devenire, logic ordonate, ale unei forme de existență, pe care gândirea le poate asimila prin concepte, caracter inteligibil al realului. În sens logico-epistemologic, coerența necontradictorie a unui discurs, corectitudine în demonstrație. Semantic, conținut cognitiv, inteligibilitate a unei semnificații. Antropologic, dimensiune definitorie a condiției umane, caracteristică esențială, specifică gândirii și acțiunii omenesti, în măsura în care acestea se întemeiază pe rigorile și principiile logice ale rațiunii.

43. RAȚIONALIZARE (cf. fr. *rationaliser* : vezi lat. *ratio*) ● Termen introdus în psihanaliză de E. JONES, în articolul „Raționalizarea în viața cotidiană” (1908), desemnând un procedeu conștient, utilizat în scopul camuflării satisfacțiilor instinctuale sau ale defenselor inconștiente, care stau la baza unor comportamente, atitudini, simptome. Constă în căutarea unor explicații logice, care să facă acceptabile moral și social anumite comportamente. Această explicație vizează cauza aparentă a comportamentului, dar la o analiză mai atentă, se poate constata că a fost găsită ulterior, că este adesea superficială sau, chiar dacă pare solidă, se poate ajunge la conflictul inconștient, la satisfacția inconștientă pe care o susține.

În cura psihanalitică, se manifestă ca rezistență. Se deosebește de mecanismele defensive prin aceea că este un procedeu conștient, cu rol de camuflare secundară a elementelor conflictului defensiv, care determină direct și inconștient comportamentul în cauză (⇒ INTELLECTUALIZARE, FORMAȚIE REACȚIONALĂ).

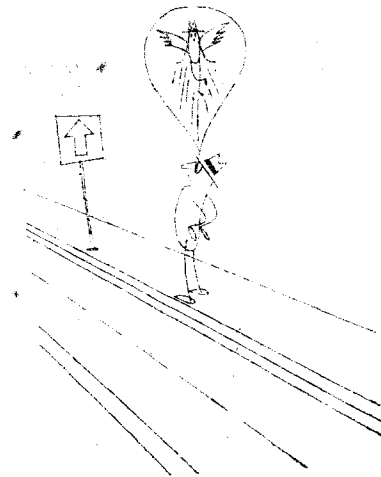
44. RAȚIONAMENT (cf. fr. *raisonnement* : vezi lat. *ratio*) ● Formă logică fundamentală și categorie a gândirii, constind dintr-o înlanțuire de judecăți

prin care se obțin cunoștințe noi din cunoștințe date. Reprezintă, din punct de vedere psihologic, forma acțională cea mai complexă a gândirii, care integrează în mod necesar toate operațiile acesteia (analiza, sinteza, comparația, abstractizarea, concretizarea, generalizarea, cele mai importante fiind însă abstractizarea și generalizarea), în vederea elaborării unor noi atitudini, conduite și comportamente, în confruntarea cu diferite situații problematice. Din punct de vedere logic, este o inferență mediată, presupunând o judecată inițială (premisă, argumentul), prin care se evaluează raporturile dintre noțiunile inițiale, o judecată intermediară, prin care se face operația logică de derivare (inferența), și judecata finală, care exprimă cunoștința nouă astfel obținută (judecată derivată: concluzia, consecința). Din multitudinea de raționamente descrise de logica clasică, pot fi reținute :

- raționamentul deductiv, în care operația logică pornește de la general (în premisă) și ajunge la ceea ce intră sub incidența acestui general (în concluzie) ;

- raționamentul inductiv, în care operația logică este mișcarea de la cazuri particulare la general sau esențial, de la fapte la concepte.

Psihologia experimentală, nosografia și nosologia operează cu astfel de raționamente, utilizând, ca toate științele, observația și experimentul în vederea stabilirii cauzelor, a rațiunii suficiente a fenomenului. Inferența utilizează, în acest tip de raționament, generalizarea, care folosește în inducția științifică metodele inductive de cercetare a cauzalității. Taxonomia și nosologia psihiatrică utilizează raționamente inductive și deductive, dar și raționamente ipotetice, bazate pe judecăți ipotetice.



În diferite afecțiuni psihice, are loc alterarea judecăților și raționamentelor. În sindromul paranoid, raționamentele sînt grav distorsionate prin falsificarea noțiunilor (datorită perturbării perceptiv-halucinatorii, care conduce la reprezentarea falsă a însușirilor obiectelor și fenomenelor lumii înconjurătoare), manifestate clinic prin ideea delirantă. În paranoia, raționamentele sînt false întrucît utilizează judecăți false. În general, în psihozele delirante, întregul produs al activității de gîndire (ideile) este distorsionat delirant, în conformitate cu diferitele teme delirante. Demențele și oligofreniile, prin profunzimea destrucției și nedezvoltării cognitive, au ca aspect specific imposibilitatea efectuării de raționamente. Nu trebuie să pară surprinzător că raționamentele pot fi perturbate și în nevroze sau dizarmonii de personalitate, nu însă prin modificarea operațiilor de gîndire, care sînt păstrate, ci prin inferențe modificate de imixtiunea, inoportună și nejustificată logic, a motivației, care poate oculta pasager acuratețea unui raționament ce o implică tematic. În aceste situații, motivul domină corectitudinea raționamentului („logica” devine „afectivă”). În cura psihanalitică, prin interpretare, se urmărește tocmai conștientizarea motivului în scopul subordonării sale raționamentului logic.

45. RAȚIONAMENT IPOTETICO-DISJUNCTIV

● Categorie specială de raționamente deductive, denumite și „lematice”; în ordinea logică, aceste raționamente debutează cu o premisă disjunctivă, continuă cu exact atîtea implicații (tot ca premise) cite variante (eventualități) conține disjuncția inițială și încheie cu o concluzie, care poate fi sau o propoziție simplă, în cazul raționamentelor lematice simple, sau o propoziție disjunctivă (compusă), în cazul raționamentelor lematice complexe (compuse).

46. RAȚIUNE (cf. lat. *ratio*) ● Facultate de înțelegere discursivă, ce operează cu noțiuni, judecăți și raționamente; gîndire în desfășurarea ei argumentativă. Prin exercițiul rațiunii, omul are acces dincolo de aparentele fenomenale, cunoscînd esențele și legile obiective ale realului, cauzele și determinațiile universale și necesare ale devenirii lucrurilor. KANT distinge rațiunea teoretică — facultate a gîndirii discursive, posibilă prin jocul speculativ al categoriilor apriori ale intelectului, fără aplicarea acestora asupra unui dat empiric — de rațiunea practică, autodeterminarea voinței călăuzite de criteriile raționale imanente, prin care decurge apriori legea morală. HEGEL redefineste în alți termeni distincția kantiană între intelect și rațiune, arătînd că intelectul este gîndirea ce operează cu categorii ale finitului, adecvate experienței empirice, în vreme ce rațiunea este facultatea speculativă, proprie gîndirii dialectice,

prin care se poate concepe infinitul; operînd cu categorii polare, intelectul se împotmolește în paradoxie, oscilînd derutat în fața unor alternative antinomice, pe cînd rațiunea dialectică sesizează afinitățile și trecerile determinațiilor contrarii dintr-una în cealaltă, explicînd astfel unitatea în diversitate și autodinamismul ființei.

Pot fi distinse mai multe tipuri de temeuri (rațiuni), care fundamentează, justifică o idee, o acțiune etc.:

● necesar, dar nu și suficient (a);

● necesar și suficient (b);

● suficient, dar nu și necesar (c).

Respectînd exigențele metodologice impuse de știința logicii, o idee este justificată dacă dispune de un temei de tipul (c); se admit și temeuri de tip (b), dar nu și de tip (a). De regulă, gîndirea care apelează la un temei de tip (a) este calificată drept „nerațională”, mai ales dacă nu sînt introduse restricțiile corespunzătoare. Rațiunea suficientă (legea rațiunii suficiente), formulată explicit de LEIBNIZ, apare ca principiu fundamental al gîndirii, în virtutea căruia „orice enunț are un temei”. Principiul rațiunii suficiente cere ca oricărei afirmații sau negații, pentru a fi acceptată, să i se arate temeiul.

Fiînd o categorie care desemnează (ca și intelectul) un mod determinat al gîndirii, rațiunea este obiectul de studiu al filozofilor (KANT o opune intelectului, HEGEL evidențiază unitatea cu acesta). Rațiunea, ca etapă ultimă a gîndirii, de raportare dialectică a raționamentelor (ideilor), este în mod firesc proprie unei gîndiri clinic sănătoase. De altfel, gnoseologia materialist-dialectică consideră rațiunea o facultate constructivă a gîndirii (intelectului). Dacă fundamentul psihologic (gîndirea) al rațiunii (idee delirantă, raționalismul morbid) sau treapta senzorială a cunoașterii (halucinație) sînt perturbate, ca în cazul stărilor psihotice, cunoașterea abstractă realizată de subiect este falsificată pînă la pierderea totală a contactului cognitiv cu realitatea.

47. RAULEN^(M) Canada — 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.

48. RAULIN Joseph (1708—1784) ● Psihiatru francez. A studiat medicina la Bordeaux și Paris și a publicat în 1758 „Traité des affections vaporeuses du sexe”, în care a afirmat că isteria se poate manifesta în mod egal la ambele sexe. Această observație, alături de cele ale lui LEPOIS, WILLIS, SYDENHAM, vor permite în secolul următor clarificarea ipotezei referitoare la isteria masculină



Joseph Raulin

49. **RAULOYDIN^(M)** SUA — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia ^{sin.} → **RAUNERVIL^(M)** România.

50. **RAUNERVIL^(M)** România — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ blind, cu efecte secundare hipotensive. Este indicat în psihoze senile, toxicomanii, delirium tremens, sindrom Korsakov, anxietate și tulburări de comportament ale copiilor. Contraindicațiile sînt reprezentate de depresii, epilepsie, boală ulceroasă.

51. **RAUNORMINE^(M)** SUA — DCI *Deserpidină* ● Neuroleptic sedativ, derivat din alcaloizi de Rauwolfia de tip 11-dimetoxi reserpină, cu acțiune anxiolitică mai bună și efect mai rapid, însă cu efecte secundare mai marcate.

52. **RAUPASIL^(M)** Polonia — DCI *Reserpină* — ^{sin.} **RAULEN^(M)** Canada ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia → **RAUNERVIL^(M)** România.

53. **RAUPYROL^(M)** Elveția — DCI *Rescinnamină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3,4,5-acid trimetoxinamic esterificat metil reserpat, cu acțiune sedativă. Nu se administrează în cazul existenței unei componente depresive; este un marcat hipotensor.

54. **RAURINE^(M)** SUA — DCI *Reserpină* ●
RAUSAN^(M) Spania Neuroleptice sedative, derivați alcaloizi de Rauwolfia
RAUSEDAN^(M) RFG
RAUSEDYL^(M) Ungaria
RAUSERPINE^(M) SUA — ^{sin.} **RAULEN^(M)** Canada → **RAUNERVIL^(M)** România.

55. **RAUSCHBURG^S** simptom ● Tulburare a limbajului scris și vorbit (descrisă în 1905); constă în aglutinarea, omiterea sau repetarea unor silabe sau părți de cuvinte. Se întâlnește în stări de epuizare sau în cadrul schizofreniei.

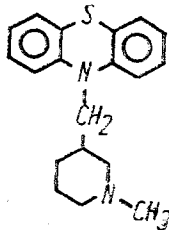
56. **RAUTABS^(M)** Mexic — DCI *Reserpină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia ^{sin.} → **RAUNERVIL^(M)** România.

57. **RAVEN^(T)** test ● Probă cunoscută sub denumirea de Matricele Progressive Raven, elaborată în 1938 de L. S. PENROSE și J. C. RAVEN, pentru evaluarea „abilității educative înnăscute”; larg utilizată în timpul celui de-al doilea război mondial în Anglia la examenul recruților; continuă să fie folosită cu succes și astăzi, în diversele variante și revizii, atât în orientarea școlară și profesională, cât și în clinică. Testul permite măsurarea factorului „g” sau de inteligență generală (saturație de 0,82) și a factorului de grup vizual perceptiv, asigurînd, independent de factorii culturali (instuctivi-educativi), depistarea deficiențelor mintal și a deteriorării intelectuale. Testul cunoaște o variantă standard, constînd în cinci serii (de la A la E) de cîte 12 matrice; acestea sînt serii de figuri geometrice de dificultate crescîndă, cărora le lipsește unul dintre elemente (elementele lipsă vor fi figura între alte 6—8 modele, prezentate în partea de jos a matricelor); o altă variantă este destinată copiilor de 5—11 ani (dar și adulților deficienți mintal sau deteriorați); este utilizată ca variantă și o suită de matrice pentru examinarea subiecților de peste 11 ani, bine dotați intelectual. Testul se poate aplica individual sau colectiv (începînd de la opt ani), cu rezolvare limitată în timp sau fără precizarea baremului temporal (maximum o oră).

Validitatea probei a fost realizată prin corelație cu scara Stanford-Binet (0,86) și cu scara Wechsler (aproximativ 0,75%). Are valoare psihodiagnostică și predictivă privind reușita într-o serie de profesii (arhitectură, transporturi feroviare și aeriene etc.).

58. **RAVENIL^(M)** Italia — DCI *Pecazină* ● Neuroleptic, derivat piperidilalkilfenotiazinic de tip

10-(1-metil-3-piperidil)metilfenotiazină, cu acțiune anxiolitic-sedativă asemănătoare cu cea a produsului românesc TIORIDAZIN^(M).



59. RAVOTRIL^(M) Chile — DCI Clonazepam ●

Tranchilizant, derivat benzodiazepinic → RAVATRIL^(M) Suedia.

60. RAY^(T) test ● Probă de tip perceptiv-motor elaborată de A. RAY în 1942, larg utilizată în clinica psihiatrică sub denumirea de „testul figurilor complexe Ray”. Constă într-o serie de figuri geometrice din ce în ce mai complexe, care sînt prezentate subiectului într-o anumită succesiune, acesta trebuind să le reproducă grafic din memorie. Testul investighează atât inteligența generală, cât și aptitudinile sociale, de tip perceptiv, mnezic și optico-motor (praxia digitală).

Pune în evidență tulburări congenitale sau dobîndite, din sfera proceselor perceptiv-mnezice, caracteristici ale inteligenței, calitatea structurării perceptive a spațiului și prezintă valoare psihodiagnostică în afazii, apraxii, agnozii.

61. RAYMOND Fulgence (1844—1910) ● Neurolog francez. A studiat la Paris cu VULPIAN și CHARCOT, al cărui elev preferat a fost, urmîndu-l la conducerea catedrei în 1894. Este autor al unui vast tratat de neurologie în șase volume: „Clinique des maladies du système nerveux”; a fost unul dintre primii medici (alături de ERB și FOURNIER) care a susținut originea luetică a paraliziei generale. A publicat în 1907 o lucrare de psihiatrie: „Névroses et psychoses” ... de pe pozițiile neurologiei.

62. RAYSEDAN^(M) Argentina — DCI Clordiazepoxid ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metil-amino-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 îl produce sub numele de NAPOTON^(M).

63. RAZAN Gregory (1901—1973) ● Psiholog american de origine rusă. S-a născut la Slutsk, în Rusia, și a emigrat în 1920 în Statele Unite. A

absolvit în 1927 Colegiul Columbia, unde și-a susținut doctoratul în psihologie sub conducerea lui R. S. WOODWORTH; a fost conferențiar la această universitate pînă în 1938. În 1940 s-a mutat la Queens College, unde între 1945—1966 a funcționat ca șef al departamentului de psihologie. A adus contribuții importante la întemeierea departamentului de psihologie al Universității din Jerusalem (1952).

Păstrînd o legătură permanentă cu psihologia rusă, a facilitat pătrunderea ideilor acestei școli în Statele Unite; în 1961 a fost ales președinte al Conferinței Internaționale pavloviene asupra activității nervoase superioare. A ocupat și funcția de președinte al secțiunii de psihologie generală a Asociației americane de psihologie.

A publicat peste 50 de lucrări asupra condiționării clasice. În lucrarea „Mind in Evolution: An east-west Synthesis” (1971) a integrat conceptele condiționării clasice, cu cele ale condiționării instrumentale, în teoria învățării și teoria dezvoltării stadiale.

64. RAZDOLSDIN^(S) sindrom ● Tulburări ale schemei corporale, care apar cu caracter paroxistic în timpul crizelor de tip Bravais-Jackson, constînd în senzația că extremitățile s-ar fi scurtat sau că fragmente de extremități ar executa mișcări rotatorii, „de înșurubare”. A fost descris în 1935 de RAZDOLSDIN, care l-a considerat un semn de localizare superficială a unor tumori cerebrale la polul anterior al lobului frontal. Este însoțit și de alte tulburări ale sensibilității mio-artro-kinetice.

65. RĂDULESCU-MOTRU Constantin (1868—1957) ● Psiholog și filozof român, președinte al Academiei (1938—1941). După ce, în 1889, își ia licența la Facultatea de Filozofie din București, unde a avut ca profesori personalități ca Titu MAIORESCU și DUMITRESCU-IAȘI, își continuă studiile la Paris și Leipzig. La Paris, audiază cursurile de psihologie ținute de RIBOT la Collège de France, vizitează laboratorul din Beaunis, precum și clinica lui CHARCOT. În 1890, pleacă în Germania, mai întîi la München, apoi la Leipzig, unde activează în laboratorul lui WUNDT, care-l va fi și profesor. Aici, în 1893, își susține examenul de doctorat, apreciat elogios de WUNDT, cu o teză despre teoriile lui KANT.

Întors în țară, este angajat la Universitatea din București, unde ține un curs de psihologie experimentală. În 1898, publică prima sa lucrare importantă, „Problemele psihologiei”, în care își dezvoltă concepția despre psihologie, îi descrie principiile teoretice și metodele, fiind preocupat de conturarea ei ca știință independentă. În 1906, înființează laboratorul de psihologie experimentală al Universității din București. Datorită unor



C. Rădulescu Motru

condiții vitrege (lipsă de aparatură și spațiu), o perioadă însemnată de timp acesta a funcționat doar în scop didactic. Deși interesat de problemele teoretice ale psihologiei, RĂDULESCU-MOTRU

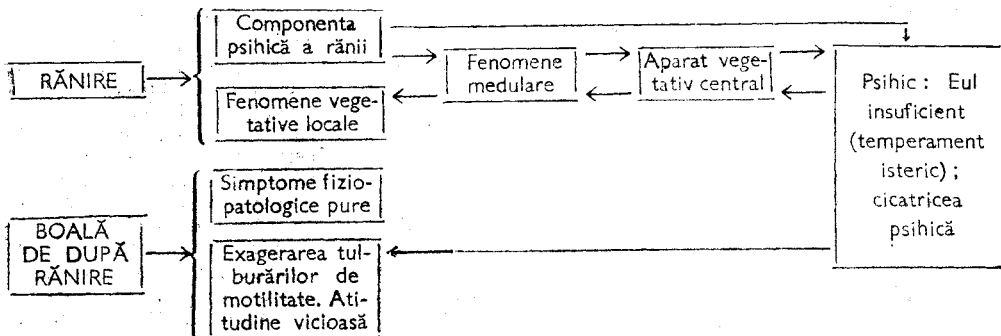
(1927), lucrare cu o evidentă tentă idealistă, corectată în bună măsură prin lucrări ulterioare, cum ar fi "Materialismul și personalismul în filozofie" (1947), prin care încearcă o integrare în materialismul dialectic.

66. **RĂNIRE (boală după)** ● Aspect psihopatologic descris de D. GRIGORESCU și T. IACOB (1943), la subiecți cu trăsături de personalitate de tip isteric, care au suferit o rănire accidentală (în război, accident de muncă etc.; este extrem de rar în rănirea prin autoaccidentare). După cei doi autori, acest fenomen morbid este o rezultată a interacțiunii complexe dintre statutul psihic al subiectului și constituția sa fizică: „impresionat de aspectul membrului rănit, la care se adaugă durerea chinuitoare, bolnavul nu va mai mișca membrul rănit (imobilizare psihică), în consecință, tulburările circulatorii și vegetative constituționale și cele determinate de rănire se vor accentua”.

Autorii citați explică mecanismul etiopatogenic al acestei boli (schema de mai jos).

Ca modalități terapeutice sînt recomandate: mobilizarea precoce, psihoterapia armată, sugestia, reducerea spitalizării îndelungate, toate avînd drept corolar „extirparea cicatricei psihice”.

67. **RĂSPUNS „ALĂTURI”^(s) sindrom** → ^{sin.} GANSER^(s) sindrom.



este atras, în egală măsură, de posibilitatea aplicațiilor ei practice. Pe această linie de preocupări, activează ca director al Institutului Psihotehnic din București (1937) și fondează „Jurnalul de Psihotehnică” (1937) și „Analele de psihologie” (1934), unde publică diferite lucrări cu caracter aplicativ. RĂDULESCU-MOTRU este cunoscut nu numai ca psiholog, ci și ca filozof. Concepțiile sale filozofice sînt expuse în „Personalismul energetic”

68. **RĂSPUNSURI ABSURDE** ● Modalitate prin care bolnavul răspunde la întrebările puse de examinator într-o formă lipsită total de logică sau complet diferită de limbajul obișnuit, frapînd și surprinzînd în același timp. Nu trebuie confundate cu răspunsurile „alături”, care sînt nu atît absurde, cît greșite, demonstrînd înțelegerea perfectă a întrebărilor. Întrebat, pacientul formulează

o frază care denotă lipsa globală de înțelegere a conținutului întrebării sau cuprinde elementele constitutive ale întrebării, fără însă ca acestea să aibă vreun sens în răspuns.

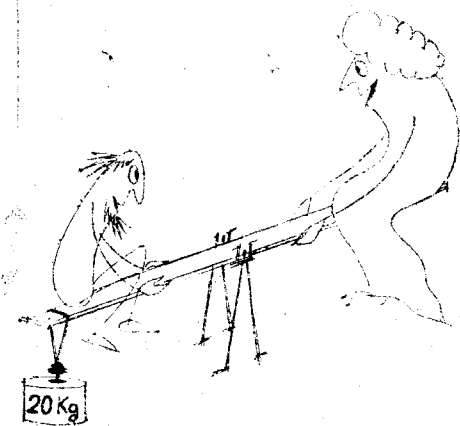
Răspunsurile absurde sînt însoțite de gesturi corespunzătoare, traducînd evident tulburările care au loc la nivelul gîndirii prin sărăcire și stereotipizare (în cazul dementului), prin modificarea stării de conștiință (în cazul sindromului confuzional), prin disociație (în cazul procesului schizofren). Uneori apar și la nevroticul obsesional, asediat de obsesiile și ritualurile sale.

Legătura dintre evidentă tulburare a gîndirii și absurditatea răspunsurilor a stat și la baza alcătuirii și utilizării unor teste psihologice care investighează potențialul capacității de judecată a subiectului (teste psihometrice).

Dacă în cazul entităților nosologice enumerate anterior răspunsul absurd este, de obicei, lesne de evaluat și de integrat în ansamblul modificărilor funcțiilor cognitive, mult mai multe probleme ridică clinicianului psihiatru eventualitatea prezentei unor pseudodemente isterice (→ PSEUDODEMENTĂ), cazuri extrem de dificil de delimitat de comportamentul simulativ, de negativismul schizofrenic, de starea crepusculară isterică sau chiar de manifestările unei nevroze isterice.

69. RĂSTURNARE ÎN CONTRARIU → MECANISME DE APĂRARE.

70. RĂSTURNARE A VALORILOR ● Expresia se referă la o modalitate de operare mentală constînd în inversarea unei judecăți de valoare în raport cu un anumit obiect, lucru, fenomen. Revine la schimbarea perspectivei de apreciere a sistemului de referință în funcție de care este evaluat obiectul



respectiv. Mecanismul acționează în special în domeniul moral axiologic și vizează mai ales acele judecăți de valoare care, prin rigiditatea lor,

trimit la prejudecată (astfel, de pildă, un anumit personaj considerat în permanență pozitiv prin calitățile sale morale, întrucît el reprezintă nu atît o persoană reală, cît un prototip sau un principiu, devine personaj negativ în măsura în care este privit dintr-o perspectivă profundă, diferită și opusă perspectivei date de aparență). Această modalitate reprezintă oarecum un mecanism opus idealizării, efectul fiind aducerea în planul realității, în sensul că „pozitivul” și „negativul”, ca dimensiuni ale ființei umane, coexistă în același individ. Astfel, „a fi bun” și „a fi rău” devin două modalități de alegere care funcționează, fiecare în parte, prin anumite resorturi motivaționale; aceste resorturi, luate ca atare, nu sînt nici bune, nici rele, ci reprezintă forțele care pun în mișcare alegerea.

71. RĂSUNET ● Dimensiune fundamentală a caracterului, după LE SENNE, alături de emoționalitate, afectivitate. Răsunetul este ecoul pe care îl are, în conștiința individului, reprezentarea unor lucruri, fenomene sau evenimente. LE SENNE (1952) arată că există un prim răsunet, constituit din efectele produse de reprezentare în intervalul de timp cînd aceasta se află în cîmpul conștiinței, și un răsunet secund, constituit din efectele produse de o reprezentare care nu se mai află în cîmpul conștiinței. Se disting astfel două funcții importante ale reprezentării perceptive: o funcție primară sau primaritatea și o funcție secundară sau secundaritatea.

Primaritatea se referă la prezent, la efectul imediat pe care îl are asupra comportamentului conținutul perceptiv al unei reprezentări, aflat în acel moment în atenția individului. Atunci cînd reprezentarea iese din cîmpul conștiinței, trecînd în subconștient, ea continuă să acționeze, uneori vreme îndelungată, determinînd efecte care influențează comportamentul individului. Acest al doilea aspect definește secundaritatea. Primaritatea și secundaritatea sînt doi poli opuși ai răsunetului și duc la formarea a două tipuri caracteriale: tipul primar și tipul secundar.

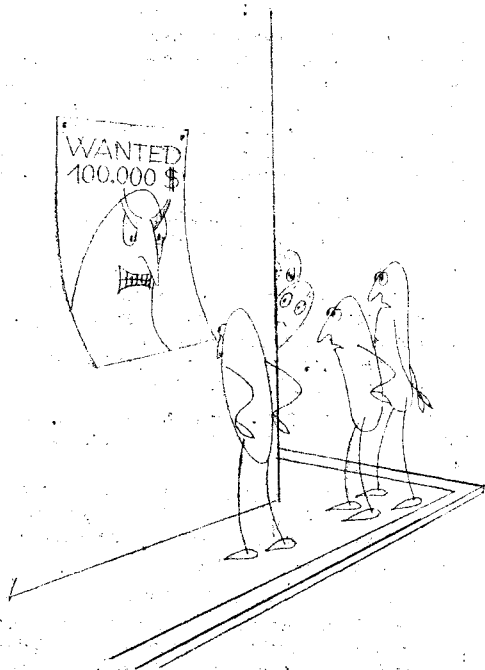
Primarul este omul prezentului, activ, impulsiv și instabil. Este animat de dorința de schimbare, ceea ce îl face inconsistent în prietenii. Datorită sugestibilității sale, este ușor de convins, trece rapid la acțiune, avînd în vedere rezultatele imediate. Emoțiile sale se consumă rapid, intens și complet. De multe ori, are un comportament contradictoriu, fără ca acest lucru să-l preocupe. Evenimentelor cotidiene le dă o interpretare proprie, dar nu-și menține multă vreme părerile.

Secundarul este caracterizat prin trei aspecte esențiale (LE SENNE, 1952):

- persistența impresiilor;
- sistematizarea vieții mintale;
- puterea inhibiției.

El este constant în comportament, hotărât, încăpăținat, legat de amintirile sale. Este mai puțin sociabil, acționează conform unor principii și caută să fie cât mai obiectiv în relații. Emoțiile sale, odată declanșate, pot să persiste vreme îndelungată.

72. RĂU (cf. lat. *reus* „acuzat, vinovat”) ● Categorie centrală în etică, opusă binelui, semnificând tot ceea ce, în condiția omenească, în faptă, gândire și simțire, însoțește și amenință valoarea morală, îndepărtând omul de esența lui și făcându-l să acționeze împotriva menirii sale — conștientizată în idealul moral al binelui. Categoria răului se particularizează în felurite vicii, păcate și culpe morale: nedreptatea, necinstea, dezonoarea, cruzimea, lașitatea, avariția etc. Determinat istoric, răul — ca și opusul lui, binele — are un caracter relativ, contextual, stînd față de bine într-un raport dialectic de opoziție, dar și de unitate indi-



sociabilă: adeseori răul, condiție genetică a omului, se deghizează seducător sub masca „binelui” individual, egoist, imediat și centrat pe pornirile spontane ale individului, în vreme ce „răul”, înfierat cu aversiune de conștiința conservatoare, ca factor de disoluție a unor orînduiri de mult statornicite, se dovedește a fi, în cele din urmă,

o contestație radicală, din care se nasc valorile morale superioare ale unei lumi situate într-un orizont etic mai înalt. Dincolo de această relativitate istorică, răul este un corelat necesar al binelui, ambele categorii avînd sens numai raportate la finitudinea dinamică a condiției umane, capabilă totuși de autodepășire în decursul procesului istoric; născocirea speculativă a perfecțiunii se plasează dincolo de bine și de rău, întrucît o ființă constitutiv ferită de posibilitatea de a greși, de experiența eșecului moral și de comiterea răului este implicat privat și de conștiința și de meritul binelui.

● Ontologizînd substanța etică a răului, prin ipostazierea acestuia într-un principiu constitutiv și într-o forță activă a ființei, metafizica idealistă și unele „teologii raționale” îi atribuie un rol esențial în devenirea lumii, cîrmuită de creatorul divin, către un final eschatologic.

Asociat, de regulă, cu materia corupătoare și coruptibilă, ca principiu al fenomenalității în care sufletul nemuritor se pierde, înrobît de ispitele aparentei înșelătoare și de poftele insatiabile ale corporalității, răul are menirea de a pune la încercare tăria și curătenia sufletească a fiecărui individ, pentru a-i depăși pe aleșii mîntuirii finale de cei sortiți să nu pășească niciodată în liniștea contemplativă a eternității. Acest mod de a concepe devenirea universului ca înfruntare dintre bine și rău este o „presimțire” filozofică a dialecticității, semnificînd simbolic opoziția fecundă și multilaterală, eternă și creatoare, dintre pozitiv și negativ, dintre afirmație și negație.

● În accepție comună, răul denotă cel mai adesea o stare de disconfort fizic și/sau psihic, manifestă ca suferință pricinuită de tulburarea proceselor psihosomatice în decurgerea lor firească, ori ca sfîșiere lăuntrică a dezacordului cu sine, în situații conflictuale de angajare a Eului în direcții antinomice.

73. RĂU EPILEPTIC → STARE DE RĂU EPILEPTIC.

74. RĂU (DE) MARE⁽⁸⁾ sindrom ● Se manifestă clinic prin triada: hipotonie cu vertij, anxietate, tulburări vegetative (paloare, transpirație, vărsături). Se consideră că este urmare a reacției simpaticului bulbar la excitarea brutală a otolitelor.

75. RĂU (DE) MUNTE⁽⁸⁾ sindrom ● Se manifestă clinic prin: tulburări de vedere și auz, depresie și confuzie, încordare motorie și hiperkinezie (pînă la convulsii). Este urmare a hipoxiei realizate prin scăderea presiunii parțiale a oxigenului.

76. RĂZBOI — implicații psihiatrice ● Ipostază deosebit de tragică a ființei și comunității umane, războiul generează efecte care intră, prin multiple

aspecte, sub incidența psihiatricii. Trebuie diferențiate tulburările care apar la indivizii din mediul militar de efectul asupra populației civile, deoarece se poate stabili un anumit grad de specificitate. Tulburările psihice survenite la subiecții din mediul militar sînt, cel puțin parțial, efectul condițiilor perturbatoare excepționale pe care le reprezintă războiul pe plan individual și colectiv, material, intelectual și moral, avînd repercusiuni și după încetarea conflictelor.

Aspectele psihopatologice pot fi grupate în :

- psihogenetice (dificultățile de adaptare a combatanților, trecerea de la condiția civilă la cea militară, responsabilitățile uneori tragice, emoțiile luptei și, mai ales, frica, perpetua amenințare a morții, dezmembrarea familială, incertitudinea viitorului la nivelul populației civile);
- organogenetice (traumatismele, mai ales craniocerebrale, epuizarea fizică, carențele alimentare, bolile epidemice, tulburările provocate de substanțele toxice de război și de radiații);
- sociogenetice (situațiile afective familiale, sociale, generate de doliu, despărțiri, carențe economice durabile sau chiar definitive).

Nevrozele și celelalte psihogenii nu prezintă o creștere sensibilă în timpul conflictului, deoarece fiecare trăiește „cu nervii încordați”, iar majoritatea indivizilor își mobilizează forțele de rezistență pentru a supraviețui. Situația se schimbă însă după încetarea ostilităților, cînd, în contact cu dificultățile reale întîlnite în căutarea unui nou echilibru intelectual, moral, economic, social, apare descurajarea.

Deși nu se poate vorbi despre o specificitate a patologiei de război, totuși următoarele aspecte pot fi luate în discuție, chiar dacă un simptom nu creează o patologie, ci doar o conturează :

- anxietatea este simptomul principal, „liberă sau camuflată”, survenind în crize sau chiar în raptusuri (de altfel, începuturile descrierii acesteia se leagă de celebra „înimă de soldat”);
- confuzia mintală de război (CAPGRAS, 1917) poate îmbrăca aspecte diverse, de la onirism pînă la delir acut;
- forme particulare: „hipnoza de luptă” (G. MILLAN, 1914) — transpoziție imaginară a unor posibile pericole, pe care subiectul nu le-a trăit —, reacții paranoide (PALMER) sau „schizofrenia de trei zile” (BRUCELAN și ROME, 1944) etc.

Întrucît situațiile psihogene, în condițiile războiului modern, rămîn, în fond, aceleași, modificîndu-li-se doar forma, manifestările descrise vor suferi și ele aceleași modificări, de formă, dar nu de fond :

- formele isterice, mai frecvente în timpul primului război mondial, au suferit o trans-

poziție în planul psihosomatic; ele iau aspectul unor reacții „primitive” (KRETSCHEMER), histero-anxioase, sau sînt „un refugiu ținut în boală” în raport cu misiunea de luptă (paralizii ale membrilor inferioare la cei trimiși în misiuni de recunoaștere, cecitate psihică la aviatori — J. LYLE etc.);

- formele depresive legate de dispariția inerentă a unor tovarăși de luptă, sentiment de culpabilizare;

- tulburări psihosomatice, care pot îmbrăca cele mai diverse aspecte, dar se centrează asupra aparatului digestiv și cardiorespirator.

Apariția unui alcoolism compensator este frecventă în oricare dintre aceste ipostaze clinice.

În conformitate cu diferite studii, frecvența apariției unei simptomatologii psihiatrice este variabilă în raport cu „specialitatea” combatanților. Astfel, infanteria este mult mai afectată de acest tip de tulburări decît marina (P. JUILLET, P. MOUTIN, A. SAVELLI), faptul explicîndu-se prin selecția mai severă din marină și prin rolul protector al grupului care este echipajul (coeziunea grupului relativ izolat). La echipajele submarinelor (la care, în condițiile actualei tehnici de luptă, în mod curent, autonomia de scufundare a ajuns la peste 60 de zile), se pun probleme deosebite nu numai în condiții de război, ci și de pace, asemănătoare cu cele ale participanților la zboruri spațiale sau ale celor care efectuează misiuni de luptă în condiții de mare izolare (WEY BREW, NODDIN, 1979).

În sfîrșit, în aviație, arma de elită a războiului contemporan, apariția unei patologii psihiatrice este direct proporțională cu numărul de misiuni de luptă îndeplinite, reacțiile fobice și depresia întîrziată fiind specifice.

În prizonierat, posibil eveniment în viața militarului angajat în luptă, apare o simptomatologie specifică :

- „psihozele nostalgice” — nu acoperă un concept nosologic, ci implică doar faptul că ele sînt dominate de anxietatea de separație;
- „mania de reîntoarcere”;
- „stări astenice de captivitate”.

MINKOWSKI descrie la deportații în lagăre, printre care se numărau și prizonierii de război, așa-numita „anestezie afectivă”, teren favorabil dezvoltării unei patologii ulterioare.

Trebuie menționat aspectul de patologie de grup, „panica colectivă”, simptomatologie „la fel de veche ca războiul” (J. HAMON, 1955), care apare mai frecvent la trupele demoralizate sau intrate în focul luptei fără un antrenament suficient, mai ales în timpul retragerii sau al capitulării. Deși este un fenomen aparent spontan

Tabel nr. CXXI

După E. ETTEGUI și M. BRIDGES (1985)

Sindroame specifice patologiei de război descrise de-a lungul istoriei

Sindrom Da Costa (1971)	Șocul de obuz	Oboseala de luptă	Sindromul supraviețuitorilor	Nevroza traumatică	Tulburări de stres post-traumatic
● palpații	● paralizii	● anxietate generalizată	● insomnii	● anxietate intensă	● coșmaruri
● dureri precordiale	● stupoare catatonică	● depresie	● anxietate cronică	● vise repetitive cu conținut militar	● visuri repetitive
● tahicardie	● confuzie	● apatie	● coșmaruri	● depresie	● hipermnezia episoadelor traumatiche
● respirație accelerată	● tremurături	● halucinații	● oboseală	● idei de vinovăție	● depresie
● tremurături	● atacuri de anxietate	● conversie	● apatie	● comportament agresiv-exploziv	● izolare
● oboseală	● reacții fobice	● agitație	● iritabilitate	● dependență socială	● răceală afectivă
● iritabilitate	● sindroame hipocondriace	● derealizare	● disfuncții psihosomatice	● tulburări de somn	● irascibilitate
● fobii	● iritabilitate	● manifestări psihosomatice	● labilitate neurovegetativă	● indecizii	● insomnie
● coșmaruri	● neliniște		● disforie		● dismnezii
● cefalee	● insomnii		● anhedonie		● hipoprosexii
● simptome digestive	● coșmaruri		● idei de vinovăție		● ruminații de vinovăție
● nervozitate	● vise cu caracter repetitiv				● comportament evitant
	● fugi				● răspunsuri fobice
	● depresie				● atacuri de panică
	● mutism				
	● „orbire”				
	● conversie				

și imprevizibil, se desfășoară într-o secvențialitate mereu aceeași :

- fază de șoc ;
- fază de reacție ;
- faze de interacțiune.

La populația civilă, apar nevroze cu o frecvență relativ moderată, ca urmare a perioadelor de pericol (bombardamente, exoduri, invazii) sau a tensiunilor emoționale puternice. De cele mai multe ori, este vorba numai de stări anxioase, putând ajunge pînă la pantofobie și la delir acut, mai des apărînd simptome psihosomatice (tahicardie, dispnee, tulburări digestive, oboseală exagerată). La copii se semnalează depresie, anxietate, amnezii, precum și o creștere considerabilă a delincvenței infantile (consecință a instabilității familiale, sociale și economice).

Fenomen complex, atît ca intensitate, cît și ca durată, războiul își întinde tentaculele multă vreme după încheierea ostilităților, manifestările psihice amplificîndu-se, mai ales pe terenul predispus al personalităților dizarmonice, cu accentuarea hiperemotivității, a depresiei, anxietății sau chiar a episoadelor delirante cu evoluție favorabilă.

Studiind rolul predispoziției, SARGANT, SLATER ș.a. au arătat că nevrozele ating mai ales subiecții predispuși printr-o dizarmonie anterioară a personalității, constituțională sau dobîndită, iar prognosticul este cu atît mai puțin favorabil, cu cît această dizarmonie are o formă mai complexă (antisocialii, paranoiici, perversii), în timp ce fenomenele psihopatologice apărute pe un fond de simplă hiperemotivitate se vindecă totdeauna cu ușurință.

Frecvența într-o populație normală a tulburărilor este, după o serie de autori, de 10—15 ori mai redusă față de populația subiecților cu risc.

Datele prezentate se referă la „războiul clasic”, la tipurile de operații militare cunoscute și analizate în special cu prilejul celor două conflagrații mondiale și cu prilejul unor conflicte regionale mai ample, apărute ulterior (războiul din Coreea, războiul din Vietnam, războiul israeliano-arab, „războiul Malvinelor”).

Cu tot dramatismul lor, aceste date sînt doar o imagine palidă sau chiar nesemnificativă a ceea ce ar putea însemna un război nuclear, în fapt un „holocaust atomic”, sau chiar „non-nuclear”, dar dus cu mijloace moderne de distrugere în masă, între care armele chimice și bacteriologice ar avea, desigur, o pondere importantă.

Deși nu fac obiectul psihiatriei în sine, „scenariile” unui astfel de război sînt cele ale înimaginabilului, ale unui posibil uriaș pas înapoi al omenirii. Nu este lipsit de semnificație faptul că amenințarea atomică pătrunde în conștiința colectivă, că teama de moarte apare la copii de 10—13 ani

în proporție de peste 1/5 din cazuri, așa cum au arătat studiile recente din Statele Unite sau Japonia (1986).

Tratamentul tulburărilor psihice generate de război este cel specific fiecărei afecțiuni în parte, dar nu poate exista decît o unanimă opțiune profilactică a psihiatrilor, ținînd de resorturile cele mai profunde ale acestei specialități medicale: eradicarea definitivă a potențialității războiului. Din păcate, decizia măsurilor ce trebuie instituite nu aparține, în acest caz, medicilor → ARMATĂ, CATASTROFĂ, ÎNCARCERARE.

77. REACTANȚĂ ● Termen preluat de psihologie din fizică, unde desemnează rezistența la trecerea curentului, pentru a descrie comportamentul indivizilor asupra cărora se exercită influențe menite să le limiteze libertatea de acțiune sau decizie. J. W. BREHM (1966) consideră că motivația unică a acestor comportamente de opoziție este restabilirea situației anterioare limitării libertății. Într-un studiu amplu asupra reactanței, din 1981, același autor subliniază rolul acesteia într-o sferă largă de probleme psihologice. Fiecare individ are un număr finit de libertăți specifice ale comportamentului, adică de manifestări libere în diferite împrejurări. Noțiunea de libertate specifică este distinctă de ideile de libertate, ca stare generală.

Reactanța este în raport direct cu importanța libertății specifice amenințate sau suprimate, cu numărul libertăților amenințate, cu motivația pe care subiectul o are pentru restaurarea comportamentului anterior.

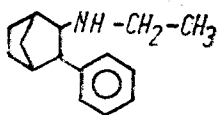
Acțiunile de restabilire a libertăților specifice sînt îngrădite atît de magnitudinea acțiunilor de impunere a limitării libertăților comportamentale, cît și de prețul prea mare pe care o acțiune de opoziție l-ar implica.

Motivația pentru acceptarea supunerii la un comportament impus și forțele care se opun acesteia, pentru restabilirea situației anterioare, generează vectorul reactanței, amploarea acesteia.

MANN și BREHM (1975) au publicat un interesant studiu privitor la subiecții care credeau că părerea lor personală asupra unei sarcini a grupului este foarte importantă și care au fost constrînși să-și schimbe această opinie. Reacția subiecților a fost foarte puternică, declanșînd o tendință manifestă de a apăra poziții inverse celor apărute de grup, cu efecte funcționale nefaste atît pentru individ, cît și pentru grupul respectiv. Acest exemplu este considerat de autorii studiului ca semnificativ pentru încercările prea brutale de a influența comportamentul individului în cadrul grupului, de a-i stabili un statut și un rol, în contradicție cu capacitățile sale firești, cu trăsăturile de personalitate sau cu imaginea de sine pe care el o dezvoltă în timpul activității.

1. Ostilitatea poate însoți reacția subiectului față de situația sau persoana care îi amenință libertățile (S. WARCHEL, 1974). Au fost organizate experimente care au demonstrat apariția unor sentimente de acest tip în numeroase situații de alegere în care se introduceau restricții, evidențiindu-se tendința spontană de a depăși asemenea limitări, chiar dacă prin aceasta subiectul nu obține obiectul pe care l-ar fi ales în absența restricțiilor. Teoria dinamică a reactanței oferă un vast orizont de explorare a comportamentelor umane.

78. **REACTIVAN**^(M) Anglia, Austria, Belgia, Elveția, Finlanda, Italia, Olanda — DCI *Fencamfanină* • Psihostimulent, derivat feniletilaminat



de tip 3-fenil-N-etil-2-norbornanamină; fiind o amină simpaticomimetică, este indicat în scăderea randamentului util și a eianului vital la vîrstnici și în convalescență, în epuizarea fizică și psihică. Poate provoca fenomene de dependență și sevraj → PSIHOSTIMULENTE.

79. **REACTIVITATE** (cf. fr. *réactivité*) • Capacitatea organismului de a răspunde în sens adaptativ unor stimuli din mediul intern sau extern. Această capacitate de răspuns se manifestă de regulă în sens defensiv în raport cu elemente perturbatoare care tind să deregleze homeostazia. Reactivitatea este determinată de interacțiunea dintre factorii genetici și factorii mezologici, fiind de fapt expresia funcțională a terenului sau predispoziției unui individ. După M. SARAGEA, ea „face referire la caractere singulare sau la un grup de caractere, numai atunci cînd ele sînt specificate — de exemplu, predispoziție la schizofrenie”.

Dotarea genetică a indivizilor este deosebit de eterogenă; datorită diversității genocamelor, nu există identități constituționale, aspect legat și de modalitățile diferite de transmitere a caracterelor. Factorii mezologici sînt de asemenea deosebit de eterogeni, ceea ce determină o evoluție ontogenetică variabilă și dinamică. În consecință, participarea factorilor de mediu la modelarea constituției este și ea diferențiată. Pornind de la aceste aspecte, se constată că încercările de a împărți oamenii în tipuri constituționale nu realizează, indiferent de criteriile utilizate, o corelație complexă reală între teren și reactivitatea concretă a unui anume organism. Se impune deci ca însuși să fie considerat o „individualitate constituțională a cărei reactivitate are caracterele generale ale speciei, dar, în același timp, este grevată

de particularități rezultate din eterogenitatea constituțională, precum și a factorilor de mediu sub influența cărora s-a format”. Astfel, BLEULER, referindu-se la încercările de stabilire a etiopatogeniei schizofreniei, afirma că: „nu pot spune mai bine cine face mai mult schizofrenia: mediul sau predispoziția”.

80. **REACȚIE — REACTIV — REACȚIONAL** (cf. fr. *réaction*: vezi lat. *actio* „acțiune”) • Modalitate generală prin care un organism răspunde la un stimul, putînd avea caracter reflex — în cazul eliminării unui agent nociv și al unei adaptări spontane — sau unul voluntar — în cazul unui răspuns convențional și al unei adaptări conștiente. Reprezintă un mod specific al relațiilor organismului cu mediul, avînd la bază un răspuns sistemic față de care conceptele de reflex singular sau de lanț de reflexe, de stereotip dinamic, nu mai sînt suficient de concludente (P. POPESCU-NEVEANU). Psihologia behavioristă și reflexologia consideră că toate conduitele umane sînt reacții.

În psihiatrie, termenul de reacție are o istorie complicată și un statut insuficient argumentat. Dacă psihiatria germană (care l-a și introdus în literatură) continuă să-l păstreze, iar cea franceză să-l admită sub forma psihozei reactive, psihiatrii anglo-americani nici nu-l mai menționează, aspectele patologice astfel denumite în alte țări fiind considerate în cadrul tulburărilor de tip nevrotic sau de tip psihosomatic (DSM III). Se pare că termenul a intrat în psihiatria franceză prin fizica newtoniană (secolul al XVII-lea), pătrunzînd, pe această cale, în circuitul general al limbii franceze (J. SUTTER). În Germania, reacțiile psihice au constituit preocuparea unor autori ca SOMMER (secolul al XIX-lea), K. JASPERS, K. SCHNEIDER, E. KRETSCHMER (secolul al XX-lea), care au căutat să le delimiteze un cadru și să le ofere o explicație etiopatogenică.

Reacția exogenă acută descrisă de K. BONHOEFFER este concepută ca un răspuns nelimitat și complex al organismului față de noxe, la care psihicul, ca parte componentă a acestuia, răspunde însă printr-un număr limitat de sindroame psihopatologice. Descrierile autorului german (1908, 1909, 1912) corespund însă în bună parte cu ceea ce francezii înțelegeau prin confuzie mentală.

Descriînd „reacții primitive” și „reacții complexe” ale personalității, KRETSCHMER a subliniat importanța trăsăturilor premorbide ale personalității, dar contribuția sa are astăzi numai o valoare istorică.

În psihiatrie, termenul „reacție” se referă la intervenția brutală în viața unui subiect a unui eveniment care îi perturbă în mod grav echilibrul afectiv (J. SUTTER). Caracterul de reacție nu este prezent în întreaga patologie psihiatrică, așa cum au considerat MAYER-GROSS și alții;

se poate însă afirma că orice tulburare psihică poate avea aparent un caracter reacțional, dar nu orice tulburare psihică poate fi o reacție.

Sintetizând concepțiile actuale, considerăm că tulburările reactive reunesc generic acele modificări ale psihismului care sînt determinate sau precipitate de un eveniment recent, precis (identificabil), cu semnificație psihotraumatizantă și comprehensibilă: decesul unei persoane dragi, situații aparent mai puțin dramatice (decepții sentimentale, schimbări în viața profesională sau de familie, despărțiri), catastrofe (cutremur, naufragiu). Este surprinzător uneori cum evenimente cu conținut psihotraumatizant mai puțin dramatic pot căpăta, în cazul anumitor indivizi, dimensiuni catastrofice, care induc declanșarea unor episoade reactive de intensitate nevrotică sau psihotică. În această ultimă variantă, sonoritățile pot oscila între gama maniacală, depresivă sau schizofreniformă, dar legătura cu factorul declanșator este evidentă și remisia se face rapid. Acest aspect i-a făcut pe mulți autori să pună semnul egal între reactiv și non-psihotic, între reactiv și non-nevrotic, aserțiune care nu este deloc suficientă, faptele demonstrînd că și un bolnav psihic poate face reacții (între puseele bolii sale și în faza de remisiune a unora dintre ele).

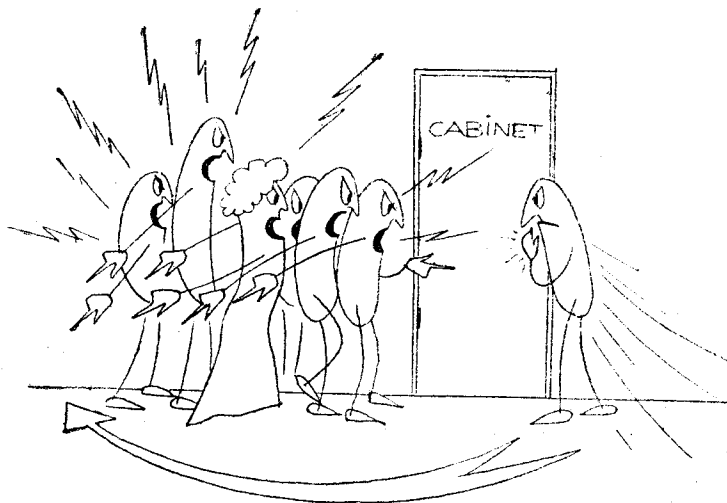
exprimarea se poate face practic la nivelul oricărui organ.

Tot reactive sînt considerate și stările apărute în urma dificultăților în raporturile cu anturajul, în care coexistă perturbări emoționale, anxietate, stări depresive ușoare.

La copii, personalitatea în transformare face dificilă recunoașterea reacțiilor.

Clinicianul psihiatru este obligat să asculte cu atenție și să discearnă dacă relațiile și trăirile pacientului din fața sa reprezintă sau nu o patologie reactivă. Atitudinea sa va fi discriminativă prin excelență, evitînd atît să eticheteze cu prea mare larghețe drept patologice reacții psihologice normale, dar de intensitate mai crescută sau nuanțate conform unor tipuri particulare de personalitate, cît și să treacă indiferent pe lîngă manifestări psihice care pot fi uneori disimulate sau nerecunoscute ca atare.

81. REACȚIE ADVERSĂ — sin. EFECT ADVERS ● În cazul medicamentelor, reprezintă acel răspuns nepăcut și/sau dăunător, apărut în mod neașteptat și nedorit atît de medic, cît și de pacient. Pe plan mondial, se apreciază o creștere conside-



Acest punct de vedere a fost susținut și de H. EY (cu ocazia Congresului de Psihiatrie și Neurologie de la Clermont-Ferrand, în 1949) care, respingînd conceptul „psihoziei reactive”, a afirmat suveranitatea reacției ca tip de „proprietate însăși a viului”, în sensul de capacitate a mecanismelor de apărare împotriva unei agresiuni.

Patologia psihosomatică reprezintă o altă cale de exteriorizare a tulburărilor reactive, în care

abilă a frecvenței acestui tip de reacție, datorită dezvoltării asistenței medicale și, consecutiv, unei producții lărgite de medicamente; astfel, se estimează apariția reacțiilor adverse între 8—13,6%, a accidentelor ce impun sistarea tratamentului între 4—8%, iar 5% din internările în spital se datorează reacțiilor adverse (STROESCU).

Se clasifică în : efecte toxice, efecte teratogene, efecte mutagene și cancerigene, efecte idiosincrazice și efecte alergice.

Psihotropere plătesc și ele tributul marilor victorii obținute în privința efectului terapeutic, printr-un număr de reacții nedorite, în a căror combatere clinicianul trebuie să joace deseori rolul echilibristului pe sîrmă. De asemenea, menționarea tuturor reacțiilor adverse (adesea, o lungă listă) în prospectele care însoțesc preparatele psihotrope sau în anualele Agende Medicale nu ar trebui să constituie (cum se întâmplă uneori)

un impediment în acceptarea planului terapeutic propus de medic pacientului său, deoarece el reflectă mai degrabă modul specific de reactivitate individuală la acei medicament și nu un fenomen toxic propriu-zis.

De aceea, pare motivată afirmația imposibilității creării unui agent terapeutic perfect și unanim receptat de boinov. În acest context, discuțiile purtate în jurul reacțiilor adverse sînt multiple și lipsite de consecințe practice.

Schematic, efectele adverse ale psihotropelor, în lumina datelor cunoscute și oferite de majoritatea autorilor, sînt :

Tabel nr. CXXXII

GRUPA MEDICAMENTOASĂ	REAȚII ADVERSE	OBSERVAȚII
1	2	3
<p>BROMURI (de sodiu, potasiu, stronțiu, calciu, amoniu)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Psihiatrice : <ul style="list-style-type: none"> ● diminuarea performanțelor psihomotorii, senzoriale și cognitive ; ● iritabilitate ; ● somnolență ; ● stări confuzionale toxice ; ● hipomanie. ● Neurologice : <ul style="list-style-type: none"> ● ataxie ; ● vertij, nistagmus ; ● tremor al miinilor. ● Vegetative : <ul style="list-style-type: none"> ● palpitații ; ● cenoestopatii ; ● tulburări de dinamică sexuală ; ● sialoree. ● Dermatologice : <ul style="list-style-type: none"> ● acnee bromică ; ● bromodermită. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Activitate EEG difuză, bradiritmică, ce se transformă în frecvențe rapide odată cu eliminarea bromului din sînge și se normalizează ; ● rare ● Se remit la scăderea dozelor ● frecventă la persoanele cu ten seboreic ; ● localizată la membrele inferioare.
<p>HIDRATUL DE CLORAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Vegetative : <ul style="list-style-type: none"> ● hipotensiune arterială ; ● bradipnee. ● Digestive : <ul style="list-style-type: none"> ● grețuri ; ● vărsături apoase și alimentare ; ● arsuri epigastrice. 	<ul style="list-style-type: none"> ● gravă la 6—10 g/zi și minimă la 3 g/zi ● rară ● diminuate prin diluarea substanței active

Tabel continuare

1	2	3
<p>SĂRURILE DE CALCIU : (cloruri, bromuri, gluconat, lactat)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Vegetative : <ul style="list-style-type: none"> ● bradicardie ; ● tulburări de ritm cardiac. ● Digestive : <ul style="list-style-type: none"> ● grețuri, vărsături ; ● scăderea apetitului. ● Iritative locale în cursul administrării parenterale : <ul style="list-style-type: none"> ● durero ; ● impotența membrului ; ● flegrmon, abces ; ● flebită. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mai ales în administrarea parenterală ● Proporționale cu concentrația de calciu în soluție ● Clorura și bromura se administrează numai i.v. ● Proporționale cu concentrația calciului în soluție
<p>SULFATUL DE MAGNEZIU</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Psihatrice : <ul style="list-style-type: none"> ● deprimare psihomotorie nespecifică. ● Neurologice : <ul style="list-style-type: none"> ● hiperreflexivitate. ● Vegetative : <ul style="list-style-type: none"> ● hipotensiune arterială ; ● bradionee ; ● hipersudorație. 	<ul style="list-style-type: none"> ● În cazul injectării rapide ● mai marcată la normotensivi decât la hipertensivi
<p>BARBITURICE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Psihatrice : <ul style="list-style-type: none"> ● obișnuință ; ● toxicomanie ; — intoxicație cronică : <ul style="list-style-type: none"> — deficit cognitiv ; — iritabilitate și labilitate emoțională ; — intoxicație acută : <ul style="list-style-type: none"> — tulburări confuzo-onirice ; — producții delirant-halucinatorii ; ● sindrom de abinență. ● Neurologice : <ul style="list-style-type: none"> ● dizetrie ; ● tremurături ale extremităților ; ● ameteți, dipopie, nistagmus ; ● hipotonie musculară ; ● Babinski pozitiv unilateral. 	<ul style="list-style-type: none"> ● se produce prin scăderea în timp a efectului hipnotic și necesitatea măririi dozei în vederea obținerii acestuia

Tabel continuare

1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> ● Vegetative : <ul style="list-style-type: none"> ● deprimare respiratorie, urmată de edem pulmonar acut ; ● HTA moderată ; ● constipație. ● Hepatice : insuficiență hepatică acută. ● Inductive enzimactice față de : <ul style="list-style-type: none"> ● anticoagulante ; ● derivați cumarinici ; ● fenilhidantoină ; ● digitala ; ● fenazone ; ● griseofulvină. ● Renale : <ul style="list-style-type: none"> ● edeme ale membrilor inferioare ; ● scăderea filtrării glomerulare ; ● reducerea fluxului plasmatic renal. ● Dermatologice : <ul style="list-style-type: none"> ● erupții eritemato-papulose ; ● rush morbiliform ; ● dermatită exfoliativă. ● Alergice : <ul style="list-style-type: none"> ● dispnee paroxistică ; ● edeme parțiale ; ● edem Quincke. ● Idiosincrazice : <ul style="list-style-type: none"> ● excitație psihomotorie ; ● sindrom confuzional ± delir ; ● sindrom digestiv ; ● amețeli. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pot fi evitate prin administrare de parasimpaticolitice ● La bolnavii cu funcție hepatică anterior alterată ● Diminuează odată cu scăderea concentrației barbituricului în sânge, care poate fi accelerată prin alcalinizarea urinei ● Mai ales la persoanele cu o sensibilitate anterioară ● La nevrotici care utilizează și abuzează de barbiturice vreme îndelungată
<p>TRANCHILIZANTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Psihiatrice : <ul style="list-style-type: none"> ● diminuarea performanțelor psihomotorii, senzoriale și cognitive ; ● somnolență ; ● astenie, apatie ; ● irascibilitate, iritabilitate ; ● depersonalizare ; ● obișnuință, sindrom de „impregnare”, „cumulare”, „sindrom de abstință.” 	<ul style="list-style-type: none"> ● la doze mari ● rare și paradoxale ● discutabilă

Tabel continuare

1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> ● Neurologice : <ul style="list-style-type: none"> ● ataxie, incoordonare motorie; ● dizartrie; ● diplopie; ● polinevrită. ● Vegetative : <ul style="list-style-type: none"> ● hipotensiune arterială; ● palpitații; ● constipații; ● disurie; ● frigiditate, impotență. ● Hematologice : <ul style="list-style-type: none"> ● granulocitopenie; ● agranulocitoză; ● trombocitopenie; ● pancitopenie; ● leucopenie/leucocitoză; ● anemie aplastică. ● Oculare : <ul style="list-style-type: none"> ● tulburări de acomodare; ● creșterea tensiunii arteriei centrale a retinei. ● Dermatologice : erupții eritemato-papulo-maculare, urticarie. ● Alergice : <ul style="list-style-type: none"> ● generalizate; ● șoc anafilactic. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Meprobam, Diazepam (doze mari) ● Glutetimid (doze mari) ● Reversibile după încetarea administrării ● Glutetimid, Meprobam ● Benactizină, Diazepam, Hid oxizin ● Dispar după câteva zile, spontan sau după antihistaminice ● Glutetimid ● Diazepam
NEUROLEPTICE	<ul style="list-style-type: none"> ● Psihiatrice : <ul style="list-style-type: none"> ● torpoare moderată; ● inactivitate; ● depresie; ● anxietate; ● = agitație psihomotorie; ● ± stări confuzo-onirice. ● Neurologice : <ul style="list-style-type: none"> ● epileptogene; ● extrapiramidale : <ul style="list-style-type: none"> — sindrom parkinsonian; — tremor; — bradikinezie (akinezie); — akatisie și takikinezie; — reacții distonice sau diskinetice acute; — diskinezie tardivă. 	<ul style="list-style-type: none"> ● apare la doze terapeutice ● apar după 3—4 săptămâni de tratament; ● se remit în 3—7 zile de la încetarea administrării

Tabel continuare

1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> ● Vegetative : <ul style="list-style-type: none"> ● antiadrenergice : <ul style="list-style-type: none"> — congestie nazală ; — inhibiția ejaculării ; — hipotensiune arterială ; — deprimare respiratorie ; — hipotermie ; ● anticolinergice : <ul style="list-style-type: none"> — scăderea secreției și a PH-ului salivei ; — xerostomie ; — uscăciunea gurii, gust amar ; — paralizia acomodatiei ; — tahicardie ± palpitații ; — constipație ; — ±aggravarea glaucomului ; — mioză/midriază ; — incontinență urinară. ● Metabolice și endocrine : <ul style="list-style-type: none"> ● creșterea/scăderea apetitului ; ● creșterea/scădere ponderală ; ● oligo-/amenoree ; ● întârzierea ovulației ; ● lactației/galactoree ; ● ginecomastie/impotență la bărbați ; ● creșterea libidoului la femei ; ● poliurie ; ● edeme ; ● teste de sarcină pozitive ; ● hipertrofie tiroidiană. ● Hematologice : <ul style="list-style-type: none"> ● leucopenie ; ● agranulocitoză ; ● trombocitopenie ; ● pancitopenie ; ● anemii (rar) ; ● hipocoagulabilitate ; ● tromboflebită. ● Dermatologice : <ul style="list-style-type: none"> ● erupții maculo-papulare ; ● rush morbiliform ; ● urticarie ; ● edem angioneurotic ; ● purpură netrombocitopenică ; ● dermatită exfoliativă ; ● sindrom Stevens-Johnson ; ● lupus eritematos ; 	<ul style="list-style-type: none"> — mai ales în primele zile ; predomină la arterosclerotici și coronarieni ● la doze antipsihotice ● Rare, după doze mari menținute timp îndelungat ● Localizate în administrarea i.m. și generalizate în cea i.v.

Tabel continuare

1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> ● erupție acneiformă ; ● dermatită de contact ; ● fotosensibilitate. ● Cardiace : tulburări de conducere cu modificări EKG. ● Hepatice : <ul style="list-style-type: none"> ● icter colestatic ; ● icter hepatocelular. ● Oculare : <ul style="list-style-type: none"> ● opacifierea corneei și cristalinului ; ● miopie pasageră ; ● paralizii oculomotorii. ● Teratogene ● Obişnuinta, dependența, sindromul de abinență 	<ul style="list-style-type: none"> ● Haloperidol ● Clorpromazina ● Tioridazin, Clorpromazina ● Nu există dovezi certe, dar trebuie luat totuși în considerare riscul malformativ ● Foarte rare (practic absente, după unii autori)
ANTIDEPRESIVE	<ul style="list-style-type: none"> ● Psihiatrice : <ul style="list-style-type: none"> ● diminuarea performanțelor psihomotorii, senzoriale și cognitive ; ● torpoare, somn ; ● excitație, neliniște, hiperactivitate ● insomnie ; ● hipomanie ; ● activarea unei psihoze paranoide ; ● stare confuzională toxică ; ● dreamy-states ; ● amnezii episodice. ● Neurologice : <ul style="list-style-type: none"> ● precipitarea crizelor de grand mal ; ● cefalee ; ● nevrită retrobulbară ; ● paralizii oculomotorii ; ● vertij, nistagmus ; ● dizartrie ; ● ataxie ; ● tremor ; ● hipokinezie, sindrom parkinsonian ; ● parestezii, paralizii. ● Vegetative : → NEUROLEPTICE 	<ul style="list-style-type: none"> ● la nevrotici ● în cazul antidepressivelor stimulante ● rar, la antidepressivele triciclice și IMAO ● la bătrâni, chiar la doze mici, dar cu evoluție favorabilă ● la Imipramină > 150 mg, rare la IMAO ● excepțională pentru triciclice, mai frecventă la IMAO

Tabel continuare

1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> ● Metabolice și endocrine : <ul style="list-style-type: none"> ● creșterea apetitului ; ● creșterea/scădere ponderală ; ● galactoree ; ● scăderea libidoului, impotență. ● Hematologice : <ul style="list-style-type: none"> ● leucopenie ; ● agranulocitoză ; ● trombocitopenie ; ● eozinofilie ; ● leucocitoză. ● Dermatologice : <ul style="list-style-type: none"> ● erupții maculo-papulare ; ● purpură netrombocitopenică ; ● vasculită ; ● prurit ; ● urticarie ; ● edem angioneurotic Quincke ; ● fotosensibilitate. ● Cardiovasculare : <ul style="list-style-type: none"> ● hipotensiune ortostatică ; ● aritmii cardiace. ● Gastrointestinale : <ul style="list-style-type: none"> ● glosite ; ● stomatite ; ● faringite ; ● anorexie ; ● pirozis, vărsături ; ● constipație ; ● icter colestatic, hepatocelular ● Oculare : <ul style="list-style-type: none"> ● tulburări de acomodare (mi-driază) ; ● creșterea tensiunii intra-oculare. ● Teratogene → NEUROLEPTICE. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Rare, după o perioadă lungă de tratament cu doze mari ● Pot provoca accidente vasculare (cerebrale și coronariene) la virstnici ● Pot apărea la subiecți indemni anterior ● rar, la IMAO ● glaucomul cu unghi închis constituie contraindicație absolută
<p>SĂRURI DE LITIU</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Psihiatrice : <ul style="list-style-type: none"> ● cefalee ; ● tulburări de atenție și memorie ; ● scăderea rezonanței afective ; ● diminuarea reactivității și a inițiativei. ● Neurologice : <ul style="list-style-type: none"> ● tremurături fine posturale și/sau de acțiune ; 	<ul style="list-style-type: none"> ● nu răspund la antiparkinsoniene, ci la betablocante ; la parkinsonieni se accentuează tremurăturile

1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> ● slăbiciune musculară ; ● mișcări sacadate ale membrilor. ● Digestive : <ul style="list-style-type: none"> ● greață, vărsături, flatulență ; ● dureri abdominale ; ● scaune moi, diaree. ● Endocrine și metabolice : <ul style="list-style-type: none"> ● creștere ponderală ; ● gușă și hipoterooidism ; ● sete și polidipsie ; ● acnee, alopecie. ● Renale : <ul style="list-style-type: none"> ● poliurie și polidipsie ; ● edeme faciale și ale membrilor inferioare. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cedează la scăderea dozelor ● pînă la 10 kg ● pînă la 5—8 lizi

82. **REAȚIE CIRCULARĂ** ● Comportament cîlic, constînd într-o serie de acte realizate repetitiv. În cadrul unei serii, componenta finală a unuia din actele constitutive reprezintă, în același timp, componenta de debut a unei acțiuni identice. P. POPESCU-NEVEANU apreciază că reacția circulară în variantele ei — primară, secundară, terțiară — caracterizează comportamentul copilului în etapa în care ei aplică schema judecăților empirice, etapa inteligenței senzorio-motorii. O variantă de reacție circulară este reprezentată de mecanismele de feedback, în cadrul cărora centrul care a elaborat o comandă poate repeta, menține, modifica sau amplifica acea comandă în funcție de retro-informațiile primite de la organul receptor.

83. **REAȚIE LONGITUDINALĂ — EMG** ● Secusă puternică spre extremitatea distală a mușchiiului, evidențind scăderea excitabilității.

84. **REAȚIE MUCH-HOLZMANN** ● Pretinsă proprietate a sîngeiului bolnavilor schizofreni sau cu psihoză maniaco-depresivă de a neutraliza hemoliza provocată de veninul de cobră. Ca și alte „descoperiri” senzaționale privitoare la constanțele biologice ale psihoticilor, și această „proprietate”, descrisă de H. MUCH și HOLZMANN, a rămas o simplă curiozitate.

85. **REAȚIE (DE) OPRIRE — EEG** ● Modificarea activității electroencefalografice, înregistrată pe derivațiile posterioare, la deschiderea ochilor. Această modificare poate fi completă sau incompletă. Este completă în derivațiile posterioare și incompletă la nivelul celor centrotemporale. Deschiderea și închiderea ochilor este proba care se efectuează după încetarea celei de hiperpnée. Modificările apărute constau în variații de frec-

vență, amplitudine, apariția unei activități noi paroxistice sau continue.

86. **REAȚIE PARADOXALĂ — EEG** ● Disfuncție a formațiunilor mezodiencefalice, în care se înregistrează (LĂZĂRESCU) o înlocuire a activității electrice cerebrale preexistente, ca urmare a unei stimulări, cu o activitate caracteristică, amplă, regulată, de tip alfa la limita sa superioară.】

87. **REAȚIE PSEUDOCATATONICĂ** ● Tabelu psihopatologic din grupul reacțiilor psihice patologice, cu tulburări predominante ale conștiinței, în care se combină, într-un grad întotdeauna favorabil fenomenului isteric, elemente catatonice amintind schizofrenia (negativism, flexibilitate ceroasă, stereotipii — dar inconsistent reprezentate), cu elemente caracteristice psihogenei de tip isteric (cu manifestări predominant inhibitorii).

88. **REAȚIE PSIHCĂ (PATOLOGICĂ)** ● Tablouri psihopatologice determinate de efectul unui eveniment psihotraumatizant brusc, imprezizibil sau deosebit de sever ca intensitate, asupra unui individ, care îi provoacă trăiri cu un continut corespunzător și cu o durată de obicei scurtă (zile, săptămîni); pot apărea modificări în claritatea și lărgimea cîmpului conștiinței, determinate de intensitatea psihotraumei.

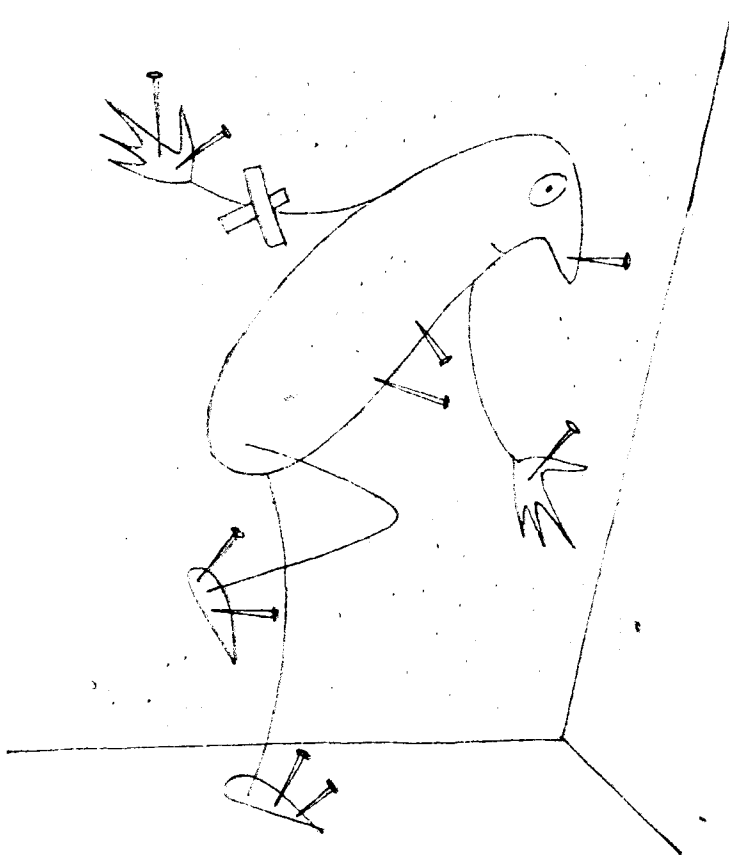
Elementele definitorii sînt :

- prezența factorului etiologic psihogen ;
- relația temporală cu evenimentul psihotraumatizant ;
- diminuarea intensității patologice în funcție de timp.

Deși nici pînă în prezent nu există încă un consens unanim în sistematizarea reacțiilor patologice, contribuțiile aduse de clasicii psihiatriei (JASPERS,

SCHNEIDER, KRAEPELIN, BONHOEFFER, GANNUȘKIN ș.a.) au pus accent pe importanța trăsăturilor particulare ale personalității premorbidă, pe infrastructură și retrostructură, pe starea generală somatopsihică a individului în momentul acțiunii factorului psihotraumatizant. Explicațiile

fără a fi bruscă sau imprevizibilă, este prelungită și se produce de cele mai multe ori în doi timpi, spre deosebire de „evenimentele vitale”, care acționează în perioada adultă și sînt brutale, tulburînd echilibrul afectiv al subiectului. Echilibrul afectiv poate fi sensibilizat și de un eveniment



de ordin psihopatogen au oscilat, de-a lungul timpului, între absolutizarea rolului factorului afectiv traumatizant, împreună cu corolarul său biologic (neurovegetativ, la nivelul metabolismului neurotransmițătorilor), și a rolului organizării libidinale, strîns legată de copilăria subiectului (J. SUTTER).

Psihanaliza acordă o mare atenție noțiunii de traumatism psihic (situat mai ales în copilărie, mai rar în viața adultă), legat de sexualitate (organizarea libidinală a personalității) și exercitînd un caracter de amenințare iminentă sau de lezare a corporalității, de situație traumatizantă. Aceasta,

mai vechi, asemănător celui actual, de existența unui anumit tip de structurare a personalității, de caracterul investițiilor afective ale subiectului. Alți autori sînt de părere că mecanismul cel mai frecvent de producere a reacțiilor este cel de scurt-circuitare. După T. KAMMERER (citad de J. SUTTER), evoluția tulburărilor psihice reacționale, începînd cu momentul acțiunii evenimentului și al producerii emoției inițiale, se desfășoară astfel :

- faza primară de șoc — emoție intensă, putînd antrena o agitație dezordonată, confuzie, stupor, uneori agresivitate ;

- faza de elaborare — evocarea repetitivă a traumatismului, cu emoții mai puțin intense, dar constituind un potențial de apariție a nevrozei (→ NEVROZĂ TRAUMATICĂ și POSTTRAUMATICĂ);
- faza de reorganizare a „economiei libidinale” (în limbaj psihanalitic), când o deosebită importanță o au atitudinea și contrareacțiile anturajului socio-profesional și medical.

Amintim doar în treacăt clasificarea lui KRET-SCHMER în „reacții ale personalității”: „reacții primitive” (inconștiente) și active, mai bine structurate. Trebuie menționată contribuția hotărâtoare a studiului lui JASPERS care caracterizează reacțiile psihice prin trei elemente:

- apariția lor este strâns legată de factori apropiați în timp;
- conținutul trăirilor este în relație comprehensibilă cu factorul declanșator;
- prin dispariția cauzei are loc și dispariția stării reacționale.

Tot JASPERS (1913) descrie depresiile reacționale, cu o simptomatologie mai puțin zgomotoasă decât cea a depresiei endogene, melancolice (desi riscul suicidar nu este totuși niciodată exclus) și mai accentuată în a doua parte a zilei, avînd o evoluție relativ scurtă. KIELHOLZ individualizează, în clasificarea pe care o operează asupra depresiilor, o formă reacțională inhibată, anxioasă și depresivă, putînd atinge uneori intensitatea unei veritabile depresii endogene. Împreună cu HOLE elaborează conceptul „depresiilor pluristratificate”, în care coexistă o componentă reactivă sau una endogenă, dar care par să reprezinte cazuri de excepție.

În funcție de intensitatea tabloului psihopatologic și de afectarea funcțiilor psihismului, se realizează o paletă largă și viu colorată de forme clinice:

- **Reacții psihotice:**
 - cu tulburări predominante ale conștiinței:
 - de tip crepuscular (starea crepusculară isterică, sindromul Ganser, pseudodemența isterică, puerilismul, stări pseudocatatonice, fuga patologică);
 - de tip confuzional (stupoarea reactivă, agitația psihomotorie);
 - cu tulburări predominante de afectivitate:
 - stări depresive;
 - stări anxioase;
 - cu tulburări de tip delirant:
 - reacții paranoide;
 - delirul indus;
 - iatrogeniile.
- **Reacții nevrotice.**

Din reacțiile psihotice cu tulburări predominante ale conștiinței fac parte: reacții de tip crepuscular, de tip subacut și acut care apar în condiții deosebite de viață (prizonierat, detenție, război,

calamități naturale). Aici sînt descrise forme variate de isterie (între care delimitările sînt aproape imposibil de făcut), mai ales psihozele isterice:

- starea crepusculară isterică, stuporoasă sau agitată, cu îngustarea cîmpului conștiinței și cu focalizare pe evenimentul psiho-traumatizant; prezența demonstrativității constituie elementul de referință în diagnostic;
- sindromul „răspunsului alături” (sindromul Ganser), cu răspunsuri paralogice, dar nu absurde, dezorientare și posibile tulburări de percepție (inclusiv halucinații), amnezie lacunară;
- pseudodemența isterică, depresivă sau agitată; bolnavul se comportă ca și cum ar fi dement, dar în mod demonstrativ (PREDESCU);
- puerilismul („Faxensyndrom”) — comportament regresat la nivel infantil, întocmai ca jocul copiilor;
- reacția pseudocatatonică — tablou asemănător cu cel al schizofreniei catatonice, dar cu caracterele isteriei;
- reacții de tip confuzional, cu detașare de mediu și de întreg contextul psihotraumatizant, prin afectarea nivelului perceptiv și motor.

În stupoarea reactivă, bolnavul rămîne în poziția „împietrită”, nu schițează nici un gest de apărare chiar în fața unui pericol; în agitația psihomotorie, percepția nu se mai realizează, au loc crize de furie sau epileptiforme, strigăte, gemete.

În cadrul reacțiilor psihice cu tulburări predominante ale afectivității se pot distinge reacțiile depresive: forma inhibată (stuporos-inhibată — KIELHOLZ) și forma agitată. Tabloul depresiv este de mare intensitate și survine consecutiv unei psihotraume cu răsunet important (pierderea unor ființe foarte apropiate, participarea la o luptă, catastrofe naturale etc.). Reacțiile anxioase sînt manifestări comportamentale avînd ca suport anxietatea (nervozitate, neliniște, excitație, agitație).

Reacțiile psihotice delirante apar la subiecții care își schimbă în mod brutal și radical mediul de viață (emigranți, refugiați, prizonieri, recruiți). Ele se produc prin mecanism de scurtcircuitare, conturînd tablouri clinice extrem de polimorfe și zgomotoase prin productivitate (halucinații și idei delirante de persecție, urmărire, relație) și prin suportul afectiv (anxietate intensă). În mod clasic se descriu:

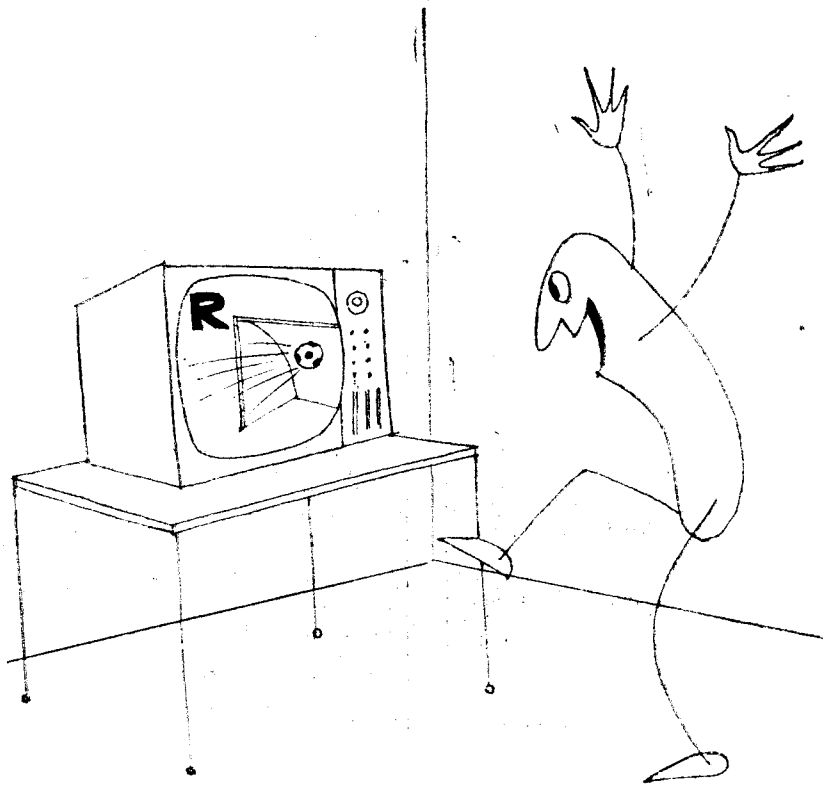
- delirul prizonierului (FEDOROV);
- paranoidei de izolare — prin necunoașterea limbii (ALLORA, WUTT);
- paranoidei acut al drumului de fier (LISAKOVSKI, SCHNEIDER);

- halucinoza acută de închisoare ;
- delirul de grație ;
- paranoidul situațional (AVRUŢKI și NEVUDA).

Delirul indus (LASÈGUE și FALRET) ia naștere din expunerea pe o lungă durată de timp a subiec-

de apariție, schematic (după G. E. RÎNDAȘU), iatrogeniile se pot clasifica în :

- iatrogenii de spital ;
- iatrogenii de explorare (nebănuite de vaste) ;
- iatrogenii induse ;



țului indus (sugestionabil și cu nivel intelectual inferior inductorului, legat puternic afectiv de acesta) la ideile delirante ale unui bolnav psihic (inductorul), pe care și le însușește în mod prevalent.

Iatrogeniile au la origine teama de actul medical, presupunând un nivel intelectual și cultural scăzut, imposibilitatea explicării corecte a fenomenelor și necesitatea de a avea totuși o explicație (pe care, dacă nu o primesc, subiecții și-o formulează deseori eronat), atitudinea ermetică, absența unor relații de apropiere și încredere între medic și pacient și între cadrul medical mediu și pacient, vocabularul necontrolat („de dragul științei se poate răpune bolnavul”), eventualele erori, atât de tehnică, cât și de diagnostic. După contextul

- iatrogenii chirurgicale ;
- iatrogenii medicamentoase.

Clinic, se realizează tablouri simptomatologice de o mare varietate și de intensitate diferită (nevrotice, psihotice), de coloratură largă (de la depresie și anxietate, la tabloul paranoiac, hipocondriac), dând adevărata dimensiune a acestei entități, mult mai frecventă decât am bănuim la prima vedere.

Reacțiile nevrotice nu reprezintă o nevroză decompensată reactiv, ci ansamblul de modalități reacționale specifice fiecărui individ în parte, aparținând structurii sale, pe care psihotrauma le-a pus brusc în evidență. Se delimitază cu dificultate, situându-se, pe scala intensității, între reacția emoțională normală față de un eveniment

psihotraumatizant și reacțiile psihotice. Deși nevrozele sînt privite tot ca „afecțiuni reactive” (PREDESCU), reacțiile nevrotice au, comparativ, o durată mult mai redusă. Modul reaccional nevrotic al subiectului poate îmbrăca tabloul clinic al oricăruia dintre sindroamele nevrotice, într-o diversitate remarcabilă :

- reacția de tip isteric (demonstrativitate, „crize de nervi”, conversii) ;
- reacția de tip obsesional (ruminații, preocupări obsesionale, conduite de verificare) ;
- crize de anxietate/angoasă ;
- fobii pasagere.

În cazul reacțiilor, examenele paraclinice au importanță pentru excluderea unei etiologii organice, mai degrabă decît pentru diagnosticul pozitiv.

Ancheta socială poate furniza detalii lămuritoare privind relația de cauzalitate dintre evenimentul psihotraumatizant și conținutul tabloului psihopatologic.

Evoluția este favorabilă, cu reversibilitate totală în intervale de ore, zile, săptămîni, în cazul reacțiilor acute psihotice. La fel de favorabilă, dar cu remisie mai lentă, putînd dura luni, este evoluția în cazul reacțiilor nevrotice.

Principiile de tratament sînt aceleași ca în cazul tuturor psihogeniilor. Utilizarea deosebită a psihoterapiei în reacțiile nevrotice facilitează, într-o primă fază, verbalizarea psihotraumei trăite, care a depășit posibilitățile psihice ale subiectului. Subnarcoza are efect favorabil, la fel tehnicile comportamentale și cognitive, tratamentul cu psihotrope. Există însă și posibilitatea ca, în ciuda unui tratament adecvat, decompensarea să îmbrace un caracter cronic.

89. REACȚIA REGELUI DAVID (David, 1031—961 î.e.n., rege legendar al evreilor antici, care a organizat în decursul lungii sale domnii — 33 de ani — un puternic regat centralizat) ● Combinație de mecanisme de proiecție mentală cu mecanisme de represie, identificare și raționalizare. Este o apărare intrapsihică prin care imaginile nedorite, comdamnabile, inacceptabile despre propria persoană, negate în mod conștient, devin trăite conștient ca antipatie față de altă persoană căreia îi sînt atribuite. Acest proces complex poate funcționa și invers, prin aprobarea unor trăsături, care constituie modelul autoaprecierii individuale, la altă persoană, determinînd o simpatie față de aceasta.

În opinia lui LAUGHLIN, acest proces poate sta la baza unor sentimente și trăiri față de altă persoană, altfel cu totul inexplicabile. Reacția este favorizată de nerecunoașterea conștientă a asemănărilor fizice, caracterologice sau comportamentale.

Numele reacției a fost inspirat de istoria biblică a regelui David care, văzînd-o într-o zi pe Batseba, soția comandantului său Urie, scaldîndu-se, a dat frîu liber pornirilor sale sexuale, devenind amantul acesteia și dînd ordin ca soțul ei să fie asasinat pe cîmpul de luptă. Ulterior, ascultîndu-l pe prorocul Natan, care i-a descris într-o parabolă (parabola mieușelei) monstruoșitatea faptei sale, David și-a exprimat oprobiul față de personajul negativ din povestire, fiind gata să-l condamne la moarte, fără să realizeze asemănarea evidentă cu propria lui situație.

90. REACȚIE TERAPeutică NEGATIVĂ ● Formă de rezistență în cadrul curei psihanalitice, manifestată prin reapariția sau agravarea simptomelor în momentele care marchează un proces spre vindecare. Astfel, o rezolvare parțială, în loc să ducă la ameliorare, generează „o întărire a suferinței”. Spre deosebire de alte forme de rezistență (incapacitatea subiectului de a renunța la fixații, rivalitatea pacientului față de analist și dorința de a-i demonstra suferința sa, beneficiul bolii), reacția terapeutică negativă, ca reacție inversă (dorința de a păstra suferința în locul dorinței de a obține vindecarea), este legată, după FREUD, de o culpabilitate inconștientă, difuză, pe care pacientul nu o resimte ca atare, ci ca pe o maladie. Reacția terapeutică negativă se leagă, de asemenea, de masochism, ca necesitate de a păstra „o anumită cantitate de suferință”. În măsura în care reacția terapeutică negativă trimite la culpabilitate, ea poate fi interpretată ca formă de rezistență a Supraeului. Reacția terapeutică negativă poate fi interpretată și depășită dacă persoana analizată conștientizează semnificațiile ei. Cînd nu poate fi depășită prin interpretare, această reacție trimite la pulsinea morții (→ MASOCHISM).

În general, expresia „reacție terapeutică negativă” este folosită pentru a desemna, în cura psihanalitică, o formă puternică de rezistență la schimbare.

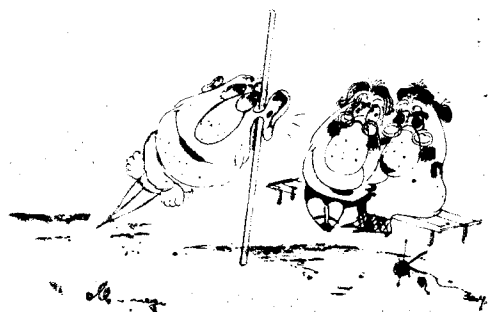
91. READAPTARE (cf. re- prefix itorativ ; lat. *adaptare* „a potrivi”) — sin. REABILITARE ● Ansamblu de măsuri medicale și socio-profesionale, care au drept scop redobîndirea de către deficient a funcționalității sale somatice, psihice, sociale și profesionale, pierdute ca urmare a unei boli sau a unui traumatism.

Readaptarea se impune nu numai în cazul cînd a intervenit o maladie în evoluția stării de sănătate a individului, ci și în situații determinate de schimbări profesionale bruște, schimbări ale mediului socio-cultural sau consecutiv comportamentului delictual.

Bolnavii psihic, delinvenții minor și școlarii cu deficiențe intelectuale sau cu tulburări caracteriale sînt considerați inadaptați social, metodele

și tehnicile psihologice și pedagogice aplicate vizând remedierea comportamentului anormal și redarea sentimentului valorii personale.

Datorită dificultăților procesului de readaptare, trebuie să se aibă în vedere că acesta necesită timp, realizându-se treptat și implicând apelul la asistența și înțelegerea anturajului. Între eficacitatea readaptării și durata ei există o relație direct proporțională, reeducarea trebuind să se prelungească până în momentul consolidării noilor structuri învățate, chiar dacă acest lucru nu este încheiat în momentul părăsirii de către subiect a instituției specializate în acest sens.



Deși preocupările în domeniul readaptării sînt mai vechi, trecerea la o activitate specializată, bazată pe principii științifice, s-a făcut abia după al doilea război mondial, cînd numărul mare al invalizilor a impus necesitatea unor acțiuni care să permită integrarea parțială sau totală a acestora în societate și în viața profesională. Pe de altă parte, cuceririle științifice din domeniul medical și din alte discipline ale căror cunoștințe sînt utilizate în procesul readaptării, schimbarea mentalității despre invaliditate, au permis utilizarea restartului funcțional cu o mai mare eficacitate, dar și reducerea riscului de instalare a unui deficit pe o perioadă îndelungată de timp sau definitiv.

Readaptarea este o activitate care se desfășoară în echipă, ea implicînd o participare multidisciplinară: medici, psihologi, sociologi, asistenți sociali, alți specialiști, fiecare aducîndu-și contribuția în limitele specialității și ale competenței.

Prin analogie cu clasificarea profilaxiei, FLOREA și VINȚI (1981) încearcă o clasificare a readaptării, deosebînd trei tipuri :

- readaptare primară — are ca obiect bolile morfo-funcționale cu potențial invalidant și cuprinde acțiuni care se desfășoară înainte de constituirea unei deficiențe, deci cu caracter preventiv ;
- readaptare secundară — în care complexul de măsuri privește o deficiență instalată,

urmărind, prin reducerea ei, restabilirea totală sau parțială a capacității de muncă ;

- readaptare terțiară — privește deficiența ireversibilă și are drept scop dezvoltarea unor capacități compensatorii, care să permită autoservirea sau desfășurarea unor activități.

Deși școlile anglo-saxone și chiar unii autori români folosesc termenul de „reabilitare”, datorită conotației lui juridice, preferăm noțiunea de „readaptare”.

92. **REAL** (cf. lat. *realis*) ● Atribut a tot ceea ce există efectiv, spre deosebire și în opoziție cu atributul de imaginar, fictiv, „ideal” în sensul de subiectiv, dat ca interioritate a gîndului, simțirii, voinței etc., fără temeii în alcătuirea și devenirea existenței obiective. Substantivat, realul este un sinonim filozofic al realității, desemnînd lumea (natura și societatea) din afara conștiinței, spre deosebire de produsele acesteia — idei, reprezentări, sentimente, acte apreciative etc. Filozofia idealist-subiectivă răstoarnă acest raport dintre ființa în fapt și ființa în spirit, considerînd că reale sînt doar actele și stările sufletești, referențelor obiectiv fiind — dacă nu o ficțiune indemonstrabilă — cel mult o ipoteză necontrolabilă pînă la ultimele sale consecințe. Materialismul și idealismul obiectiv coincid, întrucît definesc realul prin opoziție față de ceea ce nu este decît conținut în subiectul individual, dar se despart în ceea ce privește conținutul esențial al realului : idealismul obiectiv atribuie gradul maxim de realitate unei forme sau alteia de idealitate, abstractă, impersonală și cognoscibilă în mod aprioric, pe cînd materialismul definește realul ca materialitate, existență obiectivă, primordială în raport cu orice idealitate (aceasta din urmă avînd tangență cu realul numai întrucît reflectă în mod adecvat legile și esențele obiective din lumea materială).

93. **REALISM** (cf. fr. *realisme* : vezi lat. *realis*) ● În accepțiune generală și nedeterminată, atitudine cognitivă care respinge speculația și presuposițiile insuficient întemeiate, acordînd credit cercetării imparțiale a faptelor, cîntărite cu prudență și interpretate în limitele variabilității.

● Concepție filozofică — opusă interpretărilor idealist-subiective — după care marginile subiectivității se ating de, ori se pierd într-o realitate obiectivă, independentă de conștiința individuală, în care se reflectă mai mult sau mai puțin adecvat. În filozofia nemarxistă, termenul realism este restrîns la o semnificație gnoseologică, definindu-se ca teorie după care cunoașterea are acces la esența adevărată a realității obiective, în opoziție cu idealismul, potrivit căruia nu cunoaștem decît fenomene, dar nu și realitatea „în sine”.

Distincția realism-idealism nu trebuie confundată cu aceea care desparte materialismul (orice realitate este de natură materială) de spiritualism

(realitatea cea mai autentică este de natură ideală); atît materialismul, cît și spiritualismul constituie variante de realism, cu deosebire că obiectul și metoda cunoașterii ființei obiective sînt, în primul caz, lumea materială și generalizarea filozofică a experienței, iar în cel de-al doilea, esențele ideale și deducția lor speculativă, apriori.

● În filozofia medievală, concepție potrivit căreia abstracțiunile, noțiunile generale desemnează esențe de sine stătătoare, anterioare (ontologic vorbind) și independente față de lucrurile individuale din sfera concretului empiric.

● În teoria și creația artistică, termenul are o pluralitate de semnificații, înrudite, dar nesubsumabile unui sens atocuprinzător. Printre cele mai des utilizate sînt următoarele :

- curent în literatura și artele plastice moderne (secolul al XIX-lea), care se substituie — după înfruntări polemice — romantismului, afirmînd primatul obiectivității față de hipertrofia subiectivității în creația artistică ;
- concept literar și plastic, prefigurată în Renaștere și adîncit de iluminism, care preconizează, ca temel al creației estetice, studiul atent al naturii și al firii omenești, al sufletului, instituțiilor și moravurilor din societate ;
- în gîndirea marxistă, categorie estetică ce atribuie artei din toate timpurile primatul valoric al reflectării veridice a realității, oricît de diverse ar fi mijloacele expresive ale acestei reflectări, în care — după ENGELS — „pe lîngă adevărul detaliului, se afirmă „redarea veridică a caracterelor tipice în împrejurări tipice”.

94. **REALISM NAIV** ● Concepție spontan materialistă a vieții cotidiene, însoțită, în activitatea de confruntare practică cu existența, de certitudinea că lucrurile ființează independent de conștiință, ca lume exterioară, cognoscibilă și manipulabilă în anumite limite. „Naivitatea” acestei concepții provine din spontaneitatea ei, din lipsa conștiinței critice. Neputînd revendica statutul unei reflecții filozofice sistematice, întrucît se bizuie pe evidențele practice ale bunului simț, nedistanțat analitic de actele sale, realismul naiv nu trebuie confundat cu materialismul. Cel mai adesea, aparent solida concepție „sănătoasă” a contactului nemijlocit cu concretețea fenomenală se contrazice, acceptînd, pe baza unor generalizări pripite și a unor analogii antropomorfizante, reprezentări idealiste sau religioase, superstiții și credințe magice etc.

95. **REALITATE** (cf. fr. *réalité*: vezi lat. *res* „lucru, obiect, ceva care există”) ● Tot ceea ce există în mod efectiv, ca stare, la un moment determinat, a universului în totalitate. Privită pe coordonatele problemei fundamentale a filozofiei, realitatea se referă la tot ceea ce are atributul ființei obiective, spre deosebire și în opoziție față de ceea ce este dat numai în interioritatea subiectivă ca act sufletesc — idei, reprezentări, sentimente, raporturi atitudinale etc. Privind realitatea ca exterioară și independentă față de conștiința individuală (postulat legat de idealismul subiectiv, care atribuie o realitate certă numai trăirilor individuale), materialismul și idealismul se opun în ceea ce privește esența realității ; concepțiile materialiste consideră obiectivitatea (în sens ontologic) ca atribut exclusiv și definitiv al materiei, pe cînd teoriile idealist-obiective



Foto: Alfred Ko

ierarhizează sfera ființei obiective, afirmând primatul ontic al unor esențe de natură ideală.

● Categorie a determinismului, corelată cu posibilitatea, prin mijlocirea dialectică a probabilității, care desemnează ceea ce este actual, efectiv prezent în lume la un moment determinat, spre deosebire de ceea ce nu este decât virtual, putând să se ivească în lume, întrucât nu contravine legilor firii, dar putând să rămână și inactual, neavând caracter de necesitate.

● Într-o accepțiune insuficient de riguroasă, substantivul realitate — însoțit de un determinant : realitate naturală, socială, psihologică, științifică, artistică, morală etc. — desemnează un strat sau domeniu particular al existenței, decupând din aceasta o sumă de fapte, situații, creații ș.a.m.d. care configurează starea în care se găsește devenirea domeniului respectiv la un moment determinat.

Alte referințe/accepțiuni privind conținutul noțiunii de realitate sînt :

- „funcțiunea realului” (P. JANET), capacitate de integrare a persoanei în mediul său fizic și social ; ceea ce persoana percepe, simte, apreciază și comunică ;
- realitatea dorinței și a fantasmei, legată de procesele inconștiente, în accepțiunea freudiană (→ REALITATE PSIHICĂ) ;
- principiul realității, principiu reglator al vieții psihice, în sens restrîns, al modalităților de satisfacere (căutare a plăcerii) prin căi indirecte,eturnate, în funcție de lumea exterioară (→ PRINCIPIUL REALITĂȚII) ;
- realitate(real) și adevăr, în studiile de semanaliză (confruntare a semiologiei, semanticii, sintaxei și psihanalizei în abordarea discursului psihotic) ; J. KRISTEVA folosește noțiunea de „vreal” (fr. *le vérel*), care se referă la problema adevărului în diferite moduri de enunțare (de discurs) și la problema angajării tipurilor de discurs în raport cu realul ; așadar, noțiunea de „vreal” ar reprezenta o condensare a noțiunilor de „adevărat” și „real” (fr. *vrai + réel*) ; vrealul se definește astfel : adevărul pe care persoana încearcă/dorește să-l spună este realul ; acest lucru caracterizează toate ființele vorbitoare ;
- realul, categoriile care se opune modalităților subiective ale imaginarului și simbolicului ;
- realul (realitatea) nu intră în opoziție cu irealul, cele două categorii interferîndu-se ; G. BACHELARD consideră că „o ființă căreia îi lipsește funcțiunea irealului este nevrotică în aceeași măsură ca și o ființă căreia îi lipsește funcțiunea realului” ; realitatea se afirmă și se integrează în viață, ea se confundă cu viața însăși ; aspectul „dur” al realității este aspectul resimțit ca atare în situații dramatice, în perioade de dificultate ; duritatea realității devine tangibilă, persoana se simte atinsă de această

duritate, care trimite la coercitiv, la independent de dorințele subiective ; expresia „realitate dură” (înțelegînd atributul „dur” atît în sens concret, cît și în sens metaforic) nu acoperă întreg conținutul noțiunii de realitate ; duritatea realității participă la formarea individului, dar în măsura în care individul percepe și resimte exagerat această duritate, ea pătrunde în ireal (E. MINKOWSKI) ;

- reflectarea și meditația ar reprezenta, aparent, o deturnare de la realitate ; în fapt, reflectarea și meditația implică un contact profund cu realitatea, cu esența fenomenelor și obiectelor realului, acel tip de contact în care bariera dintre subiect și obiectul exterior se dizolvă ;
- funcția irealului ar aparține imaginației creatoare ;
- funcția realului, în procesul de adaptare la real, presupune raportarea eficientă a persoanei la exigențele lumii exterioare, în prezent și în viitor ; această adaptare depinde în mod esențial nu numai de ceea ce persoana cunoaște despre realitatea interioară, ci și de ceea ce cunoaște despre realitatea subiectivă profundă (fantasmele și dorințele inconștiente) ; lumea (realitatea) interioară este mai mult simțită decît percepută ; se impune astfel un „realism al irealului” (G. BACHELARD) : lumea existentă și lumea trăită sînt guvernate de legi dinamice care se interferează ; opoziția real-ireal aparține gândirii discursive conștiente, nefiind, în fapt, opoziție, ci un raport de continuitate ;
- opoziția normal-morbid nu acoperă raportul real-ireal ; normalitatea psihică presupune o dialectică a funcțiunii realului și a funcțiunii irealului ; morbiditatea psihică presupune o ruptură între aceste două funcțiuni sau o exagerare a uneia dintre ele ; astfel, se afirmă despre psihotic că a pierdut simțul realului, despre nevrotic că a pierdut capacitatea de acord cu exigențele realului, deci de adaptare la realitate ; la nevrotic, funcția realului există, dar este orientată spre scopuri mistificate ; psihoticul se plasează în afara realității, el suferă o ruptură în relația cu semnificații primordiale ale realului ; există, la psihotic, o respingere a semnificațiilor primordiale și o proiecție originară în exterior ; în nevroză, Eul se supune exigențelor Supraeului ; în psihoză, Eul este rupt de realitate, rămînd dominat (invadat) exclusiv de exigențele Sinelui ; psihoticul (mai ales delirantul) construiește o altă realitate, el nefiind conștient de faptul că această realitate este deșartă ; la psihotic, se produce o ruptură între lanțul semnificațiilor și lanțul semnificațiilor ; psihoza operează o retractare a realității ; nevroza operează o reprimare a dorinței ;

- raportul dintre posibil și real presupune o măsură a trecerii posibilului în real (probabilitatea); orice real a fost, anterior, un posibil (o posibilitate); posibilitatea se articulează la o anumită realitate, devenirea reprezentând în aceste condiții un proces în care se desfășoară unitatea posibilului și a realului; când posibilul contravine tuturor legilor realității, ale existenței în genere, el se transformă în imposibil; trecerea posibilului în real ține de anumite condiții în desfășurarea proceselor și fenomenelor (un exemplu de imposibil este afirmarea unor procese acauzale); discursul psihoticului în perspectiva raportului dintre posibil și real este o tentativă de rostire a imposibilului (→ PSIHOZĂ, NEVROZĂ, NEGARE, REFUZ, REFUZ AL REALITĂȚII, REALITATE PSIHICĂ, SCHIZOFRENIE).

96. **REALITATE PSIHICĂ** ● Termenul desemnează, în accepțiunea lui FREUD, toate acele elemente ale psihismului caracterizate prin coerență și rezistență, comparabile deci cu o realitate materială. Expresia se referă la dorința inconștientă și la fantezmele legate de ea. FREUD nu înțelege prin realitate psihică conținuturile psihologice ca entități distincte, susceptibile de cunoaștere și investigație științifică, ci ceea ce are, pentru subiect, valoare de realitate.

În psihanaliză, noțiunea de realitate psihică se leagă de rolul patogen al traumatismelor infantile reale, al fantezmelor (chiar dacă fantasma nu presupune, cu necesitate, un eveniment real). Astfel, în nevroză, „realitatea psihică este cea care joacă rol dominant” (FREUD); ea se opune realității materiale, dar pentru subiect are valoare de realitate. Ceea ce în nevroză apare ca nejustificat (de exemplu, culpabilitatea obsesionalului) se justifică tocmai prin faptul că se leagă de această realitate psihică. Așadar, realitatea psihică trimite la procesele inconștiente (care nu țin cont de realitatea exterioară).

Șensul strict al expresiei realitate psihică se referă la dorința inconștientă și fantasma corespunzătoare ei.

97. **REALITATE — terapie** (engl. *Reality Therapy*) ● Sistem terapeutic dezvoltat pe baza teoriilor lui W. GLASSER (1965), care afirmă că omul, pe lângă instinctul de supraviețuire, are necesități la fel de puternice: nevoia de a fi integrat, de a intra în competiție, de a se distra și de a fi liber. Autorul susține că toți cei care nu sînt capabili să controleze lumea înconjurătoare prin propriile forțe, în așa fel încît să-și poată satisface nevoile mai sus enumerate într-un mod rezonabil, pot beneficia de acest sistem terapeutic. Terapeutul trebuie să obțină un număr suficient de

relații despre pacientul său, pentru a putea identifica nevoile lui nesatisfăcute și pentru a-i explica direct comportamentul său ineficient.

Terapeutul face cu pacientul său atît o evaluare a forțelor acestuia, cît și un plan al viitorului comportament, în așa fel încît acesta să poată înlocui comportamentul considerat nesatisfăcător și inadecvat. Odată cu stabilirea planului, terapeutul îi va cere subiectului angajare necondiționată și perseverență în realizarea acestuia, pentru a-și putea satisface cît mai bine necesitățile.

Ființa umană este singura pentru care necesitatea de a trăi în securitate, de a fi integrată în mediul social, de a fi iubită, de a-și câștiga autoestima și puterea, de a fi liberă, reprezintă, pe lângă nevoia fundamentală de supraviețuire, trebuințe echipotente. Ea este singura care și riscă viața sau chiar se sinucide pentru a-și satisface aceste trebuințe fundamentale. Comportamentul uman se modifică în așa fel încît, atunci cînd plăcerea rezultă din împlinirea trebuințelor, ea să fie cît mai mult prelungită, dar, în mod cu totul paradoxal, poate implica și o tendință de a menține starea de disconfort, atunci cînd nu reușește satisfacerea trebuințelor.

Terapia realității pleacă de la premisa că, în general, oamenii au trebuințe asemănătoare, dar diferența constă în gradul de eficacitate cu care își satisfac aceste trebuințe.

Terapeuții care se ocupă de acest domeniu evită folosirea unor tipologii sau diagnostice psihologice standard, singurele „clasificări” fiind cele întemeiate pe dihotomizarea:

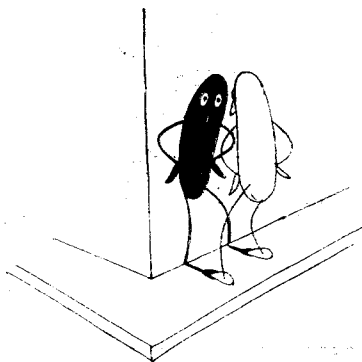
- persoane care și-au găsit vocația, au succes și sînt mulțumite în cea mai mare parte a timpului;
 - persoane incapabile de a-și defini vocația, nefericite și permanent în suferință.
- Această din urmă categorie poate fi, la rîndul ei, împărțită în două subclase:
- cei care renunță să mai încerce;
 - cei care încearcă să renunțe la satisfacerea trebuințelor.

Cele două comportamente, compensator în primul caz și simptomatic în al doilea, sînt resimțite ca neplăcute, marcate intens sub raport emoțional.

Terapia realității pune accentul pe faptul că determinarea comportamentului se face, în primul rînd, din interior, condiționarea externă fiind secundară.

După autorii acestei metode terapeutice, depresia, anxietatea, fobiile sînt numai strigătele de ajutor ale unui individ pus în imposibilitate de a găsi un acord cu realitatea. Terapia este o încercare de a-i ajuta pe subiecți să aibă un control mai bun și mai eficient asupra deciziilor luate în legătură cu propria viață, să aleagă acel comportament care le va satisface mai bine nevoile înnăscute.

98. **REALIZARE SIMBOLICĂ** (cf. fr. *réaliser*: „vezi. lat. *res* „lucru, obiect, ceea ce există”) ● Metodă de psihoterapie analitică în schizofrenie, constând în rezolvarea frustrațiilor suportate de subiect în primii ani ai copilăriei prin satisfacerea simbolică a trebuințelor sale; această satisfacere îi deschide subiectului accesul la realitate. Termenul a fost introdus de M. A. SECHEHAYE (cazul *Renée*, o tânără schizofrenă pentru care autoarea a încercat un demers analitic, este expus în „Introduction à une psychothérapie des schizophrènes” — 1954; boinava însăși relatează această experiență în „Journal d'une schizophrène” — 1950).



În accepțiunea psihanalizatorilor, „realizare” presupune satisfacerea trebuințelor fundamentale ale schizofrenului în timpul curei; „simbolică” se referă la faptul că aceste trebuințe se împlinesc conform exprimării lor, adică într-un mod „magico-simbolic”, caracterizat prin unitatea dintre obiectul care satisface și simbolul său. Realizarea simbolică ar fi o formă a tehnicii maternajului, terapeutul reprezentând partenerul matern („mama bună”), care înțelege și împlinește trebuințele orale frustrate; practic, realitatea „dură” și frustrantă este înlocuită cu una suportabilă, protectoare. Realizarea simbolică vizează trebuințele bazale la nivelul regresivității profunde a subiectului. Schizofrenia presupune, în optica psihanalizatorilor, un proces de regresie profundă, în care se pierde identitatea, se pierde „semnificanții” experienței. Realizările simbolice ale trebuințelor elementare ar urma stadiile dezvoltării în succesiunea lor genetică; astfel, se produce o reconstrucție a Eului și, în paralel, o recucerire a realității; procesul este parțial similar cu ceea ce antipsihiatrii numesc „nevroză afectivă”.

99. **REANIMARE ÎN PSIHIATRIE** (cf. *re-* prefix iterativ; lat. *animare* „a însufleți”) ● Aplicare a unor metode și tehnici medicale (se preferă ter-

menul de terapie intensivă), prin care se urmărește supraviețuirea bolnavului psihic, prin restabilirea uneia sau mai multor funcții vitale, în caz de intoxicație, tulburări metabolice sau insuficiență de organ.

Din gama largă a situațiilor cu care este confruntat medicul psihiatru nu lipsesc acele cazuri în care terapia intensivă este indispensabilă. Asigurarea succesului tratamentul depinde, într-o mare măsură, și de condițiile de organizare a asistenței: saloane special amenajate în cadrul secției de psihiatrie (patul cu acces pe ambele laturi, somieră tare, suficientă rufărie de schimb, un aspirator electric și o butelie cu oxigen), material elementar pentru primul ajutor (canulă Mayo, ventilator manual cu balon și mască, perfuzoare), posibilități pentru o monitorizare corectă. Medicamentele absolut necesare sînt Atropina, Adrenalina, Hemisuccinatul de hidrocortizon, serul dicarbonat, o soluție macromoleculară perfuzabilă, un analeptic respirator.

Gesturile elementare de prim ajutor au drept scop ventilația eficientă (gură la gură, cu balon etc.), masajul cardiac, poziționarea corectă a bolnavului.

Aspectele ce privesc îngrijirile speciale acordate acestor bolnavi sînt de o mare importanță în bilanțul pozitiv terapeutic și cuprind:

- igiena corporală riguroasă;
- prevenirea escarelor;
- menținerea echilibrului hidroelectrolitic (problema cheie a tratamentului acestor bolnavi), cu preîntîmpinarea deshidratării globale celulare sau extracelulare;
- asigurarea aportului caloric;
- prevenirea complicațiilor.

Reanimarea se impune în cazuri diverse, dar frecvența cea mai mare o au intoxicațiile voluntare polimedicamentease, alcoolice, toxicomaniile. La reanimarea simptomatică se adaugă, în aceste cazuri, metoda de eliminare a toxicului (lavaj gastric, diureză forțată neutră sau alcalinizantă, hemodializă). Măsurile vizează, pe lîngă eliminarea drogului din organism, susținerea funcțiilor vitale, prevenirea complicațiilor; unele cazuri beneficiază de antidotul toxicului sau de agenți chelatori.

În ordinea frecvenței, intoxicațiile medicamentoase se datorează: barbituricelor, derivaților fenotiazinici (Clordelazin, Levomepromazin, Romergan, Tiroidazin etc.), butirofenonici (Haloperidol, Trifluoperidol), antidepressivelor triciclice (Antideprin, Amitriptilină), produsului Antalcol.

În afară de cazurile de intoxicații, afecțiunile psihice acute și tot ceea ce se înțelege, de obicei, prin „urgență psihiatrică” reclamă și ele, cel puțin, o reanimare simptomatică și hrănire artificială. Astfel, în sindroamele confuzionale, psihozele acute, schizofrenie sau depresile endogene

cu refuz alimentar, starea bolnavului este agravată de epuizarea metabolică prin deficit nutrițional. Dacă delirul acut hiperazotemic este astăzi din ce în ce mai rar întâlnit, se observă, în schimb, în mod frecvent, stări de epuizare organică la vîrstnicii depresivi și stări cașectice la tinerii cu anorexie mintală. Se pot semnala „complicații psihiatrice” manifestate prin raptusuri, stări de agitație psihomotorie, producții delirant-halucinatorii, episoade depresive, depersonalizare și derealizare, care survin secundar îngrijirii unui bolnav oarecare într-o secție de terapie intensivă (declanșate de ambianța tehnicizată, starea gravă a altor bolnavi internați în același serviciu etc.).

Existența unor tehnici moderne și complexe, care în bună parte pot fi înșușite de unii dintre membrii echipei psihiatrice din secția clinică, pasionat de problemele terapiei intensive, conduce, după GAYRAL și GRANIER, la intervenția oportună în următoarele situații:

- tulburări respiratorii (neurologice, toxice — prin deprimarea centrilor respiratori: mecanice, prin inhalarea sau supraîncălzirea secrețiilor bronșice) — se combat prin respirație artificială monitorizată (în mod optim);
- tulburări cardiovasculare (tulburări de ritm, secundare terapiei cu antidepressive, vasoplegie de origine centrală prin neuroleptice sau doze masive de Meprobramat, insuficiență cardiacă) — necesită monitorizare și tratament, uneori masaj cardiac, defibrilări;
- stări de șoc (neurogen, cardiogen, hipovolemic, septic, anafilactic) — impun terapia anti-șoc;
- tulburări metabolice — sînt diagnosticate și supravegheate în evoluție prin analize biologice, corectîndu-se prin aport de electroliți, de lichide perfuzabile, la nevoie, prin epurare extrarenală;
- echilibrul acido-bazic, frecvent afectat, este redresat în paralel cu combaterea tulburărilor metabolice;
- tulburări neurologice (de obicei, come, cu tulburări neurovegetative) — impun intubația și respirația artificială; convulsile se tratează cu anticonvulsivante administrate intravenos;
- tulburările hematologice (coagulare intravasculară diseminată), afectarea hepatică sau a altor organe se cer diagnosticate în timp util.

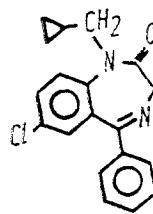
Dozările toxicologice oferă informații cu valoare diagnostică, prognostică și terapeutică, pe baza cunoașterii farmacocineticii fiecărei substanțe.

Un bun instrument de urmărire a evoluției clinice sub tratament a bolilor psihice îl reprezintă și dozările sistematice ale unor medicamente

psihotrope (litiu, anticonvulsivante, antidepressive, neuroleptice), permițînd individualizarea terapiei și prevenind posibile complicații ale unei sub-/supradozări.

Reanimarea cunoaște, în clinica psihiatrică, o continuă perfecționare menită să contribuie la îmbunătățirea calității asistenței acordate bolnavului psihic.

100. **REAPAM^(M)** Olanda — 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, sedativă și ușor hipnotică. Nu se va administra în sarcină.

101. **REBENOK[®] simptom** ● Tulburări psihice de tip perceptual, care apar în timpul psihozelor postgripale, avînd drept caracteristică prezența apei. Halucinațiile auditive, vizuale și cenestezice pot lua aspecte dintre cele mai insolite: zgomotul apei care curge, susurul izvoarelor, valurile mării, imagini de râuri, bazine confluențe de apă, lacuri, havuze, senzația că pe corp curge apă sau că părți ale corpului sînt cufundate sau umezite de lichide. Tabloul halucinator poate lua un aspect oniric, bolnavul avînd teama de a nu se ineca, spaimă de apă și inundații, încercînd să se salveze. Mai rar, bolnavii resimt o atracție față de apă (hidromania).

Episodul halucinator poate dura ore sau zile. A fost explicat prin atingerea structurilor diencefalice de către virusul gripal. Simptomul a fost descris în 1974.

102. **RECATOL^(M)** RFG — DCI *Catină* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-norpseudoefedrină, indicat în astenie, preinvoluție, sevrăj, obezitate secundară curei cu neuroleptice. Nu se asociază cu IMAO.

103. **RECEPTIVITATE** (cf. fr. *réceptivité*: vizi lat. *recipere* „a primi”) ● Proprietate a unui sistem de a recepționa formele de energie care constituie stimulii lui specifici. Pentru organele senzoriale, neurocibernetică folosește, cu același sens, termenul de permeabilitate.

În limbajul comun, receptivitatea se referă la capacitatea de asimilare a informațiilor oferite sau, prin extrapolare, la asimilarea unor idei, opinii, conduite, capacitate care se dobândește în cursul existenței individului, prin antrenament sau prin acumularea de experiență, fiind o condiție facilitatoare a învățării. În cursul formării sale ca personalitate, individul trece de la formele primare ale receptivității — acceptarea lipsită de critică a copilului — la o formă superioară de receptivitate, selectivă și specializată (intelectuală, artistică, profesională — P. POPESCU-NEVEANU).

Receptivitatea este deosebit de importantă pentru succesul tehnicilor psihoterapeutice.

Tot în medicină, termenul este utilizat și pentru a desemna lipsa de rezistență specifică a unei persoane sau a unui grup populațional față de o boală infecto-contagioasă, urmată de contractarea acestei afecțiuni.

104. RECEPTOR (cf. fr. *récepteur* : vezi lat. *recipere* „a primi”) ● Structură anatomică dotată cu specializare funcțională, la nivelul căreia variațiile unor forme de energie (stimuli specifici) sau intensitățile mari ale altora (stimuli nespecifici) se transformă în potențiale de receptor, ce se propagă sub formă de potențiale de acțiune. Structural, receptorii sînt fie epitelii specializate în receptarea unor stimuli specifici din mediul extern sau intern (epitelii senzoriale), fie terminații dendritice neuronale, aparținînd neuronilor din ganglionii spinali sau omologilor lor cranieni.

La nivelul receptorilor se realizează o primă etapă de codificare a stimulului, urmată de apariția senzației subiective, conștiente, prin procese de integrare nervoasă centrală. Receptorii reprezintă segmentul periferic al analizatorilor, sisteme complexe și unitare, la nivelul cărora are loc acest proces de integrare.

Una dintre clasificările receptorilor se face în funcție de localizarea acestora :

- extero-receptori, plasați la suprafața corpului și reprezentați de receptori aparținînd analizatorilor cutanat, vizual, auditiv, gustativ și olfactiv ;
- proprio-receptori, localizați la nivelul aparatului locomotor și aparținînd analizatorului kinestezic ;
- intero-receptori, localizați la nivelul organelor interne (viscere).

Stimuli care acționează asupra acestor receptori pot fi mecanici, fizici, chimici, fiziologici.

Lezuni ale receptorilor pot determina incapacitatea unui subiect de a sesiza anumite calități senzoriale ale lumii înconjurătoare. Există însă deficiențe psihosenzoriale în cadrul cărora aceste calități nu sînt recunoscute de subiect, deși receptorul este intact (→ AGNOZII).

Plecînd de la afirmația lui PAVLOV că și cortexul este o suprafață receptoare pentru stimulii care au fost recodificați subcortical, receptorii se mai pot clasifica în receptori centrali și receptori periferici (→ RECEPTORI CEREBRALI).

105. RECEPTORI CEREBRALI (cf. lat. *recipere* „a primi” ; *cerebrum* „creier”) ● Noțiunea de receptor a fost introdusă de LANGLEY în 1905, iar descoperirea structurilor receptoare cerebrale se datorește utilizării substanțelor agoniste și antagoniste specifice, tehnicilor farmacologice, electrofiziologice, radioizotopice și imunologice. Descoperirea receptorilor cerebrali este o etapă deosebit de importantă în farmacofiziologie, deoarece permite stabilirea unei relații cantitative între doze sau între concentrația drogului și efectele sale farmacologice. Receptorii sînt, de asemenea, responsabili de selectivitatea acțiunii drogului și tot ei mediază acțiunea agoniştilor și antagoniştilor farmacologici ai drogurilor.

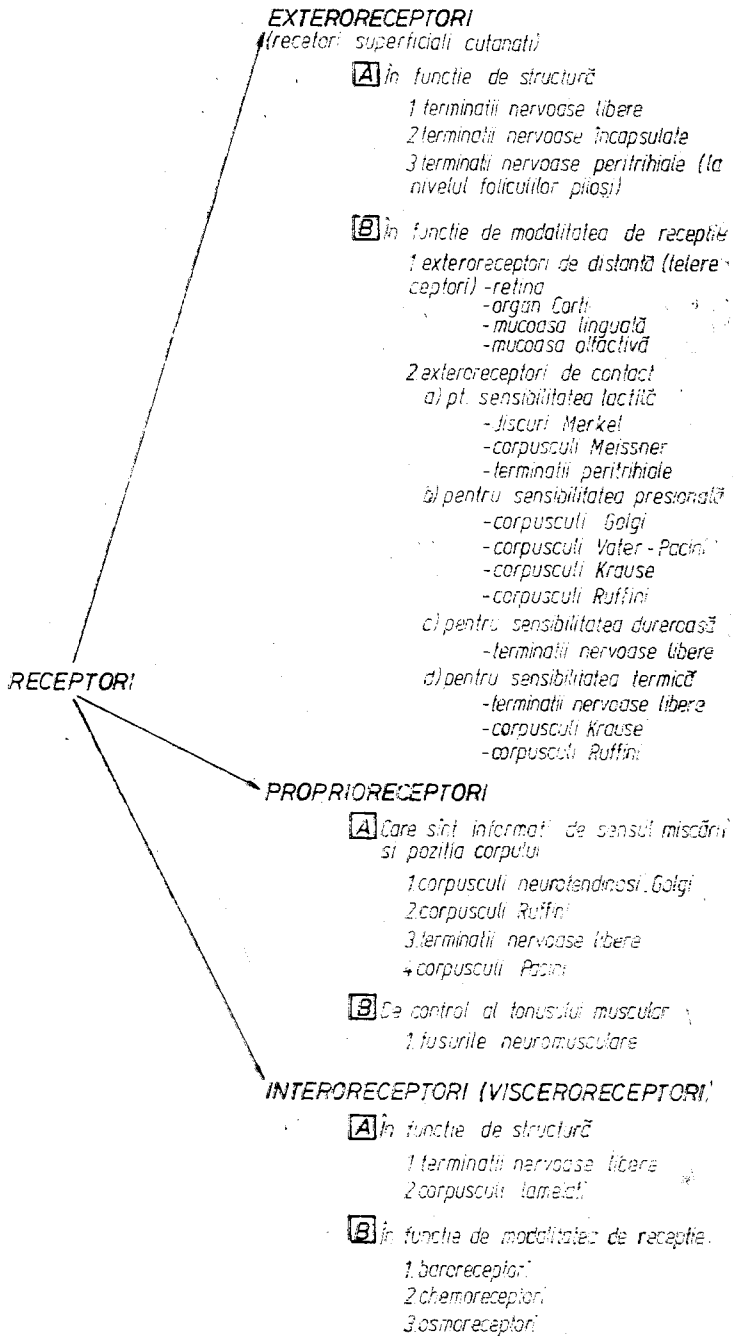
Tehnicile cele mai utilizate în studiul receptorilor cerebrali sînt cele bazate pe proprietatea unei molecule de a deplasa o alta fixată pe același receptor, în funcție de puterea sa farmacologică, precum și tehnici de „legătură” care evidențiază numărul de situsuri maximum posibile pentru o moleculă și afinitatea receptorului față de aceea moleculă.

Definiți inițial ca situsuri celulare, pe care neurotransmițătorii sau neuromodulatorii se pot fixa pentru a-și exercita acțiunile caracteristice, receptorii au fost identificați structural cu macromolecule proteice dotate cu specificitate spre un anume mediator. Cele mai cunoscute sînt proteinele reglatoare, care mediază acțiunea neurotransmițătorilor și hormonilor. Mai pot acționa ca receptori și alte categorii de proteine : enzimele (dacă pot fi activate sau inhibate cu un anume drog), proteinele transportoare sau chiar proteinele structurale (tubulina).

Deci, receptorul are capacitatea de a fixa specific o anumită substanță și de a iniția, sub acțiunea ei, evenimente biofizice sau biochimice care să determine un răspuns celular, de asemenea specific.

În sistemul nervos central, receptorii se află localizați la nivelul sinapselor și, în funcție de componenta sinaptică la care sînt atașați, deosebim :

- receptori presinaptici, care captează mediatorul, și autoreceptorii, sensibili la variațiile concentrației de mediator în fanta sinaptică ; există receptori a căror acțiune se realizează în sensul facilitării procesului de eliberare a neurotransmițătorului și receptori a căror stimulare inhibă acest proces ;



- receptori postsinaptici, care asigură transmiterea mesajului în funcție de caracteristicile neuromediatorului ; astfel, dopamina este un neuromediator inhibitor, iar acetilcolina este excitator.

Pentru ca o structură proteică să poată fi considerată receptor pentru o anumită substanță, ea trebuie să satisfacă următoarele criterii :

- să prezinte o afinitate deosebită pentru acea substanță, putând să realizeze legarea și fixarea ei la concentrații foarte mici ;
- capacitatea receptorului de a fixa neurotransmițătorul sau neuromediatorul trebuie să fie proporțională cu cantitatea de substanță prezentă ;
- fixarea sau legarea substanței de receptor trebuie să fie reversibilă ;
- interacțiunea dintre neuromediator (modulator) și receptor trebuie să fie specifică și să se realizeze după o cinetică bine stabilită ;
- fixarea (legarea) neurotransmițătorului (modulatorului) de receptor să declanșeze un răspuns biologic.

Membrana terminațiilor presinaptice conține canale specifice pentru calciu și sodiu, astfel încât declanșarea potențialului de acțiune determină pătrunderea intracelulară a ionilor de Na^+ alături de cei de Ca^{++} .

Cantitatea de neurotransmițător eliberat de la nivelul veziculelor presinaptice este direct influențată de numărul de ioni de Ca^{++} ce se leagă de proteinele receptoare de pe fața internă a membranei presinaptice. Aceste proteine sînt numite situsuri de eliberare. Fixarea calciului favorizează apropierea veziculelor ce conțin neurotransmițătorul de membrana presinaptică, fuzionarea acestor vezicule cu ea și, în final, deschiderea lor în spațiul sinaptic. Orice factor care influențează intrarea ionilor de calciu în butonul terminal presinaptic va influența eliberarea mediatorului chimic.

Receptorii membranari postsinaptici au două componente :

- o componentă de fixare, care proemină în spațiul sinaptic și fixează neuromediatorul eliberat din membrana presinaptică ;
- o componentă ionoforă, care pătrunde în interiorul membranei postsinaptice și care, la rîndul ei, este de două tipuri :
 - activator chimic al canalelor ionice, care acționează influențînd mișcarea Na^+ , K^+ , Cl^- ; astfel, deschiderea canalelor de Na^+ produce depolarizarea membranei presinaptice, declanșînd deci un potențial presinaptic excitator (astfel acționează acetilcolina) ; deschiderea canalelor de K^+ și Cl^- determină hiperpolarizarea membranei postsinaptice, cu apariția unui potențial postsinaptic inhibitor (așa cum

acționează acidul gamaaminobutiric), mărimea potențialului postsinaptic fiind proporțională cu numărul de canale ionice deschise (MEYER) ; acest mecanism de acțiune este de scurtă durată :

- enzimă care activează sistemele metabolice interne ale celulei ; astfel, cuplarea receptorului cu adenilatciclaza inactivă fixată pe fața internă a membranei celulare are drept efect activarea enzimei, cu sinteza de adenosinmonofosfat ciclic din adenosintrifosfat și inducerea activității enzimatice celulare prin activarea adenosinmonofosfat-proteinkinazelor ; acest mecanism determină intrarea în acțiune a celui de al doilea mesager (primul fiind mediatorul chimic) și anume, adenosinmonofosfatul ; adenosinmonofosfatul ciclic, odată format, modifică permeabilitatea membranelor postsinaptice, prin deschiderea protein-canalelor, dînd naștere potențialului postsinaptic ; prin acest mecanism acționează dopamina, noradrenalina, histamina, serotonina.

Aparținînd membranelor celulare, receptorii sînt supuși, ca și acestea, unor procese de permanență reinnoire, numărul lor fiind variabil în funcție de cantitatea de ligant. O cantitate mare de neurotransmițători antrenează o hiperstimulare a receptorilor, care însă, ulterior, diminuează prin intervenția unui mecanism adaptativ (fenomen de desensibilizare sau hiposensibilitate a receptorilor).

Majoritatea intermediarilor chimici prezintă o „polispecializare” în privința modelului de stimulare a membranei postsinaptice. Astfel, acetilcolina utilizează sistemul de protein-canale ionice la nivelul plăcii neuromusculare, în timp ce, la nivelul sinapselor centrale, acționează prin intermediul celui de-al doilea mesager.

Neurolepticele (fenotiazine și butirofenone) blochează receptorii proteici postsinaptici, împiedicînd fixarea dopaminei. Aceste droguri, prin hipersensibilizarea receptorilor dopaminergici postsinaptici de la nivelul nucleilor bazali produc diskineziile tardive.

Reserpina produce depleția veziculelor sinaptice monoaminergice, antidepresivele împiedică recaptarea noradrenalinei și serotoninei în membrana presinaptică și scăderea numărului receptorilor beta-adrenergici. Amfetaminele cresc eliberarea de dopamină, cofeina și teofilina inhibă fosfodiesteraza, cu creșterea cantității de adenosinmonofosfat ciclic. Drogurile halucinogene, prin elemente structurale comune cu intermediarii chimici fiziologici, se fixează în locul acestora pe receptorii membranei postsinaptice, pe care îi stimulează (mescalina are nucleu benzenic, similar dopaminei, LSD și psilocibina — nucleu indolic

similar serotoninei). De altfel, LSD poate fi agonist sau antagonist de serotonină, în funcție de doză.

106. RECEPȚIE (cf. lat. *receptio* „primire”) ● Proces neuropsihic care constă în formarea unor imagini simple sau complexe, prin detectarea, captarea și codificarea informațiilor primite. La nivelul analizatorilor, procesul de recepție se desfășoară astfel: segmentul periferic (receptorii, celulă specializată) detectează și captează informația, care este ulterior condusă pe căi ascendente, specifice și nespecifice, pînă la nivelul cortical (segment central al analizatorului). Atît pe traseul ascendent, cît și la nivelul cortical, are loc codificarea și integrarea nervoasă a stimulului recepționat, aceste procese fiind finalizate prin formarea senzației subiective și conștiente.

Procesul de recepție reprezintă o caracteristică a organului de simț, prin care acesta întreține relații informaționale cu mediul și, implicit, realizează integrarea organismului în acest mediu.

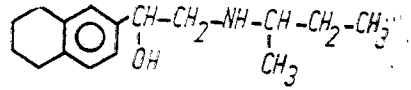
Acest proces stă la baza percepției, care oferă informații elementare despre realitatea mediului intern și extern, antrenînd procese afectiv-cognitive dotate cu specificitate individuală. Tulburările de percepție au o frecvență mare în psihopatologie și deci o semnificație semiologică deosebită.

107. RECESIV (cf. lat. *recessio* „retragere”) ● Termen utilizat în genetică pentru a desemna însușirea unor gene alele de a codifica mai greu, în raport cu genele alele dominante, sau de a nu se exprima fenotipic. Astfel, o anumită trăsătură deosebită a celor doi genitori poate să nu se manifeste fenotipic la descendenți dacă alela mutantă este recesivă. Pentru ca un caracter recesiv comun celor doi genitori să se exprime fenotipic la descendenți, aceștia trebuie să primească ambele alele recesive (organisme homozigote). Perioada necesară unei mutații pentru codificarea informației genetice și apariția expresiei fenotipice are o durată variabilă, în funcție de relația dominanță-recesivitate, dar și de alți factori externi sau interni.

Afecțiunile genetice a căror transmitere este dependentă de recesivitatea genelor mutante sînt daltonismul, hemofilia, unele forme de atrofie a nervului optic. Frecvența afecțiunilor ereditare transmise autosomal recesiv variază între 0,11—0,21%. Numeroase erori metabolice înăscute se transmit autosomal recesiv, multe dintre ele fiind asociate cu înapoiere mintală (fenilcetonuria, galactozemia, unele neurolipidoze).

108. RECETAN^(M) Italia — DCI *Butidrină* ● Butablocant de tip α -1(sec-butilamino)metil-5,6,7,8-tetrahidro-2-naftalin-metanol, indicat în anxietate, alcoolism, ca adjuvant în combaterea sevrajelor, în distonii neurovegetative, psihosc-

matică. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO.



109. RECIDIVĂ (cf. lat. *recidivus* „care revine”) — sin. REIMBOLNĂVIRE ● Reapariția simptomelor bolii la un interval variabil de timp după vindecarea primei îmbolnăviri. În cazul bolilor psihice, diferențierea recidivei de recădere este adeseori dificilă (recăderea semnifică reapariția simptomelor la o afecțiune remisă, dar nevindecată, datorită tratamentului insuficient ca doze sau durată). Poate fi considerat ca recidivă un tablou clinic apărut după un interval de timp suficient de lung pentru ca prima îmbolnăvire să fie considerată vindecată. De aceea, recidivele sînt rare în bolile psihice, mult mai frecvente fiind recăderile.

În sens juridic, termenul se referă la repetarea unei infracțiuni, după aplicarea unor măsuri de represie sau reeducare.

Cercetările întreprinse au arătat că în cazul subiecților cu dizarmonii de personalitate de tip antisocial, recidivele sînt mai frecvente decît în cazul altor dizarmonii de personalitate.

Prin măsurile luate în cazul indivizilor cărora expertiza medico-legală le precizează un discernămint atenuat sau absent datorită unei afecțiuni psihice, se urmărește preîntîmpinarea unei recidive.

Studiile au relevat că elementul bio-psihologic nu este determinant, societății revenindu-i, prin factorii săi educaționali, un rol important în prevenirea recidivelor, mai ales în cazul delincvenței juvenile.

110. RECIDIVISM (cf. fr. *recidiver*: vezi lat. *recidivus*) ● Caracteristică definitorie a comportamentului antisocial, constînd din iterarea periodică sau întimplătoare a actelor delictuale. Constituie un indice juridic de apreciere a delincvenței și malignității comportamentelor deviate delictuale.

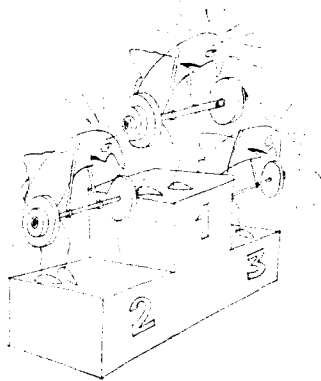
WEST (1963) a studiat biografia a 100 recidiviști, dintre care 50 avuseseră perioade nedelictuale destul de îndelungate. El a constatat că aceste perioade au coincis cu prezența unui suport social bine exprimat în existența recidivistului (părinți, soție, asistență socială în perioadele de „încercare” a readaptării lui sociale etc.), ceea ce a sugerat un rol important în prevenirea recidivelor al reducerii anxietății și stresului prin relaționare constantă la o altă persoană.

111. **RECIMIN^(M)** Coreea — DCI *Rescinnamină*
 ● Neuroleptic, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3,4,5-acid trimetoxicinnamic esterificat metil reserpat, cu acțiune sedativă. Nu se administrează în cazul existenței unei componente depresive; este un marcat hipotensor.

112. **RECKLINGHAUSEN^(B)** boală → FACO—MATOZE.

113. **RECOGNAN^(M)** Japonia — DCI *Citicolină*
 ● Psihostimulent cu o structură chimică particulară de tip colină-citidină 5'-ester pirofosfat, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă. Practic, nu are efecte secundare.

114. **RECOMPENSĂ** (cf. fr. *récompense*; vezi: re-; lat. *compensare*) ● Răsplată cu care este apreciată o acțiune sau conduită, individuală sau de grup, avînd drept scop întărirea sau creșterea eficienței acțiunii (conduitei) respective, prin factori pozitivi, gratificanți. În alternanță cu pedepsele, recompensele constituie instrumente de socializare a individului (R. LINTON, 1945), de control social și de educație.



În plan subiectiv, este trăită cu satisfacție, ca stare de confort, îndeplinind funcții multiple: de mobilizare în atingerea unei performanțe, de stimulare a inițiativei, de încurajare sau de întărire a motivației inițiale, de creștere a eficienței unui individ sau grup social etc.

Recompensele pot fi de ordin material sau moral, pot fi administrate individual sau unui colectiv. Cele de ordin moral (care predomină în societățile evolute) pot îmbrăca mai multe forme: încurajare (publică, individuală), laudă, recunoaștere socială, evidențiere, promovare socială etc. Permeabilitatea la recompense se realizează de

timpuriu în psihogeneză, așa cum o demonstrează studiile experimentale privind învățarea la copii (copilul devine în mai mare măsură apt de performanțe sub acțiunea laudei, decît sub acțiunea criticii, a pedepsei sau a indiferenței — E. HURLOCK, 1964).

Modalitățile de recompensare morală la care recurge psihiatrul în relația cu pacientul trebuie să fie bine dozate și suplu minuite, în funcție de particularitățile nosografice și psiho-individuale ale pacientului. În caz contrar, încurajarea dăunează actului medical sau progreselor realizate prin mijloacele chimioterapice → PEDEAPSĂ, PREMIU, MOTIVAȚIE.

115. **RECONDIȚIONARE** (cf. fr. *conditionner*; vezi lat *conditio* „condiție”) ● Tip de psihoterapie bazată pe concepția potrivit căreia nevroza ar fi rezultatul unei condiționări deficiente. Pacientul este direcționat cu autoritate spre alte modele comportamentale și spre practicarea unor obiceiuri noi, care vor căpăta valoare pentru el (SLATER). Pacientul este considerat a fi în stadiul de inhibiție patologică (ea însăși un răspuns condiționat), care blochează expresia emoțională liberă (excitația).

Tratamentul psihoterapeutic este direcționat spre reflexele inhibitorii condiționate, neînvățate, și înlocuirea lor cu reflexe condiționate excitatorii, cu ajutorul unor mijloace prin care reacțiile emoționale deliberate se stabilizează ca reflexe condiționate. Participarea subiectului la obținerea unor rezultate semnificative este necesar să fie foarte susținută. Metoda este însă destul de limitată și pleacă de la un punct de vedere strict mecanicist.

116. **RECREIN^(M)** Japonia — DCI *Decrol tartrat* ● Psihostimulent, derivat dimetilaminoetanol (DMAE); este un precursor al acetilcolinei, cu acțiune psihostimulentă, determinată de creșterea concentrației de acetilcolină, și cu valențe anti-depresive. Se poate utiliza în corectarea efectelor secundare ale neurolepticilor sedative; are acțiune proconvulsivantă.

117. **RECTOCOLITĂ ULCEROASĂ^(B)** (cf. lat. *rectum*; gr. *koion* „intestin”; sufix — *itis* „inflamație”) — sin. CROHN^(B) boală ● Afecțiune psihosomatică în directă legătură cu colita ulceroasă. Definiția princeps este dată de CROHN în 1932, dar fără o diferențiere notabilă în raport cu alte tipuri de colită. Este caracterizată printr-un proces necrozant care afectează recurent, colonul provocînd leziuni cicatriceale. Numită inițial enterită regională, boala a fost identificată ca afectînd intestinul gros de la un cap la altul. Diagnosticul este dificil, datorită instalării progresive. Natura și gravitatea simptomatologiei sînt în legătură cu gradul de afectare a colonului.

Boala lui CROHN se poate manifesta ca o anemie cu instalare insidioasă sau ca o stare febrilă de origine necunoscută. În perioada de stare apar durerile abdominale intermitente și diareea subacută. Poate surveni la orice vîrstă, dar afectează în primul rînd adultul tînăr, cu maximum de incidență în decada a treia de viață. Ambele sexe sînt în mod egal afectate. Nu există date care să confirme o transmitere ereditară.

Trăsăturile de personalitate ale suferinzilor de această boală sînt asemănătoare cu cele ale subiecților suferinzi de colită ulceroasă : compulsivitate, dorința de ordine și curățenie, abținerea, lipsa umorului, timiditatea, interiorizarea agresivității. Ei suportă cu greu critica, sînt extrem de orgolioși, au o dezvoltare particulară a trăsăturilor narcisistice. Organizarea Eului este de tip punitiv, marginal, vulnerabil la dificultăți existențiale, în fața cărora se descurajează.

Nici una din teoriile psihosomaticii nu este superpozabilă patogenezii bolii Crohn.

Alături de terapia medicamentoasă obișnuită, boala Crohn poate beneficia și de psihoterapie, dacă se respectă următoarele principii (D. OKEN) :

- psihoterapia trebuie făcută cu abilitate și tact ;
- psihoterapeutul să colaboreze strîns cu un internist ;
- psihoterapia să fie țintită pe gravele probleme psihice declanșate de existența acestei boli.

118. RECUNOAȘTERE (cf. lat. *recognoscere*)

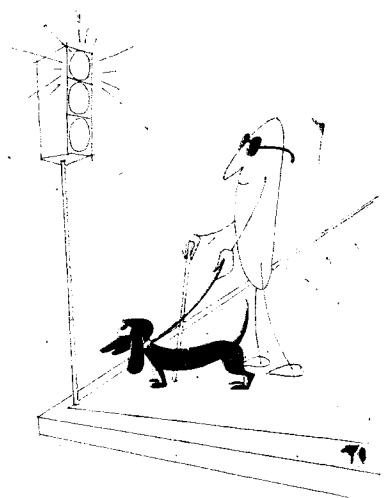
● Fenomen legat de procesul de memorie, caracterizat prin reidentificarea unei situații percepute anterior. Identificarea presupune compararea percepției cu imagini actualizate de către memorie.

În funcție de gradul de precizie, pot fi considerate mai multe tipuri de recunoaștere :

- recunoaștere eronată — cînd se identifică greșit imaginea cu situația memorizată ;
- recunoaștere imprecisă — cînd sînt recunoscute numai anumite elemente sau caracteristici ale imaginii ;
- recunoaștere precisă — care implică o analiză și sinteză a elementelor specifice obiectului, nefiind o simplă percepție repetată.

Recunoașterea se diferențiază de reproducere, fenomen care se realizează în absența obiectului perceput anterior.

Recunoașterea formelor constituie unul din domeniile de studiu din inteligența artificială, avînd drept scop final modelarea pe calculator a unor funcții complexe, necesare deplasării și activității roboților.



119. RECUNOAȘTERE FALSĂ (cf. lat. *recognoscere* ; *falsus* „fals”) → FALSĂ RECUNOAȘTERE.

120. RECUPERARE (cf. lat. *recuperare* „a recăpăta, a recăpăta”) ● Acțiune, „proces prin care i se redă unei persoane posibilitatea de a-și trăi, în limitele normalului, viața pe deplin” (BAKER).

Scopul acestei acțiuni importante, dar grevate de o serie de dificultăți majore, este reîntoarcerea bolnavului (mental) în mediul său socio-familial la cel mai înalt potențial de readaptare pe care-l poate atinge.

Grevată în mare măsură de necesitatea rezolvării unor cazuri urgente sau acute, recuperarea bolnavilor psihici cronici rămîne deseori pe plan secundar, atît în activitatea psihiatrului din clinică, cît și a celui din ambulator ; totuși, în ultimul deceniu s-a subliniat faptul că un demers terapeutic oprit înaintea recuperării este cel puțin incomplet și nu se înscrie într-o viziune globală nici ca eficiență, nici ca act medical propriu-zis. Necesitatea recuperării a condus la apariția unor unități specializate în acest tip de terapie, dar o serie largă de autori subliniază necesitatea realizării acțiunilor de recuperare de către oricare dintre eșaloanele demersului terapeutic.

Între tratament și recuperare există o unitate dialectică ; pe de o parte, merg simultan, îmbrîndu-se, iar pe de altă parte, se deosebesc : tratamentul combate procesul primar al îmbolnăvirii, pe cînd recuperarea stimulează și dezvoltă deprinderile ce pot acoperi deficiența funcțională reziduală.

În esență, recuperarea este procesul care face capabilă o persoană cu un anumit grad de incapa-

citare să-și folosească cât mai bine aptitudinile rezistente, într-un context social, pe cât posibil, normal.

În cadrul concepției unitare de sănătate mintală, problema recuperării capătă o valoare deosebită; ea se adresează unor categorii de bolnavi psihici în diferite etape ale evoluției afecțiunii. Conform concepției moderne, în asistența bolnavului psihic măsurile de recuperare se instituie încă de la debutul bolii, prin metode recuperatorii aplicate în scopul conservării capacităților psihice, prin acțiuni desfășurate în vederea inserției familiale sau profesionale.

Bolnavul psihic cronic nu este doar un „bolnav”, adică doar obiectul de interes al serviciilor medicale; el trebuie privit și ca un „deficient”, prin aceasta înțelegându-se toate consecințele pe care le implică suferința sa pe plan psihosocial:

- incapacitatea de interrelaționare;
- incapacitatea sau scăderea capacității profesionale;
- scăderea capacității de autoîntreținere;
- modificarea sau prăbușirea statutului social;
- modificarea atitudinii față de grupul în care era integrat anterior debutului bolii;
- izolare;
- marginalizare.

Față de toate aceste deficiențe, cu variații de intensitate și structură, singura posibilitate de contrabalansare este existența unor sisteme de ajutorare, de protejare, a unui model funcțional recuperator, adecvat și viabil pe toată durata deficienței.

Modelul și posibilitățile acțiunilor de recuperare sînt legate, pe de o parte, de atitudinile pe care grupul social le are față de bolnav, iar pe de altă parte, de însăși atitudinea bolnavului față de propria sa boală.

Tabel nr. CXXIII

EFFECTUL ATITUDINII FAȚĂ DE BOALA PSIHICĂ ASUPRA BOLNAVALUI

ȚIPUL ATITUDINII GRUPULUI	negativă	mister	indiferență	ajutor	repulsie	teamă
EXPRESIA ATITUDINII FAȚĂ DE PREZENȚA BOLNAVALUI ÎN COMUNI-TATE	contrariantă	intolerabilă	indiferență	protectivă	respingere	expulzare

Tabel nr. CXXIV

FORME ALE ATITUDINII BOLNAVALUI PSIHIC FAȚĂ DE BOALĂ

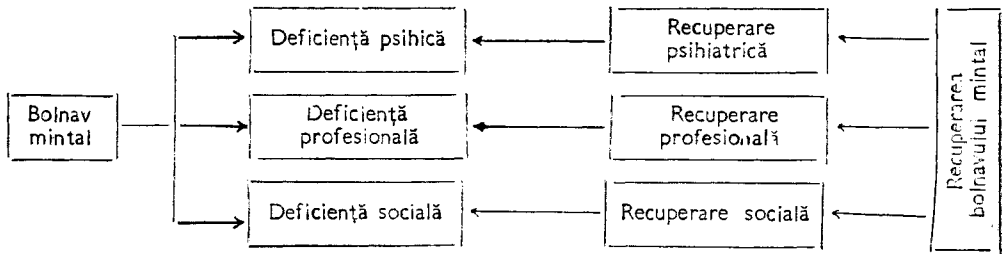
	CERERE DE AJUTOR	RESPINGERE DE AJUTOR	DISIMULARE	SUPRA-SIMULARE
Recunoașterea deficienței	+	—	±	++
Nevoia de recuperare	+	—	±	±
Consecințe sociale	+	—	±	—

Modul de desfășurare a acțiunilor de recuperare este rezultatul acestor atitudini, fiind, totodată, expresia nivelului de dezvoltare socială și culturală a comunității.

Recuperarea presupune un proces secvențializat și existența unor principii fundamentale privitoare la acest proces:

- integrarea acțiunilor în structurile comunitare;

- dinamizarea deficientului psihic ;
 - diversitatea și mobilitatea metodelor ;
 - programarea și planificarea gradată a acțiunilor recuperatorii ;
 - controlul și supravegherea medicală a acțiunilor recuperatorii ;
 - readucerea la normalitatea funcțională.
- Arătând relațiile dintre eficiență și recuperare, C. ENĂCHESCU propune următoarea schemă operantă :



Schimbarea centrului de greutate a asistenței medicale, cu preponderența asistenței ambulatorii, apariția staționarelor de zi, a noțiunii de echipă terapeutică au modificat profund eficiența și sensul acțiunilor de recuperare, revalorizându-le la un nivel calitativ superior. Desigur, activitatea de recuperare se desfășoară paralel și simultan cu dispensarizarea și alte măsuri de psihoigienă (familială, comunitară etc.).

Recuperarea ține seama, ca orice demers medical, de criteriul specificității nosologice.

În nevroze, recuperarea trebuie să aibă în vedere criteriile eficienței și ale randamentului, adică să se desfășoare într-un timp cât mai scurt, nefiind vorba de o afecțiune gravă. Măsurile recuperatorii se axează pe psihoterapie sub toate formele ei (indicație electivă), cură sanatorială, asanarea mediului familial și ameliorarea condițiilor de muncă (adecvarea lor).

În tulburările de structurare a personalității, măsurile recuperatorii se vor axa, în primul rând, pe metodele de ordin psihosocial. Atitudinea comunitară fermă, măsurile educative, încadrarea în grupul profesional, psihoigiena familială se vor alătura supravegherii medicale atente și intervenției precoce în cazul decompensărilor.

În psihoze, măsurile recuperatorii trebuie să fie aplicate în toată complexitatea lor. Procesul recuperator începe odată cu debutul bolii (criteriul precocității), utilizând întregul arsenal terapeutic (criteriul intensității) și prelungindu-se pînă la obținerea maximului recuperator (criteriul duratei). Recuperarea, la care va participa o echipă terapeutică complexă din partea căreia se cere un

susținut efort competent, se va adresa atât bolnavului, cit și familiei și comunității (criteriul totalității). Instalarea unei deficiențe psihice importante impune recurgerea la metode specifice de tip protectiv : ateliere de ergoterapie, ateliere protejate și, în cazurile foarte grave, căminul spital de cronici.

În alcoolism, chimioterapiilor și psihoterapiilor de decondiționare li se vor adăuga, pe lângă alte forme specifice de terapie (cultura, terapia ocupațională, socioterapia), măsuri ca schimbarea microcolectivității și reorganizarea familiei, participarea colectivului de muncă la acțiunea recuperatorie.

În oligofrenii, recuperarea adaugă la metodele terapeutice medicamentoase (nootrope și, eventual, sedative), procedurile fizioterapeutice, psihoterapia, terapii de reeducare comportamentală și psihomotorie, măsuri medico-pedagogice și profesionale.

În gerontopsihiatrie, măsurile de recuperare nu mai vizează capacitatea de muncă și se adresează numai aspectelor medico-sociale. Acestea constau în măsuri de protecție socială, măsuri comunitare legate de crearea unor condiții necesare pentru păstrarea raporturilor normale cu lumea și existența, crearea în cadrul comunității a unei atmosfere familiale.

Prevenirea instituționalizării, la care spitalul clasic de psihiatrie, ca „instituție totală”, supunea pacientul, făcându-l incapabil de a reveni în cadrul comunității la o viață independentă, este primul pas al recuperării. Subliniată ca factor negativ de o serie de autori—RUSSELL, BARTON (nevroza

instituțională), CUMMING, WING, BROWN, BIRLEY —, instituționalizarea poate apărea ca efect al lipsei de motivație pentru recuperare a pacientului care, anterior internării, a avut în mediul social o serie de experiențe negative datorate bolii. La instituirea unei astfel de situații condic supramedicația, atitudinea de depersonalizare a subiectului (care devine un „cronic”), izolarea geografică a instituției spitalicești.

La subiecții la care au apărut deja fenomene de instituționalizare sau la cei la care internarea s-a prelungit peste șase luni, trebuie întreprinse o serie de acțiuni de selecție, care să permită inițierea recuperării, ori de câte ori acest lucru poate fi făcut: orientarea către secțiile mici, spre sistemul staționarelor de zi și al atelierelor cu regim protejat. În aceste unități, metoda grupurilor, reducerea terapiei medicamentoase la nivelul minim posibil și a posologiei la un număr cât mai mic de prize (fără ca aceste măsuri să diminueze efectul antipsihotic al terapiei), terapia ocupațională și cultterapia sînt principale linii directoare. Reinserția familială se va face cu prudență, mai ales atunci cînd sînt constatate condiții defavorabile (respingerea bolnavului sau supraprotecția acestuia care nu ar duce decît la schimbarea tipului de dependență).



Întegrarea socio-profesională, ca ultim act al recuperării, implică eforturi deosebite atît din partea fostului pacient, cît și a întregii echipe terapeutice. Găsirea unui loc de muncă adecvat, rezolvarea problemelor de reinserție familială sau în microcolectivitate, stabilirea unui program de dispensarizare — sînt măsuri care trebuie să se constituie într-un tot unitar. În acest scop, relația psihiatrului cu comunitatea pe care o deserveste ar trebui să fie, în cele mai multe cazuri, directă. Pensionarea medicală a unui bolnav psihic trebuie să reprezinte numai o alternativă de excepție, acest act semnificînd de cele mai multe ori eșecul terapeutic și recuperator.

Recuperarea psihică reprezintă un act medical de cea mai înaltă valoare, cu implicații socio-economice complexe și cu efecte pozitive asupra prognosticului și evoluției bolii.

Recuperarea bolnavilor psihic, consecință a unor mutații esențiale produse în gîndirea psihiatrilor contemporani, mentalitate care se reflectă la nivelul întregii societăți, reprezintă unul din aspectele cele mai umanitare ale psihiatriei contemporane. Redobîndirea de către bolnavul psihic, prin procesul recuperator, a statutului și rolului psihosocial, în esență, a sănătății mintale, reprezintă corolarul întregii activități psihiatrice.

C. E. CANIFF (citat de C. ENĂCHESCU) afirmă că conceptul de recuperare a apărut odată cu epoca contemporană.

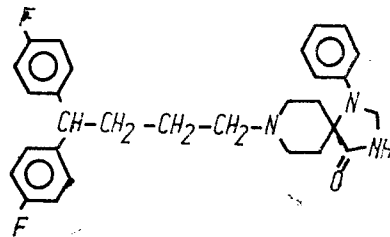
În acest context, aserțiunea lui Pearl BUCK este perfect justificată: „A recunoaște deficiența unui individ este bine, să-i ameliorezi starea sau să-l vindeci este mult mai bine, să-l redai vieții sociale este totul”.

121. **RECURENȚĂ** (cf. fr. *récurrent*) ● Înșușire a unui proces (material sau ideal) de a reveni asupra lui însuși, remodelîndu-se în virtutea creșterii în complexitate sau a gradului de determinare; retroacțiune a unui fapt sau eveniment asupra cauzelor care l-au generat.

● În matematică, demonstrația prin recurență este un mod de demonstrație numit și inducție matematică sau inducție completă.

● În fiziologie, termenul este utilizat în corelație cu mecanismele de feedback. Termenul este, de asemeni, folosit în psihologie după introducerea și în acest domeniu a relației de feedback, cu referire la reversibilitatea operațiilor (P. POPESCU-NEVEANU). În medicină în general, ca și în psihiatrie de altfel, termenul face referire la acele afecțiuni acute sau la decompensările acute ale bolilor cronice care prezintă recidive.

122. **REDEPTIN^(M)** Anglia — DCI *Fluspirilend* ● Neuroleptic, derivat difenilbutilpiperidinic de tip 8-14,4-bis (p-fluorofenil) butil-1-fenil-1,3,8-triazaspiro[4,5]decan-4-onă, cu acțiune anxiolitică, sedativă și antipsihotică. Efectul se menține 4—6 zile după administrarea unei doze. Nu se va



administra în depresii endogene și în psihiatria organică. Efectele secundare nu apar la dozaj de tranchilizare (până la 1,5 mg/săptămână). La doze mai mari, efectele secundare sînt predominant de tip sedativ. Se va evita administrarea la gravide. Este indicat pentru tratamentul de întreținere de lungă durată, în ambulator.

123. **REDERGIN^(M)** Iugoslavia ● Simpaticolitic, vasodilatator periferic ^{sin.} → **HYDERGIN^(M)** Elveția.

124. **REDINTEGRARE** (cf. lat. *integrare* „a reface”) ● Termen creat de **HOLLINGWORTH** pentru a desemna procesul în care un segment al unui antecedent complex provoacă o reacție completă, așa cum ar fi existat ea inițial. Reflexul condiționat este un exemplu de redintegrare. De asemenea, redintegrarea ar sta la baza valorizării amintirilor care tind să stîrnească aceleași atitudini ca și experiențele cu care sînt, la origine, interconectate. Uneori termenul este folosit ca sinonim cu reintegrarea (→).

125. **REDLICH^S simptom** ● Simptom constînd în dilatarea spontană a pupilelor, datorită puternicei încordări musculare. Descriș în anul 1908, de **REDLICH**, care susținea că apare exclusiv la bolnavii isterici și nevropați, simptomul nu are valoare diagnostică, întîlnindu-se și în situații fiziologice.

126. **REDLICH-FLATAU^(B) boală** ● Encefalomielită difuză, a cărei patogenie este legată de un proces de demielinizare. Expresia sa clinică este asemănătoare cu cea a sclerozei în plăci. Tabloul clinic este, la debut, marcat de astenie, pentru ca, ulterior, să fie înlocuit cu manifestări paranoide sau de tip oneiroid. A fost descrișă independent, de **REDLICH** și **FLATAU**, în 1927 și, respectiv, 1928.

127. **REDOMEX^(M)** Belgia — DCI **Amitriptilină** ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N,N-dimetil-5H-dibenzola,d/-cicloheptenă- $\Delta^1,5$ -propilamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **AMITRIPTILINĂ^(M)**.

128. **REDUCOR^(M)** Finlanda — 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.

129. **REDUCTIV** (cf. lat. *reductio* „readucere”) ● Termen utilizat de C. G. **JUNG** pentru a caracteriza metodele de interpretare psihologică în raport cu care produsul inconștient nu este privit ca un simbol, ci semiotic, ca un semn sau simp-

tom al unui produs subiacent. Reducția modifică semnificația reală a produsului inconștient, care este fie readus la antecedentele sale istorice și anihilat, fie reintegrat aceluiași proces elementare din care a provenit odinioară și deci dezintegrat.

Produsul inconștient capătă în mod necesar caracterul unei expresii inautentice, căreia nu îi mai este posibilă aplicarea termenului de „simbol” în sens propriu. În opinia lui **JUNG**, atît analiza freudiană, cît și cea adleriană sînt reductive, deoarece conduc, în ultimă instanță, la procesele elementare de a dori sau de a voi (dorință-voință), care au o natură fiziologică sau infantilă.

Atît în sens strict istoric, cît și în sensul figurat al urmării unor factori complecși diferențiați, metoda reductivă orientată retrospectiv este în opoziție cu metoda constructivă.

130. **REDUCTO^(M)** Austria, SUA — DCI **Fenimetrazină** ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpatomimetice reduse. Este indicat în astenie, presenilitate, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară curei cu neuroleptice, tulburări de dinamică sexuală și contraindicat în stările de excitație psihomotorie, anxietate, sarcină, comitație.

131. **REDUCTOL^(M)** Argentina ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, cu acțiune diferită, care se completează :

- **FENPROPOREX^(M)** — psihostimulent, derivat feniletilaminat ;
 - **LORAZEPAM^(M)** — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.
- Are acțiune psihostimulatoare.

132. **REDUCȚIE FENOMENOLOGICĂ** (cf. fr. *réduction* : vezi lat. *reductio*) ● Moment esențial în metoda analizei fenomenologice, elaborate de **HUSSERL**, ca modalitate riguroasă de acces la evidențe apodictice. Precedînd „întuirea esenței” (**WESSENSCHAU**), la care conștiința se raportează intențional, reducția fenomenologică constituie o suspendare sau punere între paranteze a tot ceea ce nu este strict justificat. În structura finală a teoriei sale, **HUSSERL** distinge două semnificații ale reducției fenomenologice :

- reducția transcendențială este momentul de suspendare a convingerii naive privind realitatea obiectivă a lumii și, implicit, a oricărei judecăți despre o lume în sine, desprinsă de actele subiective, lăsînd obiectul cunoașterii să apară ca un corelat intențional al percepției (cogitatum pur sau noemă) ; reducția este transcendențială deoarece operează și asupra Eului empiric, ca parte a realității suspendate, urmărind să evidențieze în cîmpul analizei fenomenologice doar actele pure,

constituante, ale subiectului, operațiile spirituale care fac posibilă (în sens epistemic) percepția lucrurilor ;

- reducția eidetică înseamnă contemplarea unor ipostaze variate ale imaginii unui fenomen, pentru a degaja esența fenomenului respectiv, observând ceea ce este invariant și cu necesitate prezent în toate variațiile imaginii contemplate (de exemplu, reprezentarea unei diversități nedefinite de triunghiuri particulare, pentru a desprinde ca esență particulară a triunghiului proprietatea de a fi o figură formată din segmentele de dreaptă ce unesc trei puncte nealiniate) ; în acest caz, rezultatul este o reducție a varietății fenomenelor la esența lor.

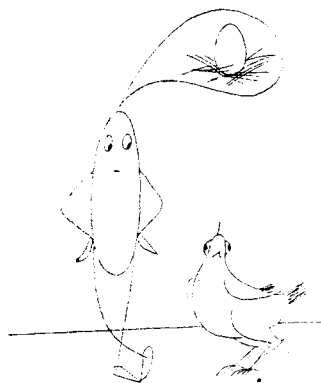
Reducția fenomenologică este instrumentul atitudinii și cunoașterii fenomenologice clinice, prin intermediul ei urmărindu-se abordarea comprehensivă a fenomenelor psihopatologice. Reducția fenomenologică „despoaie” aceste fenomene pentru a atinge „un nivel de vacuitate, de disponibilitate, de ingenuitate, care se dispensează de cunoașterea obiectivă” (ACHAINTRE). Mijloacele de a o realiza sînt, după JASPERS (1913), următoarele :

- penetrarea gesturilor, comportamentelor, expresiilor etc., pentru a le experimenta așa cum le experimentează un actor ;
- explorarea prin interogare dirijată de cursul investigației ;
- studierea relatărilor scrise ale experiențelor trăite de bolnav, mijloc prin care se poate lua cunoștință de trei ordini de fenomene :
 - cele pe care toți le cunoaștem prin propria noastră experiență ;
 - cele care reprezintă dezvoltarea, diminuarea sau contaminarea experiențelor personale ;
 - fenomene imposibil de a fi reprezentate în mod comprehensibil (ca experiențele schizofrenice).

Fenomenologia caută prin reducție o „unitate ontologică” (Von GEBSATTEL), îndreptîndu-se spre totalitatea ființei umane (îndeosebi în cadrul Dasein-analizei lui BINSWANGER).

133. REDUCȚIONISM (cf. lat. *reducere*) ● Mod de interpretare sau explicare a unor fenomene relativ complexe prin reducerea lor la configurații, legi și structuri mai simple, proprii unor straturi sau niveluri inferioare ale existenței. Reducționismul de orice fel este solidar cu postulatul metafizic, potrivit căruia arhitectonica ființei poate fi descompusă în unități sau principii elementare, cu proprietăți universale, din care sînt deducibile toate ipostazele realității (proprietățile emergente în straturile ontice mai complexe avînd, de aceea, un statut epifenomenal). Printre cele mai

cunoscute variante de reducționism se numără : mecanicismul, fizicalismul, vitalismul (biologismul, darwinismul social, organicismul), psihologismul, economismul, utilitarismul, operaționalismul, scientismul etc.



În fapt, reducționismul este o etapă inevitabilă pe calea cunoașterii complexității lumii biologice, o critică a lui fiind justificată fie de aplicarea sa neștiințifică (îndeosebi în ce privește analiza „pe verticală” a structurilor și funcțiilor organismelor, cînd nu există pericolul confundării părții cu întregul, al organului cu organismul, celui cu țesutul — EȘEANU), fie de poziția extremistă a unui „purism” biologic de sorginte vitalistă (H. DRIESCH, BERGSON). Calitatea fiind urmarea restricțiilor legice impuse cantității, reducționismul poate ajunge la o reală cunoaștere științifică, dialectică, prin analiză judicioasă, în condițiile cunoașterii naturii reale a restricțiilor cu care operează, realizată prin reducerea fenomenului biologic la bazele sale naturale chimice și mai cu seamă la legile universale fizice (EȘEANU).

Structura fiind modalitatea fizicului de a intra în biologic, investigarea experimentală reducționistă, cu reală valoare euristică, va „demonta complexul pentru a-l reface apoi”, transferînd complexitatea în metodă a complexității (ibid). Reducționismul, pus în acțiune de cercetarea biologică experimentală contemporană pentru investigarea complicatelor structuri și funcții proteice, neuro-nale, enzimactice etc., constituie o modalitate metodologică adecvată, dialectică, de investigarea lumii vii, ridicînd achizițiile experimental-cantitative obținute prin analiză la un nou nivel calitativ al cunoașterii. Direcții eronate metodologic și conceptual ale reducționismului sînt, în istoria științei, fizicalismul, organicismul, psihologismul, sociologismul, care au abordat fenomenele din perspective exclusiviste, unilaterale. Metodele cantitative (biometrice) utilizate de cercetările ac-

tuale de psihologie experimentală ilustrează posibilitățile de aplicare fructuoasă a reducționismului, evidențiind, cu variate instrumente de investigare (interviuri structurate, inventare de personalitate, scale clinice de evaluare a simptomatologiei și rezultatelor terapeutice, diferite tipuri de markeri etc.), particularități nosografice, mecanisme etiopatogenice, interacțiuni de fenomene diferite (biologice, psihologice, sociale), pentru a le modela apoi (prin intermediul instrumentului matematic) în structuri și sisteme funcționale cu diferite grade de complexitate. Simplificarea metodică devine astfel o cale de acces spre înțelegerea sistemică a fenomenelor psihopatologice. Organodinamismul (H. EY) este o concepție reducționistă a modelului bolii psihice, care este explicată prin dereglarea unui sistem cu mai multe trepte ierarhizate de funcționare și reintegrare funcțională compensatorie la unul dintre nivelurile superioare.

134. REDUNDANȚĂ (cf. lat. *redundantia* „abundență, exces”) ● Concept utilizat în teoria informației, care se referă la prezența într-un mesaj a unui număr de unități de informație mai mare decât cel strict necesar pentru transmiterea/receptarea corectă și integrală a mesajului. Un grad carecarea de redundanță este necesar pentru a garanta și facilita transmiterea informației, păstrînd o proporție judicioasă între ceea ce este „original” pentru receptor și ceea ce acesta recunoaște ca dinaintea știut. Dincolo de un anumit prag însă, creșterea gradului de redundanță alterează valoarea mesajului, ducînd la o risipă de mijloace pentru transmiterea unei cantități reduse de informație utilă (originală, interesantă etc.).

După C. ARSENI, M. GOLU, L. DĂNĂILĂ (1983), creierul uman este sistemul informațional cu coeficientul cel mai ridicat de redundanță, care se manifestă sub următoarele două aspecte :

- **redundanță structurală**, caracterizată prin :
 - existența unui număr de neuroni mult mai mare decât minimul necesar ;
 - existența unui exces neuronal destinat efectuării uneia și aceleiași operații ;
 - existența unor structuri integrative duble (emisferice) ;
 - multiplicarea nivelelor verticale și a gradelor pe orizontală în prelucrarea și integrarea informației ;
- **redundanță funcțională**, caracterizată prin :
 - dublarea modelelor informaționale interne ale obiectelor externe recepționate ;
 - dublarea sistemelor de legături temporare elaborate în cursul ontogenezei ;
 - elaborarea unor structuri logice de corectare a distorsiunilor și omisiunilor semnalelor transmise ;

- reiterarea aceluiași procedee, operații și acțiuni pentru fixarea și consolidarea elementelor mnestice ;
- utilizarea informației stocate prin experiență.

Deși creierul pare să funcționeze într-un „exces” informațional, totuși, sub raport energetic, este cel mai economic din subsamblele organismului.

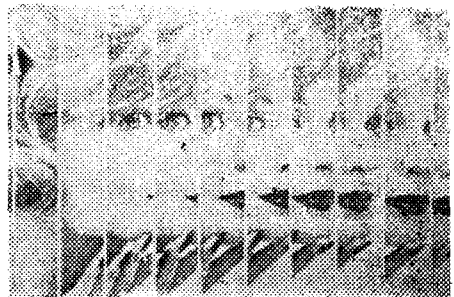
Structurile perceptive se supun legii redundanței, care se exprimă prin următoarele aspecte :

- obiectele sînt traduse și integrate subiectiv prin mai multe „coduri-imagini” modale ;
- dublarea codurilor-imagini în codul analizatorilor-pereche ;
- închiderea în imaginea perceptivă a unei cantități de informație mai mare decît necesarul, pentru a fi identificată și recunoscută.

Dacă în domeniul cîștigului de informație, redundanța activează în sens pozitiv, fiind expresia unei perfecționări structurale și funcționale, la nivelul transmiterii informației cu ajutorul limbajului verbal și/sau nonverbal, creșterea cantității de „zgomot” din mesaj duce la deteriorarea lui progresivă. Mesajul ajunge îninteligibil sau foarte greu inteligibil atunci cînd cantitatea de „zgomot” egalează sau depășește numărul semnalelor purtătoare de informație.

Apariția de informație redundantă este expresia disfuncționalității sistemului de comunicare, care, la rîndul ei, este, în marea majoritate a cazurilor, expresia unor suferințe psihice. Întîrzierile mentale, deteriorarea organică, confuzia mentală, tulburările afective sînt tot atîtea ipostaze ale denaturării prin supraîncărcare a mesajului. Bavarajul, chiar dacă poate fi o ipostază a normalului, este o expresie tipică a denaturării mesajului. Circumstanțialitatea, verbigerarea, prolixitatea limbajului, ca și hipermimia sau tulburările de atitudine și gestuale sînt aspecte parazitare, care transformă comunicarea în opusul ei.

135. REDUPLICARE (cf. re- prefix iterativ ; lat. *duplicare* „a dubla”) ● În genetică, la nivel cromozomial, reprezintă procesul de sinteză a



Jerri Schatzberg

acidului dezoxiribonucleic, având drept rezultat dublarea numărului de cromatide și, în final, diviziunea celulară.

● în psihiatrie, termenul se referă la aspectul de dublare în reproducerea unui eveniment sau a unui lanț de evenimente (formă de paramnezie descrisă de PICK → PARAMNEZIE). Obiectul, persoana sau situația pe care bolnavul le rememorează sînt percepute eronat, drept identice cu alt obiect, persoană sau situație trăită anterior. Reduplicarea face parte, deci, din categoria iluziilor mnezice. Simptomul este destul de rar și se întîlnește în cadrul sindromului Korsakov și al demențelor presenile.

136. **REEDUCARE** (cf. re-; lat. *educare*) ● Ansamblu de mijloace terapeutice (medicale, psihologice, pedagogice) al căror scop este recuperarea unor capacități motorii și psihice, optimizarea comportamentului adaptativ, tinzînd spre apropierea de nivelul potențial sau anterior al subiectului.

Cuprinde :

- metode diferențiate, aplicate în probleme de dezvoltare (dislexici, disgrafici etc.);
- metode psihopedagogice speciale pentru tineri cu tulburări de comportament;
- metode psihofizice după traumatisme grave (infirmi) sau sechelari neuropsihic (afazici, apraxici etc.).

După LAFFON, reeducarea este „într-un sens larg și în general mai psihologic, ansamblul de instituții și metode utilizate pentru copilul neadaptat (...) cel al cărui comportament este incompatibil cu o viață în societate. În acest domeniu se situează reeducarea delincvenților, a copiilor dificili sau a deficienților mentali...”

Reeducarea presupune :

- servicii de depistare ;
- reeducarea propriu-zisă în cură liberă, în externat sau internat ;
- servicii de urmărire postcură.

137. **REEDUCARE PSIHOTONICĂ** — sin. ALEXANDER — metodă ● Metodă de tratament elaborată de G. ALEXANDER, bazată pe o tonicitate musculară armonios echilibrată (eutonie) și care urmărește dezvoltarea spontană a mișcării și învățarea acesteia atît de către copii, cît și de către persoane la care patologia mișcării este consecutivă tulburărilor psihice sau regresivii. Metoda de învățare a controlului mișcărilor segmentare și a relaxării poate fi folosită atît în patologia psihosomatică (în special digestivă și respiratorie), cît și în psihiatrie, în stări fobice, instabilitate psihomotorie, tulburări de limbaj, tulburări cu caracter hipocondriac.

138. **REFERINȚĂ — grup** de (fr. *référence* ; vezi lat. *referre* „a raporta”) ● Grup căruia indi-

vidul îi aparține prin aspirații, atitudini sau dorințe, de care se simte legat prin unele particularități ale personalității sale, prin sistemul său de valori, prin modul său de comportament. El poate să aparțină efectiv acestui grup, caz în care grupul de referință coincide cu grupul de apartenență sau, dimpotrivă, poate să nu-i aparțină efectiv, dar să se raporteze la el spiritual și comportamental. În primul caz, încadrarea se poate face fără dificultăți, dar în al doilea caz, pot să apară situații conflictuale, de natură interpersonală. NEWCOMB distinge un grup de referință pozitivă, înțeles ca un grup în care individul caută să fie primit și tratat ca membru cu aceleași drepturi și obligații, și un grup de referință negativă, căruia i se opune, refuzînd calitatea de membru. Grupul de referință poate avea două funcții importante (KELLEY, 1965) : funcția normativă și funcția comparativă. Un grup funcționează ca un grup de referință normativ, atunci cînd aprecierile sale asupra unei persoane sînt determinate de măsura în care aceasta se conformează standardelor de comportament și atitudine proprii grupului. Recompensele și pedepsele sînt în funcție de aceste aprecieri. În al doilea caz, un grup funcționează ca un grup de referință comparativ, atunci cînd caracteristicile sale de comportament și atitudine constituie modele de comparație pentru o persoană, care se servește de ele pentru a-și formula judecăți și aprecieri.

139. **REFERINȚĂ^(D) delir** ● Termen al cărui grad de precizie este redus, avînd semnificația unui delir care exprimă credința că „evenimentele din mediul imediat apropiat au o semnificație personală neliniștitoare, de obicei cu o coloratură negativă sau peiorativă” (J. NASH, 1985).

Conversațiile, acțiunile și comportamentul persoanelor străine capătă o semnificație personală, se referă la subiectul în cauză, aceste evenimente avînd, în majoritatea cazurilor, caracter depreciativ, enigmatic și devalorizator pentru subiect.

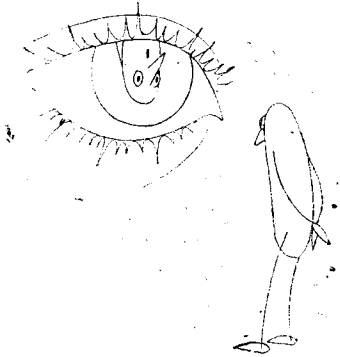
Unii autori afirmă că mecanismul acestui delir ar consta în hipersensibilitatea schizofrenilor la stimulii exteriori, în hipervalorizarea simbolică a unor evenimente lipsite de semnificație pentru subiectul normal.

KRETSCHMER a descris aceste idei delirante la personalitățile cu trăsături particulare „de tip senzitiv”, care sînt înclinate să raporteze realitatea la sistemul propriu de valori etico-morale.

Delirul de referință se poate întîlni în schizofrenie, reacții și dezvoltări senzitive, psihoze afective și dizarmonii de personalitate.

140. **REFLECTARE** (cf. lat. *reflectere* „a replia, a întoarce, a ogîndi”) ● Categorie fundamentală a gnozeologiei materialist-dialectice, desemnînd esența relației cognitive ca interacțiune între subiect și obiect, care are drept rezultat anumite

modificări interne ale subiectului (sub formă de percepții, reprezentări, noțiuni etc.), aflate într-o relație de corespondență cu anumite însușiri ale obiectului. Cunoștințele, ca acte de reflectare, apar drept rezultate ale acțiunii obiectelor asupra organelor de simț, ale căror informații sînt preluate în creier, constituindu-se în imagini ale



realității obiective. Aceste imagini nu sînt copii fotografice ale lucrurilor exterioare, ci modele subiective, structural asemănătoare. În procesul reflectării cognitive, subiectul nu se comportă ca un receptor pasiv de informații, ci desfășoară o activitate complexă de selecție, evaluare, modelare rațională și verificare a datelor senzoriale primare, reconstituind structura și funcționalitatea claselor de fenomene și procese prin intermediul abstracțiilor, relaționate în modele ideale, nelimitat perfectibile. Proprietate universală a sistemelor materiale de a interacționa provocîndu-și reciproc modificări interne, izomorfe sau corespondente cu acțiunile exercitate, reflectarea atinge treapta cea mai înaltă de evoluție ca proces subiectiv de cunoaștere rațională, dimensiune definitivă a condiției umane.

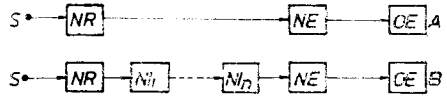
141. REFLECTIVITATE (cf. lat. *reflectere*) ● Capacitatea stimulilor de a provoca răspunsuri reflexe.

142. REFLECȚIE (cf. lat. *reflectio* „întoarcere înapoi”) ● Interpretare rațională, contemplare și examinare a sensului și valorii diferitelor fragmente ale realului, din unghiul de vedere al judecății ierarhizante.

● Investigare analitică a însăși activității de cunoaștere, „reîntoarcere” a gândirii asupra ei însăși, pentru a-și dezvălui propriile mecanisme și spre a-și evalua rezultatele (LOCKE, LEIBNIZ ș.a.).

● Autoanaliză, cunoaștere de sine, într-un sens apropiat (dar nu identic) de cel al termenului introspecție.

143. REFLEX (cf. lat. *reflexus*) ● Act nervos elementar, considerat drept răspuns motor, vasomotor sau secretor, care apare consecutiv unui stimul. Reflexele se subîmpart în condiționate și necondiționate, ultimele fiind utile și în practica psihiatrică.



SCHEMA ARCURILOR REFLEXE

S-stimul; NR-neuron receptor; Ni-neuron intermediar; NE-neuron executor; CE-organ executor; A-reflex monosinaptic (bineuronal); B-reflex mososinaptic sau polysinaptic (multineuronal)

Distingem următoarele tipuri de reflexe necondiționate :

● **Reflexe osteotendinoase (ROT)**: se evidențiază prin percuția unor tendoane sau suprafețe osoase și au drept rezultat o contracție promptă a unui mușchi sau grup muscular.

În cazul examinării unor bolnavi psihici sau a unor persoane suspecte de simulație, este indicat să se utilizeze metode de distragere a atenției (în mod clasic, metoda Jendrassik).

Răspunsul obținut trebuie să asigure singur o contracție scurtă, după o perioadă mică de latență, și simetrică pentru ambele membre. Se consideră abateri: diminuarea-abolirea, accentuarea-exagerarea, inversarea și pendularea (în cazul reflexului rotulian) :

● diminuarea și abolirea ROT : este considerat patologic răspunsul lent sau absent unilateral sau bilateral, care contrastează intens cu restul reflexelor ; etiologic, există numeroase cauze datorită cărora se produce :

- leziunile componentelor arcului reflex (indeosebi) ;
- starea de extenuare fizică sau psihică ;
- intoxicații severe cu alcool, barbiturice, opiacee ;
- sindrom de hipertensiune intracraniană ;
- comele de orice natură, mai puțin cea „isterică” ;
- vîrstă avansată, pentru care diminuarea sau dispariția reflexului achilian și stiloradiai nu are valoare patologică (deși cîteodată i se acordă o astfel de valoare pentru a contura „mai bine” patologia vîrstnicului) ;

● accentuarea și exagerarea reflexelor : este considerat patologic răspunsul mai rapid,

cu mișcare mai amplă, cu excitant minim (uneori aplicat chiar în zone vecine) sau cu răspuns și la mușchii vecini, ce nu se contractă în mod normal; etiologic, cauzele sînt mai puțin numeroase și pot evidenția;

- leziunea căii piramidale;
- nevroze și personalități dizarmonice (isterici, excitabili);
- hipertirozii;
- hipocalcemia și hipoglicemia;
- intoxicații cu stricnină;

- inversarea reflexelor osteotendinoase : este considerat patologic răspunsul mușchilor antagoniști sau al centrului vecin cu cel al mușchilor care ar fi trebuit să se contracte în mod normal; este rar întîlnit atît în neurologie, cît și în psihiatrie; apare în stadiile avansate ale paraliziei generale progresive;
- penduarea reflexului rotulian, prezentă în clinica neurologică în hipotonia existentă la

cerebeloși, poate fi întîlnită în clinica psihiatrică la unii schizofreni și în dementele pre-senile.

- *Reflexe cutaneo-musculare (RCM)*: se realizează prin excitarea unor zone tegumentare și au drept rezultat contracția mușchilor segmentari corespunzători.

Răspunsul obținut trebuie să asigure o singură contracție scurtă, după o perioadă mică de latență, simetrică pentru diverse zone ale corpului. Se consideră abateri diminuarea-abolirea, accentuarea-exagerarea și inversarea răspunsului:

- diminuarea și abolirea RCM: au valoare semiologică atît în clinica neurologică, cît și în cea psihiatrică, unde diminuarea lor se întîlnește în cadrul acelorși afecțiuni în care există și diminuarea ROT;
- accentuarea și exagerarea RCM: au aceeași valoare semiologică și se întîlesc în aceleași

Tabel nr. CXXV

PRINCIPALELE REFLEXE OSTEOTENDINOASE

	DENUMIREA REFLEXUI	ORIGINEA	LOCUL DE APLICARE A PERCUȚIEI	REAȚIA DETERMINATĂ
0	1	2	3	4
CAP	Reflexul maseterin	V—VII	degetul examinătorului aplicat pe regiunea mentonieră	ridicarea mandibulei
MEMBRUL SUPERIOR	Reflexul bicipital Reflexul stilo-radial Reflexul tricipital	C ₅ —C ₆ C ₅ —C ₈ C ₇ —C ₈	tendonul bicepsului apofiza stiloidă radială tendonul tricepsului	flexie antebrăț pe braț flexie antebrăț pe braț extensie antebrăț + contracție triceps ușoara pronație a antebrățului
	Reflexul cubito-pronator	C ₆ —C ₈	apofiza stiloidă ulnară	
	Reflexul acromial	C ₄ —T ₁	acromionul	flexia și pronația antebrățului
	Reflexul deltoidian Reflexul marelui pectoral	C ₅ —C ₈ C ₅ —T ₁	tendonul deltoidului tendonul marelui pectoral	abducția brațului abducția interioară a brațului
	Reflexul mediosternal	C ₈ —T ₅	mijlocul sternului	contracția mușchilor abdominali + pectorali
MEMBRUL INFERIOR	Reflexul rotulian Reflexul achilian	L ₂ —L ₄ S ₁ —S ₂	tendonul rotulian tendonul lui Achile	extensia gambei flexia plantară a piciorului
	Reflexul mediopubian	L ₁ —L ₂	simfiza pubiană	contracția adductorilor coapsei
	Reflexul adductorilor	L ₂ —L ₃	condilul femural	contracția adductorilor coapsei
	Reflexul cuboidian	L ₃ —L ₅	fața superioară a piciorului în dreptul cuboidului	extensia ultimelor patru degete

afecțiuni psihice în care sînt accentuate și ROT ; un loc aparte îl ocupă reflexul palmo-mentonier Marinescu-Radovici, exagerat în demența vasculară și mixtă ;

- inversarea RCM : se întîlnește sub formă de-unicat, dar grupează o întregă patologie (cea a neuronului motor central fiind cunoscută drept semnul Babinski) ; poate fi prezentă nu numai în patologia neuronului motor

central, ci și în : post-criza epileptică, coma insulinică (accident de terapie), post-electro-soc, paralizia generală progresivă, demențe. Deși sînt mai puțin cunoscute, aceeași valoare semiologică au și semnele : Oppenheim, Schäffer, Gordon, Hoffmann, ele exprimînd aceeași suferință a neuronilor motori centrali. Redăm în tabelul următor principalele reflexe cutaneo-mucoase :

Tabel nr. CXXVI

PRINCIPALELE REFLEXE CUTANATE

REFLEXUL	LOCUL DE APLICARE AL EXCITANTULUI	REAȚIA DETERMINATĂ
Reflexul cornean	excitarea corneei	contractia orbicularului pleoazelor
Reflexul corneo-mandibular	excitarea corneei	proiecția și lateralizarea mandibulei
Reflexul palmo-mentonier Marinescu-Radovici	excitarea hipotenară sau tenară	contractie mentonieră
Reflexul palmo-mentonier Braka	excitarea marginii externe a policelui	contractie mentonieră
Reflexe cutanate abdominale	excitarea verticală, la diferite nivele, a marginii externe a mușchilor dreapta abdominali	contractia mușchilor abdomenului cu deplasarea ombilicului
Reflexul cremasterian	excitarea feței interne a coapsei	ridicarea testiculului
Reflexul cutanat plantar	excitarea marginii externe a plantei, de la călcîi spre degete	flexia degetelor

● *Reflexele statice sau de postură* se realizează prin apropierea pasivă a capetelor unui mușchi, obținîndu-se la sfîrșitul manevrei o contracție tonică. Sînt prezente la orice mușchi, dar mai evidente pe mușchi lungi, care traversează o articulație ; de aceea, de obicei, bicepsul brahial sau gambierul anterior fac obiectul examinării în practică. Abolirea reflexului nu este cunoscută în clinica psihiatrică, presupunînd leziunea arcului reflex. Exagerarea reflexului, tradusă prin decontracturarea sacadată, realizînd „semnul roții dințate”, este prezentă în impregnarea neuroleptică.

144. **REFLEX AFECTIV ACUT** ● Denumire folosită de KRETSCHMER pentru a desemna manifestările somatice precoce, produse de descărcările emoționale determinate de o situație stresantă : tremurături, transpirații etc.

145. **REFLEX (DE) APUCARE FORȚATĂ** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ GRASPING — reflex.

146. **REFLEX MIMICO-BULBAR** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MONDONESI — reflex.

147. **REFLEX PALMO-MENTONIER** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ MARINESCU-RADOVICI — reflex.

148. **REFLEXE^(H) halucinații** ● Pesupusă modalitate patogenică de producere a halucinațiilor „periferice indirecte” (SÉGLAS, 1896), avînd drept caracteristică asocierea automată (reflexă) a unei serii de senzații obișnuite (zgomote, imagini, mirosuri) cu o producție halucinatorie cel mai frecvent auditivă.

149. **REFLEXIVITATE** ● Proprietate formală a unor relații ce se pot stabili între un termen și sine însuși ; simbolic, reflexivitatea (Ref) unei relații R se definește astfel : $\text{Ref}(R) = x(xRx)$: există cel puțin un x, astfel încît să fie valabilă relația xRx. Implicația ($p \rightarrow p$) și echivalența ($p = p$) sînt relații reflexive.

150. REFLEXOGRAMĂ (cf. lat. *reflexus* „în-
toarcere înapoi”; gr. *gramma* „semn, desen”) ●
Mecanogramă a reflexului achilian, care s-a impus
ca o investigație paraclinică foarte valoroasă, datorită
simplității tehnicii de efectuare și fidelității
rezultatelor. Ea constă în înscrierea grafică (cu
ajutorul unui electrod EEG sau EKG), în condiții
izotonice, a mișcării pe care o face piciorul după
percuția tendonului achilian. Înregistrarea are

decontractia. Evaluarea se face prin măsurarea
următorilor timpi: timpul artefactului de percuție,
timpul de latență, timpul de contracție (până la
revenirea curbei la nivelul de bază). O interpretare
mai fidelă poate fi făcută prin măsurarea timpului
dintre vârful curbelor de contracție și de decontractie.
În mod normal, în primul caz, durata contracției
se situează între 200—280 miliseconde (ms), iar
în cel de-al doilea, între 160—200 ms.

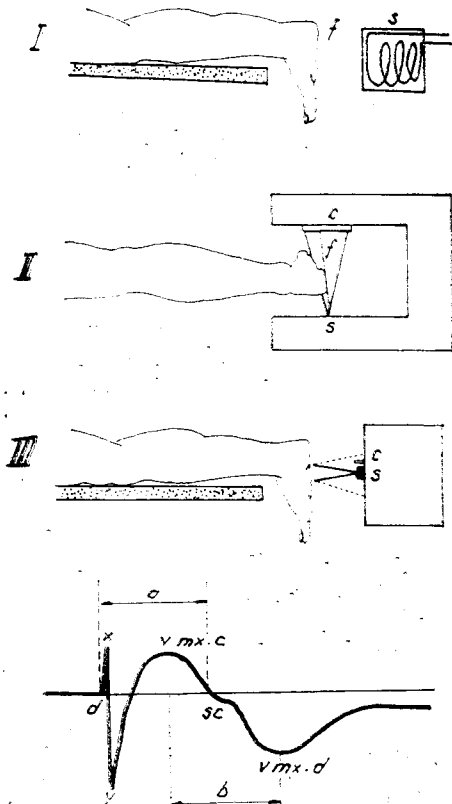
Tehnici mai recente folosesc, în afara acestei
metode magnetice, o metodă optică de înregistrare,
prin extincție și reflectare și prin metoda poten-
tiodometrică. Rezultatul este o curbă în care arte-
factul de percuție și timpul de latență sînt mai
bine delimitate.

Reflexograma are o mare valoare diagnostică
pentru tiroidopatie, durata contracției musculare
fiind dependentă de impregnarea organismului cu
hormon tiroidian.

După DUMOULIN și BISCHOP (citați de STA-
MATOIU), durata reflexogramei în eutiroidii și
în distiroidii poate fi schematizată astfel:

Tabel nr. CXXVII

	METODA OPTICĂ (contracție + se- mirrelaxare)	METODA MAGNETICĂ (contracție)
Hipertiroidie	160—310 ms	sub 200 ms
Eutiroidie	260—380 ms	200—280 ms
Hipotiroidie	360—720 ms	peste 280 ms



a - Metoda de detecție a reflexogramei achiliene
(reprezentare schematică după v. Dumoulin
și G. Bischoff);
I - metoda magnetică; II și III - metoda optică
(II - sistemul de extincție; III - sistemul prin
reflectare);
E - reflexogramă înregistrată prin metoda
magnetică; dx - artefactul de percuție;
v mx - valoarea maximă a contracției;
sd - sfârșitul decontractiei.

aspectul unei curbe polifazice, a cărei porțiune
inițială (după artefactul percuției) traduce contracția
musculară, iar deflexiunile următoare raduc

Mărirea duratei reflexogramei, în afara hipoti-
roidiei, poate apărea și în hipopotasemia apărută
în perturbările metabolismului hidroelectrolitic
și energetic din vomismente, diaree, diabet, ciroză
(mai ales cea cu edem), insuficiență renală,
neoplasm metastazat.

Alte discriții pot modifica și ele aspectul reflexo-
gramei: deficitul hormonilor corticosuprenali
se traduce printr-o prelungire a duratei, iar exce-
sul lor determină scurtarea duratei.

Reflexograma poate fi folosită și ca un indicator
al eficienței terapeutice. Astfel, substanțele cu
acțiune antitiroidiană (tiouree, perclorați, bromu-
rați, ganglioplegice) măresc durata reflexogra-
mei, iar vitamina B₁₂, salicilații în doze mari,
amfetaminele, adrenalina, corticoidii determină
o scurtare a duratei acestora.

151. **REFLEXOLOGIE** (cf. lat. *reflexus* „întoarce înapoi” ; gr. *logos* „cuvînt, discurs”) ● Disciplină care se ocupă cu studiul reflexelor. Fundamentarea ei își are sorginea în teza lui RIBOT referitoare la faptul că la baza întregii activități psihice se află reflexele.

În prima jumătate a secolului al XX-lea, PAVLOV și BÉCHTEREV (rival al lui RIBOT pe plan științific) își consacră o mare parte a activității lor studierii și explicării științifice a reflexelor „conjunctive” și „asociate”, formulînd teoria condiționării (reflex condiționat), care explică felul în care un excitant devine un stimul pentru altul. Aceste cercetări urmăreau să descopere o „bază organică a conștiinței”.

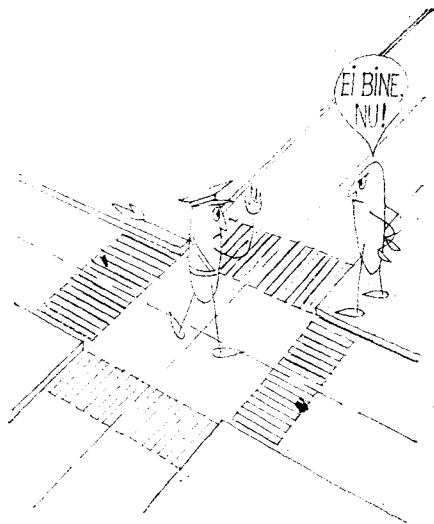
Mai tîrziu, KOSTILEV, unul din reprezentanții de seamă ai psihofiziologiei moderne, lansează ipoteza că toate manifestările psihicului uman, implicînd cele mai înaintate forme ale creativității, sînt rezultatul unei „concilierii între materialism și spiritualism” (POROT).

152. **REFORMATOR**^(D) delir (cf. lat. *reformare* „a schimba, a preface”) ● Delir de tip paranoiac, prin care bolnavul propune o serie de schimbări și reforme, în special în domeniul socio-politic, dar și în alte domenii, în care sînt stabilite o serie de reguli relativ fixe : organizare industrială, dogme religioase, sisteme literare sau artistice. Reformele au, de obicei, un caracter pueril sau utopic și urmăresc, de fapt, punerea în evidență a personalității subiectului ca inițiator și realizator al acestora.

Ideile delirante de acest tip apar în schizofrenie, psihoze sistematizate, involuție. Delirul reformator mai poate apărea, cu caracter pasager, și legat de omnipotența subiectului maniacal.

153. **REFRACTAR** (cf. lat. *refractorius* „chițibușar, certăreț.”) ● Persoană care manifestă o formă de rezistență față de ideile, atitudinile sau comportamentele celorlalți. Rezistența poate fi manifestă sau latentă, conștientizată sau inconștientă. La persoanele refractare, întîlnim deseori trăsături de personalitate ca : tendința spre opoziție, perseverarea, tendința de contrazicere etc.

În psihopatologie, printre refractari întîlnim bolnavi paranoici, fobici, obsesivo-fobici, deliranți. În cazul acestora, acceptarea oricărui mesaj care nu se încadrează în sistemul lor de gîndire se face cu dificultate, deseori fiind chiar imposibilă.



154. **REFSUM**^(S) sindrom—sin. EREDOATAXIE HEMERALOPICĂ POLINEVRITIFORMĂ ; EREDOPATIE ATACTICĂ HEMERALOPICĂ ; EREDOPATIE ATACTICĂ POLINEVRITIFORMĂ ; FITONIC-ACID-LIPIDOZĂ ● Eredopatie degenerativă a sistemului nervos, cu caracter familial și transmitere recesiv-autosomală, din grupul tezauros-mozelilor lipidice, cu etiologie încă necunoscută. A fost descrisă de S. REFSUM, în anul 1937.

Patogenic, ar fi vorba de un deficit congenital al unor oxidaze ce intervin în degradarea acidului fitonic.

Clinic, simptomele apar între 5—30 ani (după unii autori, între 4—8 ani), fiind nespecifice : hipotonie musculară generalizată, hemeralopie, tulburări de echilibru. În perioada de stare, se instalează toate manifestările caracteristice sindromului :

- retinită pigmentară prin degenerescență tapeto-retiniană (simptom constant) ;
- polinevrită senzitivo-motorie distală și simetrică, mai ales la membrele inferioare ;
- ataxie cerebeloasă (tremor intențional, dismetrie, tulburări de echilibru) ;
- tulburări în dezvoltarea psihomotorie ;
- leziuni cutanate (ihtioză) ;
- dismorfii (picior scobit etc.).

Investigațiile paraclinice evidențiază :

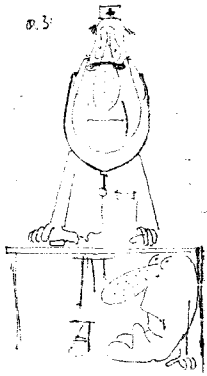
- atrofie pupilară și modificări retiniene, la examenul fundului de ochi ;
- anomalii ale complexului QRS și ale intervalului Q—T, la EKG ;

- hiperalbuminoză fără pleiocitoză, în lichidul cefalorahidian ;
- hiperlipemie ;
- acid fitonic în sînge, urină și în unele țesuturi (hepatic, renal) ;
- creșterea transaminazelor serice.

Evoluția este cronică, cu exacerbări și remisii.

În absența unui tratament etiologic, se obțin unele rezultate prin recomandarea unui regim dietetic sărac în acid fitonic.

155. **REFUGIU ÎN BOALĂ** (cf. lat. *refugium* „refugiu, adăpost”) — sin. FUGĂ în BOALĂ ● Denumire metaforică folosită pentru conduita subiectului de a se complăce în situația de bolnav, de a se „abandona” bolii, pe care o consideră mult mai convenabilă, mai comodă decât reintegrarea într-o activitate normală. Conștient de avanta-



jele de care beneficiază prin boala sa, individul își accentuează ipohondric sau conversiv afecțiunea, care devine astfel un refugiu față de problemele existențiale. Acest abandon în boală se întâlnește mai frecvent la nevrotic, ADLER subliniind atitudinea acestuia de a transfera altora problemele proprii, spre a fi soluționate. Este o atitudine de evitare. Pentru beneficiile secundare pe care le prezintă, refugiu în boală poate apărea și la subiecți cu afecțiuni organice, care, deși ameliorați sau vindecați, continuă să acuze aceași simptomatologie sau chiar exacerbarea acesteia → METASIMULAȚIE, SUPRASIMULAȚIE.

156. **REFULARE** (cf. fr. *refoulement*) ● Operație (mecanism) prin care persoana trimite sau menține în inconștient reprezentări pulsionale (gînduri, amintiri, imagini). Este un proces psihic universal, prin care se constituie inconștientul, ca domeniu separat al psihismului.

Termenul a fost introdus de R. B. CARTER (1928—1918), în lucrarea „Despre patologia și tratamentul isteriei”.

Refularia apare în momentul în care satisfacția unei pulsiiuni, generatoare de plăcere, este în opoziție cu alte exigențe. În afecțiunile psihice, refularia se întâlnește în special în isterie. Ca mecanism de apărare, refularia constă în excluderea din Eul conștient (uitare aparentă) a unui eveniment trecut, cu semnificație traumatică. Refularia ratată, imperfectă, generează relații patologice (BOUVET).

În accepțiunea lui FREUD, refularia ca defensă este fie o etapă într-un proces defensiv mai complex, fie o metodă particulară de defensă, fie o modalitate pentru alte operații (mecanisme) defensive. Vorbind despre psihozele de defensă (perioada 1894—1896), FREUD distinge diferite mecanisme de defensă (între care nu include și refularia): conversia afectului, în isterie ; transpoziția sau deplasarea afectului, în nevroză obsesională ; rejețul sau proiecția afectului și reprezentării, în psihoză. Totuși, refularia este prezentă și ca mecanism universal în diferite psihoze, în măsura în care toate aceste afecțiuni implică un incoștient (existența incoștientului presupune refularia). După 1900, FREUD face o distincție mai netă între noțiunea de refulare și noțiunea de defensă. Refularia își păstrează specificitatea proprie, ea nu se confundă cu defensa, care rămîne generică, înglobînd diverse tehnici (în cadrul conflictului psihic) ; există „defense secundare”, dar nu și refulari secundare. Esența refularii constă în a îndepărta și a menține în incoștient anumite conținuturi. În isterie, ea joacă un rol major, iar în nevroză obsesională, ea reprezintă o operație într-un proces defensiv năi complex.

În perspectivă clinică, noțiunea refulare i se impune lui FREUD odată cu tratamentul isteriei. Pînă la teoretizarea ideii de defensă (mecanism de defensă, defensă incoștientă a Eului), FREUD acceptă refularia ca sinonimă cu incoștientul. Ceea ce se refulează devine un „grup psihic separat”, care nu se mai supune conștiinței și legilor saie. Acest grup (nucleu) poate atrage alte conținuturi insuportabile, care sînt, la rîndul lor, refulate, fără vreo intervenție din partea conștiinței. Definitivînd teoria asupra refularii (1915— „Le refoulement”), FREUD consideră procesul ca avînd trei etape, în sens larg, și că etapa a doua sau, mai precis, timpul doi constituie refularia în sens restrîns.

FREUD distinge :

- refularia originară (se referă la „reprezentanți pulsionali”, ca semne ale pulsiiunii, și duce la alcătuirea unui nucleu incoștient care captează și alte conținuturi, elemente de refulat) ;

- refularea propriu-zisă, ulterioară (atrăciei primare i se asociază o repulsie din partea unei instanțe superioare);

- manifestarea conținutului refutat („le retour du refoulé”) în simptome, vise, acte ratate.

Sînt necesare cîteva precizări : nu pulsivitatea este ceea ce se refulază, nici afectul (pulsivitatea este o forță, o sarcină energetică, avîndu-și sursa într-o excitație corporală, deci ea se ancorează organic ; afectul propriu-zis este mai degrabă supus repressiunii în sens de inhibare a lui, nu neapărat de trecere în inconștient) ; ceea ce se refulază sînt expresiile psihice ale pulsivității, reprezentanții ei (amintiri, idei, imagini).

PONTALIS și LAPLANCHE (1973) consideră refularea dintr-o triplă perspectivă :

- refularea ca menținere a unor conținuturi, elemente, în afara conștiinței ; refularea ca defensă a Eului (aspectul topic) ;
- refularea implicînd dezinvestiții, reinvestiții și contrainvestiții, în ceea ce privește reprezentanții pulsionali (aspectul economic) ;
- motivele refulării : de ce pulsivitatea a cărei satisfacție procură plăcere poate aduce o neplăcere, astfel încît să suscite refularea (aspectul dinamic).

Refularea originară — primul timp al procesului de refulare — determină formarea unui nucleu de reprezentări inconștiente („le refoulé originaire”) ; acest nucleu atrage și alte conținuturi de refutat .

Se mai folosesc termenii de : refulare primară, refulare primitivă, refulare primordială. FREUD consideră ca necesare două elemente pentru care o reprezentare să fie refumată : acțiunea unei instanțe superioare și atracția din partea unui nucleu (de conținuturi) deja inconștient.

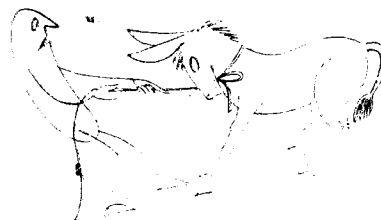
Așadar, refularea presupune trei operații : excluderea unui lucru perceput și fixat (memorat) ; excluderea faptului că lucrul respectiv a fost memorat ; anihilarea conștiinței în ceea ce privește primele două operații de excludere.

157. REFULARE ORIGINARĂ ● Termen pe care FREUD îl folosește pentru a desemna primul timp al refulării, ce determină formarea unui nucleu inconștient de reprezentări („refumatul originar”). Acest nucleu inconștient captează apoi alte conținuturi, care se refulază ca urmare a unei repulsii venite de la instanțele superioare. Sinonime pentru refularea originară sînt : refulare primară, refulare primitivă, refulare primordială.

Refularea originară (ca nucleu inconștient preexistent, care atrage alte elemente supuse refulării propriu-zise) se leagă de fixație ; în perspectivă genetică, fixația ar fi o „inhibiție a dezvoltării” (ca fixație la un stadiu libidinal). Lărgînd semnificația termenului, FREUD vorbește despre

fixația pulsivității la o reprezentare și trecerea acestei reprezentări în inconștient ; în acest sens, refularea originară, ca prim timp al refulării, revine la faptul că reprezentantul psihic al pulsivității (reprezentant-reprezentare) este refumat de conștient și subzistă în inconștient, legînd pulsivitatea (fixația). Mecanismul refulării originare s-ar explica printr-o contrainvestiție (perspectiva economică a refulării : pentru ca permanența formațiunii inconștiente primare să fie asigurată, este necesară o contrainvestiție ; Eu investește o reprezentare, o atitudine, un comportament, cu scopul ca efectul acestei investiții să se constituie într-un obstacol permanent, care să mențină în inconștient ceea ce s-a refumat) (= CONTRAINVESTIȚIE). Însă, contrainvestiția legată de refularea originară nu este foarte bine precizată de FREUD ; sursa ei s-ar afla în experiențe arhaice foarte puternice. S-ar putea ca refularea originară să se producă în condițiile în care o excitație puternică amenință sistemul de paraexcitații (la FREUD, paraexcitația desemnează o funcțiune sau aparat de protecție a organismului împotriva excitațiilor venind din exterior) ; în acest sens, contrainvestiția se referă la reacția de defensă a organismului (mobilizarea energiei interne) împotriva unor excitații (energii) externe. Astfel, refularea originară ar avea punctul de plecare în impactul dintre o cantitate de excitații externe puternice și sistemul (aparatură) paraexcitațiilor.

158. REFUZ — conduită de (cf. fr. *refus*) ● Atitudine de respingere față de unele situații, persoane, obiecte, care se poate manifesta de la simpla reticentă (cu dificultăți de integrare sau angajare într-o situație sau relație), pînă la negativism (refuzul ca atitudine psihotică). În cadrul normalității, conduita de refuz intră în gesturile adaptative ale individului.



În patologie, refuzul nu este o manifestare adaptativă, întrucît răspunde numai unor trebuințe subiective, conștientizate sau nu.

Principalele forme de refuz în psihopatologie sînt următoarele :

- reacție sau atitudine de evitare, de reținere, de fugă sau demisie în confruntarea cu reali-

tatea (refuz specific nevroticului ; evitare de tip fobic, evitare de tip obsesional) ;

- reacția sau atitudinea de opoziție, de încăpăținare, blocaj, incapacitate de soluționare a situației (la nevrotic, la personalități accentuate) ;
- reacție sau atitudine de opoziție, urmată de o reacție explozivă mai mult sau mai puțin violentă sau de o reacție de revoltă, cu descărcare de agresivitate față de obiect (în dizarmoniile de personalitate) ;
- reacție sau atitudine negativistă, vizând anumite obiecte exterioare (în debutul și evoluția psihozei) ;
- refuzul școlar (este, cel mai frecvent, un refuz nevrotic și provine din dificultățile de adaptare la o schimbare majoră, dificultăți generate de o anumită configurație motivațional-afectivă sau de un anumit handicap obiectiv) ;
- refuzul ca urmare a unui eșec (acest refuz este de asemenea nevrotic și poate determina, la rîndul său, o altă situație de eșec ; pe de altă parte, eșecul în sine poate avea semnificație de refuz).

Indiferent de forma sa de exprimare, de intensitate și de obiectul vizat, refuzul este pe de o parte o manifestare, iar pe de altă parte poate intra, ca mecanism, într-un lanț motivațional mai complex (→ NEGARE, NEGATIVISM, REFUZ AL REALITĂȚII).

159. REFUZ (AL) ACTULUI OPERATOR ●

Refuzul actului operator nu este întotdeauna legat de existența unei afecțiuni cu risc potențial sau a unor boli în care intervenția ar trebui să fie efectuată asupra unei regiuni considerate întime de către subiect, cu urmări mutilante importante și cu șanse minime de ameliorare a stării generale sau a prognosticului. Personalitățile anxioase, emotive, cele cu o imagine personală deosebită se supun mult mai greu, de regulă, oricărei intervenții chirurgicale.

O primă categorie de circumstanțe psihiatrice în care se înregistrează refuzul operației sînt stările confuzionale și subconfuzionale, în care subiectul nu poate aprecia urmările neintervenirii, neputînd să-și aprecieze, de fapt, starea somato-psihică. Astfel de situații se pot înregistra în traumatisme și posttraumatisme însoțite de stări de șoc, în intoxicații, în complicații febrile sau toxico-septice ale unor afecțiuni chirurgicale.

Alte împrejurări cu caracter psihopatologic, care duc la refuzul actului operator, apar în schizofrenie, deliruri cronice, nevroze obsesivo-fobice. Existența unor idei delirante de prejudiciu sau persecuție, a unui nivel de anxietate extrem de ridicat sau a unor idei obsesive duc la respingerea actului chirurgical.

Depresia (uneori nedagnosticată) poate determina comportamente suicidare mascate sau

latente, realizate prin refuzul intervenției salvatoare.

160. REFUZ ALIMENTAR ● Conduită de neacceptare a hranei, apărută în contextul unei afecțiuni psihice ; trebuie diferențiată de anorexie, de refuzul alimentar voluntar al celor aflați în detenție, de greva foamei. De asemenea, trebuie diferențiată de conduitele de restricție alimentară care apar în isterie, unde iau un caracter ostentativ și spectacular ; de restricțiile fobice și obsesionale, în care ingestia forțată a anumitor alimente (carne, brînză etc.) declanșează crize puternice de anxietate, de restricțiile hipocondriacilor, motivate prin efectele dezastruoase pe care anumite alimente le pot avea asupra stomacului (falșii gastropati). Conduita de refuz alimentar se extinde asupra tuturor alimentelor și, uneori, chiar și asupra lichidelor, apărînd prin mecanisme diverse, în funcție de entitatea patologică de bază.

În contextul patologic al refuzului alimentar se descriu următoarele aspecte :

- anorexia mintală a tinerelor fete, nejustificată de scăderea apetitului (cel puțin în primele luni), apare motivată de elemente de ordin estetic ; constringerea de a mânca, exercitată de familie asupra subiectului, conduce la importante modificări afective, cu iritabilitate, irascibilitate, anxietate ;
- refuzul alimentar apărut în contextul depresiei melancoliforme poate traduce fie o materializare a ideii suicidare, fie este rezultatul ideilor de ruină, de culpabilitate ale pacientului, care susține că „nu merită hrana” ; refuzul este aproape întotdeauna complet, extinzîndu-se și asupra lichidelor ;
- conduita de refuz al hranei poate apărea ca fenomen al comportamentului halucinator delirant, în delirurile cronice de persecuție (subiectul nu mîncîcă pentru că este convins că alimentele sînt otrăvite), în cele cu caracter mistic (asceză, penitență) sau hipocondriace (alimentele nu pot fi ingerate) ;
- în cadrul sindromului de automatism mintal, refuzul alimentar are la bază faptul că bolnavului „i se ordonă” să nu mînce ;
- refuzul alimentar poate apărea în contextul negativismului total al sindromului catatonie din schizofrenie, precum și în stări maniacale (nu are nevoie de hrană), stări confuzionale, demențe.

Acest comportament anormal necesită, alături de tratamentul afecțiunii de bază, persuasiune și perseverență din partea cadrelor medicale. Uneori, sînt necesare măsuri de reechilibrare hidroelectrolitică și alimentație artificială, în melancolie, catatonie, bufee delirante, în fazele

procesuale ale unui delir cronic, sînt necesare, inițial, cîteva ședințe de terapie electroconvulsivă. Salutară se pare a fi, în aceste cazuri, și insulinoțerapia.



161. REFUZ (AL) REALITĂȚII ● Termen care, în concepția lui FREUD, desemnează un mecanism de defensă, constînd în faptul că subiectul refuză să recunoască realitatea unei percepții traumatizante. Această realitate (negată, refuzată) se referă inițial la absența penisului la femeie. FREUD consideră că mecanismul de tăgăduire a realității se manifestă în special în fetișism și în psihoze. El face o analiză a manifestărilor desemnate prin acest termen în „Abrégé de psychanalyse” (1938), raportînd refuzul la realitatea de castrare; inițial, copilul neagă absența penisului la fată, ulterior această absență fiind considerată un rezultat al castrării. La copil, procesul se păstrează în limitele normalului, dar la adult el reprezintă punctul de plecare al unei psihoze — psihoticul începe prin tăgăduirea realității (mecanismul fiind opus refuzării). În fetișism coexistă, într-o atitudine infantilă, două modalități incompatibile: negarea și recunoașterea castrării feminine. Coexistența conflictuală a acestor două atitudini determină un clivaj al subiectului (→ CLIVAJ AL EULUI); cele două atitudini persistă de-a lungul vieții individului, fără ca ele să se influențeze reciproc. Disocierea caracteristică clivajului diferă de scindarea persoanei în cazul refuzării nevrotice: refuzarea presupune un conflict între Sine și Eu, pe cînd clivajul se referă la existența simultană a două atitudini opuse; în clivaj este vorba de o defensă a Eului în raport cu realitatea exterioară, constînd în negarea unei percepții. Negarea (refuzul) realității, ca modalitate originară de defensă, trimite la concepția lui FREUD despre proiecție, dezinvestire sau pierdere a realității în psihoză. Se admite, conform ideilor lui FREUD, un clivaj al personalității, determinat de diferite moduri de defensă.

După FREUD, prototipul oricărei negări a realității este refuzul castrării; realitatea castrării trimite la absența penisului la femeie. În acest sens, nu se poate vorbi de percepția unei realități, întrucît negarea absenței penisului nu reprezintă negarea unei percepții, ci o explicație teoretică a unor fapte. Refuzul realității ar avea deci, la origine, nu refuzul unei percepții în sensul strict al cuvîntului, ci refuzul unui ipotetic fapt perceptiv.

Termenul de negare, în raport cu realitatea, se referă nu numai la contestarea unor afirmații ale unei persoane, ci și la un drept sau un bun pe care subiectul îl refuză, refuzul nefiînd legitim (de exemplu: refuzul alimentar, refuzul justiției).

162. REFUZ SISTEMATIC ^{sin.} → RENEGARE SISTEMATICĂ.

163. REGENERARE — tehnică (cf. lat *regenerare*; vezi și engl. *rebirthing*) ● Metodă curativă (intrînd în categoria terapiei de relaxare) bazată pe o respirație de tip special, în care pauza dintre expirație și inspirație este eliminată, cele două faze ale respirației alcătuiînd în acest fel un proces continuu. Faza inspiratorie este prelungită, folosind activ zona pectorală, în timp ce faza expiratorie este pasivă, folosind în special musculatura diafragmatică.

Această tehnică, elaborată de Leonard ORR la începutul anilor '70, pleacă de la premise teoretice destul de confuze, reflex al filozofilor orientale hinduse și budiste, care afirmă că mințea individului creează universul în care acesta trăiește. Prin respirație, energiile negative sînt eliminate din organism, permițînd minții să proiecteze gânduri pozitive care să creeze un univers mai plăcut, capabil să satisfacă trebuințele individului.

În opinia autorului, respirația nu este completă și liberă la persoanele a căror gestație, naștere, copilărie a fost marcată de evenimente negative. Această „încărcătură negativă” a evenimentelor dispare odată cu deprinderea unei respirații corecte; în mod corespunzător dispar și efectele evenimentelor vechi asupra unor situații prezente, pacientul devenind liber să facă alegeri corecte față de situațiile curente, care nu mai sînt tratate în mod nevrotic. Catharsisul se realizează spontan, în absența oricărei discuții sau dramatizării, debarasarea de trecut constituind pentru subiect o adevărată „renaștere” (este preferabil însă termenul de regenerare, pentru evitarea confuziilor).

Fără a adera la acest sistem ipotetic privind patogeneza bolilor și terapia lor, este de notat totuși că metoda este indicată în tulburările de tip astenic, în anxietate, depresie, alte tulburări emoționale, nevroze motorii, diverse boli somatice (ca metodă adjuvantă). Efortul minim necesar deprinderii tehnicii, ca și facilitatea folosirii ei, o recomandă ca pe o alternativă posibilă.

164. **REGENON**^(M) Belgia, Elveția, Italia
REGENONE^(M) RFG
REGIBON^(M) Canada
REGIM^(M) Brazilia

— 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 5—6 ore. Se poate utiliza în combaterea unor efecte secundare ale neurolepticilor.

165. **RÉGIS Jean Baptiste** (1855—1918) ● Psihiatru francez. A studiat medicina la Toulouse și Paris, unde a susținut și teza cu tema „Folie à deux ou folie simulée” (1880). În 1885 a publicat un „Manuel pratique de médecine”, care în urmă-



Jean Baptiste Régis

toarea ediție va deveni „Précis de psychiatrie”, continuând să beneficieze de numeroase reeditări. În cea de a treia ediție (1894), reluând vechea idee a lui LASÈGUE, potrivit căreia „delirul alcoolic nu este un delir, ci un vis”, propune termenul de ONIRISM. În cea de a cincea ediție (1913), a încercat valorificarea concepțiilor lui FREUD, pe care le consideră însă „drept un sistem seducător, dar extrem de ipotetic”, ceea ce nu-l va împiedica să sublinieze importanța lor deosebită pentru psihiatrie.

166. **RÉGIS**^(S) sindrom — sin. DROMOMANIE
 sin.
 →VAGABONDAJ.

167. **REGIUM**^(MC) RFG ● Produs farmaceutic ce conține trei medicamente tipizate, cu acțiuni diferite, dar care se completează. Este compus din: MEPROBAMAT, EXTRACT DE BELADONĂ și ERGOTAMINĂ. Are acțiune anxiolitic-sedativă.

168. **REGLARE — mecanism** (cf. fr. *régler*) ● Mecanism prin care organismele superioare, privity ca sisteme homeostatice (CANNON), realizează menținerea constantă a proprietăților mediului intern, ca o condiție obligatorie pentru a-și desfășura activitatea.

Reglarea funcțiilor acestor organisme este un proces care intervine ori de câte ori o constantă homeostatică este perturbată. Există un număr mare de mecanisme care intervin în menținerea homeostaziei organismelor superioare, implicând un număr mare de structuri cu potențial reglator. Ele au capacitatea de a primi, depozita și transmite informații către celule. Organismele superioare depozitează și transmit informații în cadrul a trei sisteme de reglare: sistemul nervos, sistemul endocrin și sistemul imun.

Sistemul nervos are capacitatea de a prelua informații reprezentate de stimuli externi sau interni, care acționează asupra organelor receptoare. Informațiile preluate sînt prelucrate în rețeaua neuronală. O parte din ele sînt reținute în memorie, servind ca termen de comparație pentru o informație ulterioară. Rezultatele acestei prelucrări sînt transmise sub formă de comenzi secretorii sau motorii organelor efectoare periferice, care vor produce răspunsul la stimularea inițială.

Astfel se realizează acte reflexe — avînd ca substrat anatomic arcurile reflexe —, mecanisme nervoase de reglare care declanșează și/sau corectează permanent activitatea organelor efectoare. Activitatea reflexă va fi adaptată în acest mod variabilității mediului intern și extern, dar și experienței anterioare individuale stocate în memorie. Particularitățile mecanismelor nervoase de reglare sînt intervenția imediată, diferențiată, cu participarea întregului organism, rapid modificabilă corespunzător unor variabile.

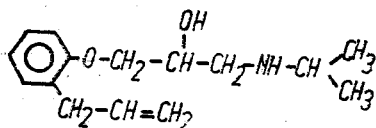
În interacțiune cu sistemul nervos, sistemul endocrin, acționînd prin intermediul hormonilor, potențează și prelungeste acțiunile nervoase, intervenînd tardiv, dar avînd o durată mai mare de acțiune. Intervenția mecanismelor endocrine de reglare este orientată asupra activității unor grupe de celule a căror activitate este influențată de metabolism. Atît activitatea sistemului nervos, cît și a celui endocrin, au ca modalitate comună de funcționare mecanisme de feedback negativ și pozitiv. Un alt aspect important este faptul că

mecanismele de reglare nervoase și umorale nu intervin separat și independent, ci în colaborare, orice proces de reglare fiind în cele din urmă neuro-umoral. Aceasta datorită interacțiunii și integrării activității nervoase și a celei endocrine, atât la nivelul sistemului nervos central, cât și la nivel periferic.

Autoreglarea în vederea conservării homeostaziei funcționale și structurale caracterizează toate sistemele organismului: subcelular și molecular, celular, nivel de organ, de sistem și de organism.

169. **REGLARE AUTOMATĂ** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **AUTOREGLAJ/AUTOREGLARE.**

170. **REGLETIN^(M)** Japonia — DCI *Alprenolol* ● Betablocant de tip 1-(0-alilfenoxi)-3-(isopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietate, sindroame



cardiace hiperkinetice, alcoolism, afecțiuni psihosomatice. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

171. **REGRESIE** (cf. lat. *regressio* „reîntoarcere, revenire”) ● Termen folosit în psihanaliză pentru a desemna mișcarea de întoarcere a unui proces psihic la un nivel anterior celui pe care l-a atins într-o anumită etapă de dezvoltare. Există trei sensuri restrinse ale acestei noțiuni:

- sensul topic, care se referă la faptul că în cadrul subsistemelor psihismului, excitația nu mai parcurge o direcție continuă, ci stagnează;
- sensul temporal, care se referă la faptul că persoana revine la etape anterioare ale dezvoltării sale (etape reprezentate de anumite stadii libidinale, de anumite tipuri de relații obiectuale sau anumite tipuri de identificări);
- sensul formal, care se referă la revenirea comportamentului spre nivele inferioare de expresie, în ceea ce privește gradul de complexitate, gradul de structurare și gradul de diferențiere.

Folosirea termenului (frecventă în psihanaliză, în psihologie și în psihopatologie) trimite la forme anterioare, chiar arhaice, de manifestare în ceea ce privește gândirea, relațiile obiectuale și comportamentul. Cele trei modalități de regresie, regresia topică, temporală și formală, sînt comentate de FREUD în diverse lucrări ale sale („Interpretarea viselor”, 1900; „Trei eseuri asupra teoriei sexualității”, 1905; „Predispoziția pentru nevroza

obsesională”, 1913). În vis, regresia apare sub aspectul ei topic: sensul excitației, în starea de veghe, este de la percepție la mișcare; în starea de somn, motilitatea fiind inhibată, excitația rămîne la nivelul percepției, al imaginii, desfășurate în plan mintal. În dezvoltarea psihosexuală a persoanei, regresia exprimă o reîntoarcere la modalități parțiale de obținere a plăcerii (modalități specifice unui anumit tip de obiect, anterior stadiului prezent) și de relație obiectuală (de asemenea anterioară); este vorba aici de satisfacerea trebuințelor conform unui model anterior de organizare libidinală; acesta este aspectul temporal al regresiei. În ceea ce privește aspectul formal, acesta se referă la comportament și constă în revenirea comportamentului la expresii primitive. Produsul regresiei nu este însă diferențiat, regresia producîndu-se, în general, sub toate aspectele sale simultan, întrucît „ceea ce este mai vechi în timp este de asemenea primitiv în formă și se situează mai aproape de extremitatea percepției în topica psihică” (FREUD, 1914). Termenul de „regresie formală”, folosit de FREUD, este analog cu ceea ce psihologia gestaltistă și neurofiziologia numesc „destrucțurare” (referitor la comportament, la conștiință); destrucțurarea nu vizează atît etapele de dezvoltare în sine, cît constituirea ierarhică a funcțiilor, organizarea structurilor. După FREUD, regresia temporală vizează obiectul, stadiul libidinal și evoluția Eului. De pildă, în isterie, regresia nu se referă la stadiul libidinal, ci la obiectul de relație (revenire la „obiecte sexuale incestuoase primare”). În evoluția sa, individul nu suprimă etapele sau modalitățile primitive ale psihismului, ci doar le depășește; individul poartă în el psihismul său arhaic, orice formă de viață evoluată poartă în ea forme arhaice, după cum civilizația omenirii conține și elemente ale tuturor etapelor sale anterioare. Reactivarea trecutului este oricînd posibilă, fiind legată de compulsiunea de repetiție.

În psihopatologie, regresia apare sub diverse aspecte și în diferite maladii mintale:

- istericul regresează la obiecte primare incestuoase;
- obsesionalul regresează la stadiul anal;
- schizofrenul regresează la un stadiu oral primar (el manifestă un comportament echivalent cu al sugarului); catatonicul regresează la stadiul fetal;
- în cura analitică, în cadrul transferului, regresia se produce, dar ea este mult mai limitată;
- în halucinație și vis, se produce o regresie spre extremitatea psihicului.

172. **REGRESIUNE PSIHOMOTORIE^(S) sindrom** ● Sindrom descris recent (1986), grupînd o serie de manifestări motorii și psihice care apar la vîrstă foarte înaintată.

Semnele motorii sînt : astazoabazia, repulsia hipertonică, pierderea automatismului mersului, dispariția reacției de echilibrare.

Pe planul simptomatologiei psihice se notează : bradipsihie, dezinteres, lipsă de motivație, indiferență afectivă sau depresie.

Evoluția simptomelor psihoafective, intelectuale și motorii urmează un paralelism care justifică această grupare sindromologică.

Debutul este, cel mai adesea, brutal, după un eveniment destabilizant fie al condiției psihice (pierderea sotului, pierderea unor obiecte investite cu o încărcătură afectivă deosebită, schimbare de domiciliu, împărțirea bunurilor, conflicte instituționale), fie al condiției fizice a bătrînului (accident, boală acută, intervenție chirurgicală). Este caracteristică acestui sindrom o reacție disproporționată între intensitatea trăirilor și valoarea reală a evenimentului.

Sindromul poate avea și un debut lent, progresiv, corespunzător unei dezadaptări psiho-socio-afective. Acest tip de debut este mai frecvent la subiecții cu viață săracă și rutinieră în ceea ce privește domeniul intelectual, redusă la simple automatisme.

Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu boala Parkinson și sindroamele extrapiramidale, cu depresiile și cu pseudodemențele.

Individualizarea acestui sindrom în gerontopsihiatrie are implicații terapeutice, subiecții putînd beneficia de o readaptare specifică, mai ales în cazurile în care debutul a fost brusc. Ea permite și o abordare „mai puțin fatalistă” a acestei entități (GAUDET, TRAVERNIER, MOUREY).

173. **REGULĂ** (cf. lat. *regula* „regulă, normă”)

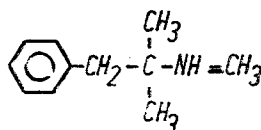
● Relație constantă și necesară între efect și cauză în producerea unui fenomen, avînd însă o valabilitate relativă. Din punct de vedere epistemologic, regula reprezintă o categorie de graniță între lege, esență și fenomen, avînd o structură constantă după criteriile statistice. Din punct de vedere pragmatic, regula reprezintă o normă de acțiune și de control, putînd fi exprimată printr-un algoritm de lucru. Din punct de vedere moral, regula este normă de comportament.

● În psihanaliză, „regula fundamentală” se referă la faptul că analizatul este invitat să spună tot ceea ce gîndește și simte, fără a selecta nimic și fără a omite nimic din ceea ce îi vine în minte, chiar dacă aceste conținuturi par neplăcute, ridicole, neimportante sau absurde. Este regula care pune la baza curei psihanalitice metoda asociației libere. Termenul de „liber” se referă la tot ceea ce îi trece subiectului prin minte, fără control, fără organizarea materialului ; termenul de „asociație” se referă la o înlănțuire a acestor elemente, înlănțuire care nu este determinată în prealabil. În mod subiectiv, legătura asociativă liberă pare să nu fie

legată de context; ea favorizează cea comunicare în cadrul determinismului inconștient care iese la suprafață.

Căile de acces spre inconștient, după FREUD, sînt, îndeosebi, asociația liberă a ideilor (conținuturilor), interpretarea actelor ratate și a viselor. Efectele regulii fundamentale în cura psihanalitică sînt explicate astfel : încercînd să spună ceea ce îi vine în minte, subiectul vehiculează prin limbaj sentimente, emoții, idei, impresii corporale, amintiri ; acestea apar ca un fel de „acting-out” și sînt în legătură cu transferul. Regula scoate la suprafață puncte cheie în asociațiile libere ; subiectul întîmpină anumite dificultăți în aplicarea regulii (rețineri, rezistențe inconștiente). Pe de altă parte, regula fundamentală a curei psihanalitice este o tehnică de investigare ; ea structurează situația analitică, relația analist-analizat nefiind singura condiție a acestei situații. În regula asociației libere, criteriul coerenței nu este un criteriu de selecție. Discursul analizatului revine la formularea verbală a unor cereri (trebuie) pe care le exprimă în modalități diferite, similare cu stadii anterioare de expresie și de comportament.

174. **REGULIN**^(M) Austria — DCI *Fentermină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip α, α -dimetilfenetilamină, cu efecte simpaticomime-



tice și anorexigene, utilizat și în combaterea obezității secundare curei îndelungate de neuroleptice → PSIHOSTIMULENTE.

175. **REICH Wilhelm** (1897 — 1957) ● Psihiatru austriac. După terminarea studiilor medicale la Viena, a lucrat împreună cu WAGNER von JAUREGG, luînd astfel contact cu psihiatria ; din 1920 participă la mișcarea psihanalitică vieneză.

În concepția sa, la originea oricărei nevroze se află imposibilitatea descărcării energiei sexuale. Acordînd o importanță de prim ordin eliberării complexe a acestei energii, prin intermediul unei forțe orgasmice care se generalizează în tot corpul, el pune bazele orgasmoterapiei. Concepe ideea originii sexuale a agresivității colective, aceasta avînd și ea rolul de a descărca tensiunile, devenind astfel sursă de plăcere.

Conform teoriei sale referitoare la „platoșa musculară” și cea „caracterială”, în lumina căreia „rigiditatea musculară este latura somatică a

refulării și baza menținerii sale", fundamentează o tehnică terapeutică avînd la bază relaxarea musculară (vegetoterapia).

Introduce noțiunea de „orgon”, prin care desemnează energia vitală, considerînd-o specifică fiecărei forme de viață.

176. REICHARD^s semn ● Semn propus de REICHARD pentru evidențierea halucinațiilor vizuale. Tehnica de examinare constă în solicitarea subiectului de a face lectura unei foi albe; nu este utilizat și acceptat unanim.

177. REID-BARLOWS^(s) ^{sin.} sindrom → PROLAPS DE VALVĂ MITRALĂ.

178. REIFICARE (cf. lat. res „lucru”) ● Consecință, teoretizată de MARX, a fenomenului de înstrăinare, ca reprezentare a omului drept lucru, simplu obiect sau instrument golit de subiectivitate, manipulat de forțele obiective, impersonale, ale legităților și instituțiilor sociale. Avîndu-și premisele în diviziunea socială a muncii, în funcționarea „oarbă”, stihinică, dar implacabilă, a producției de mărfuri și în separarea producătorilor de mijloacele de producție, reificarea însoțește istoria societăților împărțite în clase, tulburate de conflicte și disfuncționalități catastrofice în care individul se simte dominat de o necesitate străină și incomprehensibilă, victimă a unor forțe heteronome, ce îi dezminț așteptările și îl supun unor presiuni nelegate de aspirațiile și sensurile sale existențiale. Reificarea apare deci ca pierdere a Eului într-o lume inumană, ce îi refuză individului statutul de unicitate, impunîndu-i condiția impersonală de element într-un angrenaj ostil și absurd, golit de semnificație.

● S-a încercat (GABEL — 1960, 1967), pornindu-se de la modelul reificării, teoretizarea unei analogii între patologia socială generată de relațiile de muncă (alienarea socială) și cea a persoanei (alienarea psihică „endogenă”).

Schizofrenul ar suferi un proces de reificare prin degradarea calității dialectice a experienței (GEYER, 1980), autismul constînd într-o reificare a relațiilor sociale, consecință a Spaltung-ului schizofren și cauză a pierderii contactului vital cu realitatea. Schizofrenul nu mai obiectivează realitatea înconjurătoare și nu se mai obiectivează (BERGER, PULBERG, 1966), „uitînd” că cel care a produs lumea a fost și el alături de semenii săi (GEYER). Grupul social, în care individul normal poate exista doar ca „homo faber”, îl izolează pe bolnavul psihotic disociat, „reificîndu-l”, grupul apărînd, la rîndul său, ca un organism străin, ostil, „reificat” pentru bolnav. Aceste analogii și tranziții (alienare psihică/alienare socială), care explică „falsa conștiință” derealizată a schizofrenului, „reificatoare cit și reificată” (BERGER, PULBERG),

rămîn, printr-o interpretare psihologizantă a unui fenomen social, la dimensiunea unui factor favorizant, de întreținere, îndeosebi a cronicității defectuale din schizofrenie.

179. REIL Johann Christian (1759—1813) ● Neurolog și psihiatru german. A studiat medicina la Göttingen și Halle, susținîndu-și diploma în 1782. Între anii 1787—1810 a desfășurat o susți-



Johann Christian Reil

nută activitate didactică în calitate de profesor de neurologie și psihiatrie la Universitatea din Halle, apoi la Universitatea din Berlin. În 1803 a publicat o lucrare în care definește psihiatria ca știință și face referiri la metode psihoterapeutice în tulburările mintale, printre care menționează și recomandă și meloterapia; în 1809 a descris lobul insulei.

180. REINSERTIE (cf. re- prefix iterativ; lat. insertio) ● Etapă finală a procesului complex de recuperare, prin care deficitul este reintegrat într-o activitate productivă. Reinsertia profesională presupune stabilizarea definitivă a deficienței, restantul funcțional al individului, după parcurgerea etapelor recuperării, permițînd acestuia desfășurarea unei activități.

În procesul de reinsertie apar trei elemente principale care-l condiționează, determinîndu-i reușita sau eșecul. Primul element îl reprezintă deficitul însuși, prin dorința și motivația sa de a participa activ la viața socio-profesională a colectivității, prin nivelul de dezvoltare a aptitudinilor sau de menținere a deprinderilor anteriori.

oare, prin gradul de integritate a trăsăturilor de personalitate necesare adaptării sau readaptării într-un colectiv de muncă.

Al doilea element este reprezentat de grupul în mijlocul căruia deficientul urmează să se reintegreze. Aici trebuie luată în considerare natura relațiilor interpersonale din cadrul grupului, nivelul valorii profesionale, atitudinea față de deficienți, disponibilitatea afectivă față de aceștia (informații care se obțin prin investigația socială la locul de muncă).

Al treilea element îl reprezintă cunoașterea solicitărilor locului de muncă, măsura în care acestea asigură o apreciere corectă a compatibilității dintre posibilitățile invalidului și cerințele muncii, determinând randamentul său profesional.

Reinserția constituie deseori un proces de mare complexitate, pregătirea ei solicitând minuțiozitate și necesitănd uneori participarea activă, alături de membrii echipei recuperatorii, a factorilor de răspundere și decizie din întreprinderi și instituții. La începutul procesului de reinserție, deficientul poate dezvolta reacții dezadaptative care să-i compromită integrarea, motiv pentru care este necesară continuarea asistenței de specialitate mai ales a celei psihologice și sociale, pînă la completa independență socio-profesională.

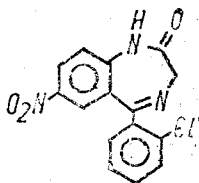
181. **REISM** (cf. lat. res) ● Concepție elaborată, la începutul secolului, de T. KOTARBINSKI, ca un program metodologic de respingere a interpretărilor idealist-subiective sau realist-platoniciene ale enunțurilor universale cu care operează discursul științific. În viziunea reistă, lumea este alcătuită numai din lucruri concrete, individuale; abstracțiile nu se referă la entități reale, cu existență autonomă, separată de lucruri, ci denotă proprietăți sau atribute ale lucrurilor. Fără a preconiza eliminarea noțiunilor abstracte din limbajul științific, reismul încearcă doar să asigure un referent clar definit al acestora, înlocuind judecățile în care subiectul este o abstracție cu enunțuri al căror subiect denotă o pluralitate de obiecte avînd o proprietate comună (de exemplu, „Temeritatea sfidează pericolele” se reduce la „Oamenii temerari sfidează pericolele”).

182. **REITER^(s) sindrom** ● Tulburări psihice care pot apărea ca urmare a unor intervenții stomatologice mai severe, cîntînd în idei de relație, anxietate psihotică, idei hipocondriace delirante, centrate pe cavitatea bucală. Fondul premorbid al acestor subiecți este marcat de reacții de intensitate nevrotică și de afecțiuni psihosomatice digestive. A fost descris de J. P. REITER în 1956.

183. **RELA^(M)** Canada, SUA — DCI *Carisoprodol* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol carbatat isopropil-car-

bamat, cu acțiune anxiolitică, miorelaxantă și ușor antidepressivă. Se bucură de o bună toleranță.

184. **RELACT^(M)** Argentina — 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)**.

185. **RELAFEN^(M)** Mexic — DCI *Metocarbamol* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(o-metoxifenoxi)-1,2-propandiol 1-carbatat, cu acțiune predominant miorelaxantă și anxiolitic-sedativă, dar și cu valențe anaigecice.

186. **RELAKSIN^(M)** Turcia — DCI *Meprobam* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Este indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, în 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 abinență”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **MEPROBAMAT^(M)**.

187. **RELANIUM^(M)** Polonia — DCI *Diazepam*
RELANSOL^(M) Cehoslovacia ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip zepinic de tip
RELASAN^(M) Mexic
RELASOM^(M) Mexic 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)**.

188. **RELATIVISM** (cf. fr. *relativisme*; vezi lat. *relativus*) ● Concepție subiectivistă pentru care Adevărul, unic și obiectiv valabil, este doar o convenție sau o ficțiune, desemnînd de fapt adevăruri parțiale și trecătoare, a căror valabilitate nu are certitudinea apodictică, ci se bazează pe adeziune, motivată psihologic, istoric, cultural etc. Conștient cu temei excesele viziunilor metafizic absolu-

refulării și baza menținerii sale", fundamentează o tehnică terapeutică având la bază relaxarea musculară (vegetoterapia).

Introduce noțiunea de „orgon”, prin care desemnează energia vitală, considerind-o specifică fiecărei forme de viață.

176. REICHARD^s semn ● Semn propus de REICHARD pentru evidențierea halucinațiilor vizuale. Tehnica de examinare constă în solicitarea subiectului de a face lectura unei foi albe ; nu este utilizat și acceptat unanim.

177. REID-BARLOWS^(S) sindrom^{sin.} → PROLAPS DE VALVĂ MITRALĂ.

178. REIFICARE (cf. lat. res „lucru”) ● Conștiință, teoretizată de MARX, a fenomenului de înstrăinare, ca reprezentare a omului drept lucru, simplu obiect sau instrument golit de subiectivitate, manipulat de forțele obiective, impersonale, ale legităților și instituțiilor sociale. Avându-și premisele în diviziunea socială a muncii, în funcționarea „oarbă”, stihinică, dar implacabilă, a producției de mărfuri și în separarea producătorilor de mijloacele de producție, reificarea însoțește istoria societăților împărțite în clase, tulburate de conflicte și disfuncționalități catastrofice în care individul se simte dominat de o necesitate străină și incomprehensibilă, victimă a unor forțe heteronome, ce îi dezmetesc așteptările și îl supun unor presiuni nelegate de aspirațiile și sensurile sale existențiale. Reificarea apare deci ca pierdere a Eului într-o lume inumană, ce îi refuză individului statutul de unicitate, impunându-i condiția impersonală de element într-un angrenaj ostil și absurd, golit de semnificație.

● S-a încercat (GABEL — 1960, 1967), pornindu-se de la modelul reificării, teoretizarea unei analogii între patologia socială generată de relațiile de muncă (alienarea socială) și cea a persoanei (alienarea psihică „endogenă”).

Schizofrenul ar suferi un proces de reificare prin degradarea calității dialectice a experienței (GEYER, 1980), autismul constând într-o reificare a relațiilor sociale, consecință a Spaltung-ului schizofren și cauză a pierderii contactului vital cu realitatea. Schizofrenul nu mai obiectivează realitatea înconjurătoare și nu se mai obiectivează (BERGER, PULBERG, 1966), „uitînd” că cel care a produs lumea a fost și el „alături de semenii săi” (GEYER). Grupul social, în care individul normal poate exista doar ca „homo faber”, îl izolează pe bolnavul psihotic disociat, „reificîndu-l”, grupul apărînd, la rîndul său, ca un organism străin, ostil, „reificat” pentru bolnav. Aceste analogii și tranziții (alienare psihică/alienare socială), care explică „falsa conștiință” derealizată a schizofrenului, „reificatoare cît și reificată” (BERGER, PULBERG).

rămîn, printr-o interpretare psihologizantă a unui fenomen social, la dimensiunea unui factor favorizant, de întreținere, îndeosebi a cronicității defectuale din schizofrenie.

179. REIL Johann Christian (1759—1813) ● Neurolog și psihiatru german. A studiat medicina la Göttingen și Halle, susținîndu-și diploma în 1782. Între anii 1787—1810 a desfășurat o susți-



Johann Christian Reil

nută activitate didactică în calitate de profesor de neurologie și psihiatrie la Universitatea din Halle, apoi la Universitatea din Berlin. În 1803 a publicat o lucrare în care definește psihiatria ca știință și face referiri la metode psihoterapeutice în tulburările mintale, printre care menționează și recomandă și meloterapia ; în 1809 a descris lobul insulei.

180. REINSERTIE (cf. re- prefix iterativ ; lat. insertio) ● Etapă finală a procesului complex de recuperare, prin care deficientul este reintegrat într-o activitate productivă. Reinsertia profesională presupune stabilizarea definitivă a deficienței, restantul funcțional al individului, după parcurgerea etapelor recuperării, permițînd acestuia desfășurarea unei activități.

În procesul de reinsertie apar trei elemente principale care-l condiționează, determinîndu-i reușita sau eșecul. Primul element îl reprezintă deficientul însuși, prin dorința și motivația sa de a participa activ la viața socio-profesională a colectivității, prin nivelul de dezvoltare a aptitudinilor sau de menținere a dependențelor anterio-

oare, prin gradul de integritate a trăsăturilor de personalitate necesare adaptării sau readaptării într-un colectiv de muncă.

Al doilea element este reprezentat de grupul în mijlocul căruia deficientul urmează să se reintegreze. Aici trebuie luată în considerare natura relațiilor interpersonale din cadrul grupului, nivelul valorii profesionale, atitudinea față de deficienți, disponibilitatea afectivă față de aceștia (informații care se obțin prin investigația socială la locul de muncă).

Al treilea element îl reprezintă cunoașterea solicitărilor locului de muncă, măsura în care acestea asigură o apreciere corectă a compatibilității dintre posibilitățile invalidului și cerințele muncii, determinând randamentul său profesional.

Reinserția constituie deseori un proces de mare complexitate, pregătirea ei solicitând minuțiozitate și necesitând uneori participarea activă, alături de membrii echipei recuperatorii, a factorilor de răspundere și decizie din întreprinderi și instituții. La începutul procesului de reinserție, deficientul poate dezvolta reacții dezadaptative care să-l compromită integrarea, motiv pentru care este necesară continuarea asistenței de specialitate mai ales a celei psihologice și sociale, până la completa independență socio-profesională.

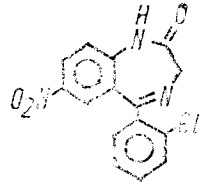
181. **REISM** (cf. lat. res) ● Concepție elaborată, la începutul secolului, de T. KOTARBINSKI, ca un program metodologic de respingere a interpretărilor idealist-subiective sau realist-platoniciene ale enunțurilor universale cu care operează discursul științific. În viziunea reistă, lumea este alcătuită numai din lucruri concrete, individuale; abstracțiile nu se referă la entități reale, cu existență autonomă, separată de lucruri, ci denotă proprietăți sau atribute ale lucrurilor. Fără a preconiza eliminarea noțiunilor abstracte din limba științific, reismul încearcă doar să asigure un referent clar definit al acestora, înlocuind judecățile în care subiectul este o abstracție cu enunțuri al căror subiect denotă o pluralitate de obiecte având o proprietate comună (de exemplu, „Temeritatea sfidează pericolele” se reduce la „Oamenii temerari sfidează pericolele”).

182. **REITER**^(S) sindrom ● Tulburări psihice care pot apărea ca urmare a unor intervenții stomatologice mai severe, constând în idei de relație, anxietate psihotică, idei hipocondriace delirante, centrate pe cavitatea bucală. Fondul premorbid al acestor subiecți este marcat de reacții de intensitate nevrotică și de afecțiuni psihosomatice digestive. A fost descris de J. P. REITER în 1956.

183. **RELA**^(M) Canada, SUA — DCI *Carisoprodol* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol carbamat isopropil-car-

bamat, cu acțiune anxiolitică, miorelaxantă și ușor antidepresivă. Se bucură de o bună toleranță.

184. **RELACT**^(M) Argentina — 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).

185. **RELAFEN**^(M) Mexic — DCI *Metocarbamol* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(o-metoxifenoxi)-1,2-propandiol 1-carbamat, cu acțiune predominant miorelaxantă și anxiolitic-sedativă, dar și cu valențe analgezice.

186. **RELAKSIN**^(M) Turcia — DCI *Meprobamol* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hipnotică. Este indicat în nevroze cu componentă anxioasă și depresivă, alcoolism, delirium tremens, în unele forme de epilepsie petit mal, afecțiuni psihosomatice. Deși fără efecte secundare evidente și contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putând apărea un „mic sindrom de abstenință”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT^(M).

187. **RELANIUM**^(M) Polonia — 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).

188. **RELATIVISM** (cf. fr. *relativisme*; vezi lat. *relativus*) ● Concepție subiectivistă pentru care Adevărul, unic și obiectiv valabil, este doar o convenție sau o ficțiune, desemnând de fapt adevăruri parțiale și trecătoare, a căror valabilitate nu are certitudinea apodictică, ci se bizuie pe adeziune, motivată psihologic, istoric, cultural etc. Contestând cu temei excesele viziunilor metafizic absolu-

tiste, relativismul accentuează în mod unilateral istoricitatea și limitele procesului de cunoaștere, ignorând corelația dialectică între adevărurile relative și conținutul de absolut al acestora.

Fenomenologia idealistă a lui HUSSERL relativizează cunoașterea obiectivă prin ipostazierea esenței apriorice, separând existența de esență, golind existența de un sens propriu. Ea se constituie ca premisă a doctrinei existențialiste, promotora absurdității existenței umane („Dasein”). Dasein-analiza, metodă psihoterapeutică profundă, se bazează pe fenomenologie și analiza existențială a lui BINSWANGER.

189. **RELATIVITATE** (cf. fr. *relativité* : vezi lat. *relativus*) ● Proprietate a fenomenelor de a avea valori dependente de relațiile dintre ele, de mobilitatea și transformarea perpetuă a relațiilor, ceea ce duce la aserțiunea că nimic nu este absolut. În psihologia experimentală, se constată interdependența dintre timp și spațiu în percepție, dintre cunoaștere și starea afectivă. M. RALEA, O. FRANK, P. FRAISSE vorbesc despre o relativitate subiectivă.

Dacă se recunoaște că fiecare obiect sau fiecare caracter există în funcție de alte obiecte sau caractere, atunci existența lui este legată de subiectul perceptiv.

În psihiatrie, ca în toate științele biologice, se poate vorbi de o oarecare relativitate în modalitățile de manifestare clinică a unor boli și sindroame, întrucât proprietatea comună cea mai generală a fenomenelor lumii vii este variabilitatea. Condițiile și relațiile în care există și care definesc fenomenele biologice le transformă într-o realitate finită (imperfectă) și variabilă. Psihopatologia, nosografia, clasificarea (taxonomia) bolilor psihice, nosologia stabilesc criteriile științifice ale aprecierii condițiilor și relațiilor care definesc variabilitatea astfel limitată a fenomenelor psihopatologice. Progresul cunoașterii contribuie permanent la obiectivarea științifică a acestei relativități, la restrângerea, pe baza unor fapte obiective, a domeniului ei.

190. **RELATIE** (cf. lat. *relatio* „raportare”) ● Raport între obiecte și procese, ca și între însușirile acestora. Existența și dezvoltarea lucrurilor depind de multiplicitatea relațiilor lor interne și externe, cu caracter obiectiv, înscrise într-o infinită varietate calitativă. Progresul științei constă în cunoașterea tot mai exactă a relațiilor specifice diferitelor categorii de obiecte și procese, ierarhizând între acestea relațiile necesare, esențiale, relativ stabile, cu caracter legic.

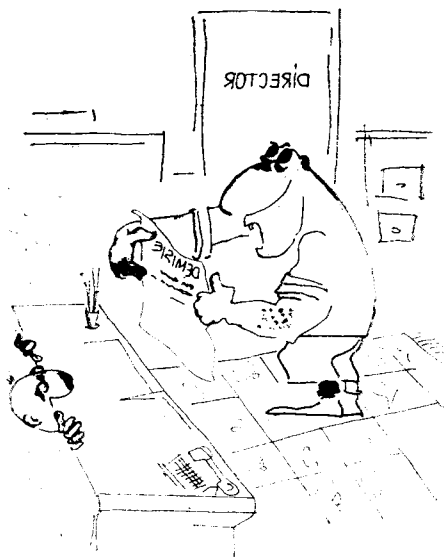
● În logică, determinare a obiectelor prin raporturi reciproce. După numărul obiectelor între care se stabilesc raporturi, relațiile pot fi diadice sau binare (de exemplu, $x \rightarrow y$), triadice (x se află

între y și z) etc. Analiza relațiilor (redușe, de regulă, la cele diadice sau binare) constituie obiectul de studiu al logicii relațiilor → LEGĂTURĂ.

191. **RELATIE^(D) delir** (cf. lat. *relatio*) ● Delir în care subiectul pune în relație directă cu persoana sa toate modificările ambientale, fraze, propoziții sau cuvinte care nu au nici o legătură cu ei. Bolnavul are convingerea că persoanele din ambianță exercită, prin gesturi, cuvinte sau alte manifestări, o acțiune defavorabilă asupra sa sau fac aprecieri negative asupra calităților sale.

Delirul de relație este, după opinia lui GHILIAROVSKI, doar „fondul amorf pe care se vor dezvolta idei delirante, mai coerente și mai clare”.

192. **RELATIE INTERPERSONALĂ** ● Legătură sau sistem de legături între două sau mai multe persoane, rezultat al consanguinității sau al unei alegeri conștiente, indiferent de faptul că motivul alegerii este sau nu conștient. Relația interpersonală marchează întreaga existență a individului,



exprimând legătura persoanei cu un obiect exterior. Începutul oricărei legături cu un obiect exterior este legătura cu un Tu-Persoană (SZONDI, 1952). Orice existență se desfășoară printr-o succesiune de secvențe Eu-Tu, adică o succesiune de secvențe în care un Eu se leagă de un alt Eu. Relația interpersonală este marcată de următoarele aspecte :

● o forță generatoare de legătură și suport energetic al acestei legături ;

- o atracție specifică, în virtutea căreia o anumită persoană se simte chemată spre alta ;
- un motiv specific, care operează selecția în cazul atracțiilor și al respingerilor, în conduitele de alegere și stabilire a unei relații ;
- un motiv specific, care provoacă ruptura unei legături și căutarea altei legături, indiferent de vechimea celei inițiale ;
- un motiv specific, care orientează persoana spre un anumit obiect și nu spre altul.

Prima relație ontologică care marchează dezvoltarea și formarea persoanei (creșterea, maturarea) este relația copilului cu mama (SZONDI vorbește, în acest sens, despre unirea duală primară). Din această uniune duală, rezultă prima uniune dublă : aceea dintre mamă și copil și aceea dintre tată și copil. Tatăl reprezintă primul obiect al realității ; el aduce imperativele realului în uniunea duală copil-mamă. Triunghiul mamă-copil-tată este model bazal, originar pentru toate celelalte relații stabilite ulterior de o persoană. Când în cadrul acestui triunghi există perturbări semnificative, în special în primii ani de viață, ele au repercusiuni asupra tuturor relațiilor (alegerilor relaționale) de mai târziu. Relația interpersonală se formează și se modifică, se structurează, în cursul stadiilor de dezvoltare a persoanei. Ea împrumută caracteristicile relației obiectuale, ca modalitate specifică de legătură a unei persoane cu un obiect exterior (→ RELAȚIE OBIECTUALĂ). Maladia psihică, fie ea dobândită, fie manifestată ca dezechilibru mai mult sau mai puțin grav în formarea personalității, modifică relațiile interpersonale, schimbând, practic, felul de a fi al persoanei și raportarea sa la lumea obiectelor.

193. RELAȚIE ROGERSIANĂ ● Relația dintre terapeut și pacient în cadrul psihoterapiei non-directive (sau psihoterapia centrată pe pacient), al cărei autor este C. ROGERS. Acest tip de relație terapeutică se mai numește și „relație de ajutor” („relation d'aide”). Ea este definită de ROGERS ca fiind acea relație în care o persoană ajută o altă persoană, acceptînd-o necondiționat, favorizîndu-i dezvoltarea și maturizarea și instrumentînd-o astfel pentru o confruntare eficientă cu viața.

194. RELAȚIE UMANĂ → RELAȚIE INTERPERSONALĂ, RELAȚIE OBIECTUALĂ.

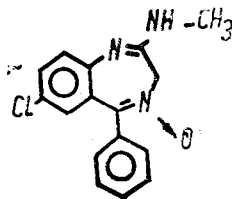
195. RELAȚIONALĂ — dificultate ● Termen folosit de școala germană de psihiatrie (Verhältnisschwachsinn) pentru a desemna incapacitatea unor persoane de a se descurca în împrejurări dificile în care au ajuns în mod întimplător. Acești indivizi nu au o debilitate mentală proprie-, zisă ci sînt mai ales structuri de personalitate dizarmonice, în dezacord cu mediul în care trăiesc.

196. RELAX^(M) Spania — 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).

197. RELAXANT^(M) Anglia — DCI *Mefenesin* ● **RELAXAR^(M)** Italia Tranchilizant, derivat glicerolic de tip 3-(o-metilfenoxi)-1,2-propandioli, cu acțiune miorelaxantă și sedativ-anxiolitică.

198. RELAXARE (cf. lat. *relaxare* „a relaxa, a destinde”) ● Stare de destindere, detensionare sau decontractare fizică sau psihică, stare analogă repaosului, care favorizează recuperarea unor energii fizice și psihice. Ca metodă, relaxarea se folosește în terapiile de relaxare (→ TRAINING AUTOGEN, PSIHOTERAPIE DE RELAXARE).

199. RELAXIL^(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 răspîndite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON^(M).

200. RELAXIL^(M) Belgia — DCI *Mefenesin* ● Tranchilizant, derivat glicerolic $\xrightarrow{\text{sin.}}$ RELAXANT^(M) Anglia, RELAXAR^(M) Italia.

201. RELAXIL^(M) Ungaria — DCI *Guaifenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(o-metilfenoxi)-1,2-propandioli, cu acțiune miorelaxant-sedativă și moderat anxiolitică, cu o bună toleranță.

202. RELAXO-POWER^(M) Spania — DCI *Carisoprodol* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandioli carbamat isopropil-carbamat, cu acțiune anxiolitică, miorelaxantă și ușor antidepressivă. Se bucură de o bună toleranță.

203. **RELEFACT**^(M) Canada, Elveția — DCI *Pro-tirelin* ● Psihotrop ușor timoleptic, de tip 5-oxo-L-proliL-L-histidil-L-prolinamidă, utilizat și în diagnosticul diferențial al disfuncției tiroidiene, folosit pentru evaluarea sintezei tireotrop-hormonului.

204. **RELIBERAN**^(M) Italia, Turcia — DCI *Clor-diazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepin-sin. → RELAXIL^(M) Canada.

205. **RELIGIE** (cf. lat. *religio* „teamă, scrupul, pietate, religie”) ● Formă a conștiinței sociale, în funcție de care comportamentele și relațiile umane sînt întemeiate pe credința în existența unor ființe supranaturale, creatoare și guvernatoare ale cosmosului, avînd cu omul o relație privilegiată, în și prin care se instituie un sens transcendent al destinului omenesc. În sens foarte larg, religia îmbrățișează toate concepțiile despre lume (și practicile asociate cu ele) care se axează pe credința în poziția ontologică a supranaturalului, a misterului cu puteri tainice, suprainteligibile, instalat în miezul ființei, dincolo de aparențe, de unde conduce devenirea lumii vizibile. Astfel considerată, religia reprezintă un fenomen străvechi, care însoțește dezvoltarea culturală a omenirii de la începuturi pînă astăzi, înaintînd pe direcția unei creșteri progresive a gradului său de complexitate de la animatism, animism, totemism, idolatrie sau fetișism (specifice comunei primitive timpurii), pînă la demonologie și mitologie (ce apar în perioada de descompunere a orînduirii arhaice), pentru a culmina (odată cu apogeul antichității sclavagiste) cu apariția credințelor codificate teologic, cu vocația universalistă.

Într-o accepțiune mai restrînsă, religia desemnează numai stadiul cel mai evoluat la care ajunge conștiința sacrului, postulînd transcendența divinului, reprezentat ca persoană infinită și eternă, de esență ideală, creator din nimic al lumii și stăpîn al omului — ființă al cărui destin joacă un rol aparte în devenirea cosmică. Prea restrictivă, această accepțiune obnubilează unitatea de esență a tuturor formelor istorico-culturale de așezare a condiției umane pe credința în prezența activă a sacrului, în orice situație existențială. În structura fenomenului religios se disting următoarele componente:

● În plan ideatic, un ansamblu de reprezentări simbolice, cu valoare paradigmatică, ale sacrului și un repertoriu de narațiuni exemplare despre faptele divinității, în cadrul cărora se conturează o viziune ce dă răspunsuri explicite sau alegorice unor întrebări esențiale privind viața și moartea, originea și finalitatea fenomenelor din cer și de pe pămînt, taina destinului individual al omului etc. Aceste conținuturi și forme de idee, care angajează spiritualitatea omenească pe toate dimensiunile și coordonatele ei, împletind într-o unitate

indisociabilă rațiunea speculativă, fantezia, imaginația simbolică, sentimentul, discernămintul axiologic, proiecția intențională etc., au fost sistematizate, printr-un lung proces evolutiv, în mitologii complexe; religiile mai evaluate, susținute de autoritatea unor caste sacerdotale de-a lungul unei îndelungate tradiții, aspiră să se închidă într-o transfigurare definitivă și completă a misterului divin, ca dogmatică teologică: sumă de adevăruri pretins revelate, transinteligibile și, ca atare, mai presus de judecata critică, din care se dezvoltă deductiv o imagine totalizantă a lumii.

● În plan practic, orice religie consacră un ansamblu de ritualuri și reguli de cult, care codifică raporturile dintre om și divinitate; unele dintre acestea reiterează faptele exemplare ale ființelor sacre, altele sînt forme de înduplecare invocatorie sau expiatorie a divinului; cel mai adesea, religiile susțin și un cod moral, întemeiat pe autoritatea sacră a normelor și prescripțiilor care definesc purtarea bună, pe placul creatorului supranatural.

● Atunci cînd oficierea cultului, prin care este mijlocită relația dintre muritori și divinitate, este monopolizată de către o elită sacerdotală (grup de inițiați, fără de care profanii nu pot intra în contact cu ființa supremă), religia se organizează ecleziastic, devenind (ca „biserica”) o instituție a cărei autoritate se întemeiază, mai presus de orice, pe credibilitatea investiturii sale cu puteri soteriologice, de care depinde mîntuirea prin prea-fericita nemurire a fiecărui suflet individual, sau, dimpotrivă, condamnarea la chinuri veșnice. Elementul osmotic al acestor componente este credința în sacralitatea ascunsă a lucrurilor, dezvoltată numai aceluia care reușesc (prin propriile puteri sau binecuvîntați de har) să se transpună în stări excepționale, privilegiate, ale conștiinței: iluminare, revelație, extaz. Atribuind o valoare esențială acestui element în structurarea fenomenului religios, Mircea ELIADE eternizează sacrul, considerîndu-l o dimensiune definitorie a condiției umane: „sacrul — afirmă el — este un element în structura conștiinței și nu un stadiu în istoria acestei conștiințe”.

În marea diversitate a credințelor religioase sînt posibile multiple clasificări. Între acestea, cel mai puțin rezistentă este dihotomia teologică între religii naturale (produse ale minții omenești) și religii revelate (ale căror dogme au fost dezvoltate unor profeți sau aleși direct de către divinitate); în fapt, orice religie se pretinde a fi unică revelată și, de aceea, adevărată, privindu-le pe celelalte ca naturale. În funcție de natura unică sau multiplă a supranaturalului, religiile se împart în următoarele categorii principale:

● politeismul — care acceptă mai multe divinități, una dintre acestea (nu neapărat mereu aceeași) avînd o autoritate supremă;

- henoteismul — care adoră un singur zeu, recunoscând însă, alături de el, și alți zei ;
- dualismul — care afirmă lupta dintre două principii divine contrare, transfigurând religios opoziția dintre Bine și Rău ;
- monoteismul — care recunoaște o singură divinitate, atotputernică și atotcuprinzătoare, dar și un panteon de ordin secund, alcătuit din divinități subalterne.

Cele mai cunoscute și mai răspândite religii monoteiste sînt creștinismul, mahomedanismul sau islamismul, mozaismul sau iudaismul ; alături de acestea, se bucură încă de autoritate în lumea contemporană, în diferite arii geo-culturale, budismul, hinduismul, confucianismul, daoismul, sintoismul.

Critica filozofică a religiei a exagerat, încă din antichitate, temeiurile gnoseologice ale credinței în supranatural, punînd apariția și persistența religiei doar pe seama ignoranței. Religia este și o explicație fantastică a unor forțe naturale neînțelese pozitiv, datorită stadiului încă precar al dezvoltării cunoașterii pe treptele timpurii ale culturii, dar ea nu se întemeiază numai pe ignoranță. Fenomenul religios se alimentează, în egală măsură, din surse psihologice și antropologice (mirarea, spaima și neputința resemnării în fața morții, sentimentul de culpabilitate, remușcarea și nevoia de ispășire, dorința de a fi asistat de o forță benefică în împrejurări critice, cu deznădămint impredictibil și necontrolabil de către individ etc.).

Critica marxistă a religiei are meritul de a fi dezvăluit rădăcinile sociale ale credinței în supranatural, văzînd în ele o formă de înstrăinare a omului dominat de forțe și legități sociale opresive ; revolta neputincioasă a celor dominați în fața strimbei întocmiri a lumii generează speranța unei reparații în transcendent, prin mintuirea acordată drept răsplată a suferinței pămîntești, speranță abil exploatată de clasele dominante pentru a-și legitima privilegiile prin voința divină.

Apariția miturilor și credințelor religioase a constituit o formă de afirmare a conștiinței de sine a umanității ; adîncirea „misterului” a contribuit, în epocile arhaice, la elaborarea limbajelor creației spirituale — arta, literatura, protofilozofia — și chiar a unor rudimente ale cercetării pozitive, născute nu numai din nevoile practice, ci și ca daruri ale contemplației. Multă vreme, religia și-a putut asigura și menține supremația sau, cel puțin, o poziție prominentă în ansamblul vieții spirituale, datorită sincretismului său, care permitea diferitelor concepții atît transferul reciproc de dogme și ritualuri, cît și asimilarea unor creații din alte forme de spiritualitate. Treptat, aspirațiile de supremație culturală a religiei s-au lovit de științele pozitive, iar rolul conservator al bisericii a fost din ce în ce mai violent demascat

și condamnat de ascensiunea istorică a unor forțe sociale progresiste. Antrenată într-un conflict de principiu cu emanciparea cunoașterii raționale, religia a încercat, mai întii, să exercite (prin structurile ei ecleziastice) represalii împotriva progresului cercetărilor pozitive ; redusă, treptat, în autoritatea sa instituțională, teologia încearcă astăzi să se adapteze asaltului cunoașterii științifice, renunțînd la unele dintre dogmele tradiționale, reinterpretînd altele, dar și deformînd unele incertitudini sau probleme încă neclarificate ale științei contemporane. Pe de altă parte, unele doctrine de inspirație creștină (personalismul, existențialismul religios, neotomismul), precum și o serie de personalități clericale se pronunță în favoarea unor mișcări și reforme democratice, schimbînd imaginea tradițională a religiei ca templu exclusivist al fanatismului retrograd. Adevăratul conflict, principal insolubil, opune religia filozofiei materialiste, care demonstrează critic temeiurile credinței în supranatural, dezvăluind atît aspectele ei iraționale, cît și consecințele practice alienante.

206. RELIGIOS^(D) delir (cf. lat. *religiosus*) ● Delir descris de GUIRAUD și DIDE, care apare adesea consecutiv unui delir de persecuție sau de posesiune diabolică. Subiectul este convins că dificultățile prin care a trecut și trece se datorează fie faptului că este o persoană deosebită, protejată de divinitate (ingeri, Sfînta Fecioară, Dumnezeu), căpătînd, prin această relație, atributele iluminării, fie faptului că este însăși intruparea divinității,



Rubens

avind puteri deosebite. Și într-un caz și în celălalt, subiectul trece la îndeplinirea „misiunii sale divine”, dedându-se la „tot felul de practici de cult excesive, exclusive sau baroce” (A. HESNARD).

Halucinațiile auditive și vizuale sînt frecvente și pot lua aspectul unor mesaje scrise. Un exemplu celebru în acest sens poate fi considerată legenda legată de inscripția scrisă „de o mînă invizibilă” pe peretele palatului regelui BALTAZAR al Babilonului: „Mane, tekel, fares” (Numărat, cîntărit, împărțit), prevestind cucerirea orașului de către CİRUS.

207. **RELIGIOS** — tip ● E. SPRANGER denuște astfel subiecții la care sentimentul religios este atît de puternic încît ei consideră că religia le controlează întreaga viață, subordonînd toate domeniile realității ; divinitatea ca putere supremă reprezintă un principiu absolut, care există în toate lucrurile și le marchează esențial. Poate fi o caracteristică a personalităților slabe, dependente, nesigure de sine, pentru care această convingere reprezintă soluționarea problemelor existențiale pe care sînt incapabili să și le rezolve.

208. **RELISORM** — T^(M) Italia — DCI *Protirelin* ●
sin.
Psihotrop timoleptic → **RELEFACT**^(M) Canada, Elveția.

209. **RELIMUM**^(M) Canada — DCI *Clordiazepoxid* ●
sin.
● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic → **RELIBERAN**^(M) Italia, Turcia.

210. **RELIVER**^(M) ; **RELIEZEN**^(M) Japonia — DCI *Diazepam* ● Tranchilizante, derivați benzodiazepinici 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 le produce sub numele de **DIAZEPAM**^(M).

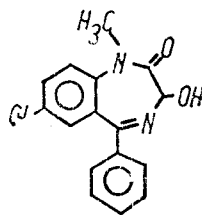
211. **RELIZON**^(M) Japonia — DCI *Clormezanonă* ● Miorelaxant cu valențe anxiolitice, de tip 2-(p-clorofenil)tetrahidro-3-metil-4H-1,3-tiazin-4-onă 1,1-dioxid, considerat drept primul miorelaxant adevărat, indicat în nevroze motorii (crampe musculare, torticolis, spasme musculare), acțiunea sa anxiolitică fiind complementară. Nu are practic contraindicații.

212. **REMANSIL**^(M) Mexic — DCI *Diazepam* ●
sin.
Tranchilizant, derivat benzodiazepinic → **DIAZEPAM**^(M) România.

213. **REMDUE**^(M) Italia — 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 seda-

tiv-hipnotică. Este indicat în insomniile mixte și contraindicat în sarcină, alăptare, glaucom și miastenie.

214. **REMESTAN**^(M) RFG — DCI *Temazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2H-1,4



-benzodiazepină-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică. Nu se administrează în sarcină, alăptare, la copii și vîrstnici.

215. **REMICIN**^(M) Coreea — DCI *Rescinnamină* ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3,4,5-acid trimetoxicinnamic esterificat metil reserpat, cu acțiune sedativă. Nu se administrează în cazul existenței unei componente depresive ; este un marcat hipotensor.

216. **REMINISCENTĂ** (cf. lat. *reminiscentia* „reamintire”) ● Reziduu mnezic, ce nu poate fi evocat exact în contextul spațio-temporal concret în care s-a fixat și care contribuie, prin prelucrare, la stabilirea verosimilului, a adevărului (PLATON), la efortul voluntar, intelectual de evocare a unor fapte precis localizate în timp (ARISTOTEL), la actul creației, în care informația stocată este inconștient prelucrată, devenind incognoscibilă în opera de artă, la explicarea simptomelor nevrotice (FREUD).

În psihologia engleză, cuvîntul desemnează o bruscă performanță a evocării unor fapte ce păreau uitate.

În psihanaliză, ea este legată de amnezia infantilă, care dispare prin înlăturarea defenselor patologice, a rezistențelor care mențin refulate amintiri legate prin lanțuri asociative de pulsivitatea refulată și de reprezentarea ei pe plan psihic.

217. **REMISIUNE** (cf. lat. *remissio* „scădere, slăbire”) ● Atenuare progresivă a simptomatologiei cronice, pînă la vindecare, în cazul unui proces morbid.

218. **REMSSED**^(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).

219. REMUŞCARE (comp. fr. *remords*) ● Categorie de suferinţă morală, care apare ca reacţie la încălcarea unor norme etice. Are la bază un sentiment de culpabilitate, care generează, de obicei, nevoia de ispăşire ca o condiţie necesară de regăsire a echilibrului interior. Remuşcarea este un proces pe care individul şi-l intenţează lui însuşi, el fiind singurul vinovat şi căutând o cale de ispăşire, pe care o poate găsi sau nu. Originea profundă a remuşcării se află frecvent într-un Supraeu puternic, ce sancţionează prin culpabilizare. Remuşcarea este un reproş intens al conştiinţei, persoana avînd sentimentul că a comis o greşală.

În patologie, istericul nu are remuşcări autentice; dacă totuşi le formulează, ele sînt superficiale sau jucate, persoana urmîrind să obţină o gratificaţie, să facă o bună impresie. Anancastul are o înclinaţie puternică spre remuşcare, fiind gata să admită sau să simtă că a comis o greşală. În general, subiecţii cu structurări dizarmonice ale personalităţii, la care este sever atinsă structura caracterială în aspectul ei moral, nu au reacţii de suferinţă la încălcarea normelor (SZONDI vorbeşte despre comportamentul dezechilibrat, instabil, despre pierderea concepţiilor etice, morale, ce determină lipsa de reţinere sau diminuarea severă a capacităţii de stăpînire în căutarea plăcerii; de aici, „incontinenţa” în satisfacerea plăcerilor sau căutarea frenetică a obiectului plăcerii la perversi, la indivizi cu „moral insanity”, la dipsomani). Dizarmonicul se plasează pe poziţia „eu nu sînt vinovat, lumea este (mereu) vinovată”, corespunzătoare poziţiei a doua din analiza tranzaţională („I'm OK — You're not OK”), poziţie care admite cu greu sau deloc remuşcarea.

La psihotic, în cazurile de depresie (fie ele reactive, dar mai ales în depresia cu pronunţată etiologie endogenă), în funcţie de intensitatea procesului psihotic, remuşcarea îmbracă forme grave, de la culpabilitate maximă, la sentimente de inutilitate; persoana se autopedepşeşte printr-o suferinţă morală, fără să fi comis, în realitate, un act care să justifice această suferinţă.

220. RENARCOL^(M) SUA — DCI *Mefenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metilfenoxi)-1,2-propandiol, cu acţiune miorelaxantă şi sedativ-anxiolitică.

221. RENAŞTERE : FILOZOFIE ŞI PSIHIATRIE ● Renaşterea reprezintă o perioadă istorică a cărei complexitate a declanşat numeroase controverse între specialiştii din diverse domenii: istorici, economişti, filozofi, oameni de artă. Renaşterea a primit, în diferite perioade istorice, interpretări diferite, în funcţie de interesele şi ideologia care caracterizau acea perioadă. Revoluţia culturală, caracteristică sfîrşitului secolului al XV-lea, este

definită prin termeni care au ca numitor comun trecerea bruscă de la o stare la alta, cu desăvîrşire nouă: reînflorire, restaurare, reinnoire, revelaţie, reformă, renaştere.

Încercarea de a înţelege această perioadă de lumini şi umbre presupune cunoaşterea filozofiei, a gândirii ce a dominat Renaşterea. Dezacordurile istoricilor privind localizarea în timp şi spaţiu a începuturilor Renaşterii sînt atenuate, pe de o parte, de faptul că baza economică înfloritoare a acestei perioade este condiţia sine qua non a constituirii noii suprastructuri, a noilor forme ale conştiinţei sociale, pe de altă parte, de faptul că, pentru filozofie, aceste aspecte nu sînt semnificative, Renaşterea prezentînd acea unitate în diversitatea caracteristică oricărei direcţii noi de dezvoltare.

Considerată de ENGELS drept „epocă a titanilor”, „cea mai mare răsturnare progresistă din cîte trăise omenirea pînă atunci”, Renaşterea este dominată de ideea de umanitate, esenţa gândirii renaşcentiste fiind revolta împotriva dictaturii spirituale a bisericii, întoarcerea la preocuparea pentru tot ceea ce este pămîntesc, oferind spiritului uman infinitul — nu pe cel al unui Dumnezeu înefabil, ci pe cel al Universului concret. Efortul de „a gândi” acest infinit presupune o adevărată revoluţie intelectuală, ştiinţa — sub toate aspectele ei — devenind cunoaştere dobîndită prin studierea omului şi a naturii.



Opoziţia faţă de autoritatea bisericească este caracteristică umanismului renaşcentist; mişcare amplă, cu implicaţii istorice, artistice, filozofice, etice etc., elementul esenţial fiind concepţia despre om şi educaţie, preocuparea prioritară pentru

problematica și valorile umane. Nevoia de erudiție se împletește cu nevoia revoluționării formei, ambele aspecte avind teluri comune de ordin pedagogic și filozofic-moral. Filozofia morală, bazată pe cultură și permanent îmbogățită prin aceasta, prezintă frecvent trimiteri la teoriile antice, impulsionând gândirea spre observație personală, spre opinii personale despre fericire, bine și rău, virtute și viciu, pasiune, datorie morală, libertate și constrângere. Redescoperind limba și cultura elini, umanismul renescentist încearcă să le continue, dar și să le depășească, accentuând elementul rațional, promovind ca preocupări fundamentale cunoașterea, adevărul, concretul, devenirea omului, în sfârșit, filozofia morală.

Secolele al XIV-lea — al XVI-lea sînt dominate de umanism atît pe plan ideologic, cît și pe plan istoric, artistic, social și politic. Din punct de vedere filozofic, aceste secole poartă pecetea gândirii unor personalități, ce constituie chintesența conștiinței umane din această perioadă: Francesco PETRARCA, Lorenzo VELLA, Leon BATTISTA-ALBERTI, Marsilio FICINO, Giovanni PICO della Mirandola, Didier ERASMUS, Michel EYQUEM de Montaigne, Leonardo da VINCI, Luis VIVES, Nicolaus CUSANUS, Giordano BRUNO, Tommaso CAMPANELLA, Niccolò MACHIAVELLI, Thomas MORE, Francis BACON. Toți acești iluștri reprezentanți ai Renașterii promovează în lucrările lor încrederea în capacitatea omului de a cunoaște și de a acționa, dorința de a asigura prosperitatea și progresul moral al societății; uneori, concepțiile lor poartă amprenta poeziei, imprimată de percepția unui Univers pulsînd de vitalitate; alteori, ele interferează cu știința, mișcarea științifică elaborînd premise filozofice sau impunînd conceptelor filozofice propria ei dezvoltare. Un alt element caracteristic gândirii filozofice din Renașterea este îmbinarea credinței — a religiei creștine — cu elemente de cultură clasică; există însă o curiozitate, chiar o lăcomie de cunoaștere prin observație, puse în sprijinul omului, a cărui natură este imposibil de ignorat sau de disprețuit, în concepția umanistă.

Setea de cunoaștere, idealurile culturale ale umanismului renescentist sînt concretizate în înflorirea învățămîntului, cultura umanistă implicînd cunoștințe de metafizică, filozofia naturii, logică, teologie, medicină, matematică. Astfel, matematica oferă posibilitatea stabilirii unor relații mai profunde decît cele oferite de filozofia tradițională, devenind element indispensabil în cunoașterea naturii obiectelor și fenomenelor, dar și în planul mișcării artistice a epocii.

Redescoperirea posibilităților matematicii conferă noi orizonturi creației lui Leonardo da VINCI, toată opera sa artistică, tehnică, filozofică purtînd amprenta dorinței de cunoaștere aprofu-

dată a mecanismelor care stau la baza proceselor naturale. Da VINCI se sizează existența legităților care guvernază lumea și creează premisele elaborării conceptelor de inducție și deducție, matematica ocupînd în concepția sa locul suprem în ierarhia metodologică a cunoașterii, prin posibilitățile de stabilire a raporturilor cantitative exacte dintre cauză și efect pe care le oferă.

Astronomia este o altă latură științifică a cărei impact asupra gândirii filozofice renescentiste a fost deosebit de puternic. COPERNIC sau Johann KEPLER au contribuit, prin operele lor, la procesul de transformare a conștiinței umane, atît în plan științific, cît și, mai ales, în plan ideologic.

Superioritatea umanistilor moderni în raport cu gânditorii antichității (conferită de noile descoperiri științifice și realizări pe plan tehnic) va avea consecințe pe plan ideologic. Orientîndu-și studiile și gândirea spre știință, dar și spre istorie, literatură și studii clasice, umanistii cultivă etica, filozofia naturii, fără să delimiteze sferile cunoașterii, dar creînd premisele problematicii viitoarelor științe moderne.

Deși doctrinele antice renașc prin redescoperirea textelor latine și eline, ele se amplifică și sînt reconsiderate prin prisma umanismului, care încearcă să înăbușe obscurantismul, misticismul și întunecimea spirituală, caracterisice evului mediu. Umanistii rezolvă într-un mod cu totul particular conflictul ideologic dintre filozofie și religie, nu prin relații de subordonare, ci prin completare armonioasă și chiar prin autentice elemente de autonomie pe care le capătă gândirea filozofică. Expresia cea mai concretă a acestei armonii dintre „toate” religiile și filozofiile sînt cele 900 de teze ale lui Giovanni PICO della Mirandola, pentru care adevărul universal este țelul comun la care trebuie să ajungă atît religia, prin credință, cît și filozofia, prin rațiune. Ambele căi prin care se poate ajunge la adevărul universal au un element central: afirmarea, după secole de dependență, a demnității umane, a libertății de opțiune a omului, a credinței în forța de manifestare a personalității individului.

Michel EYQUEM de Montaigne, prin eseurile sale, se relevă ca unul dintre primii gânditori europeni care încearcă eliberarea moralei de religie, adevărul reprezentînd pentru autor o formă de expresie a libertății individului.

Laicizarea moralei este realizată de Didier ERASMUS prin afirmarea deplină a demnității umane, a geniului și forței creatoare a omului, opuse dogmelor supranaturale, neomenești ale teologiei. În concepția sa, biserica nu face altceva decît să rupă religia de om, care este astfel ignorat, înjosit și capătă o conștiință impusă, lipsită de originalitate, de individualitate. ERASMUS afirmă că omul reprezintă, alături de natura creatoare, singurele elemente demne de cunoaștere, răs-

turnînd astfel — e adevărat, cu prudență — concepția întunecată despre om și Dumnezeu, ce a dominat evul mediu.

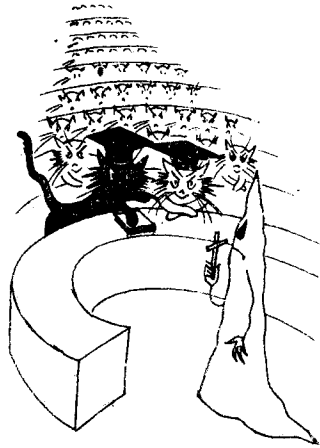
Pietro POMPONAZZI, reprezentant tipic al liberei cugetări renașcentiste, elaborează ideea privind caracterul istoric al religiilor și susține că orice religie apare, se dezvoltă, se degradează și dispăre, numai creștinismul făcînd excepție de la această devenire istorică.

Ambiguitatea ideologică perpetuă, care impune persistența ideilor religioase în flagrant conflict cu realitatea evidentă a descoperirilor științifice, este explicabilă prin faptul că Renașterea, în mod deosebit secolul al XVI-lea, manifestă dorințe mult peste posibilitățile vremii. Este perioada conflictelor religioase, a manifestărilor religiei oprimate ca forță ce sprijină clasele dominante, perioadă în care gîndirea evoluează și se emancipează cu greutate, în ciuda noilor posibilități ale cunoașterii. O expresie semnificativă a zburcîmii gîndirii, a contradicțiilor dintre religie și realitatea cunoașterii este opera lui Nicolaus CUSANUS, care, în mod cert, ar fi fost considerată erezie, dacă autorul ei n-ar fi fost cardinal și apărător fervent al bisericii catolice. În concepția lui CUSANUS, cunoașterea umană neluminată de credință nu poate atinge absolutul, ea constituind numai o trecere de la sensibil la rațional; depășirea posibilităților senzoriale presupune existența unui maximum absolut, reprezentat de Dumnezeu. CUSANUS înalță omul în plan cosmic, apropiindu-l de infinit și absolut, pe aceeași treaptă cu Dumnezeu.

Un alt gînditor care exprimă la modul cel mai complex spiritul epocii renașcentiste a fost Giordano BRUNO : heliocentrismul și critica bisericii catolice au reprezentat încercări de a opune știința sistemului religios. De la universalizarea și unificarea valului de cunoștințe noi ale epocii, BRUNO trece la elaborarea unei filozofii complete, care încearcă să înglobeze întreaga experiență umană. Studiile sale despre univers și lumi, despre unitate și contrarii, despre cunoaștere exprimă concentrat duplicitatea ideologică a epocii. BRUNO aduce în planul gîndirii ideea numărului infinit al lumilor, ca sisteme solare cuprinse într-un univers infinit, ideea relativității spațiului, a mișcării și timpului, dialectica sa adoptînd adevărurile noii științe, apărute însă cu procedee scolastice. Apelul la experiment refuză accesul faptului supranatural. Ideea unității substanței este dominată de două cupluri de concepte : principiu-cauză și materie-formă, tot acest ansamblu fiind un alt factor care consolidează poziția omului în Renaștere. După BRUNO, sufletul și materia stau la baza fiecărui lucru, iar intelectul uman conferă, de fapt, viață fiecărui lucru, el conținînd toate noțiunile și modelînd toate fenomenele

naturale din interior. Forma și materia sînt, la Giordano BRUNO, principii care se determină reciproc. Ambiguitatea universului gîndit, cînd ca imagine a lui Dumnezeu, cînd identic cu acesta, se înscrie în ambiguitatea de gîndire a epocii. Superioritatea naturii umane derivă, în gîndirea lui Giordano BRUNO, dintr-un raționament științific specific Renașterii : obiectul cunoașterii umane este natura, natura este identică cu Dumnezeu, deci a cunoaște natura înseamnă a-l cunoaște pe Dumnezeu. Și totuși, raporturile astfel stabilite între subiectul și obiectul natural nu sînt marcate de imixtiunea supranaturalului. Ideea reformării religiei nu depășește planul gîndirii, încărcătura etică a religiei fiind singura reținută în gîndirea lui BRUNO ca fiind adevărată, în măsura în care acțiunea morală a omului este guvernată de legi desprinse din cărțile sfinte.

Tommaso CAMPANELLA, alt metafizician al Renașterii, îmbină în teoriile sale necesitatea cunoașterii naturale cu necesitatea ca Biserica să accepte explicarea naturii conform legităților acesteia. Existența lui Dumnezeu este primul său adevăr filozofic, Dumnezeu există însă în lucruri și, nu în afara lor ; omul îl recunoaște în el însuși și prin aceasta, individul atinge perfecțiunea terestră, fericirea umană fiind, în concepția lui CAMPANELLA, ceea ce legea este pentru societate.



Observarea atentă a faptelor naturii și a omului atinge apogeul în Renaștere prin gîndirea lui Francis BACON, personalitate tipic renașcentistă, care a stîrnit numeroase controverse atît printre contemporani, cît și în secolele următoare. În concepția sa filozofică, renașcentistă atît prin intenție, cît și prin caracterul ei realizabil, natura este un organism uriaș, acționat de energii vitale secrete, cu efecte dintre cele mai diverse. Considerînd posibilitățile omului, teoretic, infinite,

dar, practic, limitate în contextul epocii, BACON elaborează teoria conform căreia cunoașterea naturii se poate realiza prin supunerea în fața legăturilor acesteia. Sînt necesare anumite condiții pentru a înțelege cauzele și efectele naturale, pentru a provoca efecte noi, deci pentru a spori cunoașterea. Senzația este element al conștiinței. Toate facultățile sufletului sînt raportate la gîndire, care se subordonează modalităților specific umane ale activității : logică și morală. Filozofia, concepută de BACON ca ansamblu de cunoștințe, de noțiuni abstracte desprinse din cazuri particulare, este replasată în ierarhia cunoașterii pe locul pe care-l ocupase în antichitate. Teologia este o filozofie care-l are ca obiect pe Dumnezeu, fiind pentru filozof o modalitate prudentă de a se desprinde de religiozitate. Știința despre om are ca premisă cunoașterea generală a materiei a cărei parte integrantă este omul, considerat fie ca individ, fie ca ființă socială. În concepția lui BACON, omul poate domina natura, posibilitățile sale în acest sens fiind justificate istoric de secole de invenții ; aceste posibilități vor deveni imense cînd activitatea de cunoaștere se va desfășura conștient, cînd oamenii vor înceta să-și mascheze ignoranța și vor utiliza energia mentală, irosită în religie, pentru cunoaștere. În acest sens, sînt necesare observația, experimentul, verificarea ; trecerea de la particular la general trebuie făcută treptat, prin interpretare și nu prin presupuneri și anticipații. Aceste idei relevă contrastul dintre filozofia antică și cea modernă propusă de BACON și, prin acest contrast, esența însăși a perioadei umanist-renașcentiste.

Gîndirea Renașterii a fost centrată asupra cunoașterii, asupra țelului cunoașterii omului, asupra dorinței acestuia de prosperitate și progres moral, în contextul unui Univers plin de vitalitate, dar locuit de un Dumnezeu care îi conferă lumii propria-i esență. În acest context, sufletul uman a fost considerat ca elementul cel mai prețios al omului, realizîndu-se astfel premisa a ceea ce mult mai tîrziu va deveni cîmpul vast de desfășurare al psihologiei. De la PICO della Mirandola, care credea în magie, la ERASMUS, care ataca minunile și duhurile rele considerate de el superstiție, la da VINCI, care antropomorfiza universul, la BACON pentru care sufletul și corpul, indisociabil legate, se influențează reciproc, pentru gîndirea renașcentistă toate facultățile spirituale sînt facultăți ale omului care posedă un trup. În aceste condiții, melancolia nu mai reprezintă un viciu, iar laicizarea conștiinței permite individualizarea reacțiilor.

Omul de știință, filozoful, artistul perioadei renașcentiste pornesc o frenetică și entuziastă aventură a cunoașterii și autocunoașterii : omul este recunoscut ca fenomen natural, dar esența umanității, sorginea ei sînt încă supranaturale.

Esența umană se află în sufletul uman, iar acesta este creat de o forță supranaturală, singura care-l poate influența. Corpul este un instrument prin care sufletul se exprimă. Tristețea, apatia sînt pentru suflet ceea ce bolile sînt pentru corp : o modalitate de exprimare. Sufletul fiind creat de forța divină, fiind nemuritor, nu se poate deteriora (după ARIOSTO, generarea și deteriorarea merg împreună).

Astfel, în secolul al XVI-lea, nu se poate vorbi despre boala sufletului, ci mai degrabă despre boli, ale spiritului animal, care, după cum afirmă PARE, este „animal nu pentru că ar fi substanță a sufletului, ci pentru că este principalul instrument localizat în creier”.

Ceea ce mai tîrziu se va numi boală mentală, pentru medicina Renașterii înseamnă o tulburare fizică, ale cărei efecte sînt resimțite de creier, considerat un organ ca oricare altul. Aceste afecțiuni sînt net separate de „nebulia sacră”.

În această perioadă, un ecou deosebit îl are afirmația lui SOCRATE că : „delirul este de două feluri, unul datorat bolilor umane și altul care este o stare divină, care ne face să ieșim din normele cotidiene”. Răspîndirea platonismului, prin FICINO și PONTYU și TYARD, duce la consolidarea concepției că aceeași manifestare psihică (furia, de exemplu) poate fi rezultatul „unui viciu al creierului” — și în acest caz, abordabilă de către medicină — sau poate fi expresia influenței unei forțe divine, „care se coboară în corp” sau care „poate ridica, din acest corp, sufletul către ceruri”.

Nebunia ca boală este deci situată în corp și modul de abordare și înțelegere a ei este același ca și pentru afecțiunile corporale. Ea este o boală a creierului — care este un organ — și nu a sufletului. CAPIVACCI tratează în scrierile sale frenezia, letargia, melancolia, mania, tulburările de memorie, vertijul, epilepsia, coma, insomnia, ca fiind boli în relație cu creierul. Nicolas ABRAHAM consideră că afecțiunile mentale se datoresc unor leziuni strict delimitate la nivelul unei anumite zone a creierului ; astfel, sediul de dezvoltare a freneziei, maniei, melancoliei, letargiei este în substanța creierului ; din sistemul ventricular și conducte se declanșează vertijul, convulsiile, epilepsia, apoplexia, paralizia și catarul ; cefaleea, cefalgia și migrena se declanșează sub meninge, în pericranii. În 1573, medicul piemontez G. F. ARMA, în tratatul „Despre trei afecțiuni ale creierului” izolează trei boli : frenezia, mania și melancolia. Încadrate între bolile „interne”, considerate a fi datorate unui „viciu al creierului”, ele nu sînt despărțite de patologia „corporală” generală și deci nici nu apare nevoia separării unei discipline medicale care să le studieze.

Afecțiunile psihice sînt explicate, în această perioadă, printr-un „joc” al umorilor și al anumi-

tor vapori : toate aceste boli au, după FERNEL, drept cauză „o umoare sau un vapor extrem de cald, care se răspindește în substanța creierului și în ventriculi și ale căror impulsuri și agitări determină în spirit (mens) idei false și fantastice”. Jean TAXIL consideră că epilepsia este provocată de un „venin”, rezultat din atrabilă ; singura care face oarecum excepție de la această explicație umorală este melancolia.

„Cheia” nebuliei se află în jocul umorilor rezultate din digestie : în stomac se formează chilul, care din intestin se absoarbe prin venele mezenterice și pe cale portală ajunge în ficat, unde chilul devine chim. Purificat în ficat, sângele conține patru umori : sângele propriu-zis, bila, melancolia și pituita (flegma). GALEN compară acest proces cu cel al formării vinului și, folosindu-se de această comparație, ABRAHAM afirmă : „în masa sanguină se descriu patru umori diferite : sângele, care este cea mai benignă umoare, reprezentând cea mai bună parte din vin ; bila, care apare sus, semănând cu floarea ; melancolia este întotdeauna jos, semănând cu drojdia, iar flegma semănând cu apozitatea”.

În afară de flegmă, care prin căldură se distruge, celelalte umori dau prin „arderea” lor substanțe nocive, numite „bilă neagră” sau melancolie. Substanțele toxice sau vaporii rezultați din ardere ajung la creier, producând modificarea funcționalității acestuia. Fiecare dintre aceste umori are un rol în declanșarea bolii mintale : flegma determină letargia cu sau fără febră, după cum „pituita se degradează sau nu”. Frenesia — spune ABRAHAM — își află sorgintea în inflamația creierului datorată abundenței masei sanguine sau bilei negre, însoțite de febră, deosebindu-se astfel de manie și melancolie, care sînt „reverii” fără febră. Pentru ABRAHAM, „mania este o reverie cu minie și furie”, provenind din umoarea atrabiliară, rezultată din arderea cholerei, a melancoliei sau a singelui, fără febră ; melancolia este o „reverie” fără febră, provenind din „umoaarea sau vaporii melancolici”, care ocupă creierul și îi alterează temperatura. Toți autorii contemporani lui ABRAHAM vor prelua faptul că febra este o trăsătură constantă a freneziei, deși nu vor accepta în totalitate teoria sa „etiopatogenică”. LAZERME, de exemplu, consideră că melancolia se datorează unei „umori naturale”, care configurează un caracter cu tendințe spre „tristețe meditativă”, spre o alienare a spiritului, provenită din acțiunea diverșilor „produși de ardere” ai umorilor.

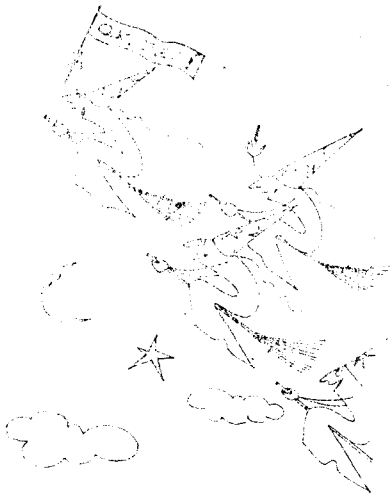
Acest joc al umorilor este diferit în funcție de vîrstă, anotimp și ore și, în acest context, melancolia este umoarea care apare la sfîrșitul zilei, toamna și la vîrstă înaintată, precedind „noaptea, iarna și îmbătrînirea”. După PARÉ, melancolici sînt „gravi și răutăcioși, frauduloși și mincinoși, sfioși

și triști, cu regrete, îndurerăți, nemulțumiți, lăcuți, cruzi, încăpățînați, nemiloși”. Deși ARISTOTEL o mai spusese, LEMNIUS afirmă că melancolia este ca vinul pentru că această umoare, „deși stimulează judecata, la fel ca vinul consumat moderat, totuși, dacă este prea abundentă și excesivă și pătrunsă de ceva viciu, dăunează spiritului”. Ceva mai tîrziu, MONTAIGNE afirma că pasul pentru a trece de la înțelepciune la nebulie este foarte mic, Melancolia a reprezentat domeniul în care a fost sesizată una dintre cele mai importante caracteristici ale trăirii psihice : intensitatea, care o poate situa în limitele normalului, sau care crescînd, poate duce această trăire în sfera patologicului.

În literatura medicală a secolului, melancolia ocupă un loc important, beneficiind de numeroase descrieri ; în aproape toate există această apropiere între melancolie și teluric, tern, întunecat, tenebros, pentru că se considera că melancolia este provocată de o „umoare neagră și miloasă”. GALEN scria : „la fel cum tenebrele înfricoșează pe copii, la fel întunecimea umorii melancolice asemănătoare unei nopți învăluie luminozitatea sufletului cu tenebrele sale” sau „inima care este învăluită în obscuritatea umorii este impresionată și nu cere decît tenebre”. GUIBELET considera că melancolia este o „moarte a sufletului”, iar Du LAURENS spunea că melancolicul este un „animal sălbatic, bănuitor, suspicios, solitar, dușman al soarelui”.

Toate aceste descrieri asimilează melancolia celei mai sumbre și disperate situații umane. Sorgintea melancoliei, efectele ei dezastruoase asupra ființei umane sînt explicate într-o teorie în care supranaturalul și naturalul se împletesc. În concepția acelei perioade, diavolul are o predilecție pentru melancolie, „răscolind bila neagră care este în corp și împinge aburii spre celulele simțurilor interioare”. Pe urmă, el crește această umoare prin excesul unor lucruri fierbinți, pe care le reține și le împiedică să se evacueze. El cauzează epilepsia, paralizia și boli asemănătoare, prin suciri groase, astupînd uneori ventriculul creierului, alături rădăcinile nervilor. El dă orbire sau surditate, îngrămădind excremente vătămătoare în ochi sau urechi (Martin del RIO), Jean TAXIL spune că diavolul tulbură cu „picioarele umorile, obstruînd organele, înțepînd meningele și nervii, astupînd arterele”, toate acestea înfăptuindu-se ca urmare a accesului pe care demonii îl au la bila neagră. Nu a avut loc nici o dispută între teologi și naturalisti, dimpotrivă, cele două categorii au conlucrat la făurirea acestei paradoxale împletiri dintre real (sau ceea ce era considerat real, fapt obiectiv) și fantastic, supranatural. Naturaliștii nu au contestat amestecul diavolului în „umoaarea neagră” și nici teologii

existența acesteia. Această conlucrare s-a concretizat și într-o manieră comună de a aborda vindecarea acestei posesiuni, prin folosirea unor substanțe care ar scădea umoarea neagră și l-ar lipsi astfel pe diavol de instrumentul său. Desigur că această tehnică este mult mai umană și mai „naturală” decât ritualurile exorciste ale evului mediu : este mai uman să-i dai melancolicului anumite plante pentru a-l scăpa de umoarea neagră, și astfel de diavol, decât să-l arzi pe rug. Acum se concretiza o teorie, pe care AVICENA o menționase deja : chiar când se bănuiește prezența diavolului, medicul este împuțernicit să intervină asupra cauzei răului. Deși „posedat”, bolnavul mintal poate beneficia de ajutor. De altfel, această atitudine este revelatoare pentru concepția epocii : dacă sute de ani, în apărarea sa împotriva demoniacului, omul nu a putut fi ajutat prin dumnezeire, dacă această posesiune diavolească nu a putut fi îndepărtată prin foc și biciuire, acum, omul ajunge să lupte el singur cu supranaturalul.



În epoca Renașterii, omul capătă încredere în forța sa ; el nu mai este un simplu pion pe câmpul de luptă dintre demoniac și dumnezeire, ci devine un luptător activ pentru apărarea condiției sale de om. Din adversar al divinității, diavolul devine acum adversar al omului. Încep să se ridice voci care, din ce în ce mai ferm, încep să susțină că, de fapt, diavolul nu ar avea nici un amestec în declanșarea acestor boli sau că măcar o parte din acestea nu se datoresc amestecului forței malefice. MARESCOT afirma că : „Nimic nu trebuie atribuit diavolului dacă nu este ceva extraordinar.

deasupra legilor naturii”. Abia în acest moment începe fățiș conflictul între medicină și teologie. Acum începe să se infirme teoria că boala ar putea avea mai „multă putere” decât sănătatea. Astfel, LEMNIUS lansează curajos afirmația că „furia” poate face subiectul să vorbească „o limbă străină, necunoscută”, care nu ar fi nicidecum de inspirație demonică, ci ar reprezenta o eliberare, prin furie, a sufletului din „închisoarea corpului”. Încep să mijască zorile unei noi ere. Melancolia începe să nu mai fie locul de întâlnire între natural și supranatural, ci locul în care naturalul își dovedește propria sa slăbiciune.

Din „Discurs asupra nebuniei”, cuprins în „Praxeas medicae . . .” de PLATER (secolul al XVII-lea), reținem și descrierea făcută maniei, ca fiind total „împotriva rațiunii”, fără a produce scufundarea în durere și tristețe. Maniacul ride, cîntă, glumește, dar folosește și „cuvinte triviale, înjurături”, recurge la acțiuni contrare „moralei omenestii”, se poate infuria distrugînd totul în jur, are un apetit sexual deosebit, începe mai multe acțiuni, fără a sfîrși nici una.

Același autor descrie ceea ce, în limbajul vremii, se numea „obsessio a daemone” : „... ei rămîn adesea căzuți într-un mutism interminabil . . . se abțin uneori de la hrană pînă la limita toleranței lor naturale, fără a avea vreo leziune; uneori, ei se răsucesc, își pliază și cîrbează corpul pînă la un punct . . . ce n-ar fi normal posibil fără luxarea articulației”. Cît de diferită este, oare, descrierea catalepsiei în tratatele devenite clasice? Același autor spune în continuare „... ei sînt ghicitori și predicatori sau se exprimă în limbi ce nu le-au vorbit și înțeles cînd erau sănătoși la cap, ca și cum demonul ar vorbi prin gura lor”.

O altă maladie psihică, licanthropia, cunoscută încă din antichitate, este descrisă în Renaștere de mulți autori ca : H. BOGUET („Discours exécration des sorciers”, 1606), P. LANCRE („Tableau de l'inconstance des mauvais anges et demons”, 1612), I. NYNAULD („De la lycanthropie”, 1615), C. F. PRIEUR („Dialogue de la lycanthropie”, 1596).

În perioada Renașterii se vehiculează termenul de „nebulia sacră”, folosit pentru a o diferenția de nebunia produsă de un viciu al creierului, precum și pentru a-i argumenta esența divină : „nebulia sacră” apare ca o pogorîre în sufletul (sufletul și nu spiritul) uman a inspirației divine. Profeția, talentul artistic, misticismul sau iubirea pasională erau considerate a fi rezultatul unei „posesiuni”, dar o posesiune care ridică omul spre culmi celeste. Aceste stări — angrenînd toate trăirile intense în desfășurarea lor — erau o modalitate de comunicare cu divinul. Astfel, Cristoforo LANDINO, scriitor italian al Quattrocento-ului, elaborează o „teorie practică și profetică a inspirației”. În comentariul „Banche

tului" de PLATON, precum și în „Teologia platoniciană”, el descrie etape de „furor” divin : furo-
rul poetic, mistic, profetic și bahic sau pasional
(pentru că bacantele „îmbătau” nu numai cu vin,
ci și cu iubire). Această teorie, susținută și de
FICINO, predomină și în secolul al XVI-lea la
GIRALDI, Du BELLAY, RONSARD, Pontus de
TYARD. Poeții erau denumiți „copiii dumnezei-
rii”, expresie preluată din „Arta poetică” a lui
SÉBILLET din 1548. Creația poetică este descrisă
de FICINO astfel : „sufletul uman se înalță
pînă la Dumnezeu. Furorul divin este o ilumina-
re a sufletului rațional, prin care Dumnezeu
atrage, spre ceruri, sufletul”.

Profeția și poezia se împleteau, în această pe-
rioadă : profetiile erau făcute prin intermediul
poeziei — și trebuie amintit aici celebrul NOS-
TRADAMUS și al său „Centuries”, scris în 1558,
în care, prin „inspirație” divină, autorul și-a expus
în versuri supozițiile. Desigur că această teorie
a avut și adversari, unul dintre ei fiind RABELAIS
care, în „Pantagruel”, denigrează divina inspira-
ție în cuvinte ironice și fraze pline de sarcasm.

Acesul medicinii spre această „specie” de
nebulnie devină, sacră, era interzis.

Renașterea a cunoscut, ca și epocile anterioare,
delirul mistic pe care l-a denumit „nebulnia cre-
dinței”. Tot aici trebuie citat ERASMUS, cu
„Elogiul nebulniei”, un apogeu, am putea
spune, al retoricii creștine.

Spre sfîrșitul acestei epoci însă, nebulnia sacră
este demitizată și demistificată. Treptat, se observă
(și WIER este un astfel de observator) că între
delirantul mistic și altul ce prezintă un delir cu
tematică diferită nu există, în fond, nici o deose-
bire. Esența „divină” a artei constă în valoarea
înestimabilă pe care o are pentru umanitate, dar
... creatorii ei sînt oameni. Limita dintre sacru
și profan, pe tărîmul nebulniei, dispăre treptat și
boala este privită la fel pentru toți. Devenind în
exclusivitate a oamenilor, nebulnia începe a fi
și ea privită prin prisma domniei „rațiunii”,
specifică secolului al XVII-lea, și, mai ales, începe
a fi și ea „constrînsă” să se încadreze în „nevoia
de ordine” a epocii, în spiritul căreia erau adunați
de pe drumurile europene vagabonzii, cerșetorii,
prostituatale, cei cu boli venerice și închiși în
anumite instituții. Alături de aceștia, se află și ne-
bulnii, folosindu-se pentru conținutul lor mijloace
nu tocmai blinde, pentru că, deși devenise a omu-
lui, nebulnia nu-și căpătase încă și statutul de
umană.

Un edict din 1656 legifera construirea unui
Spital General la Paris și un altul, în 1662, legi-
ferează construirea unor astfel de spitale în toate
regiunile Franței, acest exemplu fiind urmat de
Spania (Casas des misericordio), Italia, Germania,
Olanda, Anglia. Aceste instituții găzduiau pe aceia
pe care alte instituții spitalicești îi refuzau :

pe bolnavii cu afecțiuni venerice (din cauza con-
tagiozității) și pe bolnavii psihici.

Treptat însă, bolnavul psihic va căpăta statutul
de suferind, nebulnia va fi recunoscută ca umană
și astfel, porțile „iatriei” se vor deschide și pentru
acești atît de nefericiți „poseați” ai întunecatulu-
lui ev mediu. Perioada următoare, a Iluminismu-
lui, va aduce și aici lumină

222. **RENBORIN**^(M) Japonia — DCI **Diazepam** ●
Tranchilizant, derivat benzodiazepinic → **DI-
ZEPAM**^(M) România.

223. **RENEGARE SISTEMATICĂ** (cf. re- prefix
iterativ ; lat. *negare* ; comp. fr. *renier*) — sin.
REFUZ SISTEMATIC ● Atitudine de respingere
sau nerecunoaștere a unor manifestări cu carac-
ter simptomatic (P. JANET vorbește, în acest sens,
de „uitarea voluntară”, ca ansamblu de soluțio-
nare a situațiilor provocatoare de șoc afectiv).
Apare ca formă a unor mecanisme de apărare
(→ **NEGARE, PROIECȚIE, REFUZ AL REALI-
TĂȚII**) și se manifestă frecvent la psihotici. Su-
biectul își neagă tulburările, nu pentru că nu are
simț critic, ci pentru că nu este conștient de semni-
ficația acestor nerecunoașteri repetate. Atitudinea
implică și o pierdere a criteriilor în raportarea la
realitate.

224. **RENINĂ** (cf. lat. *reniculus*) ● Protează de
origine renală, cu greutate moleculară de 43 000,
secretată de celulele epitelioidale ale aparatului
juxtaglomerular. Structural nu este o proteină
omogenă, conținînd numeroase fracțiuni proteice
renale, izolate, prezentînd activitate reninică,
cu greutăți moleculare variabile (dar depășind
40 000). Se apreciază că este vorba de forme inac-
tivate ale reninei, rezultate prin fixarea acesteia
de un inhibitor proteazic (MEYER).

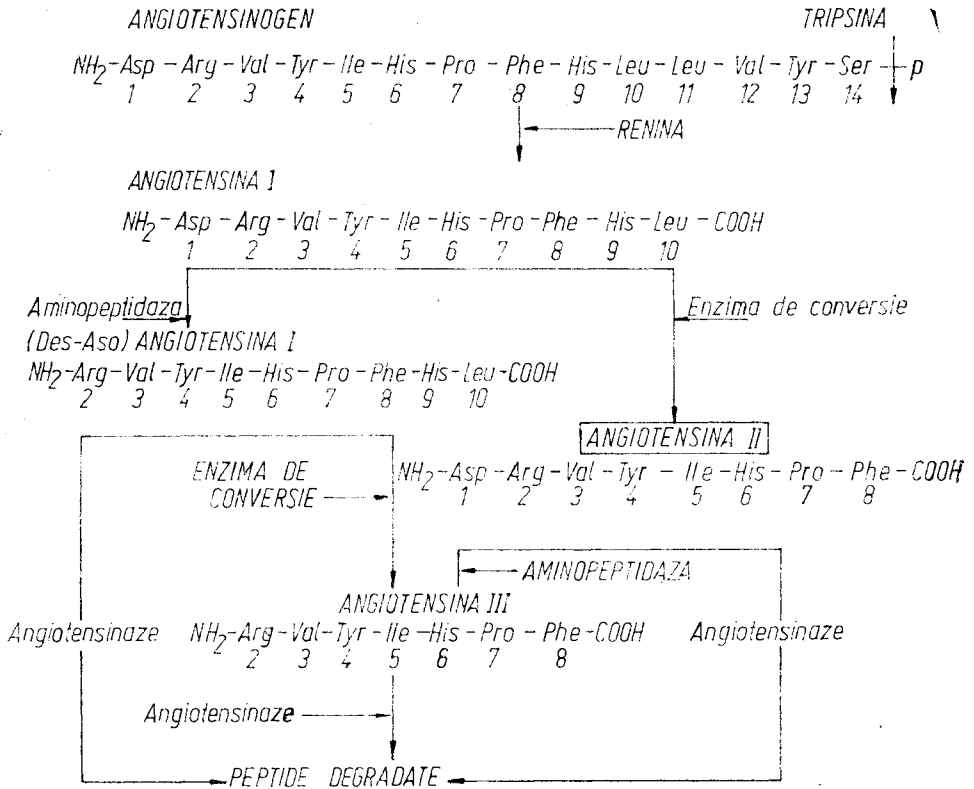
Acțiunea reninei se exercită asupra angioten-
sinogenului plasmatic, pe care-l transformă în
angiotensină I. Aceasta, sub acțiunea unei enzime
de conversie, se transformă în angiotensină II,
substanță cu efecte vasoconstrictoare, cu efecte
asupra tubilor renali, a sistemului nervos vegeta-
tiv și cu rol stimulator asupra secreției de aldoste-
ron din cortexul suprarenal.

Renina are și efecte vasoconstrictoare perife-
rice, efecte la care participă și sistemul nervos
simpatic. Angiotensina II are efecte stimulative
asupra structurilor simpatiche periferice și asupra
complexului hipotalamo-hipofizar, crescînd elibe-
rarea de hormon antidiuretic și de hormon adre-
nocorticotrop, în același timp exercitînd efecte
dipsogene centrale.

După GANONG (1974), secreția renală de
renină este controlată de următoarele meca-
nisme :

- reducerea presiunii sîngelui în arteriolele
glomerulare aferente stimulează secreția de

BIOCHIMIA SISTEMULUI RENINA-ANGIOTENSINA



renină, prin intermediul baroreceptorilor arteriolari ;

- eliminarea crescută de Na^+ în tubul contort distal renal (macula densa) stimulează chemoreceptorii tubulari ;
- mecanismul simpaticoadrenergic stimulează secreția de renină prin acțiune directă, dar și prin intermediul creșterii concentrației de catecolamine.

Cercetări recente au evidențiat existența unor surse extrarenale de renină în aproape toate organele, inclusiv în structurile nervoase centrale. Se pare că renina cerebrală este produsă local, independent de cea periferică. Se realizează astfel la acest nivel, un sistem renină-angiotensină considerat a avea rol de neuromodulator în cadrul sistemelor neuronale implicate în reglarea balanței hidroelectrolitice a organismului.

Sistemul renină-angiotensină-aldosteron pare implicat în patogenia unor forme de hipertensiune arterială de origine renală, în aceste forme de

hipertensiune constatându-se o activitate reninică plasmatică crescută. Astfel se explică și efectul favorabil al betablocantelor în aceste forme de hipertensiune arterială (Propranolol), ele inhibând mecanismul nervos simpatic ce favorizează producția crescută de renină.

225. **RENOVAN^(M)** Polonia — DCI **Guaifenesin** ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxant-sedativă și moderat anxiolitică. Are o bună toleranță.

226. **REO-** (cf. gr. *rhein* „a curge”) ● Element de compunere care introduce referirea la curent (electric, lichidian).

227. **REOENCEFALOGRAFIE (REG)** (cf. *reo-*; gr. *enkephalos* „creier” ; *graphein* „a înscrice”) ● Metodă de investigație paraclinică în afecțiunile sistemului nervos, care constă în înregistrarea

grafică, sub formă de unde monofazice, asimetrice, a impedanței țesutului cerebral (impedanța este mărimea fizică ce exprimă opoziția manifestată de un țesut la trecerea unui curent alternativ).

Termenul de reoencefalografie, introdus de JENKER (1957), definește cantitatea de curent ce traversează encefalul, în funcție de impedanță. Înregistrarea impedanței se face prin utilizarea a doi electrozi (unul pentru aplicarea curentului și altul pentru culegere) sau prin tehnica Lechner și Rodler, cu patru electrozi (doi pentru aplicarea curentului și doi pentru culegere).

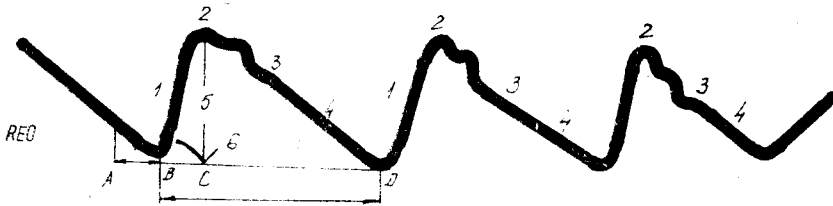
REG normală are forma unei curbe monofazice pozitive, asimetrice și este caracterizată morfologic prin :

- punct de inserție (ce corespunde momentului sosirii undei pulsatile sistolice, ce se deplasează în lungul vaselor mari) ;
- o fază (pantă) ascendentă, dreaptă, rapidă, care leagă punctul de inserție cu punctul cel mai înalt al undei (se datorește creșterii volumului singelui intracerebral în timpul sistolei) ;
- un unghi de înclinație al pantei ascendente (unghi anacrot), care reflectă elasticitatea arterelor ;
- un vîrf, care redă schimbările de conductibilitate cerebrală ;
- o fază (pantă) descendentă și o undă secundară (unda dicrotă), care împarte faza descendentă într-un segment predicrot (care reflectă începutul întoarcerii singelui venos) și unul postdicrot (în relație cu scăderea volumului de sînge din parenchimul cerebral).

Amplitudinea undei (reprezintă volumul cel mai mare de sînge din patul vascular cerebral extrasistolic) se măsoară în ohmi. Determinarea volumului maxim de sînge este raportul dintre amplitudinea undei (în milimetri) și mărimea semnalului de calibră în milimetri (care se obține la un calibră de 0,1 ohmi). Velocitatea sfîgmică (timpul dintre unda Q din complexul QRS și punctul de inserție al pantei ascendente) are valoarea de 0,15 secunde. Timpul vîrfului (timpul dintre punctul de inserție al undei și vîrful maxim) este estimat la 0,08—0,16 secunde. Celeritatea sfîgmică (coeficientul K), care reprezintă raportul dintre timpul de vîrf al pantei ascendente și durata totală a undei, are valoare de 10—15%, la tineri, și 18—22%, la adulți.

Desfășurarea în timp a diferitelor componente ale curbei REG ia ca reper unda Q de pe electrocardiogramă, ceea ce permite deosebirea curbelor normale de cele patologice. Curba REG variază în funcție de poziția bolnavului (clinostatis r, ortostatism) și de factori farmacodinamici (histamina, acetilcolina, nitrit de amil etc.).

Fiind o metodă ușor de executat, simplă din punct de vedere tehnic și nenocivă pentru bolnav, REG s-a impus în diagnosticarea afecțiunilor cerebrale, în determinarea circulației compensatoare, în diagnosticul proceselor expansive intracraniene și în traumatismele craniocerebrale. În ceea ce privește afecțiunile psihiatrice, metoda oferă importante informații în psihozele afective pe fond de arterioscleroză cerebrală, în demențele senile, boala Alzheimer și boala Pick, putînd semnaliza fondul organic, lezional, vascular și ajutînd



CURBA REOENCEFALOGRAFICA NORMALA

- | | |
|--|--|
| 1. Pantă ascendentă | 4. Pantă ascendentă |
| 2. Vîrful undei | 5. Amplitudinea undei |
| 3. Unda dicrotă | 6. Unghiul anacrot |
| 7. Punctul de inserție | |
| AB. Velocitatea sfîgmică | BD Durata totală a undei |
| BC. Timpul de vîrf | $\frac{BC}{BD}$ Celeritatea sfîgmică (coef. K) |
| AC. Timpul de la debutul sistolei electrice QRS și apariția vîrfului | |

astfel la diagnosticul, prognosticul și urmărirea eficacității tratamentului prin examinări repetate (V. PREDESCU, I. ROMAN).

228. **REORGANIN**^(M) Elveția, RFG — DCI *Guai-sin-fenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol → **RENOVAN**^(M) Polonia.

229. **REORGANIZARE** (cf. fr. *réorganiser*) ● Acțiune de organizare pe baze noi a unui proces sau reluarea lui în condiții similare sau deosebite. Pe plan psihologic, reorganizările intervin permanent atât la nivelul gândirii, ca strategii de verificare a demersurilor cognitive și de îmbogățire a fondului de cunoștințe, deprinderi și operații, cât și la nivelul personalității, ca modalități de „cizelare” a Eului și de creștere a eficienței adaptative. Reorganizarea se bazează și reclamă reversibilitate operațională, flexibilitate și plasticitate neuropsihică. Reorganizarea se desfășoară în dezvoltarea ontogenetică stadială, în maturare și maturizare, în procesul trecerii de la o etapă de dezvoltare la alta, superioară.

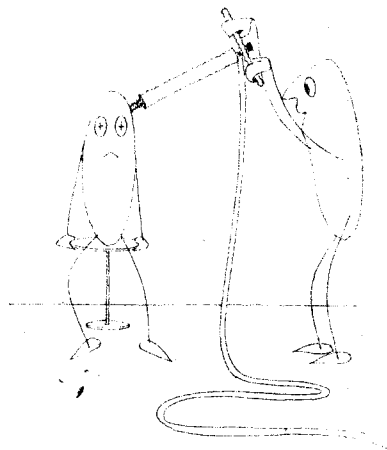
În varianta de reconstrucție a microgrupurilor de muncă sau profesionale, reorganizarea apare ca obiectiv al psihologiei organizaționale.

230. **REOSTRAL**^(M) Suedia — DCI *Mefenesin* ● Tranchilizant, derivat glicerolic → **RENARCOL**^(M) SUA.

231. **REPARARE** (cf. lat. *reparare* „a reface, a restabili”) ● Mecanism prin care subiectul încearcă să anihileze efectele produse de fantezmele distructoare asupra obiectului iubit. Termenul a fost introdus de Melanie KLEIN. Angoasa și culpabilitatea din depresie se leagă de mecanismul reparării : obiectul matern extern și intern fiind reparat la nivel fantasmatic, Eul reușește o identificare stabilă cu obiectul benefic și astfel poziția depresivă este depășită. Termeni analogi sînt : restaurare, restituire.

Termenul de reparare aparține concepției autoteoriei menționate despre sadismul infantil precoce (fantezmele de distrugere a obiectului, de îmbucătățire, de devorare) și se leagă de poziția depresivă (pericolul fantasmatic de a distruge obiectul matern, în momentul în care copilul este în stare să se raporteze mamei ca la un obiect total, se atenuază, pulsuniile libidinale și cele ostile sînt îndreptate împotriva aceluiași obiect într-o atitudine ambivalentă ; acest lucru provoacă angoasă și culpabilitate, repararea fiind unul dintre mecanismele care asigură anihilarea efectelor distrugerii fantasmatică, recuperarea integrității obiectului și introiecția obiectului iubit într-un mod securizant).

Odată restabilită integritatea obiectului și anihilate efectele distrugerii suportate de acest obiect, copilul își asigură posesiunea lui ca obiect



în totalitate „bun” ; introiecția unui asemenea obiect întărește Eul, deci fantezmele reparării intervin în dezvoltarea și structurarea Eului.

În legătură cu psihopatologia, mecanismele de reparare, în măsura în care ele se deformează (nu sînt bine realizate, nu funcționează eficient), se apropie de modalitățile defensive maniacale (sentimentul de omnipotență) sau de mecanismele obsesionale (repetiție compulsivă a acțiunilor reparatorii). În ceea ce privește dialectica pulsuniilor vieții și a pulsuniilor morții, repararea presupune un câștig al pulsuniilor vieții asupra pulsuniilor morții. În doliu și în procesul sublimării, operează de asemenea mecanismul reparării (aducerea obiectului la un stadiu de frumusețe absolută, de perfecțiune).

232. **REPAUS** (cf. lat. *pausare* „a se opri”) ● Corelat dialectic al mișcării, definit ca negație a acesteia ; sensul repausului depinde în mod direct de ceea ce se înțelege prin mișcare. În interpretarea mecanicistă — pentru care mișcarea înseamnă deplasare în spațiu —, repausul apare ca invarianță a poziției unui corp în raport cu un sistem de referință. Definind mișcarea drept schimbare în general, materialismul dialectic concepe repausul drept generalizare filozofică a stabilității (calitative sau cantitative). Teza frecvent enunțată de autorii marxști (reluînd considerațiile lui ENGELS din „Dialectica naturii” și „Anti-Dühring”) afirmă mișcarea ca proprietate absolută a materiei, în vreme ce repausul este doar relativ — un moment al mișcării, o întrerupere relativă a acesteia. Ideea se argumentează prin aceea că mișcarea este un atribut al materiei în general, pe cînd repausul este o caracteristică specifică obiectelor și fenomenelor luate individual. Argumentul este însă sofisticat, deoarece, în concepția

marxistă, materia nu este o substanță în sine, existență ca atare, „în general”, ci o abstracție filozofică, desemnând varietatea infinită de lucruri și procese individuale ce au în comun proprietatea obiectivității (independența față de conștiință). În planul realității concrete, mișcarea, ca și repausul deci, aparține, de asemenea, lucrurilor individuale — nefiind posibilă, din acest punct de vedere, nici un fel de ierarhizare ontologică între cele două categorii. Un alt argument este acela că o întrerupere totală, absolută a mișcării este imposibilă; cu alte cuvinte, în orice moment, „ceva se mișcă”. Dar tot atât de bine se poate postula (căci nu avem de-a face cu altceva decât cu niște postulate) că, în orice moment, „ceva este în repaus” — cu alte cuvinte, este la fel de imposibilă o declanșare simultană a absolut tuturor formelor concrete de mișcare din univers. Nici sub acest aspect, repausul nu stă într-o poziție de subordonare ontologică față de mișcare. Într-o judecată consecvent dialectică, repausul este un corelativ necesar al mișcării, un moment al devenirii, care se ivește cu necesitate și în mod universal în dezvoltarea oricărui sistem finit. Alternanța dintre mișcare și repaus nu se realizează niciodată simultan pentru toate sistemele ce alcătuiesc cosmosul infinit, în care, la orice moment, coexistă forme concrete de mișcare și forme concrete de repaus; din acest motiv, atât absolutizarea mișcării, cât și conceperea unui ipotetic moment inițial sau final al devenirii universale (precedată

și succedată de o inerție totală a lumii) sînt la fel de naive din punct de vedere filozofic.

● În accețiune medicală, termen echivalent cu cel de odihnă, inactivitate, desemnând o reducere sau suspendare tranzitorie a funcției unui țesut, organ sau sistem, în scopul refacerii funcționalității sale și, în final, a întregului organism, a capacității de muncă a subiectului.

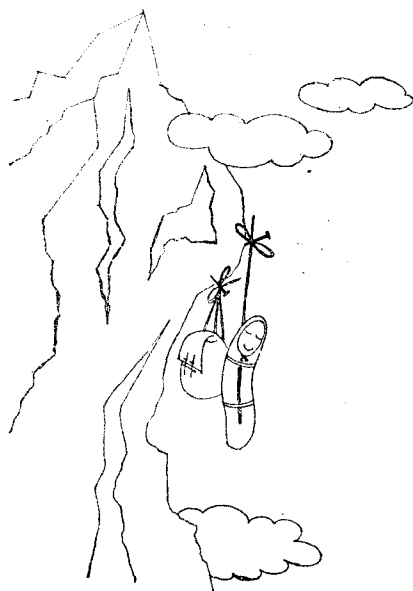
În această accețiune, somnul poate fi considerat un repaus fiziologic periodic al activității psihice, timp în care refacerea organismului devine posibilă și al cărui ritm zilnic îi este indispensabil. Cronobiologia este astăzi o disciplină științifică deja consacrată, permițînd accesul într-unul dintre colțurile tănuite ale organismului nostru. Perioada de repaus postsistolic al miocardului (diastola) este doar un exemplu, care poate fi generalizat, practic, pînă la nivel de celulă. Organismul este astfel programat încît să realizeze parametri de funcționalitate optimă prin alternanța activitate-repaus, energia și eficiența reglîndu-se prin mecanisme proprii. Cu atât mai mult, psihismul are nevoie de perioade ritmice de repaus, care să-i permită refacerea și reluarea activității la nivele anterioare.

Surmenajul reprezintă o stare de epuizare fizică și psihică (→ SURMENA), în care somnul își pierde caracterul reparator. Această stare generează tulburări psihice, cuprinzînd întreaga gamă a patologiei acute și subacute, constituind, în același timp, fondul pe care pot apărea tulburări psihosomatice sau unele tipuri de nevroze.

Se poate considera că orice cadru patologic în care somnul se modifică sub aspect calitativ sau cantitativ impune cu necesitate realizarea unui repaus, prin folosirea întregii palete terapeutice cunoscute (de la mijloace naturale, la electrosomn și psihotrope).

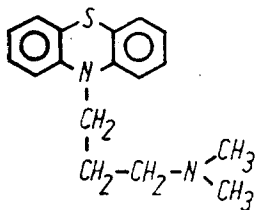
În psihiatrie, în tulburările psihogene, repaus poate fi considerată și scoaterea din mediul traumatizant, realizabilă prin sistemul ambulator sau semiambulator de asistență psihiatrică sau, la nevoie, în secțiile clinice de psihiatrie. Unitățile de postcură contribuie la desăvîrșirea repausului, ca parte componentă în tratamentul nevrozelor și chiar al unor tipuri de psihoze remise.

O perioadă mult prea prelungită de repaus poate fi tot atât de dăunătoare, ca și una insuficientă, făcînd dificilă reintegrarea pacientului în mediul său socio-profesional. De aceea, medicul psihiatru va trebui să indice în mod judicios atât momentul intrării în repaus, cît și cel al sistării sale, pentru fiecare pacient în parte, în vederea refacerii capacității de muncă a acestuia. O atitudine rațională în recomandarea repausului în tratamentul bolilor psihice (respectiv, zile de incapacitate temporară de muncă) nu înseamnă a fi împotriva repausului, ci a-l valorifica în mod



optim în interesul sănătății psihice a colectivității.

233. REPELTIN^(M) RFG — DCI *Alimemazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat aminoalkilfenotiazinic de tip 10-(3-dimetilaminopropil-2-metil)fenotia-



zină, cu acțiune anxiolitică, sedativ-hipnotică și valențe antihistaminice, antidepressive și miorelaxante. Are o bună toleranță, influențând însă reflexele conducătorilor auto. Este indicat în exogenii, reacții și în tratamentul de întreținere al endogeniilor, în afecțiuni psihosomatice (astm, tuse alergică, prurit de diverse etiologii).

234. REPERCUSIVE^(H) halucinații (cf. lat. *percussere* „a respinge, a reflecta”) — sin. COMBINATE^(H) halucinații ● Halucinații care au drept model de producere sinestezia → SINESTEZII-CER^(H) halucinații.

235. REPERCUSIVITATE (cf. lat. *percussio* „reflectare, respingere”) ● Una dintre cele trei axe ale sistemului caracteriologic imaginat de HEYMANS și WIERSMA, bazat pe descrierea modalității în care individul se angajează și se dezangajează în acțiune sau în atitudine. Ca și celelalte două axe (activitatea și emotivitatea), repercusivitatea poate îmbrăca două aspecte polare: primaritatea (P) — participare explozivă sau instantanee, cu o consumare și dezangrenare rapidă — și secundaritatea (S), cu o desfășurare lentă și o infiltrare insidioasă, „dar persistentă și durabilă asemănătoare cu sine” (E. PAMFIL și D. OGODESCU). Cele două polarități nu pot da în absența celorlalți factori decît tipuri de personalitate foarte șterse: amorful (nonmotiv, nonactiv, primar) și apaticul (nonmotiv, nonactiv, secundar).

236. REPERSONALIZARE (cf. lat. *persona* „rol, persoană, personaj”) ● Termen propus de MORTON PRINCE, în secolul trecut, în locul celui de hipnotism. Ca și alți termeni, acest „echivalent” (mai bine justificat teoretic în opinia autorului) nu s-a bucurat de consacrare → BRAIDISM.

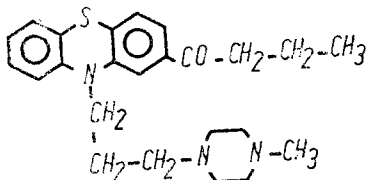
237. REPETIȚIE (cf. lat. *repetitio* „repetare”) ● Reeditarea, reintegrarea, reproducerea periodică a unei acțiuni, activități, idei, situații, a unui cuvînt, gest, eveniment sau comportament. Situații în care apare repetiția sînt:

- în activitatea de învățare, unde funcționează ca regulă și ca instrument, fiind legată de memorie, de formarea unor deprinderi, de stocarea informațiilor;
- în manifestarea unor trebuințe vitale, a căror satisfacere periodică exprimă o relație de necesitate între trebuința ca atare (procesul intern cu modificările sale specifice) și un obiect specific;
- în manifestarea unor habitudini, deprinderi, acțiuni achiziționate, care au căpătat o autonomie motivațională;
- ca ansamblu de gesturi, reacții, conduite în situații noi, dar analoge unor situații vechi, prin faptul că situațiile provoacă aceeași motivație sau sînt declanșate de motivații aproximativ identice;
- în cazul înlăturării tipice, de obicei neplăcute, a unor evenimente care reprezintă expresia unor conduite (a unor alegeri) aparent diferite, dar esențial asemănătoare, dacă nu chiar identice; aceste conduite aparțin aceleiași persoane, marcîndu-i în mod constant existența (→ NEVROZĂ DE DESTIN, NEVROZĂ DE EȘEC, COMPULSIUNE DE REPETIȚIE);
- în nevroza de caracter, ca manifestare periodică și compulsivă a unor mecanisme de apărare și a unor scheme de comportament într-o formă rigidă (trăsături de caracter exagerate);
- în nevroza obsesională, sub forma compulsiunilor;
- în delincvență (ca recidivă);
- în parakinezi, sub forma unor stereotipii de mișcare și de atitudine (motorii, verbale, grafice); GUIRAUD vorbește despre fenomene iterative (tulburări ale tonusului muscular prin repetare automată a actelor) și de acte fixate (caracteristice schizofreniilor);
- în comportamentele „în ecou” (ecolalie, ecopraxie, ekokinezie);
- în orice stereotipie, stereotipia fiind expresie a unor conduite repetitive (atitudini, gesturi, cuvînte); aici, repetiția are caracter automat (indiferent că este vorba de un fragment delirant sau de o ritualizare mai mult sau mai puțin simbolică), semnificînd o ștergere a inițiativei, o diminuare masivă a resurselor de investigație, o regresie (→ STEREOTIPIE, SCHIZOFRENIE).

238. REPETOWN^(M) Japonia — DCI *Meprobat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol dicarbamat, cu ac-

ține 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 contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putând apărea un „mic sindrom de abținere”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT^(M).

239. REPOISE^(M) SUA — DCI *Butaperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat piperazinilalkilfenotiazinic, de tip 1-10-13-(4-metil-1-piperazinil)propilfenotiazină-2-ili-1-butanonă, cu acțiune asemă-



nătoare cu cea a TRIFLUOPERAZINEI, având însă și valențe colinolitice, antihistaminice și antiemetice. Instalarea efectelor terapeutice se produce rapid, dar și efectele secundare de tip incisiv apar precoce.

240. REPOSIUM^(M) Grecia — DCI *Temazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1, 3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică. Nu se administrează în sarcină, alăptare, la copii și vîrstnici.

241. REPRESIUNE (cf. lat. *reprimare* „a respinge, a stăvili”) ● Operație psihică prin care un conținut neplăcut (idee, afect, amintire) dispare din câmpul conștiinței (în sens larg, refularea ar fi o modalitate particulară de represiune). Sensul restrîns implică distincția între represiune și refulare: represiunea poate fi conștientă, iar conținutul reprimat trece în preconștient și nu în inconștient; represiunea exercitată asupra unui afect nu-l transpune în inconștient, ci îl inhibă. Unii autori echivalează, în mod greșit, represiunea cu refularea (PONTALIS și LAPLANCHE, 1973).

Termenul desemnează, de obicei, un fenomen diferit de refulare (FREUD — „Interpretarea viselor”), ca mecanism conștient, la nivelul „cenzurii secundare” pe care FREUD o plasează între conștient și preconștient. Un rol important în ceea ce privește punerea în funcțiune a mecanismului represiunii îl au motivele morale. Represiunea se exercită cu precădere asupra afectelor:

FREUD consideră că doar pulsivitatea se supune refulării, în timp ce afectul nu poate fi trecut propriu-zis în inconștient; afectul este reprimat sau deviat în altceva, în alt afect.

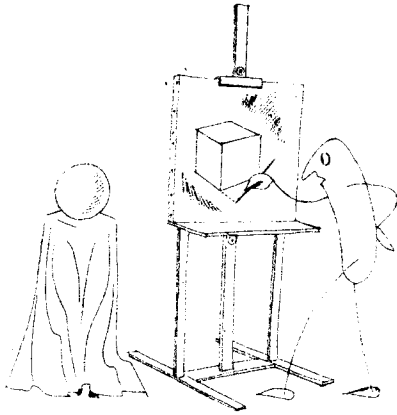
242. REPREZENTARE (cf. lat. *repraesentare* „a reprezenta, a reproduce”) ● În sens psihologic general, termenul desemnează un proces și un produs (imagine) prin care un obiect real și absent se construiește în plan mintal. Reprezentarea implică participarea memoriei, dar și a unor elemente de gândire și imaginație. Ca treaptă în demersurile psihice, reprezentarea se plasează între senzorial și logic, fiind o imagine mintală; după PIAGET, ea are valoare de semiconcept (sau de concept potențial). Reprezentarea păstrează elementele percepției (ea este o reproducere a unei percepții anterioare), dar este independentă de contextul obiectiv, de stimulii care au determinat percepția, astfel încît, ca imagine mintală, ea permite (și implică) reconstrucția obiectului prin schematizări, combinări, operații intelectuale; ca semnificant, reprezentarea păstrează un raport de reflectare cu semnificatul (obiectul sau acțiunea care stau la baza ei).

● FREUD consideră că reprezentarea se opune afectului; în modelele sale teoretice asupra psihonevrozelor, FREUD distinge între „quantum de afect” și reprezentare. În nevroza obsesională, se produce deplasarea afectului de la reprezentarea patogenă, legată de evenimentul traumatizant, la o reprezentare considerată nesemnificativă de către subiect; în isterie, afectul este convertit somatic, reprezentarea este refulată și se simbolizează printr-o zonă sau manifestare corporală. Reprezentarea și afectul au destine diferite; astfel, reprezentarea se refulează, iar afectul se reprimă (sau suportă o represiune). FREUD folosește expresia de „reprezentare inconștientă”, înțelegînd prin aceasta faptul că anumite elemente ale obiectului se înscriu în „sisteme mnezice”.

Pentru FREUD, sistemele mnezice sînt urme mnezice (amintirea se desfășoară în serii asociative) legate de obiect, urme cu valoare de semnificant. În diferențierea dintre „reprezentări ale cuvîntului” și „reprezentări ale lucrului”, se subliniază un element topic, în sensul că reprezentările lucrului caracterizează sistemul inconștient și au un raport imediat cu obiectul (reprezentarea lucrului, așa cum apare ea în „halucinația primitivă”, este considerată de copil ca echivalent al obiectului și este investită ca atare în absența obiectului; în experiența de satisfacție, imaginea obiectului satisfăcător este investită în absența obiectului real, determinînd realizarea halucinatorie a dorinței). Cînd vorbește de „reprezentare inconștientă patogenă” în cadrul curei, FREUD se referă la acel moment în care obiectul și urmele

sale sînt indisciabile (semnificatul și semnificantul nu sînt diferențiați).

În psihanaliză, se operează o distincție între urma mnezică și reprezentare ca investire a urmei



mnezice ; diferențierea nu este foarte nată, întrucît este foarte greu de conceput o urmă mnezică fără nici un fel de investire (inconștientă sau conștientă).

243. REPREZENTĂRE A LUCRULUI, REPREZENTĂRE A CUVÎNTULUI ● Termeni pe care FREUD îi folosește în metapsihologia sa, pentru a distinge două tipuri de reprezentări : cele vizuale, derivate din lucru, și cele acustice, derivate din cuvînt. Din punct de vedere topic, reprezentarea lucrului legată de reprezentarea cuvîntului corespunzător caracterizează sistemul preconștient-conștient, sistemul inconștient conținînd doar reprezentări ale lucrului. FREUD face această diferențiere (între cele două categorii de reprezentări), plecînd de la studiile asupra afaziei. Reprezentarea lucrului este definită de FREUD ca o investire, nu neapărat a imaginilor mnezice directe ale lucrului, ci a urmelor mnezice derivate din aceste imagini ; deci, urma mnezică ar fi o înscrisiere a evenimentului, iar reprezentarea o reinvestire a acestei urme ; reprezentarea lucrului nu revine la imaginea mentală analogă/identică lucrului, ci se manifestă în sisteme asociative legate de diferite aspecte aparținînd lucrului.

Reprezentarea cuvîntului presupune legarea imaginii lucrului de o imagine verbală (trecerea la verbalizare și la conștientizare, trecerea de la procesul primar la procesul secundar). Reprezentarea conștientă conține reprezentarea lucrului și a cuvîntului corespunzător ; reprezentarea inconștientă este doar reprezentarea lucrului

(FREUD). Diferența dintre cele două tipuri de reprezentări nu se reduce la diferența dintre aparatele senzoriale. Astfel, în schizofrenie, reprezentările cuvîntului apar ca reprezentări ale lucrului ; în vis, anumite cuvinte, propoziții din starea de veghe suportă modificări (condensare, deplasare), ca și reprezentările lucrului (resturile diurne de tipul reprezentărilor sînt tratate, în vis, ca reprezentări ale lucrului).

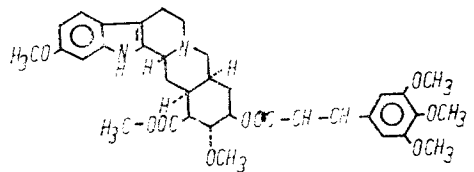
244. REPRIMARE (cf. lat. *reprimere* „a respinge, a stăvili”) ● În sens strict, termenul desemnează operația prin care un conținut inoportun (sau o dorință neconcordanță cu exigențele morale) este, în mod conștient și voluntar, inhibat sau suprîmat, fără a fi trecut în inconștient (→ REPRESENTAȚIUNE).

Din punct de vedere dinamic, în acest caz predomină motivațiile de natură morală. De cele mai multe ori, este vorba de reprimarea unui afect sau a unei dorințe.

245. RESCALOID^(M) Suedia
RESCAMIN^(M) Suedia
RESCIMIN^(M) Spania
RESCINATE^(M) Japonia

● Neuroleptice sedative, derivați alcaloizi de Rauwolfia → RESCINNAMINE^(DCI).

246. RESCINNAMINE^(DCI) ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia, de tip 3,4,5-acid trimetoxicinnamic esterificat metil reserpat, cu



indicații în nevroze anxioase, distonii neurovegetative, anxietate (componentă), dizarmonii de personalitate. Nu se administrează în cazul existenței unei componente depresive. Este un marcat hipotensor.

Constituie principiul activ al următorilor [produsi farmaceutici :

ANAPREL ^(M)	Franța
APOLON ^(M)	Japonia
APORECIN ^(M)	Japonia
APOTERIN ^(M)	Japonia
ATENSION ^(M)	Japonia
CANIRAMIN(E) ^(M)	Japonia
CARTRIC ^(M)	Japonia
CINNALOID ^(M)	Japonia

CINNASIL	SUA
COLSTAMIN ^(M)	Japonia
DAISALOID ^(M)	Japonia
HYPOTENAMIN ^(M)	Japonia
ISO CALSINE ^(M)	Japonia
MODERIL ^(M)	SUA
PARELINAN ^(M)	Japonia
RAUPYROL ^(M)	Elveția
RAURESCIN ^(M)	SUA
RECIMIN ^(M)	Coreea
REMICIN ^(M)	Coreea
RESCALOID ^(M)	Suedia
RESCAMIN ^(M)	Suedia
RESCIMIN ^(M)	Spania
RESCINATE ^(M)	Japonia
RESCISAN ^(M)	Suedia
RESCITENS ^(M)	Italia
RESILOID ^(M)	Japonia
RESIPAL ^(M)	Norvegia
ROZEX ^(M)	Japonia
SCIMINAN ^(M)	Japonia
SERCINAMIN ^(M)	Japonia
SERPININ ^(M)	Japonia
SINSELPIN ^(M)	Japonia

→ NEUROLEPTICE.

247. RESCISAN^(M) Suedia • Neuroleptice sedative, derivați
 RESCITENS^(M) Italia
 alcaloizi de Rauwolfia → RESCINNAMINE^(DCI)

248. RESE-LAR^(M) Spania — DCI Reserpină •
 Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia
 → RESERPINE^(DCI).

249. RESEMNARE NEVROTICĂ • Termen introdus de K. HORNEY pentru a desemna evitarea oricărei situații care ar determina conflicte interioare, fie prin retragerea în activitate — hiperactivitate în toate celelalte domenii ale realității —, fie prin „revolte nevrotice” împotriva regulilor și ordinelor.

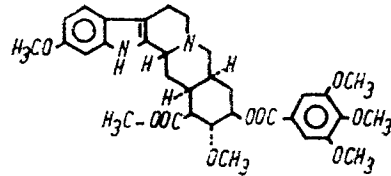
250. RESENTIMENT (cf. fr. *ressentiment*) • Stare afectivă rezultată din acumularea de afecte negative (ură, invidie, răzbunare etc.), a căror descărcare este inhibată sau insuficientă.

Originea resentimentului, după SCHELER, ar consta în acumularea sistematică de insatisfacție, care are ca rezultat o „autointoxicare psihică”. ADLER consideră resentimentul ca o atitudine generalizată, consecutivă complexului de inferioritate.

După criteriul calității reacției la evenimente de orice fel (reacție imediată și spontan exteriorizată sau amănată, elaborată, interpretată), resentimentul corespunde tipului secundar, cu reacții amănate, prelucrate, elaborate, uneori niciodată exteriorizate.

În psihiatrie, personalitatea dizarmonică paranoiacă este reprezentativă pentru acest mod de reactivitate amănată, cu mare încărcătură negativă.

251. RESERPINE(DCI) • Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3,4,5-acid trimetoxibenzoic esterificat metil reserpat. Este indicat în stări de agitație, tensiune interioară, stupoare, negativism, impulsivni obsesive. Delirurile sistematizate nu sînt influențate. Contraindicația majoră o prezintă depreșiile.



Constituie principiul activ al unor produse farmaceutice, dintre care cele mai bine cunoscute sînt :

RESERPIN(E) ^(M)	Anglia, Cehoslovacia, Iugoslavia, Olanda, RFG, SUA ;
SERPASIL ^(M)	Anglia, Austria, Belgia, Canada, Elveția, Franța, Italia, Iugoslavia, Japonia, Olanda, RFG, Turcia.

Alți produși sînt :

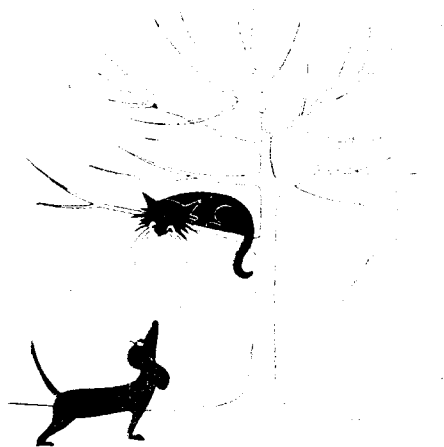
ABESTA ^(M)	Franța
ALKARAU ^(M)	SUA
ALSERIN ^(M)	Canada
ANQUIL ^(M)	Franța
APOPLON ^(M)	Japonia
ARCUM R-S ^(M)	SUA
ASCOSERP ^(M)	Austria
BANASIL ^(M)	Anglia
BONAPENE ^(M)	SUA
CARDIOSERPIN ^(M)	Finlanda
CRYSTOSERPINE ^(M)	SUA
DESERPINE ^(M)	Franța
EBSERPINE ^(M)	Anglia
ELSERPINE ^(M)	SUA
ESKASERP ^(M)	SUA
HELFOSERPIN ^(M)	RFG
HIPOTENSOR ^(M)	Brazilia
HISERPINA ^(M)	SUA
MASO-SERPINE ^(M)	SUA
MEPHASERPIN ^(M)	Elveția
NEO-SERP ^(M)	Canada
ORTHOSERPYNA ^(M)	Brazilia
PERDURETAS ^(M)	Spania
QUIESCIN ^(M)	SUA

RAU-SED ^(M)	SUA	SERPINE ^(M)	SUA
RAUCAP ^(M)	Franța	SERPIPUR ^(M)	Austria
RAULEN ^(M)	Canada	SERPIVITE ^(M)	SUA
RAULOYDIN ^(M)	SUA	SERPONE ^(M)	Canada
RAUNERVIL ^(M)	România	SERPRESAN ^(M)	Spania
RAUNORMIN ^(M)	Franța	SERTINA ^(M)	SUA
RAUPASIL ^(M)	Polonia	SK-RESERPINE ^(M)	SUA
RAURINE ^(M)	SUA	TEFASERPINA ^(M)	Italia
RAUSAN ^(M)	Spania	TENSANYL ^(M)	Anglia
RAUSEDAN ^(M)	RDG	TENSERP ^(M)	Australia
RAUSEDYL ^(M)	Ungaria	TENSERPINE ^(M)	Israel
RAUSERPIN ^(M)	Brazilia	TENSIN ^(M)	SUA
RAUSERPINE ^(M)	SUA	T-SERP ^(M)	SUA
RAUSERPOL ^(M)	SUA	VIO-SERPINE ^(M)	SUA
RAUSINGLE ^(M)	SUA	V-SERP ^(M)	SUA
RAUTABS ^(M)	Mexic	ZEPINE ^(M)	SUA
RAUVILID ^(M)	Suedia	→ NEUROLEPTICE.	
RAUWITA ^(M)	Spania		
RAUWOPUR ^(M)	Canada		
RESEDRII ^(M)	Spania	252. RESERPINI ^(M)	Japonia ● Neuroleptice sedative, derivați
RESEDREX ^(M)	Australia	RESERPOID ^(M)	SUA alcaolizi de Rau-
RESERA ^(M)	Japonia	RESERPUR ^(M)	Norvegia wolfia → RE-
RESE-LAR ^(M)	Spania	RESERUTIN ^(M)	Japonia SERPINE ^(DC1) .
RESER-AR ^(M)	SUA		
RESERBAL ^(M)	Ungaria		
RESERCEN ^(M)	SUA	253. RESIBAMATO ^(MC)	Portugalia ● Produs ter-
RESERCRINE ^(M)	Canada		apeutic ce conține două medicamente tipizate,
RESERFIA ^(M)	Canada		cu acțiune diferită, dar care se completează :
RESERJEN ^(M)	SUA	● MEPROBAMAT ^(M)	— tranchilizant, derivat
RESERLOR ^(M)	Anglia		propandiolic ;
RESERP ^(M)	SUA	● RESERPINA ^(M)	— neuroleptic, derivat de Rau-
RESERPAL ^(M)	Ungaria		wolfia.
RESERPANCA ^(M)	Canada		Are acțiune sedativă pronunțată.
RESERPANEED ^(M)	SUA		
RESERPINA ^(M)	Portugalia	254. RESILOID ^(M)	Japonia — DCI <i>Rescinnamină</i>
RESERPOID ^(M)	SUA		● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rau-
RESERUTIN ^(M)	Japonia		wolfia de tip 3, 4, 5-acid trimetoxicinnamic esterifi-
RESINE ^(M)	SUA		cat metil reserpat, cu acțiune sedativă. Nu se
RESOCALM ^(M)	Japonia		administrează în cazul unei componente depre-
RESOMINE ^(M)	Belgia		sive ; este un marcat hipotensor.
RESPIL ^(M)	Grecia		
RESPITAL ^(M)	Italia	255. RESINE ^(M)	SUA ● Neuroleptic sedativ, deri-
RESTRAN ^(M)	Anglia		vat alcaloid de Rauwolfia → RESERPINE ^(DC1) .
RIVASIN ^(M)	RFG		
ROXEL ^(M)	SUA	256. RESIPAL ^(M)	Norvegia — DCI <i>Rescinnamină</i>
ROXINOID ^(M)	SUA		● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwol-
RYSER ^(M)	Australia		fia → RESILOID ^(M) Japonia.
SANDRIL ^(M)	SUA		
SEDARAUPIN ^(M)	RFG	257. RESMIT ^(M)	Japonia — DCI <i>Medazepam</i> ●
SERFIN ^(M)	SUA		Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip
SERP ^(M)	SUA		7-clor-2,3-dihidro-1-metil-5-fenil-1H-1,4-benzodia-
SERPALOID ^(M)	SUA		zepină, cu acțiune sedativ-hipnotică și ușor
SERPEDIN ^(M)	Suedia		anxiolitică. Are o singură contraindicație : miaste-
SERPEN ^(M)	RFG		nia.
SERPENA ^(M)	SUA		
SERPENTIL ^(M)	Iugoslavia	258. RESOCALM ^(M)	Japonia ; RESOMINE ^(M)
SERPICON ^(M)	Spania		Belgia ● Neuroleptice sedative, derivați alcaolizi
SERPILOID ^(M)	SUA		de Rauwolfia → RESERPINE ^(DC1) .
SERPIN ^(M)	Portugalia		

259. **RESOMATIZARE** (cf. gr. *soma* „corp”) ● Revenirea la modalități de reacție somatică infantilă, în cadrul somatizării, ca mecanism de apărare imatur. În reacțiile psihofiziologice ale individului, conflictele nerezolvate pot, prin acest mecanism, să joace un rol foarte important, alături de desomatizare → MECANISME DE APĂRARE; SOMATIZARE.

260. **RESPECT** (cf. lat. *respectus* „luare în seamă, considerare”) ● Atitudine manifestă sau latentă presupunând considerație și deferență față de valori morale, sociale sau față de anumite persoane reprezentative pentru aceste valori.

În general, respectul presupune adoptarea conștientă a unui sistem de valori, dar poate avea și dimensiuni inconștiente, în cazul în care unii indivizi induc respect membrilor unui grup prin atitudini de autovalorizare.



Respectul se manifestă în mod obișnuit printr-o atitudine politicoasă, dar politețea ca aspect formal al comportamentului nu presupune neapărat existența respectului. Acest fapt este evident la personalitățile dizarmonice demonstrative.

Aparenta lipsă de respect pentru valori morale consacrate, caracteristică adolescenței, poate fi expresia repunerii în discuție a acestor valori, etapă necesară în reorganizarea de tip adult a personalității. Poate fi de asemenea consecutivă frustrării în raport cu educatorii, o formă de opoziție, de revoltă, o formă a conflictului între generații.

261. **RESPENYL^(M)** Anglia — DCI *Gunifenesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1, 2-propandiol, cu acțiune miorelaxant-

sedativă și moderat anxiolitică. Are o bună toleranță.

262. **RESPIL^(M)** Grecia ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de *Rauwolfia* → **RESERPINE^(DCI)**.

263. **RESPINGERE — relații** (cf. ital. *respingere*) ● Aspect afectiv al relațiilor interpersonale, constând într-o atitudine sau conduită de evitare a unei persoane (sau a mai multora), exprimată manifest sau voalat (de cele mai multe ori), în virtutea unor sentimente de antipatie, repulsie, ostilitate. În general, respingerea implică decizie, opțiune și intervenție voluntară. Este opusă alegerii interpersonale, bazată pe simpatie, atracție, preferință.

În planul cercetării concrete, motivația care stă la baza respingerii și gradele ei de intensitate sînt evaluate prin intermediul testelor sociometrice. Sistemul sociometric morenian relevă existența a trei tipuri de relații de respingere :

- reciprocă (persoanele se evită reciproc);
- unilaterală (doar unul dintre membrii diadei manifestă respingere);
- contracarată de preferințe (relații disonante în care un membru al diadei respinge, iar celălalt membru preferă).

Cu cît aria relațiilor de respingere în cadrul grupului este mai mare, cu atît sînt mai slabe interacțiunile active dintre membrii grupului, situație care greșează asupra coeziunii lui. Persoana care cumulează numărul cel mai mare de respingeri din partea celorlalți capătă statutul de persoană exclusă din grup.

Relațiile afective preferențiale sau cele de respingere, stabilite în cadrul diadei medic-pacient, sînt fundamentale pentru evoluția și eficiența actului medical psihiatric.

264. **RESPIRATORIE — encefalopatie** ● Encefalopatie a cărei cauză este insuficiența respiratorie; se exprimă printr-un sindrom demențial la care se adaugă tulburări ale cîmpului conștiinței, tremor, spasme musculare, asterixis, cefalee, edem papilar, semne de insuficiență cardiacă. Tulburările psihice sînt relativ ușor de pus în legătură cauzală cu tulburarea respiratorie. De regulă, acestea dispar dacă se face un tratament eficient al insuficienței.

265. **RESPONSABILITATE** (cf. fr. *responsabilité* : vezi lat. *respondere*) ● Termen cu dublă semnificație în medicină :

- responsabilitatea bolnavului, care în psihiatria judiciară desemnează capacitatea subiectului de a-și controla și aprecia atît faptele, cît și consecințele sociale ale acestora;
- responsabilitatea medicului — **RESPONSABILITATE MEDICALĂ** —, care desemnează răspunderea penală, civilă, disciplinară și

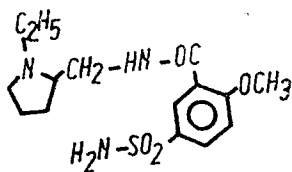
morală a corpului medical în exercitarea obligațiilor profesionale.
Antonim: IRESPONSABILITATE.

266. „RESTAURANT CHINEZESC”^(S) sindrom — sin. KWOCK^(S) sindrom ● Cefalee de origine vasculară, determinată de o alimentație în care cantitatea de glutamat de sodiu este ridicată, ca cea specifică bucătăriei tradiționalei chineze (Troy THOMPSON, 1985). Alte circumstanțe alimentare care pot produce cefalee sînt alimentele bogate în tiamină și cele bogate în feniletilamină (brinză, ciocolată etc.).

267. RESTENIL^(M) Elveția — DCI *Meprobamat* ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1,3-propandiol 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 contraindicații, tratamentul de lungă durată nu se întrerupe brusc, putînd apărea un „mic sindrom de abținere”. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de MEPROBAMAT^(M).

268. RESTETAL^(M) Suedia — DCI *Emilcamat* ● Tranchilizant, derivat carbamic de tip 3-metil-3-pentanol carbamat, cu acțiune sedativ-hipnotică și valențe anxiolitice și miorelaxante. Este indicat în nevroze anxioase, insomnii, afecțiuni psihosomatice.

269. RESTFUL^(M) Grecia — DCI *Sulpiridă* ● Neuroleptic incisiv, derivat benzodiazepinic de tip N-(1-etil-2-pirolidinil)metil-5-sulfamoi-0-anis-



amidă, cu certe valențe antidepresive, fără componentă sedativ-hipnotică. Are indicațiile neurolepticilor incisive (endogenii), dar este util și în combaterea impulsivităților obsesiv-compulsive și în afecțiunile psihosomatice. Pentru dozele mari, efectele secundare sînt comune cu cele ale NL incisive. Se poate administra fără pauză de 14 zile după întreruperea IMAO. Nu se administrează în manie și epilepsie.

270. RESTLESS LEGS^(S) sindrom — sin. ANXIETAS TIBIARUM; MERASTENIE AGITANTĂ;

PICIOARE NELINIȘTITE^(S) sindrom; WITTSIN-MAACK-EKBOM^(B) boală → EKBOM^(B) sindrom.

271. RESTORFF — efect ● Fenomen observat în procesul învățării, constînd în memorarea predilectă a acelor componente ale materialului de studiu, care diferă structural de majoritatea componentelor. Dacă datele unui șir de învățat se deosebesc între ele din punct de vedere al materialității lor, atunci componentele izolate se memorează mai bine decît cele omogene. Acest efect ar putea fi folosit în unele terapii de tip comportamental.

272. RESTORIL^(M) SUA — DCI *Temazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-1,3-dihidro-3-hidroxi-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune sedativ-hipnotică. Nu se administrează în sarcină, alăptare, la copii și vîrstnici.

273. RESTURI DIURNE ● Elemente reale din întîmplările zilei care au precedat visul și care apar în scenariul visului și în asociațiile libere provocate de vis. Resturile diurne pot fi:

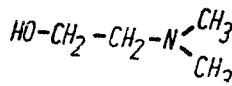
- în legătură directă cu dorința îndeplinită în vis (așa se întîmplă în special în visele copiilor);
- în legătură indirectă, asociativă, cu dorința îndeplinită în vis (preocupările persoanei în stare de veghe suportă modificări determinate de mecanismele visului: astfel, resturile diurne apar în vis într-o formă deplasată, condensată, simbolică).

În concepția lui FREUD, „dorința conștientă nu poate provoca un vis decît dacă ea stimulează și o altă dorință, inconștientă, în consonanță cu ea și întărind această dorință conștientă”.

Resturile diurne au următoarele caracteristici:

- avînd o aparență lipsă de semnificație, ele exprimă conținuturi refulate, care evită cenzura;
- sînt în legătură cu o dorință infantilă;
- sînt legate de inconștient (de la care împrumută forța pulsională, folosită de dorința refulată);
- sînt legate de prezent și, în acest sens, pot fi interpretate ca avînd legătură cu transferul.

274. RESUCIL^(M) Italia — DCI *Deanol succinil-succinat* ● Psihostimulent, derivat dimetilamino-etalan (DMAE); este un precursor al acetilcolinei, cu acțiune psihostimulentă, determinată de creș-



țarea concentrației de acetilcolină, și valențe antidepressive. Poate fi utilizat în corectarea efectelor secundare ale NL sedative; are acțiune proconvulsivă.

275. RESYL^(M) Austria, Canada, Elveția, Suedia — DCI *Guafinesin* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(0-metoxifenoxi)-1, 2-propandiol, cu acțiune miorelaxant-sedativă și moderat anxiolitică; are o bună toleranță.

276. R.E.T. (RAȚIONAL-EMOTIVĂ — terapie)

● Terapie constituită și dezvoltată de A. ELLIS, în 1950, pornind de la argumentul că o anumită consecință emoțională nu este rezultatul unui anumit eveniment, ci este rezultatul unui sistem de „credințe iraționale” specific individului care suportă (manifestă) această consecință. Psihoterapia vizează raționalizarea cauzelor perturbatoare (credințelor iraționale). Prin raționalizare, consecința emoțională negativă dispare.

● *Caracteristicile* psihoterapiei R.E.T. sînt următoarele:

- ființa umană are o serie de disponibilități, atât raționale, cât și iraționale, realizate sub diferite forme de expresie (constructiv, activ, pasiv, înronat etc.);
- omul este o ființă puternic condiționată cultural, încă de la o vîrstă precoce;
- omul acționează, simultan, în mai multe planuri: cognitiv, afectiv, conativ și motor; demersul terapeutic trebuie să vizeze toate aceste planuri, deci trebuie să conțină un ansamblu de metode „perceptual-cognitive, emoțional-evocative, comportamental-reeducative” (ELLIS);
- dintre metodele folosite în terapia rațional-emoțivă, pot fi menționate: discuții didactice, biblioterapie, tehnici comportamentale, activități selecționate și orientate; accentul nu se pune pe relația (afectivă) terapeut-pacient, pe transfer;
- alte metode folosite în R.E.T. sînt: metoda asertivă, jocul de rol, desensibilizarea, condiționarea operantă, metoda suportivă; toate vizează modificări cognitive, care, la rîndul lor, vor genera modificări de atitudine în sens adaptativ;
- există o terapie rațional-emoțivă generală, sinonimă cu terapia cognitivă, și o terapie rațional-emoțivă specifică, vizînd restructurarea persoanei sub aspect cognitiv și filozofic;
- argumentația care motivează R.E.T. este următoarea: gîndirea magică generează perturbări emoționale; conținuturile acestei gîndiri, debătute logic, încetează să se exprime prin simptome emoționale; la originea reacțiilor perturbate și perturbatoare se află idei iraționale și credințe nerealiste, care creează o ipoteză de acțiune absurdă, descoperită și conștientizată de către individ printr-un travaliu logic, în R.E.T.;

zată de către individ printr-un travaliu logic, în R.E.T.;

- perturbarea emoțională considerată consecință a unui eveniment nu se datorește evenimentului ca atare, ci interpretării lui false de către persoana în cauză; deci, evenimentul devine perturbator în condițiile în care el contrastează cu credințele subiectului;
- etapele parcurse în cadrul R.E.T.:
 - persoana își dă seama că și-a înțeles greșit antecedentele;
 - persoana înțelege că perturbarea emoțională este o construcție proprie, la baza căreia se află credințe magice, iraționale;
 - disfuncțiile emoționale provin din falsele autoaprecieri;
- R.E.T. se apropie de psihoterapia adleriană (analiza credințelor fictive și a scopurilor fictive care provoacă perturbări emoționale) și de terapia Rogers (acceptarea necondiționată a pacientului);
- R.E.T. este un sistem directiv, logic-incisiv, folosește tehnici ale învățării, tehnici comportamentale, metode persuasive;
- perceperea greșită a unor preferințe în termenii de trebuințe generează modalități patologice de satisfacere;
- dincolo de învățarea socială, omul își formează atitudini non-adaptate prin însăși faptul că el aparține condiției umane; însăși natura umană, prin potențialul ei rațional, generează modalități de exprimare nevalabile, înlînite în anumite contexte sociale;
- paradigma R.E.T., după ELLIS, este: individul trebuie respectat, nu și ideile sale;
- în 1968, la New York, se fondează Institutul pentru R.E.T. cu multiple filiale în Statele Unite.
- *Repere în teoria personalității în perspectiva R.E.T.:*
 - subiectul însuși este creatorul consecințelor emoționale (fie ele perturbate sau adaptate);
 - condiționarea socială modifică potențialul în-născut al individului, potențial specific unei anumite realizări;
 - conștientizarea „credințelor iraționale” reprezintă calea spre vindecare; această conștientizare este posibilă prin faptul că omul este singura ființă care poate să „gîndească despre ceea ce el gîndește”;
 - omul se modifică în procesul înțelegerii și cunoașterii sale, el fiind capabil de autodisciplină;
 - terapeutul specialist în R.E.T. are o atitudine activă, directivă, didactică, filozofică.
- *Direcții terapeutice în R.E.T.:*
 - terapia cognitivă — vizează separarea raționalului de irațional, pacientul învăț să recunoască,

să înțeleagă, să accepte realitatea, își modifică aprecierile sale subiective și perturbatoare;

- terapia emoțional-evocatoare — vizează modificarea sistemului de valori a individului prin conștientizarea a ceea ce este fals în acest sistem de valori; subiectul va învăța să se accepte, să îi accepte pe ceilalți, să înțeleagă că ceilalți îl pot accepta — toate acestea în planul realității;
- terapia behaviorală — vizează, în R.E.T., mai ales modificarea cognițiilor (asumarea anumitor riscuri, asumarea deliberată a unor sarcini cu eșec, analiza modalităților proprii de receptare și trăire a acestor situații); se folosește ca tehnică și condiționarea operantă.

● **Elemente în procesul terapeutic:**

- procesele emoționale și procesele cognitive interferează, se semnifică reciproc; terapeutul va încerca să arate subiectului că ideile sale iraționale sînt legate de trăirile sale;
- terapeutul va contrazice pacientul, îi va aduce exemple evidente din experiența sa proprie (a terapeutului) în viață, în relația cu oamenii;
- terapeutul va arăta sublinia subiectului că el este ceea ce este pentru că afirmă despre el aceste lucruri și nu altele;
- sentimentele de anxietate, depresie, culpabilitate vor fi subliniate, admise și analizate;
- vor fi interpretate ideile iraționale generatoare de trăiri negative, de sentiment al eșecului;
- terapeutul va accepta pacientul ca persoană, va arăta încredere în capacitatea acestuia de a se schimba, precum și că modul său de a gândi și de a se comporta va deveni mai eficient dacă va înceta să se autopriveze;
- terapeutul are o atitudine empatică.

R.E.T. se aplică ca terapie individuală (între 5—50 ședințe), ca terapie de grup, în grupurile de întîlnire de tip Maraton, ca terapie scurtă, în terapia cuplului, în terapia familiei. R.E.T. este un sistem psihoterapeutic cognitiv-emoțiv-behavioral; este un sistem activ și didactic, care folosește o modalitate de abordare logico-empirică și filozofică.

277. **RETARDAȚI — copii** (cf. lat. *retardare* „a întîrzia”) ● Situație caracteristică copiilor al căror nivel de dezvoltare într-unul din sectoarele vieții psihomotorii este inferior celui corespunzător copiilor normali de aceeași vîrstă.

Au fost descrise următoarele tipuri de retard:

- mental (insuficiență intelectuală datorată deficitului de dezvoltare a unor structuri mintale potențial normale);
- psihomotor (întîrziere în apariția mersului, în realizarea controlului sfincterian etc.);
- al limbajului afectiv (implicit al legăturilor sociale).

La copiii mici, absența sau întîrzierea apariției unor achiziții psihomotorii, observate adesea de

părinți, pot fi diagnosticate prin examenul neurologic și psihometric (teste adecvate, precum: Brunet-Lézine, Gessel, Borel-Maisonny), care pot stabili cu destulă precizie coeficientul de dezvoltare (QD) a diferitelor sectoare (motricitate, limbaj, sociabilitate). În toate cazurile trebuie investigat sistematic un posibil deficit senzorial global sau parțial (vizual sau auditiv), prin examen clinic și electrofizologic (electroencefalogramă, electroretinogramă, potențiale evocate).

Întîrzierea în dezvoltarea psihomotorie, care se recuperează de obicei spontan în condiții socio-familiale normale, se poate întîlni la copii prematuri și hipotrofici. Tulburările precoce ale mamei-copil, prin separație sau carență de aport afectiv, pot antrena, de asemenea, o întîrziere în dezvoltare, a cărei reversibilitate depinde de precocitatea intervenției terapeutice.

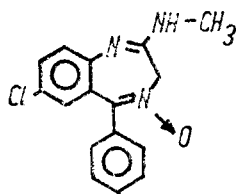
La subiecții la care întîrzierea dezvoltării psihice se conjugă în evoluție cu dezvoltarea unei personalități dizarmonice, pot apărea psihoze infantile.

La copilul mai mare, retardarea este evidențiată frecvent în timpul școlarizării, rezultatul fiind eșecul școlar. Acest eșec poate fi generat de factori negativi din mediul familial, de conduite de eșec de origine psihoafectivă, de carențe de aport sau de absența unor motivații socio-culturale. Sînt frecvente la acești copii tulburările instrumentale în domeniul psihomotricității sau limbajului, care se exteriorizează prin tulburări posturale și gestuale, prin distonii, paratonie, persistența sincinzeziilor, dislexie, discalculie, disgrafie. Acest retard poate fi compatibil cu o dezvoltare psihică normală sau poate antrena un deficit psihic de intensitate variabilă.

Întîrzierea limbajului, care trebuie diferențiată de disfazie, este de asemenea compatibilă cu o dezvoltare psihică normală sau poate influența nefavorabil dezvoltarea inteligenței. În aceste cazuri, se impun măsuri pedagogice (reeducare psihomotorie, tratament logopedic), precum și psihoterapia copilului și a familiei în scopul preîntîmpinării unui eșec școlar și/sau social.

278. **RETCOL^(M)** Japonia — DCI *Clordiazepoxid*

● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2-metilamino-5-fenil-3H-1, 4-benzodiazepin-4-oxid, cu acțiune anxiolitică, anticonvulsivă



vantă și miorelaxantă ; nu are efect hipnotic, fiind unul din cele mai răspindite tranchilizante de zi. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de NAPOTON^(M).

279. **RETENTIVĂ — tendință** (cf. lat. *retentio*, „oprire”) ● Tendință corespunzătoare trebuinței de retenție. Constă în acea mișcare a organismului orientată spre păstrarea obiectelor, colecționarea sau teaurizarea lor ; generează atitudinea retentivă sau de teaurizare. Ea poate fi latentă sau manifestă și originea ei se află în stadiul anal de dezvoltare libidinală. În acest cadru (corespunzător celui de-al doilea și al treilea an de viață), principala zonă erogenă este zona anală, satisfacția libidinală fiind în legătură cu defecația. Trăsăturile de caracter considerate de FREUD ca tipice erotismului anal sînt : punctualitatea, zgîrcenia, încăpăținarea sau autoritarismul. Alte trăsături specifice erotismului anal și care implică tendința retentivă sînt : temporizarea, amînarea pînă în ultimul moment, activitatea intensă, susținută de o mare energie, subiectul neacceptînd nici o intervenție din afară, concentrarea maximă asupra activității (depășind chiar dificultatea obiectivă a activității respective), perseverență marcată în tot ceea ce persoana întreprinde, incapacitate de a se desprinde din acțiunea/activitatea în care s-a angajat, capacitatea de a depăși obstacole aparent de netrecut. Acțiuni simbolice care trîmit la erotismul anal : acțiuni legate de un sentiment al datoriei, al obligației ; acțiuni dezagreabile, dar pe care subiectul le îndeplinește împotriva dorinței (plăcerii) sale conștiente ; acțiuni cu obiecte care reprezintă simboluri ale produselor de excreție (obiecte murdare, produse în descompunere, bani). Aceste trăsături de personalitate se pot accentua pînă la a deveni simptomatice. În psihopatologie, expresia tipică a aneității este nevroza obsesională.

280. **RETENȚIE** (cf. lat. *retentio*) ● Termen care în medicină se referă la neevacuarea vezicii urinare sau intestinului gros, din diferite motive ; în clinica psihiatrică, retenția poate fi întîlnită ca simptom al schizofreniei catatonice sau ca o complicație a tratamentului cu antidepressive triciclice la bărbații cu afecțiuni ale prostatei.

În psihologie, termenul are semnificația de stocare în memorie a unor informații preluate fără posibilități de învățare suplimentare. Sînt folosite teste de retenție mnezică (REY, WECHSLER), care exprimă, prin așa-numiții coeficienți de memorie, aspectul cantitativ (statistic) al capacității de memorare. Psihanaliza folosește termenul referindu-se la acele trăsături sau simptome considerate a se dezvolta pe baza dorinței sau necesității de a reține, de a aduna (CAMPBELL) ; cleptomania, colecționariismul, încăpăținarea, discredția sînt considerate, în mod clasic, exemple de retenție ținînd de așa-numita structură anală.

În psihopatologie, KRETSCHMER folosește termenul de retenție pentru experiențele neprelucrate care sînt acumulate de individ în starea lor primară, iar H. SCHULTZ-HENCKE consideră retenția ca trăsătură a personalității ce poate fi descrisă prin incapacitatea de expresie și comunicare, în absența altruismului și dăruirii de sine.

281. **RETICENȚĂ** (cf. lat. *reticere* „a tăcea”) ● Atitudine de rezervă sau reținere în exprimarea gândurilor și în manifestările comportamentale, care poate ajunge la conduite de disimulare mai mult sau mai puțin deliberate sau conștientizate.

Reticența se poate data din neîncrederii în propria persoană sau în alții, din frica de aprecierea negativă a celorlalți, conștiinței unui defect fizic etc. În mod normal, este vorba de o caracteristică a subiecților timizi, hiperemotivi, extrem de pudici ; în psihopatologie, apare ca simptom în schizofrenie, paranoia, depresie, psihastenie.

COURBON (citată de MICHAUX) a descris printre metodele de disimulare ale bolnavilor reticenței negația, dilația (eschivarea răspunsului), interogația (care-l obligă pe psihiatru să aleagă între o multitudine de alternative posibile oferite de pacient), ironia, recunoașterea faptelor cu situarea lor în trecut, reticența exploratorie (în care subiectul păstrează tăcerea), reticența prin conveniență (justificată prin înțelegerea reciprocă presupusă între subiect și interlocutor), reticența manifestată într-un anumit context afectiv.

Reticența îmbracă mai multe forme clinice : disimulatorie sau defensivă (COURBON), anosognozică și elocventă.

În forma clinică disimulatorie, subiectul își argumentează normalitatea psihică fie din jenă, fie pentru a se externa și a-și îndeplini scopurile propuse. Ea se întîlnește în toxicomanie, îndeosebi alcoolomanie, în melancolie (unde ascunde intențiile suicidare), în schizofrenie, în epilepsie, în paranoia.

Reticența anosognozică se caracterizează prin negarea oricărei tulburări psihice prezente sau trecute, prin afirmarea cverulentă chiar a normalității psihice, și ascunde un substrat psihopatologic mult mai grav decît reticența defensivă. Este caracteristică schizofreniei, dar și delirurilor cronice neschizofrenice.

Reticența elocventă, descrisă de DAUMÉZON, se caracterizează prin formulări evazive, prin care bolnavul ar vrea să lase să se înțeleagă ceea ce de fapt nu vrea să exprime. Se întîlnește în schizofrenie și în debutul stărilor confuzionale.

În dizarmoniile de personalitate, mai ales la cele de tip antisocial și la mitomani, reticența poate îmbrăca toate aspectele descrise.

Reticența se manifestă printr-o mimică și gestică controlată, chiar dacă are aspectul aparent al spontaneității. La nevrotic, ea apare din teama

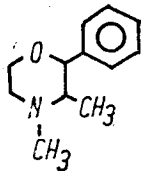
acestui de a nu fi considerat „nebu”, la debilul mintal e datorată sentimentului de inferioritate și gravelor tulburări de judecată, la maniacal are o formă ludică, ironică și este puțin rezistentă, iar în demență apare în faza de debut, când bolnavul mai păstrează critica stării sale.

Reticența poate fi întilnită și în cadrul unui interviu clinic sau în desfășurarea ședințelor de psihoterapie, la subiecți care din diferite motive nu vor să-și descrie suferințele psihice.

282. **RETIFISM** (de la Retif de la Bretonne, 1734—1806, educator francez, cunoscut pentru un tip particular de perversiune sexuală) ● Denumire propusă de Ivan BLOCH pentru o formă de fetișism constând în apariția excitației sexuale la vederea picioarelor și mai ales a încălțămintei. Piciorul sau pantoful posedă pentru retifist valoarea de substitut al organelor sexuale. Încălțămintea este privită ca o persoană reală, satisfacția sexuală putînd fi obținută numai în prezența acesteia, și este folosită drept stimul pentru masturbare. Sînt semnalate cazuri în care plăcerea sexuală este obținută la vederea încălțămintei sexului opus, chiar cînd persoana care o poartă este absentă.

283. **RETINOPATIE HIPERTENSIVĂ** (cf. lat. rete „rețea”; gr. *pathos* „încercare, experiență”) → ANGIOPATIE RÊTINIÂNĂ.

284. **RETON^(M) SUA** — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen, de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în astenie, presenilitate, sevraj,



toxicomanie, obezitate secundară curei de NL, tulburări de dinamică sexuală; este contraindicat în stările de excitație psihomotorie, anxietate, sarcină, comițialitate.

285. **RETRACTIE A EULUI** (cf. lat. *retractio* „retragere”) ● Conduită nevrotică de evitare a oricărei ocazii de a suferi. Constă în restringerea funcțiilor Eului și evitarea oricărei situații exterioare susceptibile să-l pună în inferioritate, conduita fiind similară cu cea ce în general poartă numele de comportament inhibat.

Există, după Anna FREUD, două categorii de comportament inhibat sau de inhibiții:

- adevărate, nevrotice, structurale, care pot fi foarte dificil modificate și numai prin cură

psihanalitică; cînd subiecții se angajează în competiție, competiția evocă pentru ei o concurență disperată cu rivalul fazei cedi-piene sau le amintește în mod referitor de diferența dintre sexe (A. FREUD — „Teoria mecanismelor de apărare”);

- aparente, caracteristice celor care evită competiția, pentru a evita neplăcerea înscucelului, dar care, puși în alte situații, se „dezinhîbă” și obțin rezultate bune.

În prima formă, Eul se apără împotriva proceselor interne; în forma a doua, Eul se apără împotriva evenimentelor externe.

286. **RETRAGERE** (cf. lat. *retractio*) ● Atitudine de recul, de la evitare la fugă, de la diminuarea angajării la non-angajare, în fața unui obstacol sau a unei forțe de natură extern-obiectivă sau intern-subiectivă. Această atitudine apare în diferite cazuri:

- la personalitățile introverte, ca urmare a tendinței la repliere în sine, reflexivitate, interiorizare, introspecție, detașare manifestată față de lumea exterioară, cu îngustarea cîmpului de relații interpersonale;
- la personalitățile schizoide, la care trăsăturile introverte se accentuează pînă la o izolare semnificativă a persoanei de mediul social;
- la personalitățile psihastene, la care atitudinea retractivă devine expresia dificultății majore de alegere;
- la nevrotic, în special la nevroticul obsesional, la care retragerea capătă o semnificație defensivă; poate fi urmare a unui eșec;
- la adolescenți, ca semn patognomic pentru un debut psihotic (aici, atitudinea de retragere este însoțită de idei și preocupări bizare, legate în special de propria persoană sau de centrarea pe o activitate anume, cu dezorganizarea cîmpului de activități);
- la vîrstnic, în cadrul obiectiv și instituționalizat al pensionării, unde retragerea nu corespunde totdeauna cu dorința de retragere; în cazul în care există o discrepanță între dorința persoanei, posibilitățile sale reale și atitudinea instituției, se pot declanșa fenomene de tip dezadaptativ, în sensul că retragerea impusă și neintegrată de persoană ca atare poate perturba echilibrul (individul se decompensează printr-o serie de manifestări nevrotice, care pot atinge și o intensitate psihotică: sentimentul devalorizării din partea celorlalți, prelungit sau nu cu autodevalorizarea; sentimentul inutilității; sentimentul pierderii, în ultimă instanță al pierderii de afecțiune din partea celorlalți; sentimentul izolării forțate, impuse din exterior);

- în simptomatologia depresivă, la diferite nivele de intensitate a depresiei, în care retragerea este mai accentuată sau mai puțin accentuată, în funcție de gravitatea depresiei; aici, retragerea poate culmina cu actul suicidal (în acest sens, ADLER vorbește despre retragerea completă din fața vieții).

Așadar, retragerea, ca atitudine de evitare, de non-angajare sau de demisionare, poate fi:

- consecință a unei trăsături de personalitate;
- consecință a unui eșec mai mult sau mai puțin întâmplător;
- consecință a unui dezechilibru psihic acut sau cronic;
- fenomen instituționalizat, deci cu statut de obligativitate, la o anumită vîrstă, caz în care retragerea va avea diferite influențe asupra echilibrului psihic al persoanei.

În primele trei cazuri, retragerea este consecință și atitudine. În ultimul caz, ea este un fenomen social, teoretic cu implicații benefice, suportat însă greu mai ales de persoanele a căror îmbătrînire nu corelează pozitiv cu nevoia de repaus (→ DEMISIE, AUTISM, INTROVERSIE).

287. **RETRO-** (cf. lat. *retro* „înapoi”) ● Element de compunere care introduce semnificația de: „situat înapoi, în spate”.

288. **RETROACTIV^(D) delir** $\xrightarrow{\text{sin.}}$ **RETROSPECTIV^(D) delir**.

289. **RETROACȚIUNE** (cf. *retro-*; lat. *actio* „acțiune, act”) → **FEEDBACK**.

290. **RETROBULBAR** (cf. *retro-*; lat. *bulbus* „bulb”) ● Noțiune anatomică cu referire la situația unui proces (formațiune) în zona posterioară a globului ocular.

291. **RETROGRAD** (cf. lat. *retro gradi* „a merge înapoi”) ● Comportament, atitudine, manifestare — opuse progresului și orientate spre un trecut depășit (mersul înapoi); atitudine necores-

punzătoare a unor indivizi în acceptarea noului pe plan profesional sau social.

În asistența psihiatrică, atitudinile retrograde s-au manifestat în opoziție cu factorii de progres. Formele de organizare a asistenței psihiatrice bazate pe concepții noi au schimbat fundamental poziția bolnavului psihic în societate, chiar dacă au întâmpinat dificultăți. Din prizonier în lanțurile turnurilor și stabilimentelor de tip azilar, alienatul și-a căpătat, prin acțiunea perseverentă, adeseori marcată de sacrificii, a unor luptători împotriva concepțiilor retrograde, un statut corespunzător condiției sale umane.

Impunerea noului continuă să se lovească și astăzi de „carapacea” unor concepții conservatoare, care respinge orice inițiativă, datorită lipsei de înțelegere și cuprindere a factorului progres. Impunerea definitivă pe plan organizatoric a noilor forme, „cu ușile deschise”, de unități moderne de asistență a bolnavului psihic a reprezentat și în țara noastră o victorie asupra forțelor retrograde, opozante, demonstrând invincibilitatea progresului în interesul sănătății psihice a populației.

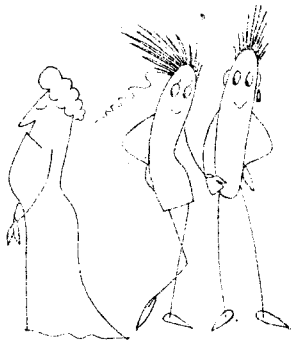
În semiologia psihiatrică, termenul retrograd se asociază cu cel de amnezie (→ AMNEZIE), semnificând manifestări caracterizate prin ștergerea amintirilor legate de evenimentele anterioare debutului bolii (agresiuni factoriale), care se întinde în trecut pe un interval proporțional cu gravitatea tulburării psihice. În schimb, posibilitatea de fixare rămîne neschimbată pentru evenimentele situate posterior instalării bolii. Odată cu remisiunea simptomatologiei (în unele cazuri), amnezia „se retrage” pe axa timpului, apropiindu-se de momentul declanșării bolii.

Mecanismul de producere a amneziei retrograde ar consta în modificările ce au loc la nivelul stocării evenimentelor îndepărtate (cu relativa conservare a fixării pentru evenimente recente), odată cu intervenția factorului agresogen (deci patogen).

Amneziile retrograde pot fi clasificate în amneziile localizate (lacunele) și progresive (amneziile retro-anterograde). Primul tip este reprezentat de amneziile psihogene, electice, care sînt limitate frecvent la o perioadă cu mare încărcătură afectivă negativă (cele extinse la întreaga existență — „personalitățile alterante” — fiind astăzi extrem de rare). Al doilea tip cuprinde tulburările mnezice care înglobează atât evocarea (memoria trecutului), cit și fixarea (memoria prezentului).

Circumstanțele patologice în care pot surveni tulburări mnezice de tipul amneziei retrograde sînt:

- demențele (în special cea senilă, în care amnezia retrogradă progresivă este tipică);
- afazia Wernicke;



- sindromul Korsakov;
- stările crepusculare epileptice ;
- sindromul confuzional post traumatism cranio-cerebral ;
- nevrozele (amnezia retrogradă, cu un pronunțat caracter afectogen, este discutabilă, în opinia diverșilor autori).

292. **RETROGRESIE** (cf. lat. *retro gradi* „a merge înapoi”) ● Reîntoarcerea la un comportament caracteristic unei perioade trecute din evoluția individului, în cazul în care un comportament mai recent dezvoltat este nesatisfăcător. Termenul este sinonim cu regresia, dar evită conotația psihanalitică a acestuia (→ REGRESIE, MECANISME DE APĂRARE).

293. **RETROOLIVAR^(S) sindrom** (cf. *retro-*; lat. *oliva* „măslină”) — sin. **SINDROM LATERAL**
sin.
AL BULBULUI → **WALLEMBREG^(S) sindrom**.

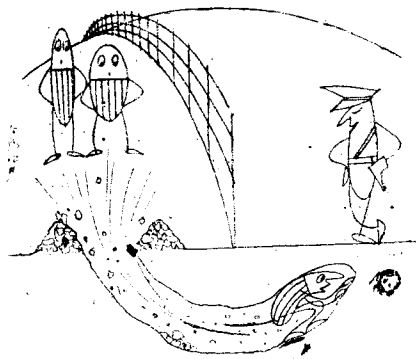
294. **RETROSPECTIV^(D) delir** (cf. *retro-*; lat. *spectare* „a privi”) — sin. **RETROACTIV^(D) delir** ● idei delirante proiectate în trecut și neavând legătură decît cu „realitatea” subiectivă imaginată de subiect, constînd fie în denaturări ale unor fapte reale, fie, mai adesea, în creații imaginare. ROGUES de FURSAC afirmă că acest tip de delir se întîlnește mai frecvent în psihozele sistematizate și se află la baza creațiilor imaginare din psihoza alcoolică, iar LEGRAINE îl asimilează delirului cu eclipse.

Modalitățile de producere ale acestui delir sînt, după autorii clasici, fie tulburările reale ale memoriei (în psihozele alcoolice cronice), fie mecanismele imaginative (în delirurile sistematizate cronice). În cazul din urmă, delirantul interpretativ realizează un trecut complet inventat, brodînd pe marginea unor fapte exacte raționamente false, „ajustînd” astfel amintirile, întîmplările din trecut, în vederea armonizării lor în sistemul delirant, procedeu aplicat tuturor dimensiunilor realității.

295. **RETROSPECȚIE** (cf. *retro-*; lat. *spectare*) ● Formă a introspecției, constînd în evocarea trecutului în scopul reexaminării și reinterpretării unor fapte, reacții și trăiri legate de acestea. Termenul desemnează și o metodă psihologică utilizată de O. SELTZ pentru descrierea unor trăiri psihice care au avut loc într-un cadru experimental. Retrospecția diminuează dezavantajul dublării (actor-spectator) presupus de introspecție, dar păstrează caracterul vag, incomplet al evocărilor. Ea apare și își arată utilitatea în orice metodă psihoterapeutică vizînd istoria persoanei. Prin retrospecție, trăiri și fapte pot fi descărcate de semnificația traumatică sau, dimpotrivă, se pot încărca, pot dobîndi noi semnificații (traumatice sau nu).

296. **REȚEA^(D) delir** (cf. lat. *rete* „rețea”) ● Tip de organizare delirantă, cu ramificări permanente ale construcției, constituind un eșafodaj care cuprinde întregul sistem ideativ al subiectului. În acest mozaic de idei se pot distinge cîteva teme delirante, reprezentînd „canavaua” în jurul căreia se realizează întreaga rețea delirantă. Ramificarea delirurilor se face în sensul unei „distilări” nesfîrșite a faptelor, care rămîn adesea rudimentare, nesemnificative, dar care, prin interpretare, apar într-o viziune tot mai complicată. Rețeaua delirantă se constituie în consensul senzitivității subiectului.

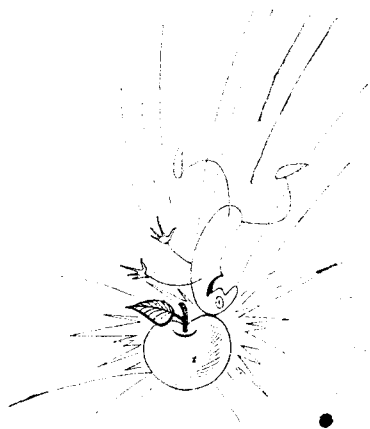
297. **REUȘITĂ** (cf. ital. *riuscire*) ● Rezultat eficient într-o activitate, în soluționarea unei situații, în atingerea unui scop. Reușita este completă atunci cînd nu se referă numai la momentul pre-



zent, ci și la viitor. Reușita într-o acțiune (activitate, situație) presupune echilibrul psihic al persoanei care acționează, precum și o apreciere obiectivă a situației și a resurselor proprii în raport cu situația. Astfel, reușita nevroticului este aparentă, întrucît motivele sale sînt perturbate, fiind marcate de o conflictualitate internă; persoana apare ca victimă care își construiește inconștient eșecurile; acestea se produc asemenea unei înlănțuirii de evenimente exterioare impuse și se repetă ca experiențe neplăcute. Acțiunile nevroticului sînt marcate de vulnerabilitatea sa; el concepe și interpretează experiențele sale de viață, relațiile sale, printr-o structură psihică compensatorie (ADLER). Capacitatea nevroticului de a obține succesul este diminuată semnificativ datorită faptului că el răspunde unor trebuințe pe care nu le cunoaște suficient sau nu le cunoaște deloc, chiar dacă, în mod conștient, el apreciază că se află într-un raport obiectiv cu realitatea.

În procesul psihotic, cu repercușiuni la toate nivelurile personalității, capacitatea de reușită este grav afectată.

298. **REVELAȚIE** (cf. lat. *revelare* „a dezgoli, a descoperi”) ● Iluminare dăruită ca stare de har, în care divinitatea transcendentă își face cunoscută unor aleși prezența, realitatea ființei, voința și



puterea infinită, comunicând astfel muritorilor o „informație” sacră, de necucerit prin exercițiul facultăților spirituale de care dispune omul în mod obișnuit (rațiune, percepție, intuiție etc.). Laicizat, termenul se referă la acea stare privilegiată de inspirație sau maximă acuitate a conștiinței creatoare, în care subiectului i se dezvăluie, cu spontaneitate, un gând clarificator, un unghi favorabil privirii, în transparența ființei.

● În psihopatologie, revelația se întâlnește în delirul cu tematică mistică, sistematizat sau mai puțin sistematizat, în care tulburările productive de percepție (halucinații și pseudohalucinații vizuale, auditive etc.) constituie pentru subiect „calea de comunicare” cu divinitatea. Aceste revelații îl conving de rolul lui mesianic, argumentându-i, în cadrul delirului său, rolul profetic sau cel de propovăduitor.

Istoria cunoaște cazuri în care bolnavii psihici cu astfel de simptomatologie reușeau să-și convingă semenii de „realitatea” viziunilor avute, obținând astfel, în cadrul comunității, efectiv rolul de profet.

Chiar și în epoca noastră, există, din păcate, grupuri de indivizi (proveniți de obicei din medii subculturale) care se lasă convingși de „revelația” avută de un delirant mistic, constituindu-se în jurul acestuia ca adepți. Ei sînt, de fapt, poșul „indus” al binomului inductor-indus.

299. **REVENDICARE** (cf. lat. *rei vindictio* „reclamarea unui lucru”) ● Cerere, reclamare a unui drept sau a corectării unei nedreptăți reale sau imaginare.

În psihiatrie, semnifică atitudinea motivată psihopatologic prin disproporția dintre valoarea, importanța obiectului, dreptului solicitat și îndreptățirea socialmente sau circumstanțial determinată de a o face, prin modalitatea de conduită sau comportament a subiectului, prin asocierea unor fenomene, simptome, stări afective cu caracter psihopatologic. Apare în dizarmonia de personalitate de tip isteric, paranoiac, mitomanic, în epilepsie, în sindromul Münchhausen. Constituie nucleul clinic al unora dintre delirurile cronice. În paranoia, apare bine sistematizată într-o structură delirantă, coerentă și „logică”, survenind la o personalitate premorbidă cu particularități hiperstenice, cverulent-revendicative. Poate apărea mai rar și mai slab sistematizată în schizofrenia paranoidă, ca reacție la o temă delirantă de persecuție.

300. **REVENDICARE^(D) delir**—sin. PROCESIV^(D) delir ● Delir descris de PAILHAS sub numele de „delir de deposedare”, apoi de RÉGIS, cu precizarea că apare la subiecți expropriați de unele bunuri prin hotărîre judecătorească, pe care „nu vor să o recunoască, recurgînd la revendicări mai mult sau mai puțin violente” (1923).

CULÈRE a denumit „delir de revendicare” comportamentul prin care subiectul reclamă restituirea unor bunuri străine, ca și cum acestea i-ar fi aparținut. Autorii clasici subliniază apartenența sau identitatea acestui delir cu delirul procesiv.

301. **REVERIE** (cf. fr. *rêverie*) ● Formă a imaginației spontane, pasive, prin care individul se detașează de realitate și acțiune, situîndu-se într-o stare intermediară între gîndirea vigیلă și vis. Subiectul își „construieste castele în Spania”, pierzînd pentru moment contactul cu realitatea. Reveria poate apărea în contextul dezvoltării normale a adolescentului, fiind favorizată de monotonia sau sărăcia stimulilor exteriori, ca și de dorințele a căror îndeplinire este amînată. Patologic, reveria este constantă la tipul schizoid, putînd avea la nevrotici și isterici caracterul unei fugi în imaginar pentru a ignora sau „repara” realitatea. Apare, de asemenea, în schizofrenie.

302. **REVERIE DIRIJATĂ** — sin. VIS TREAZ DIRIJAT ● Metodă psihoterapeutică de inspirație psihanalitică, creată de DESOILLE Robert, în jurul anilor '30. Pornind de la o serie de considerații teoretice determinate de opera lui FREUD, influențat de cea a lui PAVLOV, autorul, bazîndu-se în fapt pe opera jungiană, „invită pacientul să fantasmaze pe teme care îi sînt propuse și care sînt axate, în general, pe ascensiune, pe ridicare” (B. GRUNBERG, J. CH. SEGUET-SMIRGEL).

Implicind o serie de scenarii și ședințe de analiză, cura este, în fapt, „un mod particular de repunere în mișcare, la nivel simbolic, a problematicii inconștiente blocate, permițind reexperimentarea sa, și un proces analitic, modificind relațiile pacientului cu inconștientul său” (LAUNAY, LEVINE, MAUREY).

Fiind și o tehnică a creativității (J. C. BENOIT), reveria dirijată ar putea fi considerată o stare de „creativitate în doi”, dar orientarea modelului terapeutic asupra acestui aspect nu face decât să favorizeze rezistențele. După GUILHOT (1972), creativitatea și reveria dirijată pot readuce o situație de „fuziune preoedipiană”. Metoda reveriei dirijate presupune atât realizarea sistematică a acestei stări, cât și analiza (circa două treimi din cură) nondirectivă și nestandardizată a materialului simbolic produs de subiect în timpul ședințelor. Pe măsură ce se dezvoltă imageria, emoțiile se manifestă mai net (BENOIT, 1984). DESOILLE recomandă utilizarea deplasării pe verticală: angoasa poate să se întâlnească mai des în „coborîrea” spre profunzimi, euforia în „ridicarea” reușită ulterior.

Terapeutul trebuie să noteze tot ceea ce subiectul vede, simte, trăiește în timpul ședinței, încurajându-l în permanență să-și verbalizeze experiențele; de asemenea, trebuie notate toate intervențiile terapeutului. El va stimula evocarea analogiilor, a asociațiilor de idei, căutarea sensurilor simbolice, răspunzind acelor semnificații care sînt înscrise în trama personalității subiectului.

După LAUNAY, LEVINE și MAUREY, funcționalitatea reveriei dirijate ar fi de:

- limba de „chemare” a exprimării trăirilor inconștiente;
- exprimare verbală restititivă într-o tentativă de reevaluare a ceea ce nu se poate verbaliza direct;
- nou cîmp relațional, mai autentic.

Impactul relațional pe care îl produce reveria dirijată se manifestă la nivelul relației cu terapeutul, la nivelul stării de visare propriu-zise și la nivelul exprimării relaționale a pacientului în afara primelor două niveluri, adică la nivelul restabilirii echilibrului relațiilor cu ceilalți și al corecției intercomunicării cu aceștia.

Indicațiile reveriei dirijate sînt nevrozele anxioase, obsesive, isterice, tulburările sexuale, afecțiunile psihosomatice. Unii autori au încercat folosirea metodei la adolescenții borderline, în „fazele liniștite ale psihozei afective bipolare, după bufee delirante” (J. LEVINE, J. LAUNAY, J. P. SCHNETZLER) sau în clinica de psihiatrie infantilă și infanto-juvenilă (FABRE, GUILHOT, LACROIX, NADAL), cu rezultate discutabile. Psihozele cronice sînt contraindicate pentru o astfel de abordare terapeutică.

Asocierea chimioterapiei poate îmbunătăți rezultatele acestei terapii, dar apariția unor interfețe psihotice face necesar apelul la un alt terapeut, deoarece pacientul trebuie să rămînă cu psihoterapeutul numai în relația stabilită inițial. Durata unei cure este în medie de 30 de luni, cu un ritm săptămînal al înfîlșurilor terapeutice. O serie de alte metode derivă din reveria dirijată: imageria mintală, ciclurile superioare ale trainingului autogen Schultz.

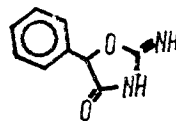
303. REVERSIBILITATE (cf. fr. *réversibilité*: vezi lat. *revertere* „a se întoarce, a reveni”) ● Proprietate a unui obiect sau fenomen de a reveni, de a putea fi readus sau întors la starea inițială.

În psihologie, termenul a fost folosit de J. PIAGET ca un concept deosebit de important, care desemnează capacitatea psihicului uman de a realiza una și aceeași acțiune în două sensuri diferite de parcurgere, deși modalitățile de realizare se suprapun și acțiunea nu se modifică.

În medicină, termenul este utilizat pentru a caracteriza acele procese patologice care, sub influența mijloacelor terapeutice, se rezolvă cu „*restitutio ad integrum*”, fără ca organul sau aparatul afectat de ele să sufere consecințe lezionale morfologice sau funcționale.

Reversibilitatea unor stări psihopatologice privește posibilitatea remiterii parțiale a unor simptome (fenomenele productive halucinator-delirante din psihozele paranoide sau tulburările calitative de conștiință), echivalente cu ameliorarea clinică, sau remiterii totale a unor stări psihopatologice de natură psihogenă (afectul sau fuga patologică, stuporul reactiv, psihozele isterice, reacția patologică de doliu etc.). Nevrozele pot fi de asemenea remise dacă nu au suferit un fenomen de dezvoltare nevrotică a personalității, reversibilitatea fiind în general o caracteristică definitorie a tuturor psihogeniilor.

304. REVIBOL^(M) Iugoslavia — DCI *Pemolină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, fără efecte sim-



paticomimetice; indicațiile generale sînt cele ale psihostimulentelor. Nu se administrează în afecțiuni cu componentă depresivă → PSIHOSTIMULENTE.

305. REVOLTĂ (cf. fr. *révolte*) ● Atitudine de opoziție, cu semnificație justițiară, împotriva unor autorități legitime. Este provocată în general de abuzurile autorității, de in Justiție, de constrângere, de îngrădirea libertăților și drepturilor. Se poate manifesta în plan social, la nivelul unui grup sau în plan interpersonal, la nivelul unei relații.

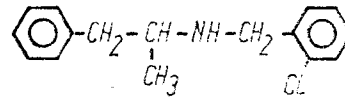
În sens analitic, revolta, ca atitudine de opoziție față de autoritate și de eliberare în raport cu autoritatea, trimite la revolta împotriva tatălui ca putere originară, avînd la bază ostilitatea oedipiană. În plan social, puterea tatălui este reprezentată prin instituțiile social-culturale, care „reflectă și transmit conflictele inconștiente ale sufletului omenesc” (G. MENDEL, 1969). Ideea de justiție, drept, libertate se leagă, în inconștient, de imagine-ul patern. Instituțiile social-culturale reprezintă o formă a acestei puteri paterne originare (puterea tatălui se prelungește în puterea socialului care reprimă, inhibă, pedepsește, protejează condiționat). Revolta împotriva tatălui este expresia distanței dintre puterea socială și dorința de libertate a individului. Atitudinea de revoltă conține, în ea însăși, o ambivalență: pe de o parte, este revolta împotriva tatălui laicizat, ceea ce înseamnă cîștigul puterii și depășirea culpabilității originare; pe de altă parte, această revoltă apare în numele tatălui, deci în numele unor valori reale și necesare, legate de imagine-ul patern. Așadar, revolta implică o dorință de eliberare activă și conștientă, o culpabilitate inconștientă puternică și o teamă inconștientă la fel de puternică față de partenerul patern sau de substituți ai acestuia și, ca urmare, o agresivitate reacțională intensă. Această agresivitate este foarte greu de asumat; evitarea/depășirea conflictului se face prin identificarea individului cu tatăl (depășirea conflictului oedipian). Revolta are caracter contestatar; în sens profund, ea nu se manifestă în numele unei ideologii sau al unui partid, ci are la bază o mișcare lăuntrică (un elan interior) împotriva degradării valorilor (justiție, libertate, drept). Prin identificarea cu tatăl, imaginea paternă ideală se află în individ. Tatăl social, plasat în exterior, în afara individului, devine un tată exagerat represiv, care provoacă în individ utopia unei societăți fără ierarhii, fără interdicții. Tatăl social devine obiect al agresivității, al destrucției. Civilizația modernă este însă marcată de figura tatălui profund înrădăcinat în achizițiile culturale. Distrugerea tatălui ar însemna întoarcerea la credințele magice regresive împotriva angoasei. În cele din urmă, dezvoltarea socială a ființei nu se poate realiza fără procesul de interiorizare a figurii paterne, de fapt a Supraeului patern. Practic, această interiorizare este foarte veche: ea datează din paleolitic, iar finalizarea ei face trecerea spre revoluția neoliticului. Progresul presupune o reprimare a tendințelor arhaice, a dorinței de rein-

toarcere, a fantasmelor regresive. Pe de o parte, revolta este expresia unei opoziții: ea se manifestă ca opoziție împotriva unei stări de lucruri limitate, totalitare și care încalcă drepturi de statut; pe de altă parte, poate avea la bază o dependență psihică, o adorație inconștientă a tatălui ideal. Revolta vizează autoritatea care cere supunerea absolută, limitarea autonomiei și independenței, conformism total; ea exprimă dorința de a reflecta, a critica și a alege în cunoștință de cauză, în baza unor informații reale.

Revolta este specifică adolescentului, tinerei generații, putînd avea la bază tendințe constructive care, exagerate, trec în nihilism.

306. REXAN^(M) Italia — DCI *Clormezanona* ● Miorelaxant cu valențe anxiolitice, de tip 2-(p-clorofenil)tetrahidro-3-metil-4H-1,3-tiazin-4-onă 1,1-dioxid, considerat drept primul miorelaxant adevărat. Este indicat în nevroze motorii (crampe musculare, torticolis, spasme musculare), acțiunea sa anxiolitică fiind complementară. Nu are practic contraindicații.

307. REXIGEN^(M) Franța — DCI *Clobenzorex* ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-N-(o-clorobenzil)-α-me-



tilfenetilamină, recomandat pentru bunele efecte în combaterea și corectarea unor inconveniente ale curei neuroleptice îndelungate (obezitate, adinamie) → PSIHOSIMULENTE.

308. REXORT^(M) Franța — DCI *Citicolină* ● Psihostimulent, cu o structură chimică particulară de tip colină citidină 5'-ester pirofosfat, cu acțiune psihostimulentă și anorexigenă. Nu are practic efecte simpaticomimetice.

309. REY Abel (1873—1940) ● Filozof francez. Obține diploma în filozofie în 1896 și își începe cariera universitară la Dijon. Din 1919 este profesor la Sorbona. Își dedică întreaga activitate problemelor legate de teoria cunoașterii, precum și corelației acesteia cu mecanica. În opinia sa, gîndirea științifică trebuie să se apropie cu precizie de real; în aceeași accepțiune, știința ia naștere la interferența naturii cu rațiunea, contact prin care ambele se modifică. Operele sale principale sînt: „Lecții de filozofie și psihologie” (1903), „Lecții de morală și sociologie” (1905), „Energetica și mecanica din punct de vedere al teoriei cunoașterii” (1907), „Reîntoarcerea eternă și filozofia fizicii” (1925).

310. REY^(T) test ● Probă de memorie verbală, în două variante: vizuală și auditivă. Proba se desfășoară în șase faze, urmărind memorarea unei serii de 15 cuvinte, în cinci repetiții și reproduceri succesive (în primele cinci faze), și capacitatea de recunoaștere în text a cuvintelor memorate anterior (în faza a șasea). A. REY a întocmit, pentru fazele de memorare, patru liste de cuvinte, iar pentru faza de recunoaștere, texte scurte. Existența mai multor liste permite retestarea, la interval scurt, a capacității mnemice a aceluiași subiect, folosind aceeași probă.

A. REY a stabilit etaloane pentru normali de diferite vârste și niveluri culturale.

Proba de memorie verbală Rey scoate în evidență performanța, dinamica procesului mnemic, ca și particularitățile de personalitate și patologice care influențează performanța.

311. REYE^(S) sindrom ● Sindrom constind din asocierea unei encefalopatii acute cu degenerescența unor organe (mai frecvent ficat și rinichi). A fost descris de R. D. REYE, în anul 1963. Etiopatogenia este încă neprecizată (după L. DAVID, G. MORGAN, I. BARAL, ar fi o stare postvirală). Debutul se situează între 1—15 ani (cu un maxim de frecvență în jurul vârstei de trei ani) și se caracterizează prin manifestări clinice nespecifice (stare gripală, tulburări digestive de tip infecțios, temperatură, vărsături alimentare, bilioase sau sanguinolente). La scurt interval, apar simptome neurologice și psihice grave, care domină tabloul clinic (hipertonie generalizată, convulsii, agitație psihomotorie, delir, halucinații, stare comatoasă). La copii mici, evoluția este frecvent mortală. Cei care supraviețuiesc rămân, în general, cu sechele neurologice.

Investigațiile paraclinice evidențiază modificarea metabolismului protidic, hiperglicemie, alcaloză respiratorie, urmată de acidoză metabolică și respiratorie, uree sanguină crescută, hiperleucocitoză cu polinucleoză.

Tratamentul este patogenetic, în condiții de asistență medicală intensivă.

312. REZIDUAL^(D) delir (cf. fr. *résiduel*: vezi lat. *residuus* „care a rămas”) ● Termen prin care C. NEISSER (1893) denumește ideile delirante care rămân după o stare psihotică acută de tip confuzional. În patogeneza lor, tulburările de tip amnezic pot avea un rol important. Corectarea stării bolnavului, ca și apariția unor noi episoade halucinatorii nu influențează asupra constituirii acestui tip de delir.

313. REZISTENȚĂ (cf. ital. *resistenza*: vezi lat. *resistere* „a rămâne pe loc, a rezista”) — sin. ^{sin.} SOLIDITATE → CONSISTENȚĂ.

314. REZISTENȚĂ — în psihanaliză ● Termenul desemnează un ansamblu de manifestări ale celui analizat, în timpul curei, manifestări cu semnificație de opoziție sau baraj la accesul spre inconștient.

Extinzând termenul, rezistența din cadrul curei devine rezistență la psihanaliză și se referă la un ansamblu de manifestări (sau o atitudine-concepție) care se opune psihanalizei, în special laturii ei practice, aplicate, ce vizează descoperirea unor semnificații inconștiente ale actelor și conduitelor umane. Opoziția (rezistența la psihanaliză) s-ar baza pe faptul că aceste semnificații (dorințe inconștiente) lezează ceea ce în mod conștient persoana apreciază și gândește despre ea însăși și despre ceilalți. Rezistența apare, pe parcursul curei, ca o încălcare a regulii asociațiilor libere (pacientul nu verbalizează orice producție psihică de moment, ci selectează, alege, evită, fără să-și dea seama sau chiar conștient, anumite conținuturi, imagini, reprezentări, idei, mai ales anumite manifestări emoționale). Astfel, rezistența este un obstacol în progresul curei analitice, în travaliul analitic. Insistența și persuasiunea, ca forțe contrare rezistenței, nu o înlătură. FREUD consideră că, alături de interpretarea transferului, interpretarea rezistenței este o modalitate de acces la inconștient. Rezistența și transferul sînt fenomene care se interferează. În perioada în care scrie „Studii asupra isteriei”, FREUD consideră că rezistența derivă din forța Eului împotriva amintirilor și reprezentărilor din jurul nucleului patogen (persoana se opune conștientizării conținutului refulat, întrucît acesta este neplăcut, penibil).

Așadar, rezistența ar avea două semnificații:

- funcționează ca opoziție împotriva conținutului refulat și devine intensă în măsura în care un moment sau o etapă din travaliul analitic se apropie de nucleul patogen;
- funcționează ca defensă, putînd fi consecința unui mecanism de apărare (decî o formă de manifestare a mecanismelor de defensă).

În acest al doilea caz, analiza rezistențelor devine analiza mecanismelor de apărare. În „Inhibiție, simptom și angoasă”, FREUD (citat de PONTALIS și LAPLANCHE, 1973) diferențiază cinci forme de rezistență:

- refularea;
- rezistența de transfer;
- rezistența generată de beneficiul secundar al bolii;
- rezistența Sinelui (legată de compulsiunea de repetiție);
- rezistența Supraeului (legată de culpabilitatea inconștientă și de trebuința de pedeapsă).

Primele trei forme constituie rezistențe ale Eului.

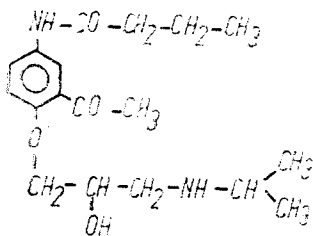
În „Interpretarea viselor” (1909), FREUD definește rezistența ca fiind „tot ceea ce perturbă continuarea travaliului analitic”.

315. **REZONANȚĂ** (cf. lat. *resonantia* „răsunet, ecou”) ● În psihologie, în teoria percepției, termenul desemnează asociația prin asemănare și nu prin contiguitate. Teoria tipului de rezonanță intimă stă la baza testului proiectiv Rorschach (→ RORSCHACH^(M) test).

316. **RHAZES** (ABU BAKR MUHAMMAD IBN ZAHARIA AL RHAZI) (860—932) ● Medic persan, conducător al spitalului din Rei (îngă Teheran). Spirit enciclopedic, scrie aproape 200 de lucrări de filozofie, teologie, astronomie, medicină, matematică. În lucrarea sa „Kitab al hawi” („Continență”), realizează o trecere în revistă a tuturor cunoștințelor pe care le avea medicina secolului al X-lea. Un rezumat al lucrării amintite, constând în „doar” zece volume (lucrarea originală avea 24 de volume) a fost intitulat „Cartea de medicină a lui Al-mansor” („Liber ad Almansorem”). Aceste două lucrări, traduse în latină de FARADJ ben SALEM (sfârșitul secolului al XIII-lea), respectiv Gerard de CREMONA (jumătatea secolului al XIII-lea), au influențat teoriile medicale ale lumii occidentale asupra bolii psihice.

317. **RHEX^(M)** RFG — DCI *Mefenesin* ● Tranșilizant, derivat glicerolic de tip 3-(o-metoxifenoxi)-1,2-propandiol, cu acțiune miorelaxantă și sedativ-anxiolitică.

318. **RHODIASPECTRAL^(M)** RFG — DCI *Acebutolol* ● Betablocant de tip 3'-acetil-4'-1,2-hidroxi-3-(isopropilamino)propoxilbutiranilidă. Este indicat



în anxietate, sindroame psihovegetative simpatice, sevrage de origine diversă, combaterea tremorului parkinsonian și senil și a celui survenit ca urmare a intoxicației cu litiu. Nu duce la dependență, nu se asociază cu IMAO → BETABLOCANTE.

319. **RIBOFLAVINĂ^(M)** ● Denumire dată vitaminei B₂, datorită structurii sale de flavină (pigment galben). Este o coenzimă, ce ia parte la procesele de oxidoreducere în organism. Hipovita-

minoza și carența vitaminei B₂ determină simptomatologia caracteristică avitaminozelor.

320. **RIBORING^(M)** Coreea — DCI *Trifluoperazină* ● Neuroleptic incisiv, derivat fenotiazinic piperazinat de tip 10-13-(4-metil-1-piperazinil)propil-2-(trifluorometil)fenotiazină, cu acțiune anti-psihotică marcată și sedativă relativ redusă, cu valențe anxiolitice și antiemetice; efectele antihistaminice, antispastice și adrenolitice sînt deosebit de reduse. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de TRIFLUOPERAZIN^(M).

321. **RIBOT Theodule** (1839—1916) ● Psiholog francez. Absolvent al Școlii Normale Superioare (ca și WALLON, JANET ș.a.), licențiat în filozofie (1865), s-a ridicat hotărît împotriva asociaționismului, recomandînd psihologiei „întemeierea cercetărilor pe fapte și pe căutarea cauzelor obiective”, în mod deosebit pe observația clinică (care, pentru el și elevii săi, are valoare de experiment, faptele prezentate de cazuistica patologică echivalînd oarecum cu experimentele naturale). Este considerat pe drept cuvînt „părintele psihologiei științifice franceze”, precursor al lui W. JAMES, „inspiratorul celei mai fecunde unificări din istoria psihologiei”, cea dintre psihologia experimentală și psihologia patologică (aprecieri ale delegaților la centenarul T. RIBOT, celebrat la Sorbona, în 1939).

Primele lucrări ale lui RIBOT („Psihologia engleză contemporană” — 1870 și „Psihologia germană contemporană” — 1879) reflectă interesul autorului pentru emanciparea psihologiei, prin prelucrarea elementelor autentice din vechea psihologie și deschiderea spre patologia mintală, care oferă psihologiei un larg evantai de „fapte”. În această direcție, promovarea metodei clinice și experimentale de către RIBOT, care corespunde în fapt nașterii psihopatologiei moderne, își găsește recunoașterea prin inițierea, în 1885, a unui curs de psihologie experimentală la Sorbona (incredintat lui RIBOT) și prin crearea unei catedre de psihologie experimentală și comparată la Collège de France, la conducerea căreia este numit din 1888, tot RIBOT. O mare parte dintre lucrările publicate în această perioadă sînt consacrate psihopatologiei memoriei („Bolile memoriei” — 1881, în care se precizează legile disoluției memoriei, preluate și de H. EY în teza sa de doctorat „Disoluțiile memoriei”), voinței („Bolile voinței”, 1883), personalității („Bolile personalității”, 1885) și atenției (1888).

Ultima parte a activității de cercetare a lui RIBOT este orientată spre viața afectivă, din care derivă viața intelectuală: „Psihologia sentimentelor” — 1896; „Imaginația creatoare” — 1900; „Logica sentimentelor” — 1905; „Viața inconștientă și mișcările ei” — 1914.

322. **RIBOT — legile lui** ● Legi ale regresiei memoriei, stabilite de RIBOT în lucrarea sa asupra bolilor memoriei (1881). Ele sînt următoarele :

- în cazul de structurării generale a memoriei, pierderea amintirilor urmează o ordine invariabilă : fapte recente, idei în general, sentimente, acte ;
- în cazul de structurării parțiale (mai puțin cunoscută), pierderea amintirilor urmează o ordine invariabilă : nume proprii, substantive comune, adjective și verbe, interjecții, gesturi ;
- regresivitatea se face întotdeauna de la nou spre vechi, de la complex spre simplu, de la voluntar spre automat, de la mai puțin organizat spre mai bine organizat ;
- în cazurile în care se înregistrează ameliorări ale tulburărilor de memorie, ordinea recuperării se face în sens invers : amintirile revin de la cele pierdute mai recent către cele pierdute primele.

Autorul susține că determinarea fiziologică face ca degenerescența să atingă ceea ce este mai recent format, iar determinarea psihologică face ca elementarul să fie mai stabil decât complexul, care este mai puțin repetat în experiența individuală.

PAVLOV a încercat să propună pentru legile lui Ribot o explicație reflexologică, conform căreia bătrînețea produce slăbirea inhibiției active și, în consecință, întărirea reflexelor mai vechi, care sînt mai stabile. Explicația este însă limitată doar la unul dintre aspectele legilor și la o singură ipostază etiologică.

323. **RICHARD David** (1806—1859) ● Directorul Casei de Sănătate din Stephansfeld, între 1840—1859. Susține la Congresul științific de la Strassburg, în 1842, independent de FALRET și, de altfel, anterior acestuia, „necesitatea înființării unui patronaj pentru bolnavii mintal însănătoșiți, aflați în afara mediului spitalicesc, în scopul facilitării reintegrării lor sociale”. O idee a cărei vechime ar trebui să pună pe gînduri pe cei care o neglijează încă și în prezent.

324. **RICHER Paul Marie Louis Pierre** (1849—1933) ● Psihiatru francez. Asistent al lui CHARCOT, își susține, în 1879, teza despre „Étude descriptive de la grande attaque hystéro-épileptique et de ses principales variétés”, care, de altfel, va sta la baza celei mai importante lucrări a școlii de la Salpêtrière, „Études cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie” (1885).

Lucrările și observațiile clinice ale lui RICHER vor fi utile și lui FREUD în elaborarea noțiunii de inconștient. A fost preocupat, de asemenea, de hipnotism, avînd merite în direcția deschiderii

porților medicinei pentru această metodă blamată anterior. Posesor al unui talent deosebit de deservitor, el a realizat și iconografia lucrărilor sale.

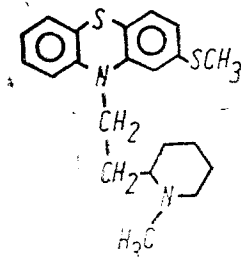
325. **RICKETSIOZE** ● Afecțiuni produse de Rickettsii, dintre care cea mai reductibilă este tifosul exantematic (produs de Rickettsia Prowazecki), boală eradicată pe cea mai mare parte a globului, persistînd însă în Africa, America Centrală și de Sud. Agentul vector este păduchele.

Evoluția bolii cunoaște și o bogată simptomatologie psihică : agitație confuzională la debut, tablou delirant oniric, delir acut care apare atît în perioada de stare, cît și în cea de convalescență. În formele epidemice, pot apărea cazuri cu evoluție superpozabilă hebefreniei, paranoidei, psihozelor afective.

Tratamentul manifestărilor psihice este același ca pentru toate psihozele de etiologie infecțioasă. Rickettsiile sînt sensibile la antibiotice de tipul cloramfenicolului și al tetraciclinei.

Tot din categoria Rickettsiozelor face parte și febra Q, produsă de Coxiella Burnetti, care evoluează fie ca meningită cu lichid clar, fie ca encefalită.

326. **RIDAZIN^(M)** Israel — DCI Tioridazină ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic alkilpiperazinat de tip 10-12-(1-metil-2-piperidil)etil-2-



-(metilic)-fenotiazină, cu acțiune sedativ-anxiolitică. În funcție de doză se pretează la utilizarea atît în psihogenii, cît și în endogenii. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de TIORIDAZIN^(M).

327. **RIEGER^(S)** sindrom — sin. DISGENEZIE MEZODERMICĂ CORNEANĂ ȘI IRIANĂ ; DISGENEZIE MEZODERMICĂ ȘI ECTODERMICĂ ; DISGENEZIE MEZOSTROMALĂ ANTERIOARĂ HAGEDORM ; DISPLAZIE MARGINALĂ POSTERIOARĂ STREIFF ; EMBRIOTOXON CORNEAN POSTERIOR AXENFELD ● Displazie ecto- și mezodermică a elementelor camerei anterioare a ochiului și a dentiției, de etiologie încă necunoscută, cu transmitere genetică autosomal-dominantă, descrisă de RIEGER, în anul 1935.

Din punct de vedere clinic, constă în asocierea unor anomalii oculare (aniridie sau hipoplazia irisului, glaucom, megalocornee), dentare (anodonție, oligodonție, microdonție, hipoplazia emailului dentar, malformații ale arcadelor dentare), musculare (distrofie miotonică) și psihice (deficit intelectual moderat, dispraxie a scrisului). Nu există pînă în prezent un tratament specific.

328. RIGIDITATE (cf. lat. *rigiditas* „rigiditate”)

● Simptom neurologic constînd din hipertonie musculară, cu aspecte caracteristice, în funcție de etiologie:

● *Rigiditate decerebrată* (sinonim RIGIDITATE DE TIP GAMMA), descrisă de SHERINGTON — se produce prin leziuni ale sistemului extrapiramidal, situate deasupra nucleului roșu, determinînd excluderea din circuitul normal a zonelor care controlează distribuția tonusului muscular general al organismului. Clinic, se manifestă prin hipertonie cu extensia membrelor inferioare... extensia și pronația membrelor superioare.

● *Rigiditate decerebrată ischemică*, descrisă de GELFAN și TARLOV — este generată de întreruperea transmisiei polisinaptice, prin atingerea Interneuronilor care reglează activitatea motoneuronilor medulari.

● *Rigiditate de origine medulară* — se datorează leziunilor localizate în regiunea medulară centrală, prin care cornul anterior este separat de conexiunile lui (seringomieli, tumori medulare); este acompaniată de spasme, fără exagerarea reflexelor segmentare proprioceptive sau cutanate.

● *Rigiditate de tip alfa* — este determinată de activitatea motoneuronilor, fără intervenția arcului reflex fusorial, fiind dependentă de reflexele de origine labirintică, proprioceptive ale mușchilor cefei.

● *Rigiditate încordată*, descrisă de THOMSON în leziunile vertebrale — se caracterizează prin atitudine rigidă în timpul mersului, ca și cînd bolnavul ar fi fixat în ortostatism.

● *Rigiditate pupilară* — constă în pierderea reflexului pupilar la lumină și distanță; apare în encefalite și ependimite de apeduct.

329. RIGIDITATE MENTALĂ ● Trăsătură de personalitate (paranoidă, psihostenia) constînd într-o lipsă de mobilitate psihică, manifestată prin respectarea exagerată a unor principii, imuabile și impenetrabile la alte argumente decît cele proprii, precum și printr-un egoism și egocentrism, care determină incapacitatea de a înțelege pe ceilalți → PSIHORIGIDITATE.

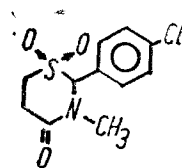
330. RIGIDITATE MUSCULARĂ SENILĂ^(S) sin-

on → JACOB^(S) sindrom.

331. RIGORISM (cf. lat. *rigor* „rigiditate, severitate”) ● În sens general, severitate excesivă în respectarea normelor morale, care duce la inflexibilitate și la atenuarea discernămintului practic, odată ce nu corectitudinea faptei, ci intrinsigenta judecării devin scopuri în sine. Într-un sens mai strict, concepție etică (legată, cel mai adesea, de numele lui KANT), opunînd rigid imperativul moral, instituit apriori de Eul transcendențial ca rațiune pură practică, și motivațiile psihologice ale Eului empiric, condiționat de evenimente aflate în zona facticității.

332. RILAQUIL^(M) Italia — DCI Clormezanonă

● Miorelaxant cu valențe anxiolitice de tip 2-(p-clorofenil)tetrahydro-3-metil-4H-1,3-tiazin-4-onă



1,1-dioxid, considerat drept primul miorelaxant adevărat. Este indicat în nevroze motorii (crampe musculare, torticolis, spasme musculare), acțiunea sa anxiolitică fiind complementară. Nu are practic contraindicații.

333. RILATIN^(M) Anglia, Canada, Elveția, RFG, SUA — DCI Metilfenidat ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip α -fenil-2-piperidin-acid acetic metil ester. Este indicat în cazul scăderii performanțelor psihice și intelectuale, în stările ușoare depresive din climax și convalescență. Performanțele sale sînt inferioare amfetaminelor → PSIHOSTIMULENTE.

334. RILEY-DAY^(S) sindrom — sin. DISAUTONOMIE FAMILIALĂ; DISFUNCȚIE AUTONOMICĂ FAMILIALĂ; RILEY^(S) sindrom ● Disfuncție neurovegetativă, cu caracter familial și ereditar, de etiologie încă necunoscută, transmisă recesiv-autosomal. A fost descrisă de M. C. RILEY, în 1949. Apariția sindromului pare legată de excesul de acetilcolină la nivelul terminațiilor nervoase, care blochează transmiterea impulsului nervos în masa musculară.

Din punct de vedere clinic, se caracterizează prin asocierea unor manifestări legate de sistemul nervos central (indiferență la durere cu automutilări, discoordonare a mișcărilor, hipotonie musculară generală sau interesînd unele grupe musculare, întîrziere în dezvoltarea motorie) sau de sistemul nervos vegetativ (diminuarea sau absența secreției lacrimale, hiperhidroză, hipersalivație, exantemie, hipotensiune arterială ortostatică,

extremități reci, diaree alternând cu constipație), cu manifestări psihice (întârziere moderată).

Sindromul poate fi evidențiat încă de la naștere, sugarul prezentînd hipotonie generalizată, hiperreflectivitate osteotendinoasă, dificultăți ale suptului și deglutiției.

Pentru diagnostic, testul cu histamină (intra-dermoreacție pozitivă) este deosebit de util.

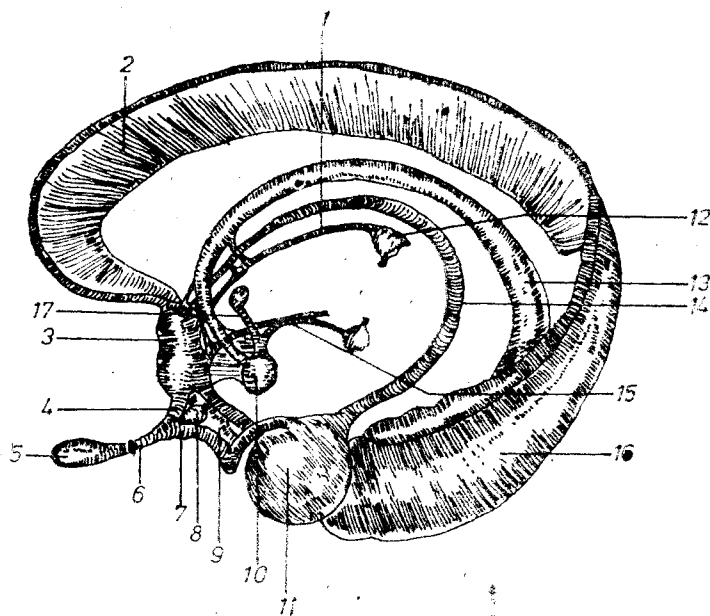
Evoluția și prognosticul sînt, în general, nefavorabile (20—30% dintre bolnavi mor în primii ani de la debutul bolii, de obicei prin complicații pulmonare sau digestive). Nu există, pînă în prezent, un tratament eficient.

335. RINO- (cf. gr. rhis „nas”) ● Element de compunere care introduce referirea la nas.

336. RINENCEFAL (cf. rino-; gr. enkephalos „creier”) — sin. PALEOCORTEX ● Ansamblul unor zone situate în regiunea bazală a emisferelor

cerebrale, care sînt printre primele formate în evoluția filogenetică. Este constituit din zona supra-orbitală a lobului frontal, extremitatea anterioară a lobului temporal, regiunea anterioară a cingului, hipocampul, lobul piriform, nucleii amigdalieni, cornul lui Ammon.

În aceste zone sînt integrate, la nivel superior, funcțiile vegetative ale organismului. Pondere cea mai importantă este cea a integrării funcțiilor și comportamentelor primare, paleocortexul participînd, în primul rînd, la reglajul comportamentului alimentar. Leziuni ale acestor zone sau stimularea lor electrică provoacă hipo- sau afagie, respectiv, hiperfagie. Tot la acest nivel sînt integrate funcțiile sexuale (avînd în subordine centrul hipotalamic). În afară de aceste funcții vegetative, paleocortexul participă, alături de substanța reticulată, la menținerea stării de veghe, bombardaînd neocortexul cu influxuri de tip tonifiant.



FORMAȚIUNILE SISTEMULUI LIMBIC

1-Strie medulară; 2-Corp calos; 3-Girus paraterminal; 4-Strie olfactivă medială; 5-Bulb olfactiv; 6-Tract olfactiv; 7-Strie olfactivă mijlocie; 8-Tubercul olfactiv; 9-Substanța perforată anterioară; 10-Corp mamilar; 11-Corp amigdalian; 12-Nucleul habenulei; 13-Fornix; 14-Strie terminală; 15-Fascicol mamilotegmental; 16-Hipocamp; 17-Fascicol mamilotalamic.

337. **RINOFOBIE^(F)** (cf. it. *rino-*; gr. *phobos* „frică”) ● Teamă patologică de tot ce are legătură cu nasul, întîlnită în isterie, nevroză obsesiv-compulsivă, schizofrenie.

338. **RINOLALIE** (cf. *rino-*; gr. *lalein* „a vorbi”) ● Formă de dislalie, care se manifestă prin vorbirea nazonată. Cauza poate fi:

- organică: polipoză nazală, pareza sau paraliza vălului palatin (afecțiuni ale nervilor trigemeni, glosofaringieni și vag, care inervează motor vălul palatin);
 - psihică: isterie, nevroze mixte etc.
- Se descriu două tipuri de rinolalie organică:
- apertă (vălul palatin nu închide în timpul vorbirii orificiile posterioare ale foselor nazale și istmul bucofaringian);
 - clausa (rezonanța este perturbată de obstrucții nazofaringiene).

339. **RIPOFAGIE** (cf. gr. *rhypos* „murdărie”; *phagein* „a mânca”) ● Tulburare a comportamentului alimentar, constînd din ingestia de gunoaie, excremente, murdării. Apare în stările demențiale profunde, în debilitatea mentală gravă, în schizofrenie (cu motivație delirantă, aberantă).

340. **RIPOFOBIE^(F)** (cf. gr. *rhypos*; *phobos*) ● Teamă exagerată, patologică de gunoaie, de murdărie; singură sau însoțită de alte fobii, ea determină o stare tensională, de care subiectul încearcă să scape prin diverse ritualuri. Poate fi cauza unei abluomanii. Se întîlneste în nevroză obsesiv-fobică, psihastenie, schizofrenie, isterie.

341. **RIPOSON^(M)** Italia — DCI *Metilpentinol* ● Tranchilizant, derivat alkenic de tip 3-metil-1-pentin-3-ol, cu acțiune sedativ-hipnotică și mio-rezolutivă (prin inhibarea transmisiei ganglionare).

342. **RISATARUN^(M)** RFG — DCI *Deanol acetilglutat* ● Psihostimulent, derivat dimetilamino-etanol (DMAE) de tip 2-(dimetilamino)etanol hidrogen N-acetilglutat. Este un precursor al acetilcolinei, cu acțiune psihostimulentă, prin creșterea concentrației de acetilcolină, și valențe antidepressivă. Se poate utiliza în corectarea efectelor secundare ale NL sedative; are acțiune proconvulsivantă.

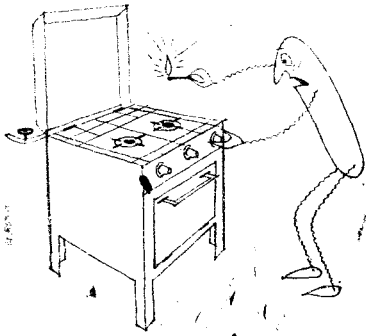
343. **RISC** (cf. it. *risco*) ● Pericol, inconvenient, situație hazardată, nesigură, primejdioasă, care se apreciază în funcție de raportul dintre probabilitatea reușitei și probabilitatea eșecului în acțiune. Ca fenomen psihologic, riscul se manifestă printr-un comportament decizional, subiectul trebuind să aleagă între două sau mai multe alternative, cu grade diferite de pericolozitate, de nesiguranță sau de elemente aleatorii.

P. POPESCU-NEVEANU afirmă că, în situația de risc, creșterea valorii de utilitate se asociază cu o reducere a posibilității de reușită. Aprecierea valorii riscului depinde de posibilitatea (obiectivă) a eșecului și de capacitatea subiectului de a conștientiza această probabilitate. Valoarea riscului depinde de doi parametri: unul obiectiv, referitor la caracteristicile situației în sine, și unul subiectiv, referitor la caracteristicile subiectului, la implicarea sa în situație și, în special, la motivele care determină, în cele din urmă, alegerea propriu-zisă a alternativei. În mod conștient, persoana nu dorește să piardă, deci ea va căuta alternativa sau/și strategia care să favorizeze câștigul și să diminueze probabilitățile de eșec, dar nu va reuși să reducă la zero probabilitatea pierderii. J. MOTHEȘ (1968) afirmă referitor la motiv în alegere: „... pentru a opera alegerea, trebuie să definim o sumă de valori între actele aflate în discuție..., ceea ce implică aprecierea consecințelor încercării dintre ele”. Alegerea presupune (ca demers decizional) un criteriu (sau criterii) de evaluare a alternativelor, cu posibilitățile lor de reușită și eșec, în raport cu un obiect (scop) vizat. MOTHEȘ distinge patru categorii specifice unei situații în care individul trebuie să aleagă:

- universul aleator (factori aleatori, dar ușor previzibili);
- universul determinat (factori cunoscuți și stăpîniți de persoană);
- universul incert (factori imprevizibili);
- universul ostil (factori care se opun acțiunii, dar sînt controlabili prin anumite mijloace).

Aceste categorii se referă predominant la situație; dintre ele, categoriile a treia și a patra ar implica cel mai mare grad de pericol. Însă, alegerea nu este un act exclusiv rațional; persoana combină valorile situației în mod propriu, conform unei interferențe de motive subiective; la acest nivel, intervin și mecanisme inconștiente (defense, reprimări, sublimări); există un stil motivațional specific individului, cu o expresie în stilul de alegere, în funcție de modelele interiorizate, de interdicțiile și de renunțările introiectate, datorită cărora informația primită este investită cu semnificații diferite. Nu totdeauna cea mai mare cantitate de informații are cea mai mare valoare pentru individ; o informație cantitativ mică poate funcționa cu o semnificație importantă. Valoarea informației determină valoarea alternativei celei mai atractive pentru subiect. Între gradul de atractivitate și gradul de reușită nu există cu necesitate un raport direct proporțional. Deși o persoană nu dorește, în mod conștient, să piardă, există tendințe inconștiente („aspirații pulsionale”) care determină asumarea unui risc (deci a unui pericol, a unei primejdii) pentru împlinirea unei dorințe inconștiente; ori, a alege într-o si-

tuație o anumită alternativă poate reprezenta o modalitate de a risca inconștient. Comportamentul de risc poate fi determinat de o asumare conștientă sau de un motiv latent profund (supra-compensare, dependență, expiațiune). Astfel, există soluții considerate drept cele mai bune care, pe o dimensiune temporală anumă, se dovedesc a fi un eșec.



Tendențele spre risc pot fi investigate (după P. POPESCU-NEVEANU) la trei niveluri :

- psihofiziologic (măsurarea gradului în care mecanismele de apărare ale Eului intervin în structurarea sarcinii și în alegerea răspunsului) : este nivelul legat de subconștient, în care nu intervine controlul voluntar (I. P. VASILESCU, 1975) ;
- atitudinal : se examinează prin chestionare cu diferite situații ipotetice, subiectul fiind pus să aleagă cîte o variantă de răspuns ; se mizează pe identificare (N. KOGAN, N. R. WALLACH, 1964) ;
- comportamental : presupune introducerea subiectului într-o situație cu grade diferite de autenticitate ; forma în care i se cere răspunsul influențează deciziile subiectului ; situațiile acestui nivel au fost furnizate, în majoritatea lor, de teoria jocurilor (jocul ca model formal pentru o situație conflictuală).

În perspectivă psihopatologică (E. PAMFIL, D. OGODESCU, 1973), semnificația particulară a unei informații pentru o persoană anume este o semnificație existențială (deci ea se leagă de ontogenia individului, de receptivitatea lui nativă și de ceea ce el a construit după ce a interiorizat și a rejectat, de influențele mediului său mai mult sau mai puțin apropiat).

Riscul (asumarea riscului, deci alegerea liberă, în cunoștință de cauză și prin aceasta în cunoștință de sine) presupune o confruntare adultă cu dificultăți reale. Un nevrotic, de pildă, alege în funcție de afectivitatea sa rămasă la forme infantile (fixații, dependență) ; ceea ce pentru el pare a fi

o soluție eficientă la un moment dat se dovedește ulterior un eșec ; un pericol evitat prin fuga de dificultate nu este un pericol rezolvat. În evaluarea unei situații (mai ales critică) și în aprecierea probabilității de succes și eșec, o importanță decisivă o au însușirile persoanei, motivele sale particulare. Astfel, un isteric trăiește pregnant în prezent ; el va risca frecvent, fără să-și dea seama că riscă, prin hotărârile sale grăbite sau prin alegeri false, de a căror autenticitate este parțial convins ; un anancast nu va risca niciodată în mod conștient, el va risca mai degrabă neluind nici o hotărîre decît luînd una, pentru că luarea hotărîrii antrenează imediat un sentiment al eșecului (J. KRISTEVA : problema verosimilului la anancast, permanenta căutare a adevărului) ; hiperperseverentul acționează în funcție de dominantă afectivă și de natura afectului dominant, ajungînd să-și pericliteze chiar o poziție bună printre ceilalți, să devieze relațiile sale inițial stabile în relații conflictuale. Aprecierile sale față de sine și de alții folosesc (pe măsură ce trăsăturile structurale se accentuează și se consolidează caracterial) ca unitate de măsură a afectului, cu îngustarea capacității obiective de a apreciere, astfel încît reușita trece în eșec. Exaltatul poate adopta un comportament riscant în virtutea entuziasmului său brusc. În general, subiecții cu dezvoltări dizarmonice ale personalității sînt considerați responsabili de acțiunile lor, adică ei dispun de un potențial de responsabilitate ; la ei, actul decizional este un demers pecetluit de dizarmonia structurală. În cazul psihozelor, elaborarea deciziilor (a alegerilor, a strategiilor de rezolvare) este impregnată de risc în sensul afectării, într-o măsură semnificativ patologică, a simțului realului ; un psihotic creează situații riscante prin angajarea într-un eșec de perspectivă, cu sentimentul intens al unui succes, prin descoperirea unei căi, de obicei a unei vocații, care nu se ancorează în realul în care trăiește (de exemplu, actele absurde, motivate bizar, din debuturile psihotice, acte neconcordante cu realitatea de fapt ; comportamentele delirante, actele suicidare și actele antisociale).

La psihotici nu se poate vorbi de o asumare conștientă a riscului, pentru că ei nu se raportează în mod real la pericol ; psihoticii construiesc realul pornind de la un dinamism interior propriu ; psihoticul poate alege alternativa care, în aprecierea celorlalți, este cea mai riscantă, în aprecierea sa această alternativă corespunzînd unei trebuințe imperioase (de realizare, de autovalorizare, de împlinire, de putere etc.). În puseul acut, conceptul de risc devine inoperant în evaluarea comportamentului psihotic ; la fel, într-un stadiu de afectual avansat, care implică un proces înaintat (chiar dacă este stabilizat) de destructurare a personalității.

344. RISC GENETIC EMPIRIC (cf. ital. *risco*; fr. *risque*) ● Posibilitatea de apariție a unui fenomen specific, pe baza unor antecedente. Deoarece un număr de boli și de malformații congenitale nu se transmit în concordanță cu legile mendeliene (ale dominanței sau recesivității), în vederea stabilirii probabilității ca un viitor copil să manifeste aceeași maladie, geneticienii aplică calculul riscului genetic empiric.

HERNDON deosebește mai multe tipuri de riscuri genetice empirice, fiecare avînd un domeniu specific de aplicabilitate. Riscul empiric este larg utilizat atît în patologia psihiatrică, mai ales în oligofreniile grave (idioția fenilpiruvică, gargo-fism, idioțiile amaurotice etc.), cît și în cea neurologică (distrofiile musculare progresive).

Valorile estimate ale riscului empiric diferă după autori. Astfel, el oscilează pentru frații și surorile probantului între 1,6—5,6% pentru deficiențele mintale grave și între 3,6—12,4% pentru cele ușoare (AKESSON). După BÖÖK, aceste valori sînt cuprinse între $9,7 \pm 1,9\%$ pentru ceilalți membri ai fratrii probantului, iar după HALL-GREEN și SJÖGREN, între $8,4 \pm 0,9\%$. Riscul crește în mod semnificativ (15—40%) dacă unul dintre părinți este afectat. Cînd ambii părinți sînt oligofreni, riscul se dublează.

Valorile riscului empiric sînt considerabile și în schizofrenie. În familiile în care unul dintre părinți este afectat, fiecare copil are o șansă din șase de a face ulterior boala. Dacă părinții sînt indemni și unul dintre frați este schizofren, orice viitor copil are 7% șanse să fie schizofren.

Problema riscului genetic empiric interesează în primul rînd familia, în vederea unui consult genetic obiectiv este necesară respectarea a cel puțin două principii :

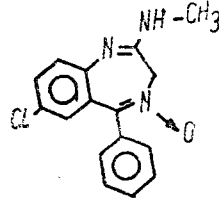
- aplicarea unui studiu pluridimensional social într-un centru specializat, consultul genetic fiind incompatibil cu diletantismul (GARDNER-MEDWIN, R. J. PENNINGTON, J. N. WALTON, C. FELLIE, J. FEINGALD, J. DÉMOS etc.);
- calcularea riscului recurenței pe baza unor curbe de probabilitate prin metoda Bayesiană (A. E. H. EMERY, R. MORTON, T. E. HILDITCH, J. C. SWEETIN etc.).

345. RISC SUICIDAR → SUICID.

346. RISCHIARIL^(M) Italia — DCI *Deanol aceglumat* ● Psihostimulent, derivat dimetilamino-^{sin.} etanol → RISATARUN^(M) RF .

347. RISELF^(M) Italia — DCI *Mefenoxalonă* ● Derivat carbamic de tip 5-(0-metoxifenoxi) metil-2-oxazolidinonă, cu acțiune sedativ-hipnotică și valențe anxiolitice și miorelaxante. Este indicat în nevroză anxioasă, insomnii, afecțiuni psihosomatice.

348. RISOLID^(M) Danemarca — DCI *Clordiazepoxid* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 7-clor-2- metilamino -5- fenil-3H- 1,4-benzodia-



zepin-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 NAPOTON^(M).

349. RITALINA^(M) Suedia || DCI *Metilfenidat* ● RITALINE^(M) Franța || Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip α -fenil-2-piperidin-acid acetic metil ester. Este indicat în scăderea performanțelor psihice și intelectuale, în stările ușoare depresive din climax și convalescență. Are performanțe inferioare amfetaminelor → PSIHOSTIMULENTE.

350. RITM (cf. gr. *rhythmos*) ● Termen care cunoaște mai multe accepțiuni referitoare la caracterul alternant-regulat al unor fenomene sau la diferențele de intensitate, sesizate între stimuli perceptivi succesivi. Se vorbește de ritmuri biologice (nictemerale, circadiene, sezoniere), psihologice (tempo individual de reacție, de muncă, de învățare etc.), vitale etc.

351. RITM BIOLOGIC $\xrightarrow{\text{sin.}}$ BIORITM.

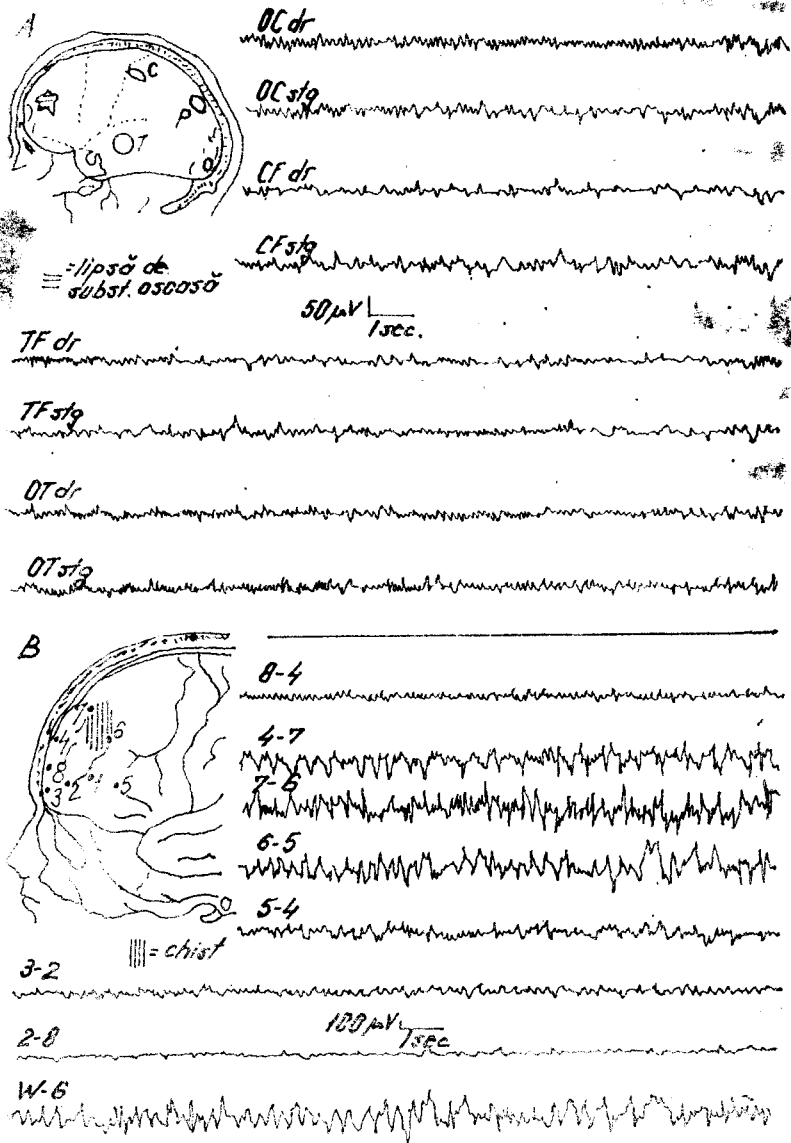
352. RITM ELECTROENCEFALOGRAFIC ● Succesiune de unde echivalentă unei activități bioelectrice cerebrale, cu caracteristici relativ constante. Principali parametri sînt: frecvența (număr ciclusecundă) și amplitudinea (în μV)

căroră li se adaugă morfologia, regularitatea, sincronismul, simetria, localizarea, gruparea, proporția în traseu, reactivitatea la diferiți stimuli.

Corespunzător parametrilor descriși mai sus, dar mai ales în funcție de proporția în traseu și

semnificația lor, ritmurile se împart în două mari categorii:

- ritmuri principale;
- ritmuri secundare.



Ritmurile principale sînt : ritmurile alfa, beta, teta, delta. În funcție de parametri menționați, ele prezintă, sintetic, următoarele caracteristici :

Tabel nr. CXXVIII

Ritm / Parametri	ALFA	BETA	TETA	DELTA
Frecvență	8—13 c/s	14—30 c/s	4—7,5 c/s	0,5—5,5 c/s
Amplitudine	10—100 V	5—30 V	40—70 V	20—150 V
% în traseu	20—90%	2—30%	10—15%	absent (EEG normal)
Morfologie	sinusoidal în fusuri	neregulat rapid	sinusoidal larg	polimorf sau sinusoidal
Sincronizare	sincron	asincron	sincron	asincron
Simetrie	simetric	asimetric	simetric	asimetric
Localizare	regiunea posterioară	regiunea anterioară	regiunea temporală	variabilă
Stimulare	desincronizare	neinfluențat	neinfluențat	amplificare

Ritmurile secundare sînt ritmuri cu frecvențe asemănătoare ritmurilor principale, dar diferențiate net de ele prin morfologie, amplitudine și localizare, precum și prin proporția redusă în traseu.

Ritmurile secundare se clasifică, la rîndul lor, după doi parametri : frecvența și morfologia.

Frecvența delimitează în cadrul fiecărui ritm principal (alfa, beta, teta, delta) încă cel puțin cîte două ritmuri secundare, cu următoarele caracteristici :

Tabel nr. CXXIX

RITM	FRECVENȚĂ	AMPLITUDINE	MORFOLOGIE	LOCALIZARE
Ritm μ (miu)	7—10 c/s	40—50 μ V	arc de cerc	regiunea anterioară
α Ritm k (kapa)	7—9 c/s	30—40 μ V	alfa mic	regiunea anterioară
Ritm α variant rapid	16—26 c/s dublu alfa	10—20 μ V	alfa ascuțit	regiunea posterioară
β Ritm γ (gamma)	30—40 c/s	5—15 μ V	nu se înregistrează standard	regiunea posterioară
Ritm α variant lent	5—6 c/s (1/2 din α)	5—30 μ V	alfa simetric	regiunea posterioară
θ Ritm δ c/s posterior	4 c/s	5—20 μ V	alfa larg grupat	regiunea posterioară
Δ Ritm π (pi)	2—3 c/s	50—70 μ V	izolat lent	regiunea posterioară
Ritm λ (lambda)	2—3 c/s	50 μ V	„picături”	regiunea posterioară

După morfologie, se realizează următoarea sub-împărțire :

- pentru alfa : rapid, lent, ascuțit, variant lent ;
- pentru beta : difuz, localizat, fusuri de meditație, activitate tip „choppy” ;
- pentru teta : difuz, localizat, ascuțit, hiper-sincron ;
- pentru delta : difuz, localizat, hipersincron.

Ritmurile secundare, deși nu prezintă o semnificație majoră în patologie, reprezintă un element de finețe în interpretarea electroencefalogramelor, ele corelându-se cu ritmurile principale din care provin și pe baza cărora se face, de fapt, interpretarea.

353. RITONIC^(M) Elveția, Franța, SUA — DCI *Metilfenidat* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat → RITALINA^(M) Suedia.

354. RITTI François Auguste (1844—1920) ● Psihiatru francez. Studiază medicina și lucrează sub îndrumarea unor psihiatri de valoare : LUYSS, BAILLARGER, FALRET, LEGRAND. În 1874, susține teza „Théorie physiologique de l'hallucination”. Ocupă un post la Charenton și, din 1882 pînă la moartea sa, este secretarul general al Societății Medico-Psihologice. Principalele sale lucrări sînt : „La folie à double forme” (1883), „Les psychoses de la vieillesse” (1885).

355. RITUAL (cf. lat. *ritualis*) ● Secvență de acte motivate prin prescripții magice, mitice, dar și de natură practică, prin care se preconizează obținerea unui efect asupra individului sau colectivității. După R. VULCĂNESCU (1979), ritualul reprezintă punerea în scenă a unui mit sau a unui eveniment sacru, prin codificarea sau decodificarea acestuia, avînd drept scop prevenirea, provocarea sau anularea unui efect malefic sau benefic. Ritualul apare ca o standardizare a unui ansamblu de relații ipotetice între individ, grup și forțele supraindividuale, care asigură o funcționalitate de un anumit sens sau de o anumită calitate. Practicile rituale colective sînt întîlnite mai întîl în civilizațiile primitive, la care au reprezentat sisteme de acțiune și comportament fundamentate pe gîndirea magică și pe concepte mitice, dar și pe o cunoaștere empirică a naturii, vizînd evenimente importante din evoluția destinului colectivității și individului. În viziunea lui Mircea ELIADE, orice ritual și, în special, cel care marchează ascensiunea (trezirea) unui individ la un nou stadiu, este o întoarcere ab-origine, rememorarea unor evenimente petrecute într-un illud tempus fabulos. Departe de a fi un simplu act de memorie, ritualul capătă semnificația unei renașteri.

Activități rituale pot fi consemnate însă în toate modelele socio-culturale. Chiar dacă semnificația

lor se pierde, fiind împinsă dincolo de conștient (poate în cadrul inconștientului colectiv), importanța rolului lor se menține : „Pe plan social, ritualul este o invocație anti-anxiogenă, care asigură liniștea grupului pe plan existențial și moral-axiologic” (M. LĂZĂRESCU).

Ceremonia primirii unui individ într-un anumit grup (școală, armată, colectiv de muncă), sărbătorirea majoratului, a noului an sînt exemple de ritualuri colective întîlnite la nivelul întregii civilizații moderne.

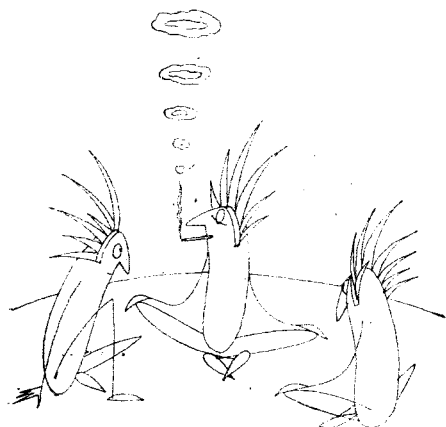
Ritualul individual normal funcționează în general în baza modelului colectiv. Pentru psihiatru au valoare ritualurile individuale patologice, care apar frecvent în nevroză obsesivă-fobică, psihastenă, schizofrenie ; ele sînt denaturări ale comportamentului uzual și constau într-o succesiune imuabilă de acțiuni standardizate, stereotipe și inutile, corelate cu conținutul trăirilor obsesiv-fobice. Consecutiv, comportamentul suferă o rigidizare și inadecvare, pierzîndu-și semnificația pentru anturaj.

Pentru obsesiv, ritualul devine o „soluție de compromis” în stabilirea unei relații magice cu lumea ; în acest fel, el caută să-și asigure o protecție împotriva unui univers pe care „neputînd să-l domine, îl conjură” (EY, BERNARD, BRISSET). Autorii menționați consideră că, prin ritual, conduitele obsesionalului se unifică într-o particulară mistificare de sine a subiectului, ca și a lumii. Lumea devine un cadru fix, imobil și previzibil, trebuie „întepenită”, pentru a permite dezvoltarea unui comportament ale cărui limite sînt riguros precizate. Lumea, prea amplă și prea spontană în devenirea ei, deci amenințătoare și incontrollabilă pentru subiect, este în intenția acestuia golită de inconsistența „lichidă”, „oscilantă” a conținuturilor, pentru a fi redusă la forme, esențe, cuantificări. Realitatea devine „numărabilă” și finită, putînd fi supusă unei analize mecanice, unui sistem perfect angrenat, care funcționează automat : ritualul. Pentru obsesiv, ritualizarea devine scopul existenței, formalismul vid al conjurației, „înlocuiește sau ușurează, fără să înceteze însă să o întrețină, constringerea internă” (H. EY).

M. LĂZĂRESCU afirmă că „atunci cînd comportamentul uzual începe să se transforme în ritual, avem deja boala obsesivă gravă”.

Ritualizarea apare frecvent în comportamentul infantil, ca o nevoie a copilului ca, prin repere fixe spațio-temporale, gestuale, mimice, să poată lua în stăpînire mai repede și mai eficient lumea, ca realitate distinctă. Numeroase jocuri au caracter net repetitiv, ritualizarea fiind, pentru multe dintre ele, condiția jocului : atingerea unui model dorit este urmată automat de reînceperea altui stereotip comportamental.

Totuși, în psihozele infantile, pot apărea notele ritualurilor patologice, apariția unor „verificări repetate ale imuabilității cadrului de viață, a unor manipulări adesea stranii și sofisticate ale anumitor obiecte, a investirii unei părți a corpului sau a



îmbrăcăminteii unei ființe umane, cu care se stabilește o relație privilegiată, prin care se face o deschidere spre ritualizarea tuturor activităților de alimentare, de joc, de spălat, de îmbrăcat, de urinat, de defecație” (R. MISES, M. MONIOT, 1970).

Ritualurile din schizofrenie apar ca acte deosebit de absurde, legate de o simbolică ermetică aparținând strict subiectului.

Apărut ca o contrapondere a unui act compulsiv, inacceptabil pentru subiect, ritualul are scopul de a-l preveni, descărcând astfel anxietatea. El va prelua potențialul anxios pe care îl avea compulsia.

Nu se poate stabili o corelație între tipul ritualului sau durata acestuia și gradul de anxietate, agresivitate sau depresie pe care îl generează. Îndeplinirea ritualului este urmată de liniștirea subiectului, dar și de o scădere energetică (PAM-FIL, OGODESCU, 1974).

356. RITUALURI/RITURI PUBERTARE ● Ritul este un act stabilit convențional de o societate sau de un grup uman pentru a preveni sau a anula efectul malefic al unei forțe supranaturale. Ritul este o activitate sacră și poate fi ezoteric (ocult) sau exoteric (public). „Riturile de trecere” marchează evenimentele vieții individului, trecerea acestuia de la un rol social la altul, cu modificarea apartenenței de grup (→ RITUAL).

În multe culturi primitive, există rituri de inițiere a copilului ajuns la pubertate, conform unor modele religioase. Un ritual comun este

simularea uciderii și reînvierii copilului; alte ritualuri pubertare se referă la inițierea copilului adolescent, cu supunerea acestuia la unele încercări dureroase. Misterele antice, Bar Mițva iudaică, ungerea cavalerilor medievali aveau ca principal scop afirmarea virilității adolescenților, aceste rituri îmbinând verificarea aptitudinilor necesare exercitării funcțiilor sociale de adult, cât și a celor familiale. Circumcizia la unele triburi africane și la musulmani, excizia clitorisului la fetele din unele triburi din Noua Guinee, prima comuniune din biserica veche creștină sînt tot atâtea exemple de rituri inițiatice, în care sexualul și socialul sînt îmbinate și care ilustrează universalitatea acestora.

Riturile pubertare nu au doar rol de control din partea grupului social al viitorului său membru, ci și de puternic antianxiogen pentru acesta.

357. RIVAL^(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, anti-convulsivantă și miorelaxantă. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de DIAZEPAM^(M).

358. RIVASIN^(M) RFG — 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 și copiilor sub trei ani.

359. RIVATRIL^(M) Austria, Belgia, Suedia — DCI *Clonazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic → RIVOTRIL^(M) Anglia, Franța, Italia, Japonia.

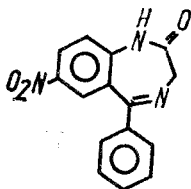
360. RIVERS William Halse (1864—1922) ● Medic și psiholog britanic. Și-a făcut studiile la St. Andrews în Scoția. Interesat de fiziologia și psihologia simțurilor, și-a desfășurat o perioadă activitatea sub conducerea lui E. HERING la Praga. Preocupat de problemele antropologiei, a făcut o călătorie în Noua Guinee, efectuînd măsurători psihologice asupra unor populații primitive și ulterior și-a continuat studiile pe populații din India și Malaezia. Această activitate s-a materializat în două lucrări: „The Todas” (1906); „Istoria societății malaeze” (1914).

În 1904, împreună cu MYERS și Th. WARD, a fondat „Jurnalul britanic de psihologie”. În timpul primului război mondial, a descris „shell shock”, semnănd principalele elemente ale acestei entități clinice. Dintre lucrările sale mai importante cităm: „Instinct, inconștient” (1920); „Conflict și vis” (1923); „Medicină, magie și religie” (1924); „Psihologie și etnologie” (1926).

361. **RIVIVOL^(M)** Italia — DCI *Iproniazid* ● Anti-depresiv timoanaleptic, derivat hidrazinic de tip acid isonicotinic 2-isopropilhidrazidă, indicat în depresiile inhibitate; este lipsit de efecte sedative (necesită asocierea). Nu se administrează concomitent cu betablocante, psihostimulente și anti-depresive timoleptice — necesită o pauză de 14 zile. Contraindicațiile sînt în general cele ale timolepticelor → IMAO.

362. **RIVORIL^(M)** Austria, Belgia, Canada, Suedia — DCI *Clonazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic → RIVOTRIL^(M) Anglia, Franța, Italia, Japonia.

363. **RIVOTRIL^(M)** Anglia, Austria, Belgia, Canada, Danemarca, Elveția, Franța, Grecia, Italia, Japonia, Olanda, Spania, Turcia — DCI *Clonazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de



tip 5-(0-clorofenil)-1,3-dihidro-7-nitro-2H-1,4-benzodiazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică, anti-convulsivantă și sedativă. Este indicat în sevraj, toxicomanie, epilepsie petii mal, anxietate de intensitate nevrotică, cenestopatii. Are efecte secundare minime și o bună toleranță.

364. **RIXIPROL^(M)** Grecia — DCI *Oxprenolol* ● Betablocant de tip 1-10-(aliloxil)fenoxil-3-(isopropilamino)-2-propanol, indicat în anxietate, distonii neurovegetative, afecțiuni psihosomatice; are și valențe psihostimulente. Nu se asociază cu litiu, potențînd efectul toxic al acestuia, și nici cu produși IMAO → BETABLOCANTE.

365. **RIZE^(M)** Japonia — DCI *Clotiazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic de tip 5-(0-clorofenil)-7-etil-1,3-dihidro-1-metil-2H-tieno[2,3-e]-1,4-diazepin-2-onă, cu acțiune anxiolitică și, secundar, sedativă. În utilizarea lui trebuie avut în vedere pericolul dependenței, ca și apariția sevrajului la întreruperea bruscă a tratamentului.

366. **RIS** (cf. lat. *risus*) ● Manifestare esențialmente umană, risul este o activitate mimică, traducînd o stare emoțională provocată de o situație comică, dar și de o realizare, bucurie; poate apărea și ca o detență afectivă. Adesea, risul exprimă un sentiment de superioritate și, uneori, chiar de

ostilitate față de obiectul (situația, persoana) care l-a declanșat.

Centrul coordonării risului este descris de diverși autori la nivelul nucleului ovalis ventralis al talamusului (HASSLER și REICHERT), la nivelul hipotalamusului (BOTT), în regiunea capsulară cu solicitarea nucleilor de la bază — neostriatuf (POECK și PILBRI).

După RAMA, risul se declanșează în urma comenzilor pornite de la nivelul trunchiului cerebral și măduvei; coordonarea risului și-ar afla sediul în regiunea rinencefalică, iar intelectualizarea sa — la nivel cortical. Pentru realizarea actului risului, este necesară coordonarea musculaturii faciale, faringolaringiene și respiratorii, uneori cu participarea mușchilor cervicali și abdominali.

Risul patologic este inadecvat situației, neconcordant cu motivația, necontrolat ca durată și extindere (comparativ cu risul normal, al individului sănătos).

În epilepsie, el apare frecvent ca echivalență epileptică, însoțind criza jacksoniană focală, ca aură sau manifestare crepusculară a epilepsiei majore sau psihomotorii, înlocuind stadiul clonic al unei crize generalizate, ca echivalență parțială. Apare și în encefalite, în scleroza în plăci și, într-o formă particulară, în paralizia pseudobulbară. (→ RIS SPASMODIC).

În psihopatologie, risul patologic apare în multe circumstanțe. În schizofrenie, el este patologic prin neadecvare la situație sau la conținutul ideo-afectiv, ca urmare a unor asociații de idei anormale. Frecvent, în schizofrenii, apare un zîmbet stereotip nemotivat. În manie, risul apare în contextul excesivei bune dispoziții, fiind determinat de comportamentul ludic, urmare a glumelor puerile, dar și cu o nuanță de causticitate, jignire, agresivitate.

În demențele senile, în paralizia generală progresivă, risul apare ca manifestare a jovialității sau în contextul megalomaniei (risul de superioritate). În debilitatea mintală accentuată, risul patologic apare impulsiv, nemotivat.

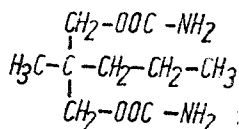
367. **RIS PARADOXAL** → AFECTIVITATE PARADOXALĂ.

368. **RIS ȘI PLÎNS SPASMODIC** ● Risul și plînsul spasmodic apar rar, fiind descrise ca patologice în sindromul pseudobulbar, dar și în stări deteriorative de etiologie arteriopatică. Apar la incitații minore ale mediului sau în urma evocării mintale a unor situații, fără a fi însă concordante ca intensitate cu aceste motivații. Ele se datorează pierderii controlului emoțional de la nivelul instanțelor superioare. Denumirea de spasmodic se datorează faptului că musculatura feței, parezată pentru mișcările voluntare, se contractă spontan și puternic, respirația se întrerupe în expir sau este înlocuită printr-un spasm expirator. Acestele

de ris pot apărea în epilepsie sub forma crizelor gelastice.

369. „ROATĂ DINȚATĂ”^S semn ● Semnul sindromului parkinsonian, inclusiv al celui indus neuroleptic; datorită hipertoniilor musculare generalizate a tuturor segmentelor corpului, în cazul în care se realizează mobilizarea pasivă a unui segment, revenirea se face sacadat, putîndu-se evidenția timpii mișcării (ca mișcarea lentă a unei roți dințate).

370. ROBAMATE^(M) SUA — DCI Meproamat ● Tranchilizant, derivat propandiolic de tip 2-metil-2-propil-1, 3-propandiol dicarbamat, cu acțiune sedativ-anxiolitică, anticonvulsivantă și ușor hip-



notică. 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 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).

371. ROBAMOL^(M) SUA — DCI Metocarbamol ● Tranchilizant, derivat de glicerol ^{sin.} → ROBAXAN^(M) Anglia, Belgia, SUA.

372. ROBAXAN^(M) Anglia, Belgia, Brazilia, Canada, Elveția, Mexic, SUA

ROBAXIN^(M) Anglia, Belgia, Brazilia, Canada, Danemarca, Grecia, Italia, Olanda, Suedia, SUA

— DCI Metocarbamol ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(o-metoxifenoxi)-1,2-propandiol-1-carbamat, cu acțiune predominant miorelaxantă și anxiolitic-sedativă; are și valențe analgezice.

373. ROBERTS^(S) sindrom ● Sindrom cu transmitere autosomal-recesivă, caracterizat de triada „hipomelie, hipotricoză, hemangiom facial” (HALL și GREEBERG, 1972), la care se adaugă grave tulburări de dezvoltare, precum și important deficit mintal. Craniul prezintă microbrahicefalie, scheletul medio-facial are malformații variate și mai ales hemangioma capilare, membrele au grave

afectări ca: hipomelie, focomelie, absența unor segmente, sindactilie, clinodactilie.

Criptorhidia și pilozitatea capilară, cu aspect caracteristic (păr blond argintiu, subțire, rar), sînt alte semne frecvente ale acestui sindrom. Deficitul mintal este irecuperabil și se accentuează cu vîrsta.

Această grupare semiologică, descrisă de J. B. ROBERTS în 1919, i-a sugerat lui J. HERRMANN și colab. (1969) denumirea de sindrom pseudo-thalidomidic → THALIDOMIDA.

374. ROBERTSON Douglas (1837—1909) ● Chirurg englez. A studiat medicina la Edinburgh și Neuwied (Germania), fiind printre primii chirurghi care vor practica exclusiv chirurgia oftalmologică. În 1869 a descris reflexul care-i poartă numele; acesta este considerat azi ca unul din semnele paraliziei generale progresive, dar pînă la introducerea examenelor serologice a reprezentat elementul decisiv de diagnostic al luesului cerebral în general.

375. ROBESE^(M) SUA — DCI Dexamfetamină ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip (+)-α-metilfenetilamină; este o amină simpaticomimetică, indicată în combaterea efectelor secundare ale unor psihotrope. Utilizarea în doze mari și repetate poate duce la dependență.

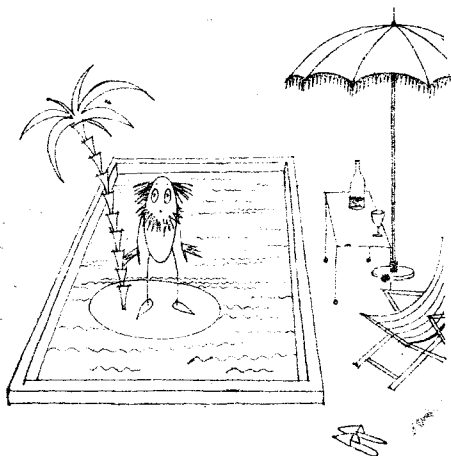
376. ROBINAX^(M) India — DCI Metocarbamol ● Tranchilizant, derivat de glicerol ^{sin.} → ROBAXAN^(M) Anglia, Belgia, SUA.

377. ROBINSON CRUSOE — vîrstă (după numele eroului principal al romanului „Aventurile lui Robinson Crusoe” al scriitorului englez Daniel Defoe, 1660—1731) ● Conform teoriei epigenetice a lui ERIKSON, care încearcă o paralelă între fazele specifice ale dezvoltării psihosociale cu cele ale dezvoltării libidinale a Eului, această vîrstă corespunde celui de-al patrulea stadiu, adică vîrstei de 6—11 ani (stadiul de „latență” freudian). Copilul face în această perioadă un pas înainte în cucerirea realității lumii, desprinzîndu-se de explorarea imaginativă din timpul jocului, printr-o participare mai concretă la activitățile adulților, prefigurîndu-și viitoarele direcții de dezvoltare.

Deși lumea copilului este considerabil limitată (ca și insula lui Robinson), ea va începe să fie mai stăpînită „tehologic” de copil. Influența părinților se limitează progresiv, copilul trecînd sub „tutela” școlii. El începe să capete o serie de atribute, printre care și cele ale hărniciei, perseverenței, legate de folosirea unor unelte, aparate, mecanisme.

Printre interesele copilului apar în această perioadă și acelea de a construi și folosi lucruri, iar printre valorile sale încep să se numere sentimentul datoriei împlinite și satisfacția muncii.

Copilul își dezvoltă „bazele tehnologiei” (ERIKSON), existind o diferențiere după sex: băieții construiesc case, aeromodele, folosesc „arme”, fetițele gătesc, cos, spală etc. Atitudinile părinților și educatorilor influențează gradul de per-



cepere a noilor abilități pentru „micii robinsoni”. Ridiculizarea eforturilor acestora creează sentimente de inferioritate și insuficiență. O atitudine instructivă și constructivă impulsionează sentimentul de competență al copiilor, încurajându-i în dezvoltarea ulterioară.

378. ROCITENS^(MC) Grecia ● Produs terapeutic care conține două medicamente tipizate, cu acțiune diferită, dar care se completează :

- AMITRIPTILIN^(M) — timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic;
- DIAZEPAM^(M) — tranchilizant, derivat benzodiazepinic.

Are acțiune antidepressiv-sedativă.

379. RO-DIET^(M) SUA — DCI *Amfepramonă* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminic de tip 2-(diethylamino)propiofenonă; este o amină simpaticomimetică anorexigenă, cu performanțe psihostimulatoare inferioare AMFETAMINELOR și cu valențe anorexigene apropiate de cele ale FENMETRAZINEI. Nu se asociază cu IMAO. În timp, poate realiza farmacodependența. Acțiunea unei doze durează 5—6 ore. Poate fi utilizată în combaterea unor efecte secundare ale neurolepticelor.

380. RODIPAL^(M) RDG — DCI *Profenamină* ● Neuroleptic sedativ, derivat aminofenotiazinic de tip 10-(2-diethylaminopropil)fenotiazină, cu performanțe comparabile cu cele ale produsului românesc LEVOMEPRAMAZIN^(M).

381. RODOSTÈNE^(M) Canada — DCI *Metapramină* ● Antidepressiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 10,11-dihidro-5-metil-10-(metilamino)-5H-dinenzl,fl-azepină, cu acțiune antidepressivă medie și valențe sedative.

382. ROERIDORM^(M) Suedia — DCI *Etclorvinoł* ● Tranchilizant, derivat alkenic de tip 1-clor-3-etil-1-penten-4-in-3-ol, cu acțiune sedativ-hipnotică și miorelaxantă.

383. ROGERS Carl (n. 1901) ● Psiholog american. Pe lângă studiile de specialitate, a făcut studii de istorie, teologie, pedagogie. Participarea, în 1922, la Congresul Mondial al Federației Studenților Creștini, care a avut loc în China, are un profund răsunet asupra personalității și convingerilor lui, determinându-l să se elibereze total de opiniile religioase inoculate în familie.



Carl Rogers

Își începe activitatea la un centru independent de psihopedagogie din Rochester. În 1940, acceptă un post la Universitatea statului Ohio, unde rămâne cinci ani, predă apoi 12 ani la Universitatea din Chicago și patru ani la Universitatea din Wisconsin.

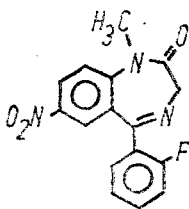
Pornind de la interesul pe care îl acordă relației psihoterapeutice medic-pacient, de la analiza acestei relații din perspectiva perfecționării mijloacelor psihoterapeutice tehnice, C. ROGERS fundamentează teoria și practica psihoterapiei nondirective (→ PSIHOTERAPIE NONDIRECTIVĂ).

Din vasta sa operă, menționăm : „Clinical Treatment of Problem Child” (1940). „On Becoming a Person” (1961), „Freedom to Learn” (1969), „On Becoming Partners. Marriage and its Alternatives” (1972). „C. ROGERS on Personal Power” (1977).

384. **ROHEIM Geza** (1891—1953) ● Psihanalist maghiar, cu studii efectuate la Berlin, Leipzig și Budapesta, emigrat în SUA în 1944. Fiind influențat de doctrina freudiană, și-a desfășurat cariera universitară ca psihanalist la Worcester (Massachusetts) și la New York.

385. **ROHIPNOL^(M)** Spania — DCI *Flunitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic → **ROHYPNOL^(M)**.

386. **ROHYPNOL^(M)** Anglia, Austria, Belgia, Brazilia, Danemarca, Elveția, Franța, Finlanda, Olanda, Portugalia, RFG, Suedia — 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, indicat în insomniile mixte ; este contraindicat în sarcină, alăptare, glaucom și miastenii.

387. **ROIPNOL^(M)** Italia — DCI *Flunitrazepam* ● Tranchilizant, derivat benzodiazepinic → **ROHYPNOL^(M)**.

388. **ROL** (cf. fr. *rôle*) ● Atribuția care revine unei persoane în contextul desfășurării unei anumite activități sau al importanței unui factor pentru evoluția unui eveniment, proces etc. Acest sens general este investit cu accepțiuni diferențiate în diferite ramuri științifice, domeniul de activitate etc.

În psihologia socială, reprezintă aspectul complementar și dinamic al statutului individului (R. LINTON) sau „modelul organizat de conduite privind o anumită poziție a individului într-un ansamblu organizațional” (A. M. ROCHERLAVE-

-SPLENLÉ). Fiecare individ îndeplinește simultan un set de roluri variabile în funcție de sexul și vîrsta lui, de circumstanțe, de interacțiunile cu grupul sau grupurile supraordonate, de cerințele sociale și valorile (modelele) culturale etc.

Funcția de diagnostic și, în special, de terapie pe care o are adoptarea unui rol a fost fructificată de MORENO, în psihodramă.

Indicația de schimbare de rol, alături de schimbarea de mediu, este frecvent utilizată în clinica psihiatrică, pentru a ameliora condițiile exterioare favorizante în apariția sau menținerea procesului morbid.

Nivelul de aspirații neconcordant cu posibilitățile individuale, rezultatul unei supraevaluări sau subevaluări personale, imposibilitatea obiectivă sau subiectivă a realizării vocației, deci implicit a îndeplinirii unui rol, sînt fenomene psihologice ades încriminate în patologia psihică.

389. **ROLAMETHAZINE^(M)** SUA — DCI *Prometazina* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic → **ROMERGAN^(M)** România.

390. **ROLAPHENT^(M)** SUA — DCI *Fentermină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip α , α -dimetilfenetilamină, cu efecte simpaticomimetice și anorexigene, utilizat în combaterea obezității secundare curei îndelungate cu neuroleptice → **PSIHOSTIMULENTE**.

391. **ROLAVIL^(M)** SUA — DCI *Amitriptilină* ● Antidepresiv timoleptic, derivat dibenzocicloheptanic de tip 10,11-dihidro-N,N-dimetil-5H-dibenzola,dicicloheptenă- $\Delta^{5,7}$ -propiamină, cu acțiune antihistaminică și antiserotoninică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de **AMITRIPTILINĂ^(M)**.

392. **ROLEXIN^(M)** Coreea — DCI *Metocarbamol* ● Tranchilizant, derivat de glicerol → **ROMETHOCARB^(M)** SUA.

393. **ROLFING** (de la Ida ROLF, medic american) ● Sistem terapeutic constînd într-un masaj profund cu rolul de a elibera țesutul conjunctiv care leagă grupe musculare în care sînt stocate. În opinia autorului, „atît dureri fizice, cît și suferințe psihice”. În mod tipic, rolfing-ul se aplică în ședințe rare, de-a lungul mai multor săptămîni. Nu sîntem convingiți de „localizarea subcutană” a trăirilor psihice.

394. **ROMAN FAMILIAL** (cf. fr. *roman*) ● Termen psihanalitic desemnînd ansamblul fantasmelor prin care un subiect nevrotic sau psihotic modifică legăturile genealogice reale, imaginînd scenarii cu sisteme diferite de relații familiale, precum : el este un copil înfiat ; frații săi sînt înfiați și el este-

unicul copil al părinților; părinții reali sînt oameni importanți din punct de vedere social. Acestea sînt numai cîteva exemple din multitudinea de „romane familiale” care pot să apară la bolnavii psihici.

„Romanul familial” apare ca o fantasmă care ar rezolva conflictele intrapsihice ale subiectului, conflicte derivate din complexul Oedip, din rivalitatea cu frații și surorile, din nevoile sale de grandoare (nevoi de compensare sau supracompensare). Analiza lor în raport cu realitatea și cu dorințele inconștiente ale subiectului este deosebit de importantă în psihoterapie.

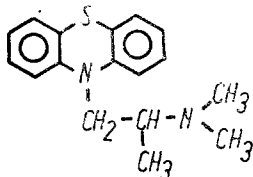
395. **ROMANES George John** (1848—1894) ● Fiziolog și filozof englez. Și-a făcut studiile la Cambridge și a fost profesor de fiziologie la Londra, de filozofie și științe naturale la Edinburgh și de biologie la Cambridge.

Influențat de lucrările prietenului său DARWIN, a publicat o serie de lucrări: „Inteligența animală” (1881), „Evoluția mintală a animalelor” (1883), „Evoluția mintală a omului” (1888), „DARWIN și după DARWIN” (1892), în care a dezvoltat ideile evoluționiste.

396. **ROMBERG — probă** ● Probă utilizată în examenul clinic neuropsihiatric. În poziție verticală, cu picioarele lipite, la închiderea ochilor se produc oscilații lente și devierea corpului în partea afectată de o leziune vestibulară. Proba este utilă în diagnosticul diferențial: cerebelosul nu răspunde, tabeticul are oscilații în toate sensurile, iar în isterie sau simulație răspunsurile sînt nespecifice.

397. **ROMERGAN^(M)** România — DCI *Prometazină* ● Neuroleptic sedativ modest, cu certă valoare antihistaminică, antiemetică, anxiolitică și sedativă. Există un număr mare de produse similare utilizate curent, dintre care cele mai cunoscute sînt:

- **FENERGAN^(M)** Brazilia, Canada, Mexic, Portugalia, Spania;
- **PHENERGAN^(M)** Anglia, Austria, Belgia, Danemarca, Elveția, Franța, Iugoslavia, Olanda, SUA.



Alte produse similare sînt cunoscute sub următoarele denumiri:

- ATOSIL^(M)** RFG
- DIPHERGAN^(M)** Polonia
- DIPRAZIN^(M)** URSS

DORME^(M)	SUA
FARGAN^(M)	Italia
FELLOZINE^(M)	SUA
FENAZIL^(M)	Italia
GANPHEN^(M)	SUA
HIBERNA^(M)	Japonia
LERGIGAN F.^(M)	Spania
LERGOBIT^(M)	Danemarca
METHAZINE^(M)	SUA
PELPICA^(M)	Bulgaria
PENTAZINE^(M)	SUA
PHENERHIST^(M)	SUA
PIPOLPHEN(E)^(M)	Ungaria
PROMEGAN^(M)	Venezuela
PROMINE^(M)	SUA
PROREX^(M)	SUA
PROTHAZIN^(M)	RDG
PROTHIA^(M)	Japonia
PROTHIAZINE^(M)	Israel
QUADNITE^(M)	SUA
SAYOMOL^(M)	Spania
THIERGAN^(M)	Suedia
ZIPAN^(M)	SUA

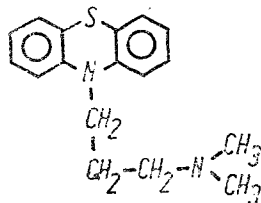
398. **ROMETHOCARB^(M)** SUA — DCI *Metocarbamol* ● Tranchilizant, derivat de glicerol de tip 3-(o-metoxifenoxi)-1,2-propandiol 1-carbamat, cu acțiune predominant miorelaxantă și anxiolitic-sedativă; are și valențe analgezice.

399. **ROMPARKIN^(M)** România — DCI *Trihexifenidilum* ● Antiparkinsonian prin acțiune anticolinergică centrală, parasimpaticolitic. Indicat în boala Parkinson și în genere în toate formele de parkinsonism, coree, sindroame extrapiramidale.

Produse similare sînt:

ARTAN^(M)	SUA
CICLODOLUM^(M)	URSS
PARKOPAN^(M)	RDG

400. **ROMTIAZIN^(M)** România — DCI *Promazină* ● Neuroleptic sedativ moderat, cu valențe antiemetică. Are o bună toleranță, fiind indicat în afecțiunile psihosomatice, toxicomanii, intoxicație alcoolică acută, delirium tremens. Există un număr



mare de produse similare, printre care pot fi enumerate :

ATARACTIL ^(M)	Portugalia
ATARZINE ^(M)	Canada
CALMOTAL ^(M)	Italia
CENTRACTYL ^(M)	Suedia
ELIRANOL ^(M)	Italia
FRENIL ^(M)	Polonia
HYZINE ^(M)	SUA
INTRAZINE ^(M)	Olanda
NECTIL ^(M)	Grecia
NEUROPLEGIL ^(M)	Italia
PRAZINE ^(M)	Belgia
PROMAZIN ^(M)	Polonia
PROTACTYL ^(M)	RFG
PROZYL ^(M)	Grecia
SAVAMINE ^(M)	Japonia
SINOPHENIN ^(M)	RDG
SPARINE ^(M)	SUA
TALOFEN ^(M)	Italia
TRANQUAZINE ^(M)	SUA
VEROPHEN ^(M)	RFG

401. **RONDAR^(M)** Italia, SUA — 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 acestuia, se realizează o concentrație plasmatică mai rapidă (patru ore); acțiunea sa este sedativ-anxiolitică, hipnotică, moderat miorelaxantă și simpaticolitică. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de OXAZEPAM^(M).

402. **RONDIMEN^(M)** RFG — DCI *Mefenorex* ● Psihostimulent anorexigen, derivat feniletilaminat de tip N-(3-cloropropil)- α -metilfenetilamină. Nu are practic efecte simpaticomimetice.

403. **RONEXINE^(M)** Israel — DCI *Levomepromazină* ● Neuroleptic sedativ, derivat fenotiazinic de tip (-)-10-(3-dimetilamino-2-metilpropil)-2-metoxifenotiazină, cu acțiune sedativă, antiemetică, valențe antidepressivă și anxiolitice. Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de LEVOMEPRMAZIN^(M).

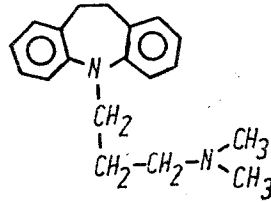
404. **RONYL^(M)** Anglia — DCI *Pemolină* ● Psihostimulent, derivat feniletilaminat de tip 2-amino-5-fenil-2-oxazolin-4-onă, fără efecte simpaticomimetice, având indicațiile generale ale psihostimulentei. Nu se administrează în afecțiuni cu componentă depresivă → PSIHOSTIMULENTE.

405. **RO-ORPHENA^(M)** SUA — DCI *Orfenadrină* ● Tranchilizant, derivat difenilmetanic de tip N,N-dimetil-2-(o-metil- α -fenilbenziloxi)etilamină, cu evidentă acțiune miorelaxantă și unele valențe antidepressivă (de mică intensitate): este utilizat în special în combaterea unor efecte secundare

ale NL. Buna sa toleranță îi conferă o utilizare fără restricții.

406. **ROPLEDGE^(M)** SUA — DCI *Fendimetrazină* ● Psihostimulent anorexigen de tip (+)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolină, cu efecte simpaticomimetice reduse, indicat în astenie, presenilitate, sevraj, toxicomanie, obezitate secundară curei NL, tulburări de dinamică sexuală; este contraindicat în excitație psihomotorie, anxietate, sarcină, comitalitate.

407. **ROPARAMINE^(M)** SUA — DCI *Imipramină* ● Antidepressiv timoleptic, derivat dibenzazepinic de tip 5-13-(dimetilamino)propil-10,11-dihidro-5H-dibenz[b,f]azepină, cu acțiune antidepressivă,



având un spectru larg, incluzând depresia endogenă. În psihoze, se recomandă asocierea cu NL bazale. Efectele terapeutice se instalează lent (12—14 zile). Este necesar ca tratamentul să fie susținut, existând riscul recăderilor (în nevroză, minimum trei luni, în psihoze, șase luni). Industria noastră farmaceutică îl produce sub numele de ANTIDEPRIN^(M).

408. **RORSCHACH Hermann** (1884—1922) ● Psihiatru elvețian, născut la Zürich. Deși înzestrat pentru desen, s-a decis să urmeze studii medicale, sub influența marelui biolog HAECKEL. A studiat la Neuchatel, Berlin, Berna, Zürich (1904—1909). S-a specializat în psihiatrie și a lucrat la clinica universitară din Zürich, unde JUNG făcea experimente cu testul său asociativ verbal și unde se încerca, pentru prima dată, aplicarea concepției psihanalitice în psihoze. Între 1915—1920 a lucrat ca medic în câteva spitale de cronici. A aplicat el însuși psihanaliza în tratamentul maladiilor psihice. Între 1909—1913 a frecventat grupul psihanalitic de la Zürich (BLEULER, JUNG, BINSWANGER, PFISTER). A fost vicepreședinte al Societății elvețiene de psihanaliză, fondată în 1919. În 1921 a publicat lucrarea „Psychodiagnostik”. La scurtă vreme după publicarea acestei lucrări, a survenit moartea sa prematură. Este autorul probei proiective Rorschach, metodă de investigare a personalității, elaborată pe modelul probelor petelor de cerneală. Publicarea lucrării

sale a reprezentat un eșec asemănător celui pe care FREUD l-a avut în „Interpretarea viselor”. Abia la zece ani după moartea sa, testul este reluat de diverși specialiști. BINDER (Suedia) adaugă răspunsurile clar-obscur. BECK introduce testul în SUA, în 1936. KLOPPER fondează la New York (1939) Institutul Rorschach.

409. **RORSCHACH⁽¹⁾ test** ● Test proiectiv de personalitate, elaborat de Hermann RORSCHACH, constând în zece planșe (cinci negru-alb, două negru-alb-roșu, trei divers colorate) cu imagini asemănătoare unor pete de cerneală; planșele sînt oferite subiectului ca material-stimul, însoțit de următorul consemn impersonal: „Ce ar putea fi acest lucru?” Se pot face precizări, în cazul în care persoana le cere insistenț sau afirmă că nu a înțeles consemnul; astfel, i se va spune subiectului că dispune de întreaga libertate asociativă, de un timp nelimitat; subiectul va fi asigurat că nu există răspunsuri bune sau proaste, că el trebuie să spună tot ceea ce îi vine în minte (eventual ce simte) privind aceste planșe. Planșele se oferă în poziție dreaptă, pe orizontală, dar subiectul este lăsat să le manevreze după cum dorește. Nu i se dau alte explicații suplimentare, cel mult i se repetă consemnul și faptul că este liber să spună tot ceea ce îi vine în minte. Atitudinea examinatorului este neutră, binevoitoare. Se nctează cu exactitate: răspunsul propriu-zis (ceea ce subiectul afirmă sau neagă, ca semnificant, despre planșă), comentariile, gesturile, reacțiile spontane, latențele prelungite (atunci cînd apar), pozițiile în care subiectul întoarce planșele (notate prin simbolurile: Δ, poziție orizontală; < / >, poziție laterală, dreapta sau stînga; ∇, poziție inversă), comentariile legate de poziții sau de orice element al planșei. După terminarea ședinței proiective, se poate face o anchetă asupra răspunsurilor (pentru precizări de conținut și de

localizare). Se mai cere subiectului, la sfîrșit, să aleagă două planșe care i-au plăcut cel mai mult și două planșe pe care le-a resimțit ca fiind cele mai respingătoare. Durata unei ședințe Rorschach este, în medie, între 30 minute și 2 ore (probă și anchetă). O interpretare corectă a protocolului poate dura de la câteva ore la jumătate de zi (cazul protocoalelor cu număr mare de răspunsuri, cu răspunsuri originale sau individuale și care implică un mare număr de fenomene particulare).

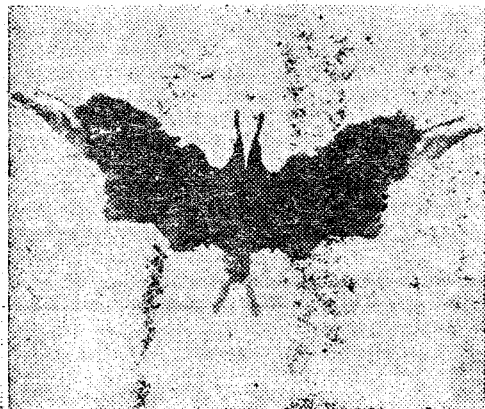
Specificul probei Rorschach:

- materialul perceptual — imagistic, nonverbal, fără o structură formală determinată, care să ceară o semnificație determinată;
- consemn care propune o maximă libertate de alegere (din ceea ce nu reprezintă nimic determinat, persoana poate alege orice care să reprezinte ceva anume);
- stimulul are o ambiguitate maximă, fapt care forțează la o atitudine semantică (de semnificare, de atribuire a unor semnificații);
- tot ceea ce persoana spune este interpretabil, analizabil, în aspectele psihologiei profunde;
- percepția este doar momentul de intrare în situația proiectivă, blocajele care apar la acest nivel fiind primele semne de avertisment asupra unei probabile teme profunde dominante;
- proba și consemnul ei provoacă o relaxare a controlului conștient și de aici fie o relaxare a cenzurii, fie o intensificare a acesteia (a acțiunii Supraeului) și o manifestare a rezistențelor (și a defenselor, în genere);
- în perspectiva analitică, proba Rorschach stimulează regresia și mobilizează mecanisme profunde împotriva unei angoase primitive originare; planșele trimit la diferite stadii de organizare și de evoluție a ființei, pe parcursul ontogeniei.

Notarea răspunsurilor urmează două direcții principale (complementare):

- direcția cantitativă sau statistică, dimensiunea cotării formale, denotativul, în corespondență cu funcțiunea paradigmatică a limbajului (codul);
- direcția calitativă sau dinamică, de interpretare în sens analitic, dimensiunea conotativă, care se referă la elementele analizabile, în corespondență cu funcțiunea sintagmatică a limbajului (mesajul).

S-a considerat răspunsul Rorschach ca operație în primul rînd paradigmatică, în sensul că persoana alege, din stocul lexical cunoscut, acei termeni prin care structurează un material ambiguu, informal (de exemplu, răspunsuri de tipul „liliac”, „fluture”, „urși”). Dar prelucrarea materialului în funcție de experiența cognitivă și afectivă a persoanei constă și în combinarea elementelor, în relaționarea lor, ceea ce revine la un travaliu de



destăşurare procesuală și temporală a paradigmaticului; apar astfel răspunsuri combinate, care conțin mesaje la două sau mai multe niveluri (de exemplu, răspunsuri de tipul „doi vraci primitivi într-un ritual de tămăduire” sau „două personaje într-o scenă de pantomimă gen commedia dell'arte” sau „doi vrăjitori care se apleacă asupra destinului omenirii într-un gest benefic”).

Intervine aici ceea ce JACOBSON denumește funcțiunea poetică a limbajului: paradigma se substituie printr-o sintagmă în răspunsuri globale, kinestezice și combinatorii. Cotarea formală a răspunsurilor Rorschach se face pe trei dimensiuni principale :

- *Localizarea răspunsurilor sau aprehensiunea* (G = global ; D = detaliu major ; Dd = detaliu minor ; Dbl = detaliu alb ; Do = detaliu oligofren) ; pot exista diverse combinații în localizările complexe : reprezintă stilul perceptiv al persoanei, modalitatea sa particulară de raportare la realitate (sintetică sau analitică, flexibilă sau rigidă); aprehensiunea este global sincretică, difuză și imprecisă la debilizii mintal, la intelctele de limită, în sindroamele psihoorganice ; rigiditatea în aprehensiune trimite la mecanismul refugării (refugiul în G devine securizant). Detaliu major D semnifică simț al realului, inteligență concretă, simț practic ; în proporție mai mare de 75% semnifică limitare emoțională sau intelectuală. Detaliu minor semnifică spirit de observație, analiză atentă, perseverență, minuțiozitate obsesională sau slăbiciune intelectuală, infantilism, perturbări emoționale (angoasă). Detaliu alb, neintegrat în răspunsul global, semnifică agresivitate inconștientă, tendința spre opoziționism, contradicție, încăpăținare sau sentiment de inferioritate, scrupule, indecizie. Detaliu oligofren este considerat semn de întîrziere mintală sau semn de puternică inhibiție afectivă.

- *Determinanții* se referă la însușirile răspunsului, la ceea ce a generat percepția. Determinanții sînt : forma (F), culoarea (C), kinestezia sau mișcarea (K) și clar-obscurul, care poate fi difuz (Clob) sau detaliat (estompaj E). Un răspuns se poate cota cu doi sau chiar mai mulți determinanți (de exemplu, FC sau KC sau kob. FC). Forma semnifică modul în care funcționează inteligența și gândirea (rigid, flexibil, labil, integrînd afectele sau fiind perturbate de afecte). Kinestezia se referă la viața interioară a subiectului, de la dinamica inconștientă, pulsională, sursă a dorințelor profunde, la dinamica creatoare, supusă mecanismelor sublimării ; kinestezia reprezintă, de asemenea, viața imaginară, fie acel travaliu imaginar care susține creația, fie activitatea imaginară compensatorie, cu caracter pronunțat nevrotic. Autorii americani consideră kinestezia analogă visului și îi atribuie procedeele specifice visului (condensare, deplasare, cenzură, deghizare simbolică). Kines-

tezia este ea însăși de mai multe feluri : kinestezie majoră umană (K), kinestezie animală (kan), kinestezie obiectuală (kob). Răspunsurile culoare sînt semnificative pentru funcționarea afectivității și pentru modul de adaptare afectivă. Ele pot conota impulsivitate sau agresivitate (culoare pură C), labilitate emoțională (culoare-formă CF) sau control asupra emoțiilor (formă-culoare FC). Semnificațiile clar-obscurului difuz sînt : anxietate difuză și intensă, angoasă nevrotică, disforie. Semnificațiile clar-obscurului detaliat (estompajul) sînt : afectivitate nuanțată, discretă sau timiditate, dificultăți anxiouse de adaptare, pesimism, disforie ; în estompaj, se produce o asociere între tendința de intelectualizare a răspunsului și persistența unei angoase difuze care trimite la trebuințe primare de afecțiune, prin contact fizic direct, dependentă.



- *Conținuturile sau registrul tematic* se referă la realitatea decupată într-un răspuns sau construită în acel răspuns. Există multe categorii de conținuturi : uman (H), animal (A), vegetal (V), anatomic (Anat.), sexual (Sx), sînge (Sg), simbolic (Sy), geografic (Geog.). Conținuturi mai particulare : veșminte, mască, jucării, embleme, obiecte alimentare, construcții arhitecturale, abstracții, elemente etc. Conținuturile trimit la sfera de interese și de motivații a subiectului, la nivelul său informațional.

- Există o a patra dimensiune a răspunsurilor Rorschach, care ar putea fi considerată o punte de legătură între cotarea formală și cotarea informală ; este vorba de *calitatea de banal* (Ban.) sau *original* (Orig.) a răspunsurilor, în funcție de frecvența de apariție a unor categorii de conținuturi (frecvență stabilită statistic).

Cotarea informală a răspunsurilor Rorschach se referă la fenomenele particulare, adică la acele calități ale elaborării răspunsurilor (calități ale travaliului asociativ și perceptiv al subiectului) care nu se înscriu în dimensiunile cotării formale. După BOHM, există 64 de fenomene particulare dintre care cităm câteva :

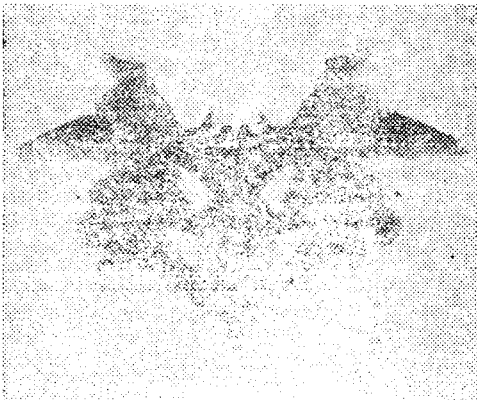
- *șocurile* (șoc inițial sau de intrare, șoc-culoare, șoc la roșu, șoc la alb) semnifică perturbările emoționale, reacțiile de stupeoare afectivă, perturbările în dinamica sexuală profundă, fobie ;
- *refuzul* (indice de blocaj nevrotic, atunci când se manifestă doar ca tendință, și indice de blocaj psihotic, atunci când subiectul nu îl depășește) ;
- *simetria* (indice de obsesionalitate) ;
- alte fenomene particulare : descrierile, comentariile de tip critic și autocritic, alternativele de precizare, perseveranțele și stereotipiile etc.

Fenomenele particulare sînt semnificative pentru perturbările dinamicii emoționale, dinamicii sexuale, complexe, manifestări psihopatologice, de la nevroză la psihoză.

Un protocol Rorschach se interpretează în funcție de două aspecte principale (sau categorii de aspecte) :

- cantitativ (dimensiunea formală) ;
- calitativ (dimensiunea informală).

Interpretarea conține, de asemenea, și o analiză a discursului proiectiv, ca atitudine semantică a persoanei în fața unui material atematic. Protocolul Rorschach este un test care exprimă corespondența între stimulul semantic sau discursiv al persoanei și structura sa psihică (Françoise MINKOWSKA). Există, în acest sens, două modalități discursive esențiale : modalitatea schizoidă, care se înscrie pe axa raționalității, și modalitatea epileptoidă, care se înscrie pe axa senzorialității. Prin analiza semantică a discursului



proiectiv, se realizează evaluarea aptitudinilor de verbalizare și simbolizare, se apreciază modalitățile prin care individul trece de la semantica conotativă (procese primare) la semantica denotativă (procese secundare).

Semnificația analitică a planșelor Rorschach (D. ANZIEU și Mireille MONOD) :

- planșa I : angoasa pierderii obiectului ;
- planșa II : scena primitivă, cuplul originar ;
- planșa III : situația oedipiană ;
- planșa IV : Supraeul patern ;
- planșa V : imaginea mamei falice ;
- planșa VI : bisexualitatea ;
- planșa VII : separarea de partenerul matern ;
- planșa VIII : mediul exterior, străin de familie ;
- planșa IX : pulsionea morții ;
- planșa X : (angoasa de) îmbucătățire, distrugerea ansamblului, cu păstrare a disponibilității reîntregirii și reglării.

Semnificațiile arhetipale în planșele Rorschach (Mc CULLY) :

- planșa I : autoritate feminină matriarhală („the Great Mother”, Anima) ;
- planșa II : ideea nașterii, continuitatea vieții, elemente bisexuale, separarea originară om-animal ;
- planșa III : complexe personale, psihismul individual profund ;
- planșa IV : principiul masculin, puterea, virilitatea (Animus) ;
- planșa V : psihismul personal primar, imaginea de sine ;
- planșa VI : funcționarea principiului masculin, investirea energiei masculine ;
- planșa VII : arhetipul feminității, energia și funcționarea principiului feminin ;
- planșa VIII : disponibilitățile adaptative ale subiectului, natura lor, lumea exterioară mediului familial, străină ;
- planșa IX : transpersonalul, uniunea marilor categorii de opozite, angoasa morții ;
- planșa X : arhetipul-sursă, inconștientul, principiul inconștientului în sens larg (sursa inconștientă profundă, simbolic : principiul marin, acvatic).

410. ROSENBACH^s semn ● Persistența reflexelor abdominale în hemiplegia isterică, în contrast cu anestezia cutanată pe care o prezintă subiectul.

411. ROSENBACH^s simptom ● Tremorul pleoapelor, atunci când acestea sînt închise. Se întâlnește în boala Basedow, după blefarospasm prelungit, în paraliză parțială a nervului facial, precum și în afecțiuni psihice (isterie) sau boli organice ale sistemului nervos central (scleroza difuză, paraliză agitantă, tabes).

412. **ROSENZWEIG Saul** (n. 1907) ● Psiholog american, doctor în filozofie (Harvard, 1932). Și-a desfășurat activitatea la universitățile din Pittsburgh și Saint Louis (Missouri). Este creatorul testului de frustrație Picture Frustration Study (1935), tehnică proiectivă foarte răspândită în clinica psihiatrică, pentru valențele psihodiagnostice, simplitatea și calitățile ei metrologice → **FRUSTRAȚIE^(T)** test.

413. **ROSS-JONES^(T)** test ● Test biologic care evidențiază excesul de globulină în lichidul cefalorahidian. Lichidul este turnat peste o soluție de sulfat de amoniu, peste care plutește; între lichid și această soluție se formează, în cazul unei hiperglobulinemii, un inel alb-argintiu a cărui grosime este în raport direct cu nivelul globulinemiei. Proba are un caracter calitativ pronunțat, fără să poată oferi însă determinări de finețe.

414. **ROSSOLIMO^s** semn ● Semn care pune în evidență leziunea căii piramidale. Se evidențiază prin percuția suprafeței plantare a degetelor, determinând flexia plantară rapidă a acestora, dând aparența unui reflex de prehensiune.

415. **ROSTAN Leon Louis** (1791—1866) ● Psihiatru francez. Lucrează ca asistent în câteva spitale din Paris. Este elevul lui PINEL. Își susține, în 1812, teza „Sur le charlatanisme”, atingând, în fond, problema simulației. A fost preocupat de domeniul magnetismului și al metaloterapiei. Articolul „Du magnétisme animal”, din „Dicționarul de medicină” din 1825, îi aparține.

416. **ROȘU Silviu** (1908—1971) ● Psihiatru român. Studiile de medicină și le face la Facultatea din Cluj, pe care o absolvă în 1935; încă din ultimul an de studenție, lucrează ca preparator la clinica de psihiatrie. În perioada 1946—1964, străbate treptele ierarhiei universitare, manifestându-se ca o prezență activă la congresele de psihiatrie naționale și internaționale, urmărind în permanență o orientare modernă a lucrărilor sale științifice, axate pe probleme de nosologie, psihofarmacologie și neurofiziologie. Ctitor al actualei clinici clujene de psihiatrie, a fost vicepreședinte al Societății Române de Psihiatrie.

417. **ROTACISM** (cf. gr. *rhotakismos* — de la *rhotā*, numele grecesc al literei R) ● Dislalie de sunet, constând în dificultatea sau imposibilitatea pronunțării literei „R”, consecutivă nerealizării unei vibrații normale a vârfului limbii și vibrații compensatorii a vârfului palatin.

418. **ROUSSEAU Jean Jacques** (1712—1778) ● Născut la Geneva, filozof iluminist, pedagog, scriitor și muzician francez. Pornind de la idealizarea naturii, ROUSSEAU are o privire critică la adresa societății și civilizației, care, după opinia lui, ar

duce la coruperea omului; îl condamnă inegalitatea economică generată de proprietatea privată, inegalitatea politică și despotismul. ROUSSEAU nu condamnă orice societate, ci numai alcătuirile sociale care generează inegalitate economică, politică etc. Idealul său îl constituie o societate a libertății și egalității tuturor. Considerind că



Jean Jacques Rousseau

puterea de stat este legitimă numai atâta vreme cât se întemeiază pe „contractul social”, pe înțelegerea încheiată între indivizi, în virtutea căreia ei cedează o parte din drepturile lor comunității, ROUSSEAU subliniază că adevăratul suveran nu poate fi decât poporul, preconizând ca ideal de stat republica patriarhală în care cetățenii pot aproba în mod direct legile. El privea ca legitimă insurecția poporului asupra despotismului. Doctrina sa politică a devenit platforma democrației sociale iacobine în timpul Revoluției franceze de la 1789.

ROUSSEAU a criticat religia și biserica oficială, dar a rămas adept al deismului, pe care îl consideră ca o religie bazată pe sentiment.

Pe tărâm literar, poate fi considerat ca precursor al romantismului european, mărturie fiind romanul epistolar „Julia sau noua Eloiză” (1761), precum și lucrarea autobiografică „Confesiuni” (1782—1789).

Ca muzician, ROUSSEAU compune muzică de operă („Vrăjitorul satului”, „Pygmalion”), abor-

dează probleme de estetică și de teorie a muzicii și creează un sistem original de notație muzicală.

ROUSSEAU este inițiatorul funcționalismului în pedagogie și unul dintre precursorii psihologiei copilului, romanul său „psihologic” „Emil sau despre educație” (1762) constituind izvorul de inspirație (direct sau indirect) pentru majoritatea educatorilor în secolele al XIX-lea și al XX-lea. Originalitatea și îndrăzneala lucrării rezidă în insistența autorului asupra necesității cunoașterii copilului înainte de a-l educa și a necesității de a urma natura în probleme de educație (sens în care ROUSSEAU descrie un ciclu educativ tetradic, corespunzând maturizării corpului, simțurilor, intelectului și sentimentelor copilului) și în polemica îndreptată împotriva educației pozitive din secolul al XVIII-lea, care considera copilul ca pe un adult în miniatură și nu ca pe un adult în devenire, ce trebuie abordat ca atare.

419. ROUY Camille Joséphine Hersilie (1814—1881) (sau ISTORIA CELUI MAI CELEBRU DELIR) ● Celebră bolnavă din secolul trecut ; a fost internată în 1854 la Charenton și apoi la Salpêtrière cu un delir de filiație (susținea că este sora lui HENRIC al V-lea și fiica ducesei de BERRY, încredințată de către poliția țaristă spre îngrijire matematicianului Charles ROUY, tatăl ei natural), fiind, rînd pe rînd, pacienta lui CALMEIL, TRÉLAT, MITIVIE, FOVILLE, PORET.

Acest periplu azilar se încheie cu o neașteptată externare, în 1868, urmată de acordarea unei pensii de stat, obținută de bolnavă pentru recompensarea „greșelii” de a fi fost sechestrată „illegal”. După moartea sa, în 1881, Le NORMAUT de VARANNES, același care intervenise pentru externarea ei, va publica, sub titlul „Mémoires d'une aliénée” (1883), notele și însemnările bolnavei din perioada de internare.

SÉRIEUX și CAPGRAS vor stabili însă diagnosticul definitiv, citînd-o pe bolnavă drept un caz tipic de „folie raisonnante”.

420. ROXEL^(M) ; ROINOID^(M) SUA — DCI Reserpină ● Neuroleptice sedative, derivați alcaloizi 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.

421. ROXYN^(M) SUA — DCI Metamfetamină ● Psihostimulent cu valențe anorexigene, derivat feniletilaminat de tip (+)-N,α-dimetilfenetilamină, cu acțiune și indicații similare cu cele ale amfetaminei și cu același risc al dependenței.

422. ROYER-COLLARD Antoine (1768—1825) ● Psihiatru francez. Studiază la Paris. În 1802, își susține teza „Essai sur l'aménorrhée”. În 1805, este medic șef la Charenton, iar în 1819, șeful



Antoine Royer-Collard

catedrei de medicină mintală, nou înființată. Unu dintre elevii săi, BAYLE, va deveni celebru ; anumiți autori sînt de părere că ROYER ar fi fost cel care a inspirat cercetările lui BAYLE.

423. ROZEX^(M) Japonia — DCI Rescinnamină ● Neuroleptic sedativ, derivat alcaloid de Rauwolfia de tip 3,4,5-acid trimetoxicinnamic esterificat metil reserpat, cu acțiune sedativă. Nu se administrează în cazul existenței unei componente depresive ; este un medicament hipotensor.

424. RUBEOLĂ^(B) (cf. lat. rubeus „roșu”) ● Boală eruptivă, de obicei benignă, care prezintă în sine o gravitate deosebită atunci cînd survine la femeia însărcinată, mai ales în primul trimestru de sarcină, pentru că determină o embriopatie severă (descrisă de GREGG în 1941). Nou-născuții sînt prematuri, prezentînd purpură trombopenică, hepato-splenomegalie, leziuni cutanate și osoase, asociate cu multiple malformații cardiace, oftalmologice (microoftalmie, retinită, glaucom), acustico-vestibulare, microcefalie, retardare mintală.

La acești copii se pot intra și episoade de intensitate psihotică.

425. RUBIDIU ● Cation monovalent, ale cărui potențialități psihotrope au fost deseori puse în discuție. A fost izolat, în 1861, de BUNSEN (în același an cu litul), din carnalit și lepidolit. Din 1880, a fost introdus în practica medicală : ca bromidă, în tratamentul epilepsiei, iar ca iodidă, în tratamentul iuesului (BOTTKIN va dedica acestui

element teza de doctorat, sub conducerea lui PAVLOV).

După ferveoarea cu care acest element a fost folosit în terapie la începutul secolului, a fost dat uitării pînă în perioada anilor '50, cînd, odată cu litiul, a revenit în actualitate. Inițial a fost folosit ca un competitor al litiului („antilitiu”). R. FIEVE, în studii succesive, în perioada 1963—1974, a demonstrat efectul curativ al rubidiului în depresie, fără riscuri la doze situate în jurul a 1 mEq/l (rubidemia normală se situează între 0,20—0,30 mEq/l). Cu toate acestea, sărurile de rubidiu nu au intrat în practica obișnuită.

G. GHONIARD și colab. (1986) au arătat că un efect benefic se obține în schizofreniile cronice în care asocierea sărurilor de rubidiu cu neuroleptice permite o reducere importantă a celor din urmă.

426. RUBIGEN^(M) Japonia — DCI *Tetrabenazină*
 ● Neuroleptic sedativ, derivat benzochinolinic de tip 1,3,4,6,7,11b-hexahidro-3-isobutil-9,10-dimetoxi-2H-benzolachinolinzină, cu acțiune sedativă și cu o bună toleranță.

427. RUBINSTEIN Serghei (1889—1960) ● Psiholog rus. Studiază filozofia în Germania (perioadă în care cunoaște bine filozofia lui HEGEL) și psihologia în Rusia, la Petersburg. În prima sa lucrare importantă, „Fundamentele psihologiei” (1935), afirmă relația strînsă între conștiință și activitate, depășind conceptele ce afirmau o pasivitate a conștiinței. Opt ani mai tîrziu, fundamentează și alte principii care vor călăuzi o lungă perioadă de timp întreaga psihologie sovietică: mintea este o funcție a materiei, dar și o reflectare a realității materiale; psihicul uman este o funcție a evoluției istorice și are capacitatea de a se modifica; teoria și practica sînt unitare.

Alături de VĠGOTSKI a orientat, prin lucrările sale, psihologia sovietică spre domeniul psihologiei conștiinței. A avut contribuții importante privind procesele de rezolvare a problemelor de către gîndire, arătînd legăturile dintre analiză, sinteză, abstractizare, generalizare.

428. RUBINSTEIN-TAYBI⁽⁸⁾ sindrom ● Sindrom plurimalformativ rar, caracterizat prin asocierea unor anomalii digitale și craniofaciale cu nanism și întîrziere psihomotorie. A fost descris de H. I. RUBINSTEIN și H. TAYBI, în anul 1963.

Afecțiunea debutează postnatal, fiind întîlnită la ambele sexe. Clinic, anomaliile morfologice constau în:

- lățirea policelui (semn caracteristic), a halucelui și uneori chiar a celorlalte degete, realizîndu-se aspectul de „paletă” al acestora;

- dismorfie craniofacială (microcefalie, „naevus flammeus” al frunții, sprincene arcuite, ptoză palpebrală, fante palpebrale antimongoloide, micrognație și retrognație, boltă palatină ogivală, epicantus);
- întîrziere psihică (constantă, dar de intensități variabile);
- nanism armonic (semn constant);
- ectopie testiculară.

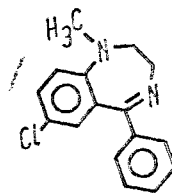
La aceste simptome se pot asocia, în mod inconstant, manifestări neurologice (hipotonie generalizată, convulsii), malformații osoase. Etiopatogenia sindromului nu este încă precizată (după unii autori, ar fi o eredopatie precoce, după alții, o eredopatie cu transmitere genetică necunoscută). Evoluția și prognosticul sînt nefavorabile, datorită severității manifestărilor neurologice și a deficitului psihic. Nu există tratament eficient.

429. RUD⁽⁸⁾ sindrom ● Sindrom cu etiologie necunoscută, rar întîlnit în practica medicală, caracterizat prin asocierea ihtiozei cu sclerodermia și întîrzierea psihică accentuată. A fost descris de RUD, în 1927.

Boala debutează precoce, în primele zile de viață, manifestările clinice constînd în: tegumente hiperkeratozice, mai ales la nivelul marilor articulații, cu aspect de lichenificare (ihtioză cu sclerodermie); întîrziere importantă în dezvoltarea psihomotorie a limbajului. Inconstant, au fost semnalate crize epileptice, alopecie regională sau generalizată, nanism, infantilism genital, retinită pigmentară, polinevrită. Unii autori apropie acest sindrom de sindromul Sjogren-Larsson, în care există însă și diplegie spastică.

Evoluția și prognosticul sînt nefavorabile, mai ales datorită deficitului psihic accentuat.

430. RUDOTEL^(M) RDG — 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.

431. RUINĂ^(D) delir (cf. lat. *ruina* „cădere, dărîmarea”) ● Delir care poate însoți tulburările depresive (în special pe cele din presenium). Bolnavul se declară ruinat și lipsit de orice fel de

mijloace materiale care i-ar putea ajuta să supra-viețuiască. Alimentele, îmbrăcămintea, chiria, întreținerea, eventual medicamentele par a ridica obstacole financiare care nu vor putea fi în nici un fel trecute.

Bolnavul crede că va ajunge (el și descendenții săi) într-o stare de mizerie fizică și morală extremă, va fi obligat să-și cerșească hrana sau va sfârși în închisoare. Uneori, ideile de ruină sînt dublate de idei cu note persecutorii (GUIRAUD): bătrînul crede că familia își ascunde bunurile de el sau că îl privește cu ură cînd mîncîcă, umilindu-l.

432. **RUJEOLĂ^(B)** (cf. lat. *rubeus* „roșu”) ● Febră eruptivă, contagioasă, determinată de un mixovirus, izolat de ENDERS în 1954. Boala în sine nu este gravă; importante sînt însă complicațiile pe care le poate atrage după sine, dintre care cea mai gravă este encefalopatia. Debutul acestei complicații poate surveni în ziua 4—5 de boală, printr-o simptomatologie neurologică, uneori de focar, prin modificarea lichidului cefalorahidian și a traseului electroencefalografic. Anatomopatologic, este vorba de o leucoencefalită perivenoasă demielinizantă, în producerea căreia sînt discutate atît rolul direct al virusului, cît și mecanismele imunopatologice. Letalitatea este de 10—15%, iar vindecarea se produce doar în jumătate de cazuri fără sechele.

O altă complicație deosebit de gravă a bolii este panencefalita subacută sclerozantă, care apare între 4—15 ani. Tratamentul nu este decît profilactic, consistînd în vaccinare cu sușe de vaccin vii atenuate.

433. **RULETĂ RUSEASCĂ** ● „joc de noroc” cu puternică implicație psihopatologică, în care partenerii de joc mizează pe însăși existența lor biologică. Jucătorii își îndreaptă spre timpă un pistol automat în încărcătura căruia nu se află decît un singur glonte a cărui poziție este necunoscută. Apăsarea pe trăgaciul armei se face succesiv de cei doi (sau mai mulți) parteneri aflați în joc. Desigur că declanșarea mecanismului de tragere al pistolului (care poate fi mortală) cere — în cazul în care „jucătorul” nu are idei de sinucidere evidente — o enormă concentrare de voință și generează anxietate deosebit de puternică, întrucît subiectul se află într-o situație extremă pe care nu o poate influența.

Acest „joc” pare să izvorască dintr-o concepție profund fatalistă, ce există la un moment dat la nivelul unor pături ale intelectualității ruse din secolul trecut. Atracția pe care această „încercare supremă” o exercită asupra „jucătorilor” provine, se pare, dintr-o simbolistică deosebită a roții norocului care exprimă, în sensul cel mai general, instabilitatea permanentă și eterna reîntoarcere.

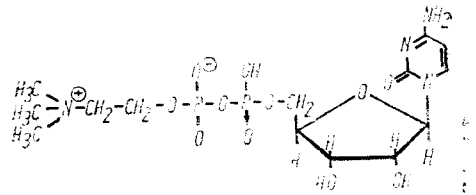
Roata norocului este mai puțin imaginea hazardului, cît cea a unei justiții imanente. Supravie-

țitorii unor partide de ruletă rusească prezintă deseori tulburări reactive grave cu aspect afectiv sau paranoid, care se manifestă la interval important de timp. Printre jucători, numărul celor care prezintă tulburări psihice, este deosebit de ridicat (schizofrenii, toxicomanii, depresivii) → JUCĂTORI PATOLOGICI.

434. **RUMINAȚIE** (cf. lat. *ruminare* „a rumege”) ● Impulsiune morbidă de perseverare, meditare nesfîrșită, inutilă, oboșitoare, monotematică, pe care subiectul o reia în permanență. Ruminăția este un aspect caracteristic al lipsei de mobilitate psihică, al inerției mintale a gândirii psihasteniciului și nevroticului obsesivo-fobic.

435. **RUMPF⁸ semn** ● Creșterea pulsului cu 10—20 de bătăi pe minut la bolnavii cu neurastenii, atunci cînd sînt apăsați în punctele pe care le acuză ca dureroase. Semnul, descris de Th. RUMPF, are puțină specificitate, neputînd constitui un criteriu pentru diagnosticul neurasteniei.

436. **RUPIS^(M)** Japonia — DCI *Citicolină* ● Psihostimulent cu o structură chimică particulară, de tip colină citidină 5'-ester pirofosfat, cu acțiune



psihostimulentă și anorexigenă; nu are, practic, efecte simpaticomimetice.

437. **RUSH Benjamin** (1746—1813) ● Psihiatru american. Studiază la Philadelphia și apoi la Edinburgh, ca elev al lui CULLEN, de la care a preluat o serie de idei. A colaborat la Londra cu HUNTER și l-a însoțit, pentru o scurtă perioadă, pe Benjamin FRANKLIN la Paris. În 1776, a fost printre primii semnatari ai Declarației de Independență de la 4 iulie. A fost primul medic american care s-a consacrat psihiatriei. A publicat, în 1786, „Cercetări asupra influenței cauzelor fizice asupra facultăților mintale”, iar în 1812, „Cercetări și observații medicale asupra bolilor spiritului”, lucrare considerată drept primul manual de psihiatrie american. De asemenea, a avut merite în organizarea și dezvoltarea asistenței psihiatrice, creînd primul spital de psihiatrie la Philadelphia, în 1786.

438. **RUSSELL⁸ semn** ● Escoriații, plăgi ale degetelor mîinii, rezultate din efortul repetat depus de

subiecți cu bulimie mintală, în scopul provocării vomiei.

439. **RUTHERFORD^(S) sindrom** ● Complex simptomatic cu transmitere ereditară, care grupează următoarea triadă :

- distrofie și opacifiere corneană ;
 - hipertrofie gingivală cu întârzierea apariției dinții ;
 - întârzierea dezvoltării psihomotorii.
- A fost descris în 1931.

440. **RUTINĂ** (cf. fr. *routine*) ● Atribut al unei activități a cărei desfășurare este simplificată prin deprinderi automatizate, cere efort minim și nu mai presupune control conștient permanent. Spre activități de rutină, care nu necesită adaptare promptă la schimbări de sarcină sau condiții, ci doar desfășurarea automată a unei serii de deprinderi, sînt orientați subiecți cu deficit psihomotor, senzorial, intelectual, mixt, defectuali în stadii de remisie, care pot fi încadrați într-o activitate organizată.

Atitudinea de rutină în desfășurarea unei activități presupune rigiditate și rezistență la schimbarea schemelor de acțiune, absența sau atenuarea motivației intrinseci și predominanța motivației extrinseci. Este un obstacol în adaptarea suplă la realitate, în calea unor soluții noi și eficiente.

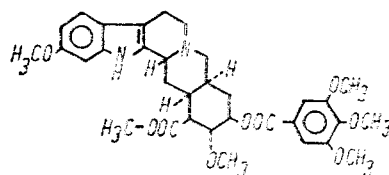
Rutina, ca atribut al unei activități sau ca atitudine, implică legea minime rezistențe și a minimumului efort.

Personalitățile instabile se acomodează cu dificultate într-o muncă de rutină, în timp ce tipurile de personalitate cu mare inerție psihică (epileptici, distimici etc.) se încadrează perfect într-o astfel de activitate, care nu presupune schimbări bruște de condiții, sarcini, mijloace.

441. **RYDIMAT^(MC)** Grecia ● Produs terapeutic care conține două medicamente cu aceeași acțiune, care se complementează :

- **MEPROBAMAT^(M)** — tranchilizant, derivat propandiolic ;
- **HIDROXIZIN^(M)** — tranchilizant, derivat difenilmetanic.

Are acțiune anxiolitic-sedativă potențată.



442. **RYSER^(M)** Australia — 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.

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 M — R, 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), cu indicarea numărului termenului în cadrul literei și cu pagina respectivă unde este tratat.

Exemple :

Pentru boli^(B), deliruri^(D), fobii^(F), halucinații^(H), semne/simptome^s, teste^(T), datele oferite sînt dispuse după modelul :

Denumirea: (B), (D), (F), (H), s. (S),(T) sinonime, trimiteri etc.	Nr. crt.	Nr. pag.
MEYNET ^(B) boală	„nebulia reumatismală”	M 419 106
NEVINOVĂȚIE ^(D) delir	„vinovat fără vină”	N 209 243
OMBROFOBIE ^(F)	teama de ploaie	O 112 320
POLISENZORIALE ^(H) halucinații	sin. → MULTISENZORIALE ^(H)	P 631 583
QUINQUAUD ^s semn	tremor fin al mîinii	Q 33 800
MIDAS ^(S) sindrom	„libertinaj feminin”	M 449 111

Pentru medicamente^(M) și medicamente compuse^(MC), datele oferite sînt dispuse după modelul :

Denumirea produsului	Țara	D.C.I.	Derivat	Nr. crt.	Nr. pag.
MOXADRIL ^(M)	Franța	Amoxapină	Dibenzazepinic	M 687	168
NONESTON ^(M)	Grecia	Sulpiridă	Benzamidic	N 344	270
OXAZEPAM ^(M)	România	Oxazepam	Benzodiazepinic	O 259	348
PROPRANOLOL ^(M)	România	Propranolol	Propanolic	P 937	642
QUILONORM ^(M)	SUA	Acetat de litiu		Q 30	800

Pentru personalități implicate în dezvoltarea psihiatriei, datele oferite sînt dispuse după modelul :

Numele și prenumele	Anii	Date	Nr. crt.	Nr. pag.
MARCUSE HERBERT	(1898—1985)	filozof german	M 97	36
OBREGIA ALEXANDRU	(1860—1937)	psihiatru român	O 39	300

BOALĂ^(B)

MARCHAND ^(B)	— encefalită cu etiologie necunoscută (1939)	M 95	36
MARCHIAFAVA—BIGNAMI ^(B)	→ DEMENTE TOXICE		36
MARFAN ^(B)	— sin. PARALIZIE SPASTICĂ EREDOSIFILITICĂ ^(B)		100
MARINESCU—SJOEGREN ^(B)	— oligofrenie, ataxie, cataractă		114
	sin. → CLEPTOMANIE		156
MATTEY—MARC ^(B)			51
MAYER—BETZ ^(B)	— manifestări psihice		169
MENKES ^(B)	— sin. BOALA URINILOR CU MIROS DE ARȚAR		280
MEYNET ^(B)	— „nebulia reumatismală”		419
MIASTENIE ^(B)	— manifestări psihice		428
MINAMATA ^(B)	— semne psihice și neurologice		483
MIOPATIE SENILĂ ^(B)	— manifestări psihice		514
MONOSOMIE 21 ^(B)	— manifestări psihice		629
MOREL ^(B)	— sin. SCLEROZĂ LAMINARĂ CORTICALĂ		651
MORQUIO ^(B)	— manifestări psihice		672

NEUMANN—COHN ^(B)	— formă de demență prezenilă	N	146	204
NEVROZĂ ^(B)	— considerații generale		228	245
● (de) ABANDON			229	247
● ACTUALĂ			230	248
● ANAGAPICĂ			231	248
● (de) ANGOASĂ			232	248
● (de) APĂRARE			233	249
● (de) ASCENSIUNE SOCIALĂ			234	249
● (de) CHARACTER			235	249
● CARDIACĂ			236	250
● (de) COMPORTAMENT			237	250
● (de) DEPERSONALIZARE			238	250
● DEPRESIVĂ			239	250
● (de) DESTIN			240	250
● (de) EȘEC			241	250
● FAMILIALĂ			242	251
● FOBICĂ			243	251
● (de) FRICĂ			244	251
● IMPULSIVĂ			245	251
● INFANTILĂ			246	251
● INSTITUȚIONALĂ			247	253
● ISTERICĂ			248	253
● MARITALĂ			249	253
● MOTORIE			250	253
● NARCISICĂ			251	254
● (de) NEORESPONSABILITATE			252	254
● NOOGENĂ			253	254
● OBSESIVO-COMPULSIVĂ			254	254
● (de) ORGAN			255	254
● POSTOPERATORIE			256	254
● SISTEMICĂ			257	254
● (de) SPAIMĂ			258	255
● A TICURILOR			259	255
● (la) TINERI			260	255
● (de) TRANSFER			261	255
● TRAUMATICĂ			262	256
NIEMANN—PICK ^(B)	— boală autosomal-recesivă		279	206
OATMAN ^(B)	— sin. BATTEN—MAYOU ^(B) $\xrightarrow{\text{sin.}}$ VOGT—SPIELMEYER ^(B)	O	4	283
OBSESIVO-COMPULSIVĂ	— nevroză ^(B) — etiopatogenie, forme clinice, diagnostic		44	302
OLIGOFRENIE FENILPIRUVICĂ ^(B)	$\xrightarrow{\text{sin.}}$ FENILCETONURIE ^(B)		104	316
OLIGOFRENIE POLIDISTROFICĂ	$\xrightarrow{\text{sin.}}$ SAN FILIPPO ^(B)		105	316
și MUCOPOLIZAHARIDICĂ ^(B)				
OLIGOFRENII ^(B)	— etiologie, forme clinice, diagnostic		106	316
OPPENHEIM ^(B)	— sin. MIOTONIE CONGENITALĂ		169	322
PAGET ^(B)	— manifestări psihice în osteodistrofia deformantă P	P	17	353
PANENCEFALITĂ SUBACUTĂ SCLEROZANTĂ (PESS) ^(B)			71	353
PARAFRENIE ^(B)	— sin. KLEIST ^(B) , psihoză endogenă cronică		112	364
PARALIZIE CONGENITALĂ	$\xrightarrow{\text{sin.}}$ LITTLE ^(B)		135	369
SPASTICĂ ^(B)				
PARALIZIE GENERALĂ	— sin. BAYLE ^(B)		136	369
PROGRESIVĂ (PGP) ^(B)				
PARALIZIE HIPNAGOGICĂ ^(B)	\rightarrow PARASOMNIE		137	372
PARALIZIE ISTERICĂ ^(B)	— „demonstrație ridicolă a ceea ce nu este”		133	372
PARALIZIE MATINALĂ ^(B)	$\xrightarrow{\text{sin.}}$ WEST ^(B)		139	372

PARALIZIE PERIODICĂ FAMILIALĂ ^(B)	— variante clinice, circumstanțe	140	372
PARALIZIE PROFESIONALĂ A NERVULUI MEDIAN ^(B)		141	372
PARALIZIE PROFESIONALĂ A NERVULUI PERONIER ^(B)		142	372
PARALIZIE PSIHCĂ NOTHNAGEL ^(B)		143	372
PARALIZIE PSIHCĂ A VEDERII ^(B)	sin. → BALINT ^(B)	144	372
PARALIZIE A SOMNULUI ^(B)	— episod hipersomnic, anxietate	145	372
PARALIZIE TODD ^(B)	— paroxism în G.M. (posibil)	146	373
PARANOIE ^(B)	— etiologie, forme clinice, diagnostic, evoluție	157	374
PARAPLEGIE ^(B)	— manifestări psihice	173	379
PARAPLEGIE ISTERICĂ ^(B)	— manifestări psihice, neurologice	174	380
PARAPLEGIE A LACUNARILOR ^(B)	sin. → LEJEUNE-LHERMITTE ^(B)	175	380
PARAPLEGIE SIFILITICĂ CRONICĂ ^(B)	— formă clinică a meningitei sifilitice	176	380
PARKINSON ^(B)	— manifestări psihice	223	391
PELAGRĂ ^(B)	— sin. AVITAMINOZĂ PP, manifestări psihice	331	408
PELIZAEUS—MERZBACHER ^(B)	— manifestări psihice	332	409
PFAUNDLER ^(B)	— sin. ELLIS ^(B) ; GARGOLISM ; HURLER ^(B) → MUCOPOLIZAHARIDOZĂ	454	560
PHRENASTENIA PARETICO-APHASICA TARDA ^(B)	sin. → HELLER—WAYGAND ^(B)	464	562
PICK ^(B)	— etiologie, forme clinice, diagnostic, evoluție	495	564
PORENCEFALIE ^(B)	— manifestări psihice	658	586
PRESBIOFRENIE ^(B)	— etiologie, forme clinice, diagnostic, evoluție	797	612
PRINGLE—BOURNEVILLE ^(B)	sin. → BOURNEVILLE ^(B)	838	620
PROLAPS DE VALVĂ MITRALĂ ^(B)	— manifestări psihice	894	636
PSEUDODEMENTĂ WERNICKE ^(B)	— psihoză isterică	998	655
PSEUDOHURLER ^(B)	— sin. BOALA TAY—SACHS CU ATINGERE VISCERALĂ sin. → CRAIG—NORMAN ^(B)	1003	656
PSEUDOPARALIZIE GENERALĂ PROGRESIVĂ ^(B)	— manifestări psihice	1013	656
PSEUDOPSIHOZĂ AFECTIVĂ PETERS ^(B)	— manifestări afective în epilepsia temporală	1016	657
PSIHOZĂ MANIACO-DEPRESIVĂ (PMD) ^(B)	— etiologie, forme clinice, diagnostic, evoluție	1170	769
PUNA ^(B)	— sin. BOALĂ DE ALTITUDINE ; BOALA MUNȚILOR sin. → DA COSTA ^(B)	1218	796
RABIE ^(B)	— manifestări psihice	R	4 803
RECKLINGHAUSEN ^(B)	→ FACOMATOZE	112	843
RECTOCOLITĂ ULCEROASĂ ^(B)	— manifestări psihice	117	843
REDLICH-FLATAU ^(B)	— manifestări psihice	126	848
RUBEOLĂ ^(B)	— manifestări psihice	424	920
RUJEOLĂ ^(B)	— manifestări psihice	432	922

DELIR^(D)

MACROMANIACAL^(D)	sin. →	MACROPTIC^(D)	M	8	8
MACROPTIC^(D)		— dimensiuni mai mari ale obiectelor/ființelor		12	9
MANIHEISM DELIRANT^(D)		— înfruntarea nesfârșită între bine și rău		78	33
MARTIRAJ^(D)		— misionarism religios fanatic		124	41
MASCAT^(D)	sin. →	ASCUNS^(D)		129	43
MĂRIRE^(D)		— „istoria rolului dorit”		178	55
MEGALOMANIC^(D)		— putere nemărginită și ireală		227	66
MEGALOMELANCOLIC^(D)		— idei de grandoare/trăiri depresive		229	68
MELANCOLIC^(D)		— sin. DEPRESIV^(D)		241	63
MENOPAUZĂ^(D)		— „visul ultimei reprize”		285	82
METABOLIC^(D)		— sin. METAMORFOZĂ^(D)		347	95
METAfizic^(D)	sin. →	COSMOGONIC^(D)		352	97
METAFORIC^(D)		— în intoxicațiile cu hașiș		355	98
METAMORFOZĂ		— în schizofrenie, patologia de lob temporal		363	99
SEXUALĂ^(D)					
METEMPSIHOZĂ^(D)		— delir megalomanic de persecuție		377	101
MICROMANIACAL^(D)		— totul este mai mic, chiar și subiectul		444	110
MISIUNE DIVINĂ^(D)		— tip de delir expansiv		532	125
MISTIC^(D)		— sin. RELIGIOS^(D)		536	126
MIXT^(D)	sin. →	COMBINAT^(D)		561	134
MÎNTUIRE^(D)		— „acțiuni personale în scopul salvării omenirii”		566	134
MUSITANT^(D)		— sin. CARFOLOGIE		705	172
NEGATIE^(D)		— refuz al realității morale sau fizice	N	74	193
NERVOS^(D)		— delirul simptomatic — sec. al XIX-lea		134	202
NESISTEMATIZAT^(D)		— referitor la modalitatea de structurare		136	202
NEVINOYĂȚIE^(D)		— „vinovat fără vină”		209	243
NIHILIST^(D)	sin. →	NEGATIE^(D)		286	261
ONEIROID^(D)		— manifestare clinică	O	132	323
ONIRIC^(D)		— manifestare clinică		137	324
ORGANIC^(D)		— manifestare clinică		198	338
OTRĂVIRE^(D)		— manifestare clinică		248	347
O.Z.N.^(D)		— manifestare clinică		275	351
PALIGNOSTIC/PALIN- GNOTIC^(D)		— falsă recunoaștere continuă	P	38	355
PARANOID^(D)		— formă a delirului în demența precoce (KRAEPELIN)		47	356
PARAZIT^(D)	sin. →	DERMATOZOIC^(D)		198	366
PASIONAL^(D)		— paroxism al pasiunii excesive (CLÉRAMBAULT)		261	387
PERSECUȚIE^(D)		— „victimă sigură a tuturor” (LASÈGUE , 1852)		401	425
PERSECUȚIE SOMATICĂ^(D)	(H. EY) →	PERSECUȚIE		402	425
POLIMORF^(D)		— ansamblu slab structurat al unor idei delirante		614	531
POSESIUNE^(D)		— „altă ființă în propria ființă”		668	583
POSTCARDIOTOMIC^(D)		— sindrom psihoorganic reversibil (BLANCALY , 1964)		675	590
POSTONIRIC^(D)		— productivitate senzorială majoră, după episod oniric		680	591
POSTOPERATOR^(D)		— particularități, circumstanțe		683	591
PREJUDICIU MORAL^(D)		— delir secundar unei intervenții		773	609
PREJUDICIU SENIL^(D)		— „victimă tuturor” — în involuție (KRAEPELIN)		774	609
PRIMAR^(D)		— particularități, circumstanțe (WERNICKE)		821	618
PROCESIV^(D)	sin. →	REVENDICARE^(D)		860	626
PROFESIONAL^(D)		— „grija” pentru profesiune a etilicului		877	628
PSIHOMOTOR^(D)		— P. GUIRAUD		1123	707
PUERPERAL^(D)		— variante, particularități, circumstanțe		1207	799
PUTERE SOCIALĂ^(D)		— delir euforic (GUIRAUD , DIDE)		1223	796

REFERINȚĂ ^(D)	— o depreciere enigmatică și devalorizatoare	R	139	851
REFORMATOR ^(D)	— avalanșă de reforme de tipuri diferite		152	856
RELATIE ^(D)	— relație directă cu întreg mediul înconjurător		191	866
RELIGIOS ^(D)	— misiune divină sau „întrupare” (GUIRAUD-DIDE)		206	869
RETROACTIV ^(D)	— ^{sin.} → RETROSPECTIV ^(D)		268	893
RETROSPECTIV ^(D)	— ajustarea amintirilor la o realitate delirantă		294	894
REȚEA ^(D)	— rețea delirantă/mozaic delirant		296	894
REVENDICARE ^(D)	— ... sau a dori/rivni și a lupta pentru ceea ce nu-ți aparține (CULÈRE)		300	895
REZIDUAL ^(D)	— ... resturi delirante persistente (C. NEISSER—1893)		312	898
RUINĂ ^(D)	— pseudosărăcie cu elemente interpretative în senium		431	921
FOBII^(F)				
MASTIGOFOBIE ^(F)	— teama nejustificată de biciuire	M	141	45
MECANOFOBIE ^(F)	— teama de dispozitive, aparate, mecanisme		193	61
METALOFOBIE ^(F)	— teama de obiecte metalice		357	99
METEOROFOBIE ^(F)	— teama de meteoriți (căderea acestora)		380	101
MICROFOBIE ^(F)	— teama de obiecte mici		440	110
MIFOFOBIE ^(F)	— teama de a nu spune minciuni		457	112
MISOFOBIE ^(F)	— teama de boală contagioasă		533	125
MITOFOBIE ^(F)	— teama de mituri, legende		549	130
MOLISMOFOBIE ^(F)	— ^{sin.} → MISOFOBIE ^(F)		604	146
MONOFOBIE ^(F)	— teama de a sta singur		620	148
MONOPATOFOBIE ^(F)	— teama de boală (de a te îmbolnăvi)		624	149
MUSOFOBIE ^(F)	— teama de șoareci		708	173
NECROFOBIE ^(F)	— teama patologică de cadavre, d'îmțire	N	59	191
NEOFOBIE ^(F)	— ^{sin.} KAINOFOBIE ^(F) → CAINOFOBIE ^(F)		99	195
NICTOFOBIE ^(F)	— teama de întuneric		278	260
NIKEFOBIE ^(F)	— teama de a pierde poziția cucerită		287	261
NOSOFOBIE	— teama patologică de îmbolnăvire		391	279
OCHLOFOBIE ^(F)	— teama patologică de aglomerație	O	53	306
ODINOFOBIE ^(F)	— teama patologică de suferință morală		69	310
ODONTOFOBIE ^(F)	— teama patologică de durere de dinți		73	310
OFIDIOFOBIE ^(F)	— teama de reptile		83	313
OLFACTOFOBIE ^(F)	— teama de mirosuri		98	315
OMBROFOBIE ^(F)	— teama de ploaie		112	320
ONOMATOFOBIE ^(F)	— teama de rostirea cuvintelor		141	326
ORNITOFOBIE ^(F)	— teama de păsări		218	343
PAGOFOBIE ^(F)	— teama de gheață	P	19	353
PANOFOBIE ^(F)	— teama de ambianța care devine ostilă		80	361
PANTOFOBIE ^(F)	— ^{sin.} → PANOFOBIE ^(F)		91	362
PARALIPOFOBIE ^(F)	— teama permanentă de greșeală		132	368
PARAZITOFOBIE ^(F)	— teama de îmbolnăviri prin paraziți		197	386
PARTENOFOBIE ^(F)	— teama de și pentru adolescente		249	395
PECAFOBIE/PECATIFOBIE ^(F)	— ^{sin.} → HAMARTOFOBIE ^(F)		314	406
PEDOFOBIE ^(F)	— teama de păpuși și/sau sugari		324	408
PENIAFOBIE ^(F)	— teama nejustificată de sărăcie		345	411
PETOFOBIE ^(F)	— ^{sin.} → CACOTENOFOBIE ^(F)		450	560

PIREXIOFOBIE ^(F)	— teama nejustificată de febră	541	572
PIROFOBIE ^(F)	— teama nemotivată de incendii	549	573
PNIGIOFOBIE ^(F)	— teama nejustificată de sugrumare, sufocare	591	579
POINIOFOBIE ^(F)	— teama exagerată de lege (pedeapsa ei)	594	580
PONOFOBIE ^(F)	— teama de efort fizic (muncă)	650	585
POTAMIOFOBIE ^(F)	— teama de apă (curgătoare)	689	592
PSEUDIOFOBIE ^(F)	— fixare tranzitorie a anxietății flotante	1000	655
PSICROFOBIE ^(F)	sin.	1044	660
	→ CHEIMIOFOBIE ^(F)		
PTERONOFOBIE ^(F)	— teama de pene (cu sau fără păsări)	1198	785
RABIOFOBIE ^(F)	— teama de turbare	R	5 803
RADIOFOBIE ^(F)	— teama de a fi iradiat		14 804
RINIOFOBIE ^(F)	— teama de ceea ce este în legătură cu nasul		337 903
RIPOFOBIE ^(F)	— teama de gunoaie, murdărie		340 903

HALUCINAȚII^(H)

MACROPSICE ^(H)	— sin. GULIVERNIENE ^(H) → GIGANTICE ^(H)	M	10
MAGNAM ^(H)	— halucinații tactile la toxicomani		26 138
MICROPSICE ^(H)	— sin. MICROSCOPICE ^(H) → LILIPUTANE ^(H)		445 110
MISTICE ^(H)	— halucinații auditive sau vizuale cu caracter mistic		537 126
MNEZICE ^(H)	— „halucinații de memorie” (FREUD)		569 136
MONOCROME ^(H)	— halucinații vizuale în culoare unică		616 148
MONOCULARE ^(H)	— halucinații percepute cu un singur ochi		617 148
MORFOPSICE ^(H)	— halucinații vizuale cu dimensiuni grotești		661 160
MULTISENZORIALE ^(H)	— asocieri halucinatorie		694 170
MUZICALE ^(H)	— adevărate „simfonii imaginare”		720 176
NEGATIVE ^(H)	— „imposibilitatea perceperii imaginii în oglindă”	N	70 192
NONMORBIDE ^(H)	— trăiri halucinatorii induse		345 270
NORMOPSIHICE ^(H)	— (LHERMITTE)		375 278
OLFACTIVE ^(H)	— circumstanțe, manifestare	O	95 315
OPTICE ^(H)	— circumstanțe, manifestare		178 334
OPTICO-KINESTEZICE ^(H)	sin.		
	→ BERZE ^(H)		180 335
OROFARINGIENE ^(H)	— circumstanțe, manifestare		221 343
PANORAMICE ^(H)	— halucinații psihosenzoriale vizuale statice (fotografie)	P	81 361
PANTOFOBICE ^(H)	— halucinații terifiante, dinamice		90 362
PARANOICE ^(H)	— ... sau, la nevoie, „completarea realității”		164 377
POLICROME ^(H)	— afecțiunile în care sînt prezente		604 581
POLIFONICE ^(H)	— „dialog cu vocile”		609 581
POLISENZORIALE ^(H)	sin.		
	→ MULTISENZORIALE ^(H)		631 583
PROFETICE ^(H)	— vizuale sau auditive, urmate de delir profetic		860 628
PSIHICE ACUSTICO-VERBALE ^(H)	— descriere, circumstanțe		1081 687
PSIHICE VIZUALE ^(H)	— descriere, circumstanțe		1082 688
PSIHOGENE ^(H)	— descriere, circumstanțe		1103 697
PSIHOMOTORII ^(H)	— descriere, circumstanțe		1124 708
PSIHOMOTORII GRAFICE ^(H)	— descriere, circumstanțe (H. EY)		1125 708
PSIHONOME ^(H)	— gen de halucinații normale, semănînd cu iluziile (QUERCY)		1129 712
PSIHOSENZORIALE ^(H)	sin.		
	→ HALUCINAȚII ADEVĂRATE		1141 718
REFLEXE ^(H)	— asocieri halucinatorie (SÉGLAS, 1896)	R	148 854
REPERCUSIVE ^(H)	— sin. COMBINATE ^(H) → SINESTEZICE ^(H)		234 882

MEDICAMENTE

● ANTIDEPRESIVE

● TIMOANALEPTICE (TMA)

MONASE ^(M)	Suedia	Etriptamină	indolic	M	607	146
MONOFEN ^(M)	Norvegia	Fenelzină	hidrazinic		619	148
NARDELAZINE ^(M)	Franța	Fenelzină	hidrazinic	N	32	186
NARDIL ^(M)	Canada	Fenelzină	hidrazinic		32	186
NEOMARSILID ^(M)	SUA	Pivhidrazină	hidrazinic		109	198
NERUSIL ^(M)	Spania	Benmoxin	hidrazinic		127	200
NIAMID ^(M)	Elveția	Nialamidă	hidrazinic		266	259
NIAMIDE ^(M)	Franța	Nialamidă	hidrazinic		266	259
NIAQUITIL ^(M)	Italia	Nialamidă	hidrazinic		267	259
NUREDAL ^(M)	Ungaria	Nialamidă	hidrazinic		447	236
PARGYLIN ^(M)	RDG	Pargilină	propargilaminic	P	213	388
PARNATE ^(M)	Anglia	Tranilcipromină	ciclopropilaminic		235	395
PROPILNIAZIDA ^(M)	Portugalia	iproniazid	hidrazinic		930	641
PSICOMIDINA ^(M)	Italia	Nialamidă	hidrazinic		1032	639
RIVIVOL ^(M)	Italia	iproniazid	hidrazinic	R	361	910

● TIMOLEPTICE (TML)

MALEXIL ^(M)	Danemarca	Femoxetină	fenilpiperidinic	M	52	18
MANEGAN ^(M)	Argentina	Trazodonă	triazopiridinic		67	20
MARELINE ^(M)	Canada	Amitriptilină	dibenzocicloheptanic		99	36
MARONIL ^(M)	Israel	Clomipramină	dibenzazepinic		116	40
MARPLAN ^(M)	Anglia	Isocarboxazid	hidrazinic		119	40
MARPLON ^(M)	Franța	Isocarboxazid	hidrazinic		120	40
MARTIMIL ^(M)	Spania	Nortriptilină	dibenzocicloheptadicenic		122	40
MAXIMED ^(M)	RFG	Protriptilină	dibenzocicloheptadicenic		164	53
MAXIVALET ^(M)	Grecia	Amitriptilină	dibenzocicloheptanic		166	53
MELAPRAMINE ^(M)	Japonia	Amitriptilină	dibenzocicloheptanic		246	70
MELIPRAMIN ^(M)	RDG	Imipramină	dibenzazepinic		255	70
MELIPRAMINE ^(M)	Ungaria	Imipramină	dibenzazepinic		255	70
MELODIN ^(M)	Israel	Maprotilină	dibenzociclooctadicenic		261	71
MERAVIL ^(M)	Canada	Amitriptilină	dibenzocicloheptanic		318	89
MERIPRAMIN ^(M)	Japonia	Imipramină	dibenzazepinic		324	89
MERITAL ^(M)	Anglia	Nomifensină	chinolizinic		326	90
MIANSAN ^(M)	Iugoslavia	Mianserin	dibenzazepinic		425	107
MIKETORIN ^(M)	Japonia	Amitriptilină	dibenzocicloheptanic		468	114
MITAPTYLINE ^(M)	Japonia	Amitriptilină	dibenzocicloheptanic		544	130
MOLIPAXIN ^(M)	Anglia	Trazodonă	triazopiridinic		603	146
MOXADRIL ^(M)	Franța	Amoxapină	dibenzazepinic		687	168
MYROXIN ^(M)	Elveția	Fluvoxamină	valerofenonic		734	179
NEBRIL ^(M)	Argentina	Desipramină	dibenzazepinic	N	49	189
NEODALIT ^(M)	Suedia	Dibenzepină	dibenzodiazepinic		95	195
NEODIL ^(M)	RFG	Dibenzepină	dibenzodiazepinic		95	195
NEODIT ^(M)	Finlanda	Dibenzepină	dibenzodiazepinic		95	195
NISIDANA ^(M)	Spania	Opipramol	dibenzazepinic		296	262
NOGEDAL ^(M)	Franța	Noxiptilină	dibenzocicloheptadicenic		331	268
NOMIFENSIN ^(M)	Japonia	Nomifensină	isochinolizinic		339	269
NORITREN ^(M)	Italia	Nortriptilină	dibenzocicloheptadicenic		362	272
NORMALIN ^(M)	Japonia	Amitriptilină	dibenzocicloheptanic		368	277
NORMUD ^(M)	RFG	Zimeldină	proilipiridinic		378	278

NORPOLAKE ^(M)	SUA	Desipramină	dibenzazepinic	382	278
NORPRAMIN ^(M)	Turcia	Desipramină	dibenzazepinic	382	278
NORTAB ^(M)	Australia	Nortriptilină	dibenzocicloheptadienic	384	278
NORTIMIL ^(M)	Italia	Desipramină	dibenzazepinic	385	278
NORTRILEN ^(M)	Elveția	Nortriptilină	dibenzocicloheptadienic	386	278
NORTRIPTILINA ^(M)	România	Nortriptilină	dibenzocicloheptadienic	387	278
NORVAL ^(M)	Anglia	Mianserină	dibenzazepinic	388	279
NORZEPINE ^(M)	Portugalia	Nortriptilină	dibenzocicloheptadienic	389	279
NOVERIL ^(M)	Anglia	Dibenzepină	dibenzodiazepinic	410	282
NOVOPRAMINE ^(M)	Canada	Imipramină	dibenzazepinic	419	283
NOVOTRIPTYN ^(M)	Canada	Amitriptilină	dibenzocicloheptanic	423	284
NOVOXAPIN ^(M)	Spania	Doxepină	dibenzoxepinic	424	284
OASIL-M ^(M)	Grecia	Amitriptilină	dibenzocicloheptanic	3	288
ODEOXIL ^(M)	Grecia	Imipramină	dibenzazepinic	65	309
OPPANYL ^(M)	Anglia	Imipramină	dibenzazepinic	167	332
OPTIMOL ^(M)	Israel	Cipramol	dibenzazepinic	171	332
OPTIMAX ^(M)	Anglia	Triptofan	triptofanic	181	335
ORIGEN ^(M)	Ungaria	Trocimină	aminobenzilic	213	342
PACITRON ^(M)	Anglia	Triptofan	triptofanic	14	353
PAMELOR ^(M)	SUA	Nortriptilină	dibenzocicloheptadienic	61	357
PANPRAMINE ^(M)	Anglia	Imipramină	dibenzazepinic	82	361
PAXTIBI ^(M)	Spania	Nortriptilină	dibenzocicloheptadienic	304	405
PERENIUM ^(M)	Franța	Toloxaton	oxazolidinic	371	417
PERTOFRAN ^(M)	Anglia	Desipramină	dibenzazepinic	428	553
PERTOFRANA ^(M)	Spania	Desipramină	dibenzazepinic	429	553
PERTOFRANE ^(M)	SUA	Desipramină	dibenzazepinic	429	553
PERTOFRIN ^(M)	Suedia	Desipramină	dibenzazepinic	429	553
PETYLYL ^(M)	RDG	Desipramină	dibenzazepinic	452	560
PIRAZICOL ^(M)	Iugoslavia	Pirlindol	carbazolic	539	571
POLYSAL ^(M)	Grecia	Amitriptilină	dibenzocicloheptanic	639	584
PRAGMAZONE ^(M)	Franța	Trazodonă	triazopiridinic	727	599
PRAMINIL ^(M)	Anglia	Imipramină	dibenzazepinic	731	600
PRAMOLAN ^(M)	Polonia	Cipramol	dibenzazepinic	733	600
PRAVIDEL ^(M)	RFG	Bromocriptină	ergocriptinic	737	600
PRAZINIL ^(M)	Franța	Carpipramină	carboxamidic	746	601
PRESAMINE ^(M)	SUA	Imipramină	dibenzazepinic	795	612
PRETONEINE ^(M)	Franța	Oxitriptan	triptofanic	806	615
PRIMONIL ^(M)	Israel	Imipramină	dibenzazepinic	825	618
PRINDOL ^(M)	Finlanda	Iprindol	indolic	837	620
PRODEPRESS ^(M)	Australia	Imipramină	dibenzazepinic	868	627
PROMICOL ^(M)	Elveția	Iprindol	indolic	913	640
FRONDOL ^(M)	Anglia	Iprindol	indolic	918	640
PROTHIADEN ^(M)	Belgia	Desulepin	dibenzotiepinic	963	647
FROTIRELINE ^(M)	Franța	Frotirelină	prolinamidic	966	647
FROTIRELINUM ^(M)	Austria	Frotirelină	prolinamidic	966	647
PRYLEUGAN ^(M)	RDG	Imipramină	dibenzazepinic	987	651
PSICRONIZER ^(M)	Italia	Nomifensină	chinolizinic	1045	660
PSYCHOFORIN ^(M)	Bulgaria	Imipramină	dibenzazepinic	1184	784
QUETIM ^(M)	Franța	Oxitriptan	triptofanic	25	800
QUITACIN ^(M)	Belgia	Doxepină	dibenzoxepinic	37	801
RECCMEX ^(M)	Belgia	Amitriptilină	dibenzocicloheptanic	127	848
RELEFACT ^(M)	Canada	Frotirelin	prolinamidic	203	868
RELISCFM-T ^(M)	Italia	Frotirelin	prolinamidic	208	870
RCECSTENE ^(M)	Canada	Metapramină	dibenzazepinic	381	912
RCLAVIL ^(M)	SUA	Amitriptilină	dibenzocicloheptanic	391	913
RCPRAMINE ^(M)	SUA	Imipramină	dibenzazepinic	407	915

● BETABLOCANTE (BB)

METABLEN ^(M)	Iugoslavia	Timolol	propranolol	M	345	95
MIKERAN ^(M)	Japonia	Carteolol	carbostirilic		467	114
MONOBELTIN ^(M)	Argentina	Bupranolol	propranolol		614	148
NEDIS ^(M)	Argentina	Propranolol	propranolol	N	65	192
NEOBLOC ^(M)	Israel	Metoprolol	propranolol		88	174
NEPTAL ^(M)	RFG	Acebutolol	anilidic		124	199
NELOTEN ^(M)	Argentina	Propranolol	propranolol		336	268
NORMITEN ^(M)	Israel	Atenolol	acetamidic		373	278
OBSIDAN ^(M)	RDG	Propranolol	propranolol	O	45	305
OPOSIM ^(M)	Argentina	Propranolol	propranolol		162	331
OXANOL ^(M)	Spania	Oxprenolol	propranolol		257	348
PALISAN ^(M)	Grecia	Propranolol	propranolol	P	52	356
PANIMIT ^(M)	RFG	Bupranolol	propranolol		75	350
PINDOMEX ^(M)	Finlanda	Pindolol	propranolol		519	558
PINLOC ^(M)	Finlanda	Pindolol	propranolol		521	569
PRADERAL ^(M)	Coreea	Propranolol	propranolol		712	597
PRAKTOL ^(M)	Finlanda	Practolol	acetanilidic		728	600
PRALON ^(M)	Finlanda	Practolol	acetanilidic		729	600
PRANOLOL ^(M)	Norvegia	Propranolol	propranolol		734	600
PRANON ^(M)	Japonia	Propranolol	propranolol		734	600
PRELIS ^(M)	RFG	Metoprolol	propranolol		776	609
PRENORMINE ^(M)	Argentina	Atenolol	acetamidic		786	611
PRENT ^(M)	Elvetia	Acebutolol	anilidic		787	611
PRESTIM ^(M)	Anglia	Timolol	morfolinic		805	615
PROFLAX ^(M)	Argentina	Timolol	morfolinic		884	629
PRONOVAN ^(M)	Norvegia	Propranolol	propranolol		922	640
PROPAYERST ^(M)	Argentina	Propranolol	propranolol		928	641
PROPOL ^(M)	Mexic	Propranolol	propranolol		933	641
PROPPA ^(M)	RFG	Propranolol	propranolol		936	642
PROPRAL ^(M)	Finlanda	Propranolol	propranolol		936	642
RECETAN ^(M)	Italia	Butidrină	metanolic	R	108	842
REDUCOR ^(M)	Finlanda	Propranolol	propranolol		128	848
REGLETIN ^(M)	Japonia	Alprenolol	propranolol		170	862
RHODIASECTRAL ^(M)	RFG	Acebutolol	isopropilaminic		318	899
RIXIPROL ^(M)	Grecia	Oxprenolol	propranolol		364	910

● NEUROLEPTICE (NL)

MACTYL ^(M)	Coreea	Sulpiridă	benzamidic	M	15	8
MAJEPTIL ^(M)	Franta	Tioproperezină	fenotiazinic		39	16
MALLOROL ^(M)	Suedia	Tioridazină	fenotiazinic		59	19
MARIASTEL ^(M)	Grecia	Sulpiridă	benzamidic		105	37
MAROPHEN ^(M)	RDG	Clorfenetazină	fenotiazinic		117	40
MASO-SERPINE ^(M)	SUA	Reserpină	Rauwolfia		137	45
MAYEPTIL ^(M)	RFG	Tioproperezină	fenotiazinic		168	53
MEDI-LORIN ^(M)	Grecia	Haloperidol	butirofenonic		207	64
MEGALECTIL ^(M)	Italia	Butaperazină	fenotiazinic		224	67
MEGAPHEN ^(M)	RDG	Clorpromazină	fenotiazinic		231	68
MELERIL ^(M)	Spania	Tioridazină	fenotiazinic		250	70
MELLARIL ^(M)	SUA	Tioridazină	fenotiazinic		259	71
MELLERETTE ^(M)	Iugoslavia	Tioridazină	fenotiazinic		259	71
MELLERETTEN ^(M)	Elvetia	Tioridazină	fenotiazinic		259	71
MELLERETTES ^(M)	Belgia	Tioridazină	fenotiazinic		259	71
MELLERIL ^(M)	Franta	Tioridazină	fenotiazinic		259	71

MELOZINE ^(M)	Coreea	Tioridazină	fenotiazinic	259	71
MEPARIL ^(M)	Coreea	Alimemazină	fenotiazinic	295	85
MEPASIN ^(M)	URSS	Pecazină	fenotiazinic	296	86
MEPERGAN ^(M)	SUA	Prometazină	fenotiazinic	299	86
MEPHASERPIN ^(M)	Elveția	Reserpină	Rauwolfia	301	86
MEPIROL ^(M)	Grecia	Moperonă	butirofenonic	307	86
MERESA ^(M)	Elveția	Sulpiridă	benzamidic	321	89
MERIPIA ^(M)	Coreea	Tioridazină	fenotiazinic	323	89
MERORIUM ^(M)	Coreea	Tioridazină	fenotiazinic	328	90
METAMIN ^(M)	Japonia	Flupentixol	tioxantenic	360	99
METARAZIN ^(M)	URSS	Proclorperazină	fenotiazinic	370	100
METEXAL ^(M)	Venezuela	Sulpiridă	benzamidic	384	102
METHAZINE ^(M)	SUA	Prometazină	fenotiazinic	387	102
METHOPHENAZIN ^(M)	FRG	Metofenazat	fenotiazinic	391	103
METH-ZINE ^(M)	Australia	Prometazină	fenotiazinic	397	104
METID ^(M)	Franta	Perfenazină	fenotiazinic	398	104
MICEFAL ^(M)	Cehoslovacia	Penfluridol	piperidinic	429	108
MILEZIN ^(M)	Cehoslovacia	Levomepromazină	fenotiazinic	471	115
MI-LONSEREN ^(M)	Spania	Pipotiazină	fenotiazinic	478	116
MINITHIXEN ^(M)	Cehoslovacia	Clorprotixen	tioxantenic	489	119
MINOZINAN ^(M)	Elveția	Levomepromazină	fenotiazinic	498	129
MIRADOL ^(M)	Japonia	Sulpiridă	benzamidic	525	124
MIRBANIL ^(M)	Spania	Sulpiridă	benzamidic	528	125
MIRENIL ^(M)	Polonia	Flufenazină	fenotiazinic	529	125
MISULVAN ^(M)	Argentina	Sulpiridă	benzamidic	540	127
MITIL ^(M)	Anglia	Proclorperazină	fenotiazinic	547	130
MIXATONIL ^(M)	Argentina	Sulpiridă	benzamidic	557	132
MIXIDOL ^(M)	Japonia	Haloperidol	butirofenonic	559	134
MOBAN ^(M)	SUA	Molindon	indolic	572	138
MODAL ^(M)	Israel	Sulpiridă	benzamidic	579	141
MODALINA ^(M)	Italia	Trifluoperazină	fenotiazinic	579	141
MODECATE ^(M)	Anglia	Flufenazină	fenotiazinic	581	142
MODERIL ^(M)	Franta	Rescinnamină	Rauwolfia	592	145
MODITEN	Bulgaria	Flufenazină	fenotiazinic	594	145
DECANOATE ^(M)					
MODITEN-DEPO ^(M)	Iugoslavia	Flufenazină	fenotiazinic	594	145
MODITEN DEPOT ^(M)	Italia	Flufenazină	fenotiazinic	594	145
MODITEN	Anglia	Flufenazină	fenotiazinic	594	145
ENANTHATE ^(M)					
MODITEN FORTE ^(M)	Belgia	Flufenazină	fenotiazinic	594	145
MODITEN	Iugoslavia	Flufenazină	fenotiazinic	594	145
INYECTABLE ^(M)					
MODITEN RETARD ^(M)	Franta	Flufenazină	fenotiazinic	594	145
MODULAN ^(M)	Brazilia	Sulpiridă	benzamidic	595	145
MOPAZINE ^(M)	Franta	Metopromazină	fenotiazinic	636	151
MORNIDINE ^(M)	SUA	Pipamazină	fenotiazinic	669	161
NAUSEDIN ^(M)	Columbia	Prometazină	fenotiazinic	N	42 188
NAUSIDOL ^(M)	Franta	Pipamazină	fenotiazinic	43	188
NAVANE ^(M)	Anglia	Tioxantenă	tioxantenic	45	188
NECTIL ^(M)	Grecia	Promazină	fenotiazinic	63	191
NEDELTRAN ^(M)	Belgia	Alimemazină	fenotiazinic	64	192
NEMACTIL ^(M)	Spania	Periciazină	fenotiazinic	84	194
NEOMAZINE ^(M)	Coreea	Clorpromazină	fenotiazinic	110	198
NEOPROMA ^(M)	Japonia	Metopromazină	fenotiazinic	114	198
NEORIDE ^(M)	Spania	Sulpiridă	benzamidic	116	198
NEO-SERP ^(M)	Canada	Reserpină	Rauwolfia	117	199
NEOZINE ^(M)	Brazilia	Levomepromazină	fenotiazinic	121	199
NEOLET ^(M)	Argentina	Trifluoperazină	fenotiazinic	126	200
NEULACTIL ^(M)	Anglia	Periciazină	fenotiazinic	144	203

NEULEPTIL ^(M)	Franța	Periciazină	fenotiazinic	145	203
NEUPERIL ^(M)	Franța	Periciazină	fenotiazinic	148	204
NEURACTIL ^(M)	Anglia	Levomepromazină	fenotiazinic	150	204
NEURAZINE ^(M)	Egipt	Ciopromazină	fenotiazinic	156	206
NEUROCIL ^(M)	RFG	Levomepromazină	fenotiazinic	166	207
NEUROLIDOL ^(M)	Israel	Droperidol	butirofenonic	177	231
NEURONAL-R ^(M)	RFG	Butaperazină	fenotiazinic	188	234
NEURO-PADIL ^(M)	Italia	Trifluoperazină	fenotiazinic	189	234
NEUROPLEGIL ^(M)	Italia	Promazină	fenotiazinic	192	237
NEVROPROMAZINE ^(M)	Grecia	Ciopromazină	fenotiazinic	225	244
NILERGEX ^(M)	Anglia	Isotipendil	fenotiazinic	238	251
NIPODAL ^(M)	RFG	Prochlorperazină	fenotiazinic	292	262
NITOMAN ^(M)	Anglia	Tetrabenazină	chinolizinic	300	263
NIVOMAN ^(M)	SUA	Trifluoperazină	fenotiazinic	310	266
N-OBLIVION ^(M)	Franța	Metilpentinol	carbamatic	316	267
NONESTON ^(M)	Grecia	Supiridă	benzamidic	344	270
NORCOZINE ^(M)	Japonia	Ciopromazină	fenotiazinic	356	272
NORESTRAN ^(M)	Grecia	Supiridă	benzamidic	358	272
NORMALN ^(M)	Japonia	Trifluoperazină	fenotiazinic	369	277
NORMUM ^(M)	Italia	Supiridă	benzamidic	379	278
NOROFREN ^(M)	Turcia	Pimozidă	butilpiperidinic	381	278
NOTENSIL ^(M)	Anglia	Acipromazină	fenotiazinic	400	281
NOVOFLURAZINE ^(M)	Canada	Trifluoperazină	fenotiazinic	416	283
NOVORIDAZINE ^(M)	Canada	Tioridazină	fenotiazinic	421	284
NOZINAN ^(M)	Elveția	Levomepromazină	fenotiazinic	431	284
NUFAROL ^(M)	Grecia	Supiridă	benzamidic	436	285
NUITAL ^(M)	Franța	Etimemazină	fenotiazinic	437	285
OLDAGEN ^(M)	Argentina	Homofenazină	fenotiazinic	93	314
OMAHA ^(M)	Grecia	Supiridă	benzamidic	111	320
OMCA ^(M)	Austria	Flufenazină	fenotiazinic	113	320
OMITRYL ^(M)	Grecia	Supiridă	benzamidic	116	320
OMPERAN ^(M)	Japonia	Supiridă	benzamidic	123	322
OPELOMIN ^(M)	Japonia	Ciopromazină	fenotiazinic	148	327
OPERTIL ^(M)	Olanda	Oxipertină	indolic	154	328
OPIRAN ^(M)	Franța	Pimozidă	butilpiperidinic	160	331
OPROMAZIN ^(M)	Japonia	Ciopromazină	fenotiazinic	172	332
ORALEP ^(M)	Israel	Pimozidă	butilpiperidinic	186	336
ORAP ^(M)	Ungaria	Pimozidă	butilpiperidinic	188	337
ORAP 24 ^(M)	Argentina	Pimozidă	butilpiperidinic	188	337
ORAP FORTE ^(M)	RFG	Pimozidă	butilpiperidinic	188	337
ORAP FUERTE ^(M)	Spania	Pimozidă	butilpiperidinic	188	337
ORAP NORMAL ^(M)	Spania	Pimozidă	butilpiperidinic	188	337
ORBINAMON ^(M)	RFG	Tioxantenă	tioxantenic	189	337
ORSANIL ^(M)	Finlanda	Tioridazină	fenotiazinic	225	344
ORTHOSERPINA ^(M)	Brazilia	Reserpină	Rauwolfia	228	344
OXAFLUMINE ^(M)	Franța	Oxallumină	fenotiazinic	255	348
OXYPERTIN ^(M)	Austria	Oxipertină	indolic	270	350
OXYPERAZINE ^(M)	Grecia	Trifluoperazină	fenotiazinic	272	351
OZODERPIN ^(M)	Grecia	Supiridă	benzamidic	276	351
PACATAL ^(M)	RFG	Pecazină	fenotiazinic	P 4	352
PACEDOL ^(M)	N. Zeeîandă	Haloperidol	butirofenonic	5	352
PACINOL ^(M)	Danemarca	Flufenazină	fenotiazinic	10	353
PACINOL	Suedia	Flufenazină	fenotiazinic	10	353
PROLONGATUM ^(M)					
PACTAL ^(M)	SUA	Pecazină	fenotiazinic	15	353
PALPEX ^(M)	Mexic	Alimemazină	fenotiazinic	59	355
PANECTYL ^(M)	Canada	Pecazină	fenotiazinic	70	358
PANSEDIL ^(M)	Portugalia	Ciopromazină	fenotiazinic	85	361

PARATIL ^(M)	Finlanda	Sulpiridă	benzamidic	192	385
PARDISOL ^(M)	Franța	Profenamină	fenotiazinic	200	397
PAREGINAN ^(M)	Japonia	Pescinnamină	Rauwolfia	209	388
PARFEZIN ^(M)	URSS	Profenamină	fenotiazinic	212	388
PARKAZINE ^(M)	Ungaria	Dietazină	fenotiazinic	219	391
PARKIN ^(M)	Japonia	Profenamină	fenotiazinic	221	391
PARSIDOL ^(M)	Elveția	Profenamină	fenotiazinic	244	395
PARSITAN ^(M)	Canada	Profenamină	fenotiazinic	244	395
PARSOTIL ^(M)	Spania	Profenamină	fenotiazinic	244	395
PASADEN ^(M)	Belgia	Homofenazină	fenotiazinic	254	396
PASOTOMIN ^(M)	Japonia	Proclorperazină	fenotiazinic	268	398
PAXYL ^(M)	Israel	Clorprotixen	ticxantenic	305	405
PELPHENAZINE ^(M)	Japonia	Perfenazină	fenotiazinic	336	409
PELPICA ^(M)	Belgia	Prometazină	fenotiazinic	337	409
PELUCES ^(M)	Japonia	Haloperidol	butirofenonic	339	410
PENTAZINE ^(M)	SUA	Prometazină	fenotiazinic	353	413
PERATSIN ^(M)	Finlanda	Perfenazină	fenotiazinic	361	413
PERDURETAS	Spania	Prometazină	fenotiazinic	369	417
ANTIHISTAMINICAS ^(M)					
PERFENAZIN ^(M)	Cehoslovacia	Perfenazină	fenotiazinic	374	418
PERFENAZINA ^(M)	Mexic	Perfenazină	fenotiazinic	374	418
PERFENIL ^(M)	Italia	Perfenazină	fenotiazinic	374	418
PERIDOR ^(M)	Israel	Haloperidol	butirofenonic	376	418
PERMITIL ^(M)	Belgia	Flufenazină	fenotiazinic	397	422
PERNAZINIUM ^(M)	Polonia	Perazină	fenotiazinic	399	422
PERPENA ^(M)	Coreea	Perfenazină	fenotiazinic	399	422
PERPHENAN ^(M)	Israel	Perfenazină	fenotiazinic	399	422
PERVETRAL ^(M)	SUA	Oxipendil	fenotiazinic	454	558
PHENACTYL ^(M)	Polonia	Clorpromazină	fenotiazinic	464	561
PHENAZINE ^(M)	Canada	Perfenazină	fenotiazinic	466	561
PHENCEN ^(M)	SUA	Prometazină	fenotiazinic	467	561
PHENERGAN ^(M)	SUA	Prometazină	fenotiazinic	471	562
PHENERHIST ^(M)	SUA	Prometazină	fenotiazinic	472	562
PIMOTID ^(M)	Finlanda	Pimozidă	butilpiperidinic	513	567
PINBIN ^(M)	Japonia	Reserpină	Rauwolfia	517	568
PIPOLPHEN(E) ^(M)	Ungaria	Prometazină	fenotiazinic	532	570
PIRIUM ^(M)	Grecia	Pimozidă	butilpiperidinic	548	573
PLEGICIL ^(M)	Elveția	Acepromazină	fenotiazinic	573	577
PLEGOMAZIN ^(M)	Ungaria	Clorpromazină	fenotiazinic	575	578
PONSITAL ^(M)	RFG	Imiclopazină	fenotiazinic	652	585
PONTIRIDE ^(M)	Mexic	Sulpiridă	benzamidic	653	585
PRAMIN ^(M)	Coreea	Atimemazină	fenotiazinic	730	600
PRAZIL ^(M)	Danemarca	Clorpromazină	fenotiazinic	744	601
PRAZINE ^(M)	Olanda	Promazină	fenotiazinic	745	601
PREPARTEN ^(M)	Mexic	Profenamină	fenotiazinic	791	611
PROCHLORPERAZIN ^(M)	SUA	Proclorperazină	fenotiazinic	864	626
PROCAZINE ^(M)	Japonia	Levomepromazină	fenotiazinic	866	626
FROGAN ^(M)	Australia	Prometazină	fenotiazinic	886	629
PROKETAZINE ^(M)	SUA	Carfenazină	fenotiazinic	893	636
PROLIXIN ^(M)	SUA	Flufenazină	fenotiazinic	899	638
PROMACHEL ^(M)	SUA	Clorpromazină	fenotiazinic	900	638
PROMACHLOR ^(M)	SUA	Clorpromazină	fenotiazinic	900	638
PROMACID ^(M)	Austria	Clorpromazină	fenotiazinic	900	638
PROMACTIL ^(M)	Spania	Clorpromazină	fenotiazinic	901	638
PROMANYL ^(M)	Canada	Promazină	fenotiazinic	902	638
PROMAPAR ^(M)	SUA	Clorpromazină	fenotiazinic	903	638
PROMAX ^(M)	Grecia	Trifluoperazină	fenotiazinic	905	638
PROMAZ ^(M)	SUA	Clorpromazină	fenotiazinic	906	638
PROMAZETTES ^(M)	Canada	Promazină	fenotiazinic	907	638

PROMAZIN ^(M)	Polonia	Promazină	fenotiazinic	907 ... 638
PROMEGAN ^(M)	Venezuela	Prometazină	fenotiazinic	909 ... 639
PROMEXIN ^(M)	Japonia	Clorpromazină	fenotiazinic	910 ... 639
PROMEZERINE ^(M)	Canada	Promazină	fenotiazinic	912 ... 640
PROMINE ^(M)	SUA	Prometazină	fenotiazinic	914 ... 640
PROMOSOL ^(M)	Canada	Clorpromazină	fenotiazinic	915 ... 640
PROPAPHENIN ^(M)	RDG	Clorpromazină	fenotiazinic	925 ... 640
PROPAPAN ^(M)	Suedia	Propiomazină	fenotiazinic	926 ... 641
PROPTAN ^(M)	Japonia	Pipamperonă	butirofenonic	931 ... 641
PROREX ^(M)	SUA	Prometazină	fenotiazinic	941 ... 643
PROSL ^(M)	Japonia	Protipendil	fenotiazinic	954 ... 646
PROCTACTYL ^(M)	Danemarca	Promazină	fenotiazinic	955 ... 646
PROTHAZIN ^(M)	SUA	Prometazină	fenotiazinic	962 ... 647
PROTHIA ^(M)	Japonia	Prometazină	fenotiazinic	962 ... 647
PROTHIAZINE ^(M)	Israel	Prometazină	fenotiazinic	964 ... 647
PROTRAN ^(M)	Austria	Clorpromazină	fenotiazinic	976 ... 649
PRO-TRAN ^(M)	Canada	Promazină	fenotiazinic	978 ... 649
PROVIGAN ^(M)	SUA	Prometazină	fenotiazinic	981 ... 649
PROZIL ^(M)	Danemarca	Clorpromazină	fenotiazinic	982 ... 649
PROZIN ^(M)	Italia	Clorpromazină	fenotiazinic	982 ... 649
PROZINE ^(M)	Italia	Promazină	fenotiazinic	983 ... 649
PROZYL ^(M)	Grecia	Promazină	fenotiazinic	983 ... 649
PSICOCEN ^(M)	Spania	Sulpirid	benzamidic	1027 ... 658
PSICOPERIDOL ^(M)	Danemarca	Trifluoperidol	butirofenonic	1037 ... 659
PSYCHOPERIDOL ^(M)	Austria	Trifluoperidol	butirofenonic	1187 ... 785
PSYCHOSON ^(M)	Belgia	Clotiapină	dibenzotiazepinic	1189 ... 785
PSYCHOZINE ^(M)	SUA	Clorpromazină	fenotiazinic	1191 ... 785
PSYLACTIL ^(M)	Finlanda	Clorpromazină	fenotiazinic	1192 ... 785
PSYMOD ^(M)	SUA	Piperacetazină	fenotiazinic	1193 ... 785
PSYQUIL ^(M)	Elveția	Trifluopromazină	fenotiazinic	1194 ... 785
PSYTOMIN ^(M)	Japonia	Perazină	fenotiazinic	1196 ... 785
PYRETHIA ^(M)	Japonia	Prometazină	fenotiazinic	1230 ... 797
PYRIKAPPL ^(M)	Japonia	Sulpiridă	benzamidic	1232 ... 797

REMICIN ^(M)	Coreea	Rescinnamină	Rauwolfia	215	879
REMSSED ^(M)	SUA	Prometazină	fenotiazinic	218	870
REPELTIN ^(M)	RFG	Alimemazină	fenotiazinic	233	820
REPOSE ^(M)	SUA	Butaperazină	fenotiazinic	239	883
RESCALCID ^(M)	Suedia	Rescinnamină	Rauwolfia	245	884
RESCAMIN ^(M)	Suedia	Rescinnamină	Rauwolfia	245	884
RESCIMIN ^(M)	Spania	Rescinnamină	Rauwolfia	245	884
RESCINATE ^(M)	Japonia	Rescinnamină	Rauwolfia	245	884
RESCISAN ^(M)	Suedia	Rescinnamină	Rauwolfia	247	885
RESCITENS ^(M)	Italia	Rescinnamină	Rauwolfia	247	885
RESE-LAR ^(M)	Spania	Reserpină	Rauwolfia	248	885
RESEKPINI ^(M)	Japonia	Reserpină	Rauwolfia	252	886
RESEKPOID ^(M)	SUA	Reserpină	Rauwolfia	252	886
RESEKPUR ^(M)	Norvegia	Reserpină	Rauwolfia	252	886
RESEKUTIN ^(M)	Japonia	Reserpină	Rauwolfia	252	886
RESILOID ^(M)	Japonia	Rescinnamină	Rauwolfia	254	886
RESINE ^(M)	SUA	Reserpină	Rauwolfia	255	886
RESIPAL ^(M)	Norvegia	Rescinnamină	Rauwolfia	256	886
RESCCALM ^(M)	Japonia	Reserpină	Rauwolfia	258	886
RESOMINE ^(M)	Belgia	Reserpină	Rauwolfia	258	886
RESPIL ^(M)	Grecia	Reserpină	Rauwolfia	262	887
RESTFUL ^(M)	Grecia	Sulpiridă	benzamidic	269	888
RIBORING ^(M)	Coreea	Trifluoperazină	fenotiazinic	320	899
RIDAZIN ^(M)	Israel	Tioridazină	fenotiazinic	326	900
RIVASIN ^(M)	RFG	Reserpină	Rauwolfia	358	909
RODIPAL ^(M)	RFG	Profenamină	fenotiazinic	388	913
ROLAMETHAZINE ^(M)	SUA	Prometazină	fenotiazinic	389	913
ROMERGAN ^(M)	România	Prometazină	fenotiazinic	397	914
ROMTIAZIN ^(M)	România	Prometazină	fenotiazinic	400	914
RONEXINE ^(M)	Israel	Levomepromazină	fenotiazinic	403	915
ROXEL ^(M)	SUA	Reserpină	Rauwolfia	420	920
ROXINOID ^(M)	SUA	Reserpină	Rauwolfia	420	920
ROZEX ^(M)	Japonia	Rescinnamină	Rauwolfia	423	920
RYSER ^(M)	Australia	Reserpină	Rauwolfia	442	923

● IZOLEPTICE (LI)

MANIALIT ^(M)	Italia	Litiu carbonic	M	70	23
MANIPREX ^(M)	Belgia	Litiu carbonic		79	33
MIKROPLEX	RFG	Litiu carbonic		469	115
LITHIUM ^(M)					
MILITHIN ^(M)	Grecia	Litiu carbonic		472	115
NEUROLEPSIN ^(M)	Austria	Litiu carbonic	N	174	208
NEUROLITIUM ^(M)	Elveția	Litiu gluconat		180	233
PFI-LITHIUM ^(M)	SUA	Litiu carbonic	P	455	561
PHASAL ^(M)	Anglia	Litiu carbonic		460	561
PLENUR ^(M)	Spania	Litiu carbonic		577	578
PRIADEL ^(M)	Anglia	Litiu carbonic		817	617
QUILONORM ^(M)	SUA	Litiu acetat	Q	30	800
QUILONUM ^(M)	RFG	Litiu acetat		31	800

● PSIHOSTIMULENTE (PS)

MAGRENE ^(M)	Italia	Amfepramonă	propiofenonic	M	33	15
MAGRENE R ^(M)	Portugalia	Amfepramonă	propiofenonic		33	15
MAKETHIN ^(M)	Israel	Fenmetrazină	morfolinic		43	17

MAXITON ^(M)	Elveția	Dexamfetamină	feniletilaminic	165	53
MAZANOR ^(M)	SUA	Mizindol	indolic	172	54
MAZILDENE ^(M)	Italia	Mizindol	indolic	172	54
MEDEX ^(M)	SUA	Dexamfetamină	feniletilaminic	200	63
MEGREFOR ^(M)	Turcia	Fenfluramină	feniletilaminic	236	63
MEBIS ^(M)	Japonia	Citicolină	colinic	237	63
MENFIAT ^(M)	SUA	Fendimetrazină	morfolinic	251	70
MENOCIL ^(M)	Elveția	Aminorex	oxazolonic	282	81
MENTIS ^(M)	Italia	Parisdonal	dimetilaminoetanolic	290	84
MENUTIL ^(M)	Belgia	Amfepramonă	feniletilaminic	293	85
MEPHADEXAMIN ^(M)	Elveția	Dexamfetamină	feniletilaminic	300	86
MEPHENTERMIN ^(M)	RDG	Mefentermină	feniletilaminic	305	86
MERATRAN ^(M)	SUA	Pipradrol	metanolic	317	87
METAMINE ^(M)	SUA	Metamfetamină	feniletilaminic	361	99
METANEVRON ^(M)	Spania	Citicolină	colinic	365	99
METHAMPEX ^(M)	SUA	Metamfetamină	feniletilaminic	385	102
METHIDATE ^(M)	Canada	Metilfenidat	feniletilaminic	388	102
METHOXYN ^(M)	SUA	Metamfetamină	feniletilaminic	394	103
METYLOFENIDAN ^(M)	RFG	Metilfenidat	feniletilaminic	413	105
MINIFAGE ^(M)	Franta	Fenfluramină	feniletilaminic	486	118
MINISCAP ^(M)	Elveția	Catină	feniletilaminic	488	119
MINOBESSE F ^(M)	Anglia	Fentermină	feniletilaminic	494	119
MINUSIN ^(M)	SUA	Fendimetrazină	morfolinic	501	120
MIRAPRONT ^(M)	Elveția	Catină	feniletilaminic	502	120
MODERATAN ^(M)	Austria	Fentermină	feniletilaminic	527	124
MONOPHOS ^(M)	Franta	Amfepramonă	feniletilaminic	590	140
MYAMIN ^(M)	SUA	Amfetamină	feniletilaminic	625	149
	Japonia	Pemolină	feniletilaminic	727	173

	Elveția	Elveția			N	
NADEX ^(M)	SUA	Amfepramoni		dimetilaminobutambolic	2	180
NATOREXIC ^(M)	SUA	Amfepramoni		propiofenonic	36	197
NEOBES ^(M)	Mexic	Amfepramoni		propiofenonic	87	194
NEORINE ^(M)	Canada	Metamfetamină		feniletilaminic	96	195
NEO-NILOREX ^(M)	SUA	Fendimetrazină		morfolinic	112	198
NEO-SOLDANA ^(M)	Elveția	Citicolină		feniletilaminic	118	199
NETTO-LONGCAPS ^(M)	RFG	Fentermină		feniletilaminic	140	203
NEUCOLIS ^(M)	Japonia	Citicolină		colinic	143	203
NEURODYNAMICUM ^(M)	Spania	Citicolină		colinic	169	207
NEUROMYFAR ^(M)	Spania	Sulfiridă		banzamidic	184	233
NICHOLIN ^(M)	Italia	Citicolină		colinic	272	259
NILPOID ^(M)	Brazilia	Fenproporex		feniletilaminic	289	251
NITAN ^(M)	Israel	Pemolină		feniletilaminic	298	263
NITICOLIN ^(M)	Japonia	Pemolină		feniletilaminic	299	263
NOBESINE ^(M)	Canada	Amfepramoni		feniletilaminic	355	272
NORCAMPHANE ^(M)	SUA	Fencamfamină		feniletilaminic	366	274
NORMADRINE ^(M)	SUA	Metamfetamină		feniletilaminic	380	273
NORODIN ^(M)	SUA	Metamfetamină		feniletilaminic	420	283
NOVO REDUGRAS ^(M)	Argentina	Amfepramoni		propiofenonic	425	234
NOVYDRINE ^(M)	Israel	Amfetamină		feniletilaminic	435	235
NU-DI-SPOZ ^(M)	SUA	Amfepramoni		propiofenonic	440	235
NULOBES ^(M)	Argentina	Amfepramoni		propiofenonic	441	235
NUMATOL ^(M)	Spania	Citicolină		colinic	441	235

OBACIN ^(M)	SUA	Fendimetrazină		feniletilaminic	5	233
OBALAN ^(M)	SUA	Fendimetrazină		feniletilaminic	5	288
OBEDREX ^(M)	Argentina	Fenfluramină		feniletilaminic	7	239
OBEDRIN-LA ^(M)	SUA	Metamfetamină		feniletilaminic	9	288

OBENON ^{(1)(M)}	Columbia	Mazindol	Indolic	10	233
OBESIN ^(M)	RDG	Propilhexedrină	difeniletilaminic	12	232
OBESONIL ^(M)	SUA	Dexamfetamină	feniletilaminic	13	237
OBETROL ^(M)	Turcia	Fenfluramină	feniletilaminic	14	237
OBEX ^(M)	Elveția	Fentermină	feniletilaminic	15	237
OBEZINE ^(M)	SUA	Fendimetrazină	feniletilaminic	16	237
OB-TITE ^(M)	SUA	Fendimetrazină	feniletilaminic	47	325
ONA-MAST ^(M)	SUA	Fentermină	feniletilaminic	125	323
ORFEDRINE ^(M)	Franța	Amfetamină	feniletilaminic	227	344
OTRUN ^(M)	RFG	Deanol	dimetilaminoetanolic	251	343
OXADON ^(M)	Coreea	Pemolină	feniletilaminic	254	343
OXYDESS ^(M)	SUA	Metamfetamină	feniletilaminic	268	352
OXYDRIN ^(M)	Anglia	Metamfetamină	feniletilaminic	268	352
PABENOL ^(M)	Italia	Deanol	dimetilaminoetanolic	P 2	352
PANBESY ^(M)	Belgia	Fentermină	feniletilaminic	66	357
PANCLAR ^(M)	Franta	Deanol	dimetilaminoetanolic	68	358
PANREXIN-M ^(M)	SUA	Fendimetrazină	morfolinic	84	361
PANSHAPE ^(M)	SUA	Fentermină	feniletilaminic	87	361
PARMINE ^(M)	SUA	Fentermină	feniletilaminic	233	394
PELLCAPS ^(M)	SUA	Dexamfetamină	feniletilaminic	333	409
PEPTOLIN ^(M)	SUA	Pipradrol	metanolic	359	413
PERNEURON ^(M)	Italia	Mefexamidă	acetamidic	394	422
PERPHOXEN ^(M)	Elveția	Fenproporex	feniletilaminic	398	423
PERVITIN ^(M)	RFG	Metamfetamină	feniletilaminic	436	558
PESEX ^(M)	Brazilia	Fenproporex	feniletilaminic	439	553
PHEDOXE ^(M)	SUA	Metamfetamină	feniletilaminic	462	561
PHEN-70 ^(M)	SUA	Fendimetrazină	morfolinic	463	561
PHENAMIN ^(M)	URSS	Amfetamină	feniletilaminic	465	561
PHENDOREX ^(M)	SUA	Fendimetrazină	morfolinic	469	562
PHENEDRINE ^(M)	Elveția	Amfetamină	feniletilaminic	470	562
PHENOXINE ^(M)	Belgia	Pemolină	feniletilaminic	474	562
PHENTAZINE ^(M)	SUA	Fendimetrazină	morfolinic	475	562
PHENTERMYL	Elveția	Fentermină	feniletilaminic	476	562
WYNCAPS ^(M)					
PHENTROL ^(M)	SUA	Fentermină	feniletilaminic	476	562
PHETADEX ^(M)	Australia	Dexamfetamină	feniletilaminic	477	562
PHILOPON ^(M)	Japonia	Metamfetamină	feniletilaminic	482	562
PIOXOL ^(M)	Canada	Pemolină	feniletilaminic	524	569
PIRIDROL ^(M)	URSS	Pipradrol	metanolic	544	572
PIRITINOL ^(M)	România	Piritinol	piridoxinic	547	572
PLEGINE ^(M)	Italia	Fendimetrazină	morfolinic	574	577
PLUBE ^(M)	Japonia	Citicolină	colinic	584	579
POMADEX ^(M)	SUA	Dexamfetamină	feniletilaminic	641	584
POMOLIN ^(M)	Mexic	Pemolină	feniletilaminic	643	584
PONDERAL ^(M)	Iugoslavia	Fenfluramină	feniletilaminic	645	585
PONDERAX ^(M)	Anglia	Fenfluramină	feniletilaminic	645	585
PONDERAX-R ^(M)	RFG	Fenfluramină	feniletilaminic	645	585
PONDEREX ^(M)	Mexic	Fenfluramină	feniletilaminic	645	585
PONDEX ^(M)	Ungaria	Pemolină	feniletilaminic	646	585
PONDIMIN ^(M)	Canada	Fenfluramină	feniletilaminic	647	585
PONDINOL ^(M)	Franta	Mefenorex	feniletilaminic	648	585
PONDINOL ^(M)	Argentina	Mefenorex	feniletilaminic	648	585
PONFLURAL ^(M)	Elveția	Pemolină	feniletilaminic	649	585
PREFAMONE ^(M)	Franta	Amfepramonă	feniletilaminic	764	606
PRELAZIN ^(M)	Canada	Fenmetrazină	feniletilaminic	775	609
PRELU-2 ^(M)	SUA	Fendimetrazină	morfolinic	778	610
PRELUDINE ^(M)	Franta	Fenmetrazină	feniletilaminic	779	610
PREMODRIN ^(M)	Italia	Metamfetamină	feniletilaminic	784	610

PRE-SATE ^(M)	Canada	Clorfentermină	feniletilaminic	796	612
PREXICIDE ^(M)	Japonia	Pemolină	feniletilaminic	815	617
PRIDANA ^(M)	Spania	Pirisudanol	metanolic	820	617
PROCHOLIN ^(M)	RDG	Deanol	dimetilaminoetanolic	865	626
PROFAMINA ^(M)	Portugalia	Amfetamină	feniletilaminic	875	628
PROFENAMINE ^(M)	SUA	Amfetamină	feniletilaminic	876	628
PROLIGNE ^(M)	Franța	Amfepentorex	feniletilaminic	896	637
PROMOTIL ^(M)	Franța	Prointan	feniletilaminic	916	640
PRONIDIN ^(M)	Canada	Fentermină	feniletilaminic	920	640
PROPOREX ^(M)	Brazilia	Fentermină	feniletilaminic	934	641
PSICOLINA ^(M)	Italia	Deanol pantotenat	dimetilaminoetanolic	1031	659
PSYCHEDRIN ^(M)	Polonia	Amfetamină	feniletilaminic	1183	784
PSYCHOTON ^(M)	Cehoslovacia	Amfetamină	feniletilaminic	1190	785
PYRIDROL ^(M)	URSS	Pipradrol	metanolic	1231	797
RACEPHEN ^(M)	SUA	Amfetamină	feniletilaminic	R 6	803
RANKOTIP ^(M)	RFG	Catină	feniletilaminic	32	806
RAPHETAMINE ^(M)	SUA	Amfetamină	feniletilaminic	33	806
REACTIVAN ^(M)	Anglia	Fencamfamină	feniletilaminic	78	819
RECATOL ^(M)	RFG	Catină	feniletilaminic	102	838
RECOGNAN ^(M)	Japonia	Citicolină	colinic	113	843
RECREIN ^(M)	Japonia	Deanol tartrat	DMAE	116	843
REDUCTO ^(M)	Austria	Fendimetrazină	morfolinic	130	848
REGENON ^(M)	Belgia	Amfepramonă	feniletilaminic	164	861
REGENONE ^(M)	RFG	Amfepramonă	feniletilaminic	164	861
REGIBON ^(M)	Canada	Amfepramonă	feniletilaminic	164	861
REGIM ^(M)	Brazilia	Amfepramonă	feniletilaminic	164	861
REGULIN ^(M)	Austria	Fentermină	feniletilaminic	174	863
RESUCIL ^(M)	Italia	Deanol	DMAE	274	888
RETON ^(M)	SUA	Fendimetrazină	morfolinic	284	892
REVIBOL ^(M)	Iugoslavia	Pemolină	feniletilaminic	304	896
REXIGEN ^(M)	Franța	Clobenzorex	feniletilaminic	307	897
REXORT ^(M)	Franța	Citicolină	colinic	308	897
RILATIN ^(M)	Elveția	Metilfenidat	feniletilaminat	333	901
RISATARUN ^(M)	RFG	Deanol	DMAE	342	903
RISCHIARIL ^(M)	Italia	Deanol	DMAE	346	905
RITALINA ^(M)	Suedia	Metilfenidat	feniletilaminat	349	905
RITALINE ^(M)	Franța	Metilfenidat	feniletilaminat	349	905
RITONIC ^(M)	Elveția	Metilfenidat	feniletilaminat	353	908
ROBESE ^(M)	SUA	Dexamfetamină	feniletilaminat	375	911
RO-DIET ^(M)	SUA	Amfepramonă	propiofenonic	379	912
ROLAPHENT ^(M)	SUA	Fentermină	feniletilaminat	390	913
RONDIMEN ^(M)	RFG	Mefenorex	feniletilaminat	402	915
RONYL ^(M)	Anglia	Pemolină	feniletilaminat	404	915
ROPLEDGE	SUA	Fendimetrazină	morfolinic	406	915
ROXYN ^(M)	SUA	Metamfetamină	feniletilaminat	421	920
RUPIS ^(M)	Japonia	Citicolină	citicolic	436	922

● TRANCHILIZANTE (TRC)

MADAR ^(M)	Belgia	Nordazepam	benzodiazepinic	M 17	8
MAEVA ^(M)	Italia	Temazepam	benzodiazepinic	21	12
MAR-BATE ^(M)	SUA	Meprobamat	propandiolic	90	35
MASMORAN ^(M)	RFG	Hidroxizin	difenilmetanic	133	44
MASO-BAMATE ^(M)	SUA	Meprobamat	propandiolic	134	44
MECAROL ^(M)	Italia	Metilpentinol	carbamic	194	61
MECAZINE ^(M)	Canada	Meclozină	difenilmetanic	195	61
MEDILIUM ^(M)	Canada	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	206	64

MEDIPAX ^(M)	Portugália	Dipotassium clorazepat	benzodiazepinic	206	64
MEDITRAN ^(M)	Canada	Meproramát	propandiolic	209	64
MEDURIN ^(M)	Iugoslavia	Medazepam	benzodiazepinic	215	65
MEBEAMINIA ^(M)	Spania	Orfenadrinã	difenilmetanic	216	65
MEGADON ^(M)	Austria	Nitrazepam	benzodiazepinic	222	67
MEGASSDAN ^(M)	Spania	Mezazepam	benzodiazepinic	223	68
MELPAZIL ^(M)	Brazilia	Diacepam	benzodiazepinic	263	73
MENDON ^(M)	Coreea	Dipotassium clorazepat	benzodiazepinic	270	75
MENESIN ^(M)	Japonia	Metefesin	glicerolic	271	76
MEPAVLON ^(M)	Spania	Meproramát	propandiolic	297	86
MEPENTAMAT ^(M)	Franta	Metilpentinol	carbamic	298	86
MEPHATE ^(M)	SUA	Metefesin	glicerolic	302	86
MEPHELOR ^(M)	Anghia	Metefesin	glicerolic	302	86
MEPHENAMIN ^(M)	RFG	Orfenadrinã	difenilmetanic	303	86
MEPHEROL ^(M)	SUA	Metefesin	glicerolic	306	86
MEPIZIN ^(M)	Grecia	Oxazepam	benzodiazepinic	308	86
MEPRATE ^(M)	Anghia	Meproramát	propandiolic	309	87
MEPRIAM ^(M)	SUA	Meproramát	propandiolic	309	87
MEPRIN ^(M)	Argentina	Meproramát	propandiolic	309	87
MEPRO ^(M)	Israel	Meproramát	propandiolic	309	87
MEROBAMAT ^(M)	România	Meproramát	propandiolic	311	87
MERPROBIL ^(M)	Suedia	Meproramát	propandiolic	312	89
MERROCER ^(M)	Canada	Meproramát	propandiolic	312	89
MERRODOL ^(M)	Portugália	Carisprodol	propandiolic	313	89
MERROL ^(M)	Italia	Meproramát	propandiolic	315	89
MEROMATE ^(M)	Turcia	Meproramát	propandiolic	315	89
MERIPROBATE ^(M)	Australia	Meproramát	propandiolic	315	89
MERVALDIN ^(M)	Canada	Meproramát	propandiolic	325	90
MESMERIN ^(M)	SUA	Metefesin	propandiolic	331	93
METAMIDOL ^(M)	Brazilia	Lorazepam	benzodiazepinic	339	95
METAZERIN ^(M)	Portugália	Diazepam	benzodiazepinic	359	99
METHOCABAL ^(M)	Mexic	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	375	101
METHOXYDON ^(M)	Japonia	Metocarbamol	carbamic	389	102
METOCASIN ^(M)	SUA	Metocarbamol	carbamic	393	103
METOXADON ^(M)	Japonia	Medazepam	carbamic	400	104
METOXINAN ^(M)	Japonia	Medazepam	benzodiazepinic	406	105
METRACYL ^(M)	Elvetia	Medazepam	benzodiazepinic	407	105
MEVAL ^(M)	Columbia	Guafenesin	glicerolic	408	105
MEZEPAN ^(M)	Elvetia	Meproramát	propandiolic	409	105
MICROBAMAT ^(M)	Canada	Diazepam	benzodiazepinic	414	105
MIDIXIN ^(M)	Austria	Medazepam	benzodiazepinic	421	106
MIDORM ^(M)	SUA	Meproramát	propandiolic	435	109
MILONORM ^(M)	Italia	Flurazepam	propandiolic	450	111
MILPREM ^(M)	Anghia	Meproramát	benzodiazepinic	451	111
MILTAUN ^(M)	Anghia	Meproramát	propandiolic	477	116
MILTOWN ^(M)	Italia	Meproramát	propandiolic	477	116
MILNIANS ^(M)	Anghia	Meproramát	propandiolic	480	116
MINTOSYL ^(M)	Italia	Lormetazepam	benzodiazepinic	480	116
MIOCALINA ^(M)	Suedia	Guafenesin	glicerolic	485	118
MIOFLEX ^(M)	Portugália	Carisprodol	propandiolic	500	120
MIOCLAXENE ^(M)	Italia	Orfenadrinã	difenilmetanic	504	120
MIORIL ^(M)	Franta	Metocarbamol	glicerolic	508	120
MIORRELAX ^(M)	Portugália	Carisprodol	propandiolic	512	120
MLOWAS ^(M)	Brazilia	Oxazepam	propandiolic	516	124
MIOXOM ^(M)	Elvetia	Metocarbamol	benzodiazepinic	517	124
	Italia	Carisprodol	glicerolic	521	124
			propandiolic	522	124

MIRAMEL ^(M)	Elveția	Metilpentinol	alkenic	526	124
MISEDANT ^(M)	SUA	Meprobamat	propandiolic	530	125
MITIDIN ^(M)	Italia	Nitrazepam	benzodiazepinic	546	130
MODERAL ^(M)	Mexic	Lorazepam	benzodiazepinic	586	145
MODERAMIN ^(M)	Elveția	Mefenoxalonă	oxazolidinic	588	145
MODERANE ^(M)	Argentina	Dipotassium clorazepat	benzodiazepinic	589	145
MOGADON ^(M)	Anglia	Nitrazepam	benzodiazepinic	598	146
MONAMIN ^(M)	Danemarca	Meclozină	difenilmetanic	606	146
MONO-DEMETRIN ^(M)	RFG	Prazepam	benzodiazepinic	618	148
MORCAIN(E) ^(M)	Japonia	Benactizină	difenilmetanic	647	157
MORFEX ^(M)	Portugalia	Flurazepam	benzodiazepinic	656	158
MOROSAN ^(M)	Elveția	Diazepam	benzodiazepinic	670	161
MULTUM ^(M)	RFG	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	695	170
MURCIL ^(M)	SUA	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	698	171
MURELAX ^(M)	Austria	Oxazepam	benzodiazepinic	699	171
MYANESIN ^(M)	Anglia	Mefenesin	glicerolic	728	178
MYANOL ^(M)	Japonia	Mefenesin	glicerolic	728	178
MYOCURAN ^(M)	RDG	Mefenesin	glicerolic	768	178
MYOLAX ^(M)	SUA	Mefenesin	glicerolic	728	178
MYOMETHOL ^(M)	Israel	Metocarbamol	glicerolic	731	179
MYOTEN ^(M)	SUA	Mefenesin	glicerolic	732	179
MYOTRAN ^(M)	SUA	Orfenadrină	difenilmetanic	733	179
NACK ^(M)	Canada	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	11	180
NANSIUS ^(M)	Spania	Dipotassium clorazepat	benzodiazepinic	13	181
NAPOTON ^(M)	România	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	15	181
NARCOZEP ^(M)	Franta	Flunitrazepam	benzodiazepinic	31	186
NARSIS ^(M)	Japonia	Medazepam	benzodiazepinic	33	186
NATAM ^(M)	Argentina	Flunitrazepam	benzodiazepinic	34	186
NAUZINE ^(M)	Mexic	Meclozină	difenilmetanic	44	188
NAVICALM ^(M)	Spania	Meclozină	difenilmetanic	44	188
NAVICALUR ^(M)	Franta	Meclozină	difenilmetanic	44	188
NAVIZIL ^(M)	Argentina	Medazepam	benzodiazepinic	46	188
NEBOLAN ^(M)	SUA	Camazepam	benzodiazepinic	48	189
NELAXAN ^(M)	Japonia	Fenprobamat	carbamic	79	194
NELBON ^(M)	Japonia	Nitrazepam	benzodiazepinic	80	194
NELMAT ^(M)	Japonia	Nitrazepam	benzodiazepinic	83	194
NEOCALMA ^(M)	Italia	Hidroxyzin	difenilmetanic	89	194
NEO-CALME ^(M)	Canada	Diazepam	benzodiazepinic	90	195
NEOCYTEN ^(M)	SUA	Orfenadrină	difenilmetanic	94	195
NEO FARGEN ^(M)	Grecia	Oxazepam	benzodiazepinic	97	195
NEO GHOSTORIDE ^(M)	Grecia	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	102	197
NEO-ISTAFENE ^(M)	Italia	Meclozină	difenilmetanic	103	197
NEO-TRAN ^(M)	Canada	Meprobamat	propandiolic	119	199
NEPENTINE ^(M)	Belgia	Meprobamat	propandiolic	122	199
NERVIUM ^(M)	Turcia	Diazepam	benzodiazepinic	132	207
NERVONUS ^(M)	Finlanda	Meprobamat	propandiolic	133	202
NESONTIL ^(M)	Argentina	Oxazepam	benzodiazepinic	137	203
NEUCETIN ^(M)	Japonia	Benactizină	difenilmetanic	141	203
NEUCHLONIC ^(M)	Japonia	Nitrazepam	benzodiazepinic	142	203
NEUMAX ^(M)	Japonia	Nitrazepam	benzodiazepinic	147	204
NEURAMATE ^(M)	SUA	Meprobamat	propandiolic	151	204
NEURAXIN ^(M)	SUA	Metocarbamol	glicerolic	155	205
NEURISTAN ^(M)	Argentina	Trimetozină	morfolinic	157	206
NEUROBENZILE ^(M)	Italia	Benactizină	difenilmetanic	162	206
NEUROLAX ^(M)	Bulgaria	Hidroxyzin	difenilmetanic	173	207
NEUROLYTRIL ^(M)	RFG	Diazepam	benzodiazepinic	181	233

NEUROMIT ^(M)	Japonia	Medazepam	benzodiazepinic	183	233
NEUROPROCIN ^(M)	Canada	Ectiluree	ureic	194	237
NEUROTON ^(M)	RDG	Guaifenesin	glicerolic	202	239
NEUROZINA ^(M)	Italia	Hidroxyzin	difenilmetanic	205	243
NEVRACTEN ^(M)	Mexic	Dipotassium clorazepat	benzodiazepinic	211	243
NEVRUM ^(M)	Italia	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	264	257
NICHIRAKISHIN S ^(M)	Japonia	Metocarbamol	glicerolic	271	259
NIC-IMA ^(M)	Argentina	Lorazepam	benzodiazepinic	273	259
NITRADORM ^(M)	Olanda	Nitrazepam	benzodiazepinic	301	263
NITRADOS ^(M)	Anglia	Nitrazepam	benzodiazepinic	301	263
NITRAZEPAM ^(M)	România	Nitrazepam	benzodiazepinic	302	263
NITRAZEPOL ^(M)	Brazilia	Nitrazepam	benzodiazepinic	303	263
NITRENPAZ ^(M)	Brazilia	Nitrazepam	benzodiazepinic	303	263
NIVALEN ^(M)	Suedia	Diazepam	benzodiazepinic	304	263
NIVELTON ^(M)	Brazilia	Medazepam	benzodiazepinic	309	266
NOAN ^(M)	Italia	Diazepam	benzodiazepinic	311	266
NOAN-GAP ^(M)	Grecia	Lorazepam	benzodiazepinic	312	266
NOBELYSE ^(M)	Japonia	Meprobamat	propandiolic	313	266
NOBRAKSIN ^(M)	Turcia	Medazepam	benzodiazepinic	317	267
NOBRAL ^(M)	Turcia	Medazepam	benzodiazepinic	317	267
NOBRIUM ^(M)	Anglia	Medazepam	benzodiazepinic	317	267
NOCTAMID ^(M)	Elvetia	Lormetazepam	benzodiazepinic	320	267
NOCTAZEPAM ^(M)	RFG	Oxazepam	benzodiazepinic	321	267
NOCTEM ^(M)	Italia	Nitrazepam	benzodiazepinic	322	267
NOCTOSOM ^(M)	Israel	Flurazepam	benzodiazepinic	324	267
NOCTYNOL ^(M)	Anglia	Mefenesin	glicerolic	326	268
NOIAFREN ^(M)	Spania	Clobazam	benzodiazepinic	334	268
NOILESS ^(M)	Japonia	Meprobamat	propandiolic	345	268
NONAZEPAM ^(M)	Coreea	Lorazepam	benzodiazepinic	342	268
NORFLEX ^(M)	Anglia	Orfenadrinã	difenilmetanic	361	272
NORMIDE ^(M)	Spania	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	371	277
NORMISON ^(M)	Anglia	Temazepam	benzodiazepinic	372	277
NOSPAN ^(M)	Suedia	Tibamat	propandiolic	395	280
NOSTEL ^(M)	Japonia	Etdlorvinol	alkenic	397	281
NOTARAL ^(M)	Brazilia	Oxazepam	benzodiazepinic	399	281
NOVAMATO ^(M)	Spania	Meprobamat	propandiolic	406	282
NOVHEPAR ^(M)	Grecia	Lorazepam	benzodiazepinic	411	283
NOVODIPAM ^(M)	Canada	Diazepam	benzodiazepinic	414	283
NOVOFLUPAM ^(M)	Canada	Flurazepam	benzodiazepinic	415	283
NOVOMEPRO ^(M)	Canada	Meprobamat	propandiolic	417	283
NOVOPOXIDE ^(M)	Canada	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	418	283
NOVOSED ^(M)	Italia	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	422	284
NOXABEN ^(M)	Mexic	Lorazepam	benzodiazepinic	426	284
NOXOKRATIN ^(M)	Austria	Metilpentinol	alkenic	428	284
NUCTALON ^(M)	Franta	Estazolam	benzodiazepinic	433	284
NULANS ^(M)	Italia	Oxazepam hemisuccinat	benzodiazepinic	438	285
NUMBON ^(M)	Israel	Nitrazepam	benzodiazepinic	443	285
NUNAZEPAM ^(M)	Coreea	Temazepam	benzodiazepinic	445	285
NUNCITAL ^(M)	Suedia	Emilcamat	carbamatic	446	286
NUTINAL ^(M)	Anglia	Benactizinã	difenilmetanic	449	287
OASIL ^(M)	Grecia	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	1	288
OASIL ^(M)	Elvetia	Meprobamat	propandiolic	2	288
OBLEVIL ^(M)	Italia	Metilpentinol	alkenic	34	298
OBLIVON ^(M)	Elvetia	Metilpentinol	alkenic	34	298
O.C.M. ^(M)	Argentina	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	54	306
ODEON ^(M)	Japonia	Meprobamat	propandiolic	64	309

OFFTERROR ^(M)	Japonia	Pipetanat	difenilmetanic	82	312
OKSAZEPAM ^(M)	Iugoslavia	Oxazepam	benzodiazepinic	91	314
OLCADIL ^(M)	Franta	Cloazolam	benzodiazepinic	92	314
OLOSED ^(M)	Italia	Metilpentinof	carbamic	109	320
OMNALIO ^(M)	Spania	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	117	321
OPALENE ^(M)	Franta	Trimetozina	morfolinic	146	327
OPTARAKT ^(M)	RFG	Meprobamat	propandiolic	175	333
ORANIXON ^(M)	Olanda	Mefenesina	glicerolic	187	337
ORESON ^(M)	SUA	Guaifenesin	glicerolic	193	338
ORFEN ^(M)	Finlanda	Orfenadrina	difenilmetanic	195	338
ORFIDAL ^(M)	Spania	Lorazepam	benzodiazepinic	196	338
ORGASIPAL ^(M)	Belgia	Orfenadrina	difenilmetanic	204	340
ORGATRA ^(M)	SUA	Hidroxizin	difenilmetanic	206	341
ORMODON ^(M)	Anglia	Nitrazepam	benzodiazepinic	216	343
ORPHENADRIN ^(M)	RFG	Orfenadrina	difenilmetanic	222	343
ORPHENASINE ^(M)	Coreea	Orfenadrina	difenilmetanic	222	343
ORTOPSISQUE ^(M)	Mexic	Diazepam	benzodiazepinic	235	345
OXAZEPAM ^(M)	România	Oxazepam	benzodiazepinic	239	348
OX-PAM ^(M)	Canada	Oxazepam	benzodiazepinic	266	350
PACERFIN ^(M)	Mexic	Diazepam	benzodiazepinic	P 7	353
PACIDRIM ^(M)	Mexic	Nitrazepam	benzodiazepinic	8	353
PACISYN ^(M)	Finlanda	Nitrazepam	benzodiazepinic	12	353
PACITRAN ^(M)	Brazilia	Diazepam	benzodiazepinic	13	353
PALMITA ^(M)	Japonia	Fenprobamat	carbamic	56	356
PANEVRIL ^(M)	Portugalia	Camazepam	benzodiazepinic	72	360
PANKALMA ^(M)	Italia	Meprobamat	propandiolic	76	360
PANTRANQUIL ^(M)	Anglia	Meprobamat	propandiolic	93	362
PARABAXIN ^(M)	SUA	Metocarbamol	propandiolic	102	363
PARAGONE ^(M)	Israei	Benactizina	difenilmetanic	121	367
PARAQUICK ^(M)	Spania	Fenprobamat	carbamic	180	381
PARASAN ^(M)	Danemarca	Benactizina	difenilmetanic	182	381
PAREKIN ^(M)	Finlanda	Orfenadrina	difenilmetanic	203	387
PARPON ^(M)	Japonia	Benactizina	difenilmetanic	242	395
PASCALIUM ^(M)	Grecia	Bromazepam	benzodiazepinic	256	397
PAS DEPRESS ^(M)	Canada	Hidroxizin	difenilmetanic	257	397
PAVOREX ^(M)	Italia	Metilpentinof	alkenic	294	404
PAX ^(M)	SUA	Meprobamat	propandiolic	295	404
PAXATE ^(M)	Mexic	Diazepam	benzodiazepinic	296	404
PAXEL ^(M)	Canada	Diazepam	benzodiazepinic	297	404
PAXIN ^(M)	Italia	Meprobamat	propandiolic	298	404
PAXIPAM ^(M)	SUA	Halazepam	benzodiazepinic	299	404
PAXISTIL ^(M)	Belgia	Hidroxizin	difenilmetanic	300	404
PAXIUM ^(M)	Portugalia	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	302	404
PAXOR ^(M)	Belgia	Camazepam	benzodiazepinic	303	404
PAZITAL ^(M)	Spania	Medazepam	benzodiazepinic	306	405
PEACEMIN ^(M)	Japonia	Meprobamat	propandiolic	312	406
PEALKIT ^(M)	Japonia	Diazepam	benzodiazepinic	313	406
PELSON ^(M)	Spania	Nitrazepam	benzodiazepinic	338	410
PENSANATE ^(M)	Japonia	Pipetanat	difenilmetanic	348	411
PENSIVE ^(M)	Anglia	Meprobamat	propandiolic	350	412
PENTADORM ^(M)	Austria	Metilpentinof	alkenic	351	413
PENTINOL ^(M)	RDG	Metilpentinof	alkenic	354	413
PENTYREST ^(M)	Anglia	Metilpentinof	alkenic	357	413
PEREMESIN ^(M)	Elvetia	Meclozina	difenilmetanic	370	417
PEREQUIL ^(M)	Italia	Meprobamat	propandiolic	372	417
PERLOPAL ^(M)	RFG	Metilpentinof	alkenic	389	422
PERSOPIR ^(M)	Italia	Nitrazepam	benzodiazepinic	425	553

PERTRANQUIL ^(M)	Austria	Meprobamat	propandiolic	430	553
PESAL ^(M)	Japonia	Pipetanat	difenilmetanic	438	558
PETHANAIL ^(M)	Japonia	Pipetanat	difenilmetanic	443	559
PHENCOL ^(M)	Japonia	Fenprobamat	carbamic	468	561
PHENOXADRINE ^(M)	Franța	Feniltoloxamină	difenilmetanic	473	562
PHILCORIUM ^(M)	Italia	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	479	562
PHOBEX ^(M)	SUA	Benactizină	difenilmetanic	483	562
PIMAL ^(M)	Australia	Meprobamat	propandiolic	512	567
PINATE ^(M)	Japonia	Pipetanat	difenilmetanic	515	567
PINNES ^(M)	Japonia	Pipetanat	difenilmetanic	522	569
PIPENAL ^(M)	Japonia	Pipetanat	difenilmetanic	528	570
PIPESANE ^(M)	Japonia	Pipetanat	difenilmetanic	530	570
PIPNODINE ^(M)	Japonia	Ferlapină	morfolinic	531	570
PLACIDEX ^(M)	Franța	Mefenoxalonă	carbamic	561	574
PLACIDIA ^(M)	Spania	Lorazepam	benzodiazepinic	562	574
PLACIDYL ^(M)	Canada	Etclorvinol	alkenic	563	574
PLANUM ^(M)	Elveția	Temazepam	benzodiazepinic	567	575
PLIDAN ^(M)	Argentina	Diazepam	benzodiazepinic	580	578
PNEYMIC ^(M)	Grecia	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	590	579
POLIPLEX ^(M)	Columbia	Metocarbamol	glicerolic	626	582
POSTAFEN ^(M)	RFG	Meclozină	difenilmetanic	674	590
PRANTAL ^(M)	Grecia	Diazepam	benzodiazepinic	735	600
PRAOL ^(M)	Grecia	Meprobamat	propandiolic	736	600
PRAXITEN ^(M)	Iugoslavia	Oxazepam	benzodiazepinic	741	601
PRAZENE ^(M)	Italia	Frazepam	benzodiazepinic	742	601
PREQUIL ^(M)	Austria	Meprobamat	propandiolic	793	611
PRIMUM ^(M)	Argentina	Flunitrazepam	benzodiazepinic	826	619
PROBAL ^(M)	Canada	Meprobamat	propandiolic	845	622
PROBAMATO ^(M)	Portugalia	Meprobamat	propandiolic	846	622
PROBAMYL ^(M)	Elveția	Meprobamat	propandiolic	847	622
PROCALM ^(M)	RDG	Benactizină	difenilmetanic	852	624
PROCALMADIOL ^(M)	Franța	Meprobamat	propandiolic	853	624
PROLAX ^(M)	SUA	Mefenesin	glicerolic	895	637
PROMATE ^(M)	SUA	Meprobamat	propandiolic	904	638
PRONTOPAZ ^(M)	Spania	Loprodol	propandiolic	923	640
PRO-PAM ^(M)	Australia	Diazepam	benzodiazepinic	924	640
PROPAX ^(M)	Japonia	Oxazepam	benzodiazepinic	927	641
PROSONNO ^(M)	Italia	Nitrazepam	benzodiazepinic	944	643
PROTENSIN ^(M)	Canada	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	961	647
PROTRAN ^(M)	SUA	Meprobamat	propandiolic	976	649
PSICHIAL ^(M)	Italia	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	1024	658
PSICHOTON ^(M)	Grecia	Clormezanonă	metiltiazinic	1025	658
PSICOFAR ^(M)	Italia	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	1029	659
PSICOLAND ^(M)	Spania	Metilpentinol carbamat	alkenic	1030	659
PSICOPAX ^(M)	Brazilia	Lorazepam	benzodiazepinic	1035	659
PSICOPAX ^(M)	Spania	Oxazepam	benzodiazepinic	1036	659
PSICOPAZ ^(M)	Ecuador	Dipotassium clorazepam	benzodiazepinic	1039	659
PSICOSAN ^(M)	Italia	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	1040	659
PSICOSEDIN ^(M)	Brazilia	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	1040	659
PSICOTERINA ^(M)	Italia	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	1040	659
PSIGODAL ^(M)	Spania	Mepriprazol	pirazolic	1147	660
PSIQUIUM ^(M)	Brazilia	Medazepam	benzodiazepinic	1176	783
PSIQUIWAS ^(M)	Spania	Oxazepam	benzodiazepinic	1177	783
PSYCHOGEN ^(M)	Grecia	Clormezanonă	metiltiazinic	1185	785
PSYCHOPAX ^(M)	Austria	Diazepam	benzodiazepinic	1186	785
PURATA ^(M)	Anglia	Oxazepam	benzodiazepinic	1220	796

QID-BAMATE ^(M)	SUA	Meprobamat	propandiolic	Q	5	773
QUAIT ^(M)	Italia	Lorazepam	benzodiazepinic		7	773
QUANAME ^(M)	Elveția	Meprobamat	propandiolic		8	773
QUANIL ^(M)	Italia	Meprobamat	propandiolic		9	798
QUEN ^(M)	Italia	Oxazepam	benzodiazepinic		15	799
QUETINIL ^(M)	Italia	Diazepam	benzodiazepinic		17	799
QUIANTIN ^(M)	Franța	Oxamidă	hexanamidic		18	799
QUIADON ^(M)	RFG	Oxazolam	benzodiazepinic		19	799
QUIETAL ^(M)	Canada	Meprobamat	propandiolic		23	800
QUIETIDON ^(M)	Italia	Meprobamat	propandiolic		24	800
QUIEVITA ^(M)	Italia	Diazepam	benzodiazepinic		27	800
QUILL ^(M)	Italia	Nitrazepam	benzodiazepinic		29	800
QUIPAX ^(M)	Venezuela	Prazepam	benzodiazepinic		35	801
RADEDORM ^(M)	RDG	Nitrazepam	benzodiazepinic	R	9	803
RADEPUR ^(M)	RDG	Clordiazepoxid	benzodiazepinic		12	804
RAPORAN ^(M)	Australia	Medazepam	benzodiazepinic		34	806
RAVOTRIL ^(M)	Chile	Clonazepam	benzodiazepinic		59	812
RAYSEDAN ^(M)	Argentina	Clordiazepoxid	benzodiazepinic		62	812
REAPAN ^(M)	Olanda	Prazepam	benzodiazepinic		100	838
RELA ^(M)	Canada	Carisoprodol	propandiolic		183	855
RELACT ^(M)	Argentina	Nitrazepam	benzodiazepinic		184	855
RELAFEN ^(M)	Mexic	Metocarbamol	glicerolic		185	855
RELAKSIN ^(M)	Turcia	Meprobamat	propandiolic		186	855
RELANIUM ^(M)	Polonia	Diazepam	benzodiazepinic		187	855
RELANSOL ^(M)	Cehoslov.	Diazepam	benzodiazepinic		187	855
RELASAN ^(M)	Mexic	Diazepam	benzodiazepinic		187	855
RELASOM ^(M)	Mexic	Diazepam	benzodiazepinic		187	855
RELAX ^(M)	Spania	Nitrazepam	benzodiazepinic		196	857
RELAXANT ^(M)	Anglia	Mefenesin	glicerolic		197	857
RELAXAR ^(M)	Italia	Mefenesin	glicerolic		197	857
RELAXIL ^(M)	Canada	Clordiazepoxid	benzodiazepinic		197	857
RELAXIL ^(M)	Belgia	Mefenesin	glicerolic		200	857
RELAXIL ^(M)	Ungaria	Guaifenesin	glicerolic		201	857
RELAXO-POWEL ^(M)	Spania	Carisoprodol	propandiolic		202	857
RELIBERAN ^(M)	Italia	Clordiazepoxid	benzodiazepinic		204	859
RELIMUM ^(M)	Canada	Clordiazepoxid	benzodiazepinic		209	870
RELIVER ^(M)	Japonia	Diazepam	benzodiazepinic		210	870
RELIEZEN ^(M)	Japonia	Diazepam	benzodiazepinic		210	870
RELIZON ^(M)	Japonia	Clormezanona	metiltiazinic		211	870
REMANSIL ^(M)	Mexic	Diazepam	benzodiazepinic		212	870
REMDUE ^(M)	Italia	Flurazepam	benzodiazepinic		213	870
REMESTAN ^(M)	RFG	Temazepam	benzodiazepinic		214	870
RENARCOL ^(M)	SUA	Mefenesin	glicerolic		220	871
RENBORIN ^(M)	Japonia	Diazepam	benzodiazepinic		222	877
RENDVAN ^(M)	Polonia	Guaifenesin	glicerolic		225	878
REORGANIN ^(M)	Elveția	Guaifenesin	glicerolic		228	880
ROSTRAL ^(M)	Suedia	Mefenesin	glicerolic		230	880
REPETOWN ^(M)	Japonia	Meprobamat	propandiolic		238	882
REPOSIUM ^(M)	Grecia	Temazepam	benzodiazepinic		240	883
RESMIT ^(M)	Japonia	Medazepam	benzodiazepinic		257	886
RESPENYL ^(M)	Anglia	Guaifenesin	propandiolic		261	887
RESTENIL ^(M)	Elveția	Meprobamat	propandiolic		267	888
RESTETAL ^(M)	Suedia	Emilcamat	carbamic		268	888
RESTORIL ^(M)	SUA	Temazepam	benzodiazepinic		272	888
RESYL ^(M)	Austria	Guaifenesin	propandiolic		275	889
RETCOL ^(M)	Japonia	Clordiazepoxid	benzodiazepinic		278	890
REXAN ^(M)	Italia	Clormezanona	metiltiazinic		306	897

RIHEX ^(M)		Mefenesin	glicerolic	317	899
RILAZUIL ^(MC)	Italia	Clormezanona	metiltiazinic	332	901
RIPOSON ^(MC)	Italia	Metilpentinol	alkenic	341	903
RISELF ^(M)	Italia	Mefenoxalonă	oxazolidinic	347	905
RISOLID ^(MC)	Danemarca	Clordiazepoxid	benzodiazepinic	348	905
RIVAL ^(M)	Canada	Diazepam	benzodiazepinic	357	909
RIVATRIL ^(M)	Belgia	Clonazepam	benzodiazepinic	359	909
RIVORIL ^(M)	Suedia	Clonazepam	benzodiazepinic	362	910
RIVOTRIL ^(MC)	Anglia	Clonazepam	benzodiazepinic	363	910
RIZE ^(M)	Japonia	Clotiazepam	benzodiazepinic	365	910
ROBAMATE ^(MC)	SUA	Meprobamat	propandiolic	370	911
ROBAMOL ^(M)	SUA	Metocarbamol	glicerolic	371	911
ROBAXAN ^(MC)	Anglia	Metocarbamol	glicerolic	372	911
ROBAXIN ^(MC)	Belgia	Metocarbamol	glicerolic	372	911
ROBINAX ^(MC)	India	Metocarbamol	glicerolic	376	911
ROERIDORM ^(MC)	Suedia	Etclorvinol	alkenic	382	912
ROHYPNOL ^(MC)	Spania	Flunitrazepam	benzodiazepinic	385	913
ROHYPNOL ^(MC)	Franta	Flunitrazepam	benzodiazepinic	386	913
ROI PNOL ^(M)	Italia	Flunitrazepam	benzodiazepinic	387	913
ROLEXIN ^(M)	Coreea	Metocarbamol	glicerolic	392	913
ROMETHOCARB ^(MC)	SUA	Metocarbamol	glicerolic	398	914
RONDAR ^(M)	Italia	Oxazepam	benzodiazepinic	401	915
RO-ORPHENA ^(MC)	SUA	Orfenadrină	difenilmetanic	405	915
RUDDTEL ^(MC)	RDG	Medazepam	benzodiazepinic	430	921

MEDICAMENTE COMPUSE (MC)

MADALEN ^(MC)	Brazilia	Imipramină + Clordiazepoxid	16	8
MADOPAR ^(MC)	Iugoslavia	L-Dopa + Benzodrină	20	12
MAGRILAN P ^(MC)	Argentina	Mazindol + Lorazepam	34	16
MARTIMIL C ^(MC)	Spania	Nortriptilină + Ectilurea	123	41
MAXIBAMATO ^(MC)	Spania	Meprobamat + Dexamfetamină	163	53
M.C. ^(MC)	Spania	Clorpromazină + Prometazină	182	56
MEDJ ^(MC)	Austria	Meprobamat + Beladonă + Ergotamină	211	64
MEGAPHEN C ^(MC)	RFG	Clorpromazină + Prometazină + Reserpină	232	68
MELME ^(MC)	Spania	Amitriptilină + Clordiazepoxid + Homatropină	252	70
MEPROBALEN ^(MC)	Grecia	Meprobamat + Oxazepam	310	87
MEPROBAMAT ^(MC)	Spania	Meprobamat + Cofeină	312	89
MEPROCALM ^(MC)	Elveția	Meprobamat + Reserpină	312	89
MEPRODIL ^(MC)	Grecia	Meprobamat + Hidroxizină	312	89
MEPRONIZINE ^(MC)	Franta	Meprobamat + Acepromazină	312	89
MEPROSEDON ^(MC)	RFG	Meprobamat + Reserpină	312	89
MEPROXYN ^(MC)	Grecia	Meprobamat + Hidroxizină	312	89
MEPROZINE ^(MC)	SUA	Meprobamat + Benactizină	312	89
MILTAMATO R ^(MC)	Spania	Meprobamat + Reserpină	479	116
MILTY SIN ^(MC)	SUA	Meprobamat + Benactizină	481	116
MINITRAN ^(MC)	Grecia	Amitriptilină + Perfenazină	490	119
MINOREX ^(MC)	Brazilia	Amfepramonă + Diazepam	497	119
MODEREX ^(MC)	Brazilia	Amfepramonă + Diazepam	591	145
MONITAZON ^(MC)	Grecia	Meprobamat + Oxazepam	610	147
MOTI ^(MC)	Argentina	Nortriptilină + Flufenazină	677	162
MOTIPRES ^(MC)	Anglia	Nortriptilină + Flufenazină	679	163
MOTIVAL ^(MC)	Franta	Nortriptilină + Flufenazină	681	166
MUSTABON ^(MC)	Olanda	Amitriptilină + Perfenazină	709	173
MUTABASE ^(MC)	Spania	Amitriptilină + Perfenazină	709	173
MUTABON A ^(MC)	Mexic	Amitriptilină + Perfenazină	709	173
MUTABON ^(MC)	Italia	Amitriptilină + Perfenazină	709	173
ANSIOLITICO ^(MC)				

MUTABON	Italia	Amitriptilină+Perfenazină	709	173	
ANTIDEPRESS ^(MC)					
MUTABON-D ^(MC)	Portugalia	Amitriptilină+Perfenazină	709	173	
MUTABON-F ^(MC)	Olanda	Amitriptilină+Perfenazină	709	173	
MUTABON FORTE ^(MC)	Italia	Amitriptilină+Perfenazină	709	173	
MUTABON MITE ^(MC)	Italia	Amitriptilină+Perfenazină	709	173	
MUTANXION ^(MC)	Franța	Amitriptilină+Perfenazină	711	173	
MUTASPLINE ^(MC)	Franța	Amitriptilină+Perfenazină	711	173	
NEO LIBINAL ^(MC)	Grecia	Meprobamat+Oxazepam	N	106	197
NEO LIBRAFIN ^(MC)	Grecia	Meprobamat+Oxazepam	107	197	
NEO NEVROFILLIN ^(MC)	Grecia	Meprobamat+Oxazepam	111	198	
NEO REBAMAT ^(MC)	Grecia	Meprobamat+Oxazepam	115	198	
NEOVALE ^(MC)	Grecia	Meprobamat+Oxazepam	120	199	
NIFALIUM ^(MC)	Grecia	Meprobamat+Diazepam	283	261	
NOBITROL ^(MC)	Spania	Amitriptilină+Medazepam	315	267	
NOCTRAN ^(MC)	Franța	Acepromazină+Dipotassium clorazepat	325	267	
NODAF ^(MC)	Italia	Nortriptilină+Flufenazină	327	267	
NOFRAN ^(MC)	Grecia	Meprobamat+Diazepam	330	268	
NOLOTEN C ^(MC)	Argentina	Propranolol+Diazepam	337	268	
NORFEN ^(MC)	Turcia	Nortriptilină+Perfenazină	359	272	
NORFENAZIN ^(MC)	Spania	Nortriptilină+Perfenazină	360	272	
NUMENCIAL ^(MC)	Mexic	Sulpiridă+Diazepam	444	285	
OBEDREX PLUS ^(MC)	Argentina	Fenfluramină+Amfepramonă	O	8	288
OBSIDYL ^(MC)	Suedia	Amfepramonă+Meprobamat	11	289	
ORPITIL ^(MC)	SUA	Flufenazină+Orfenadrină	224	344	
PACAMETA ^(MC)	Argentina	Orfenadrină+Prometazină+Clorpromazină	P	3	352
PAIDENUR ^(MC)	Spania	Imipramină+Atropină+GABOB	25	354	
PANACTIN ^(MC)	Elveția	Dexamfetamină+Cafeină	63	357	
PANTROP RETARD ^(MC)	RFG	Amitriptilină+Clordiazepoxid	94	362	
PARKS-PLUS ^(MC)	RFG	Amitriptilină+Pridinol	231	394	
PARMODALIN ^(MC)	Italia	Tranilcipromină+Trifluoperazină	234	395	
PARSTELIN ^(MC)	Anglia	Tranilcipromină+Trifluoperazină	247	395	
PASEM ^(MC)	Argentina	Clordiazepoxid+Meprobamat	259	397	
PEFABOL ^(MC)	Grecia	Meprobamat+Oxazepam	327	408	
PENORMIN ^(MC)	Grecia	Meprobamat+Diazepam	347	411	
PERTRIPTYL ^(MC)	Finlanda	Amitriptilină+Perfenazină	431	553	
PHASEIN FORTE ^(MC)	Austria	Orfenadrină+Reserpină	461	561	
PHETOBESE ^(MC)	Danemarca	Dexamfetamină+Metamfetamină	478	562	
PIGUIN ^(MC)	Grecia	Meprobamat+Diazepam	510	567	
PLAFONYL ^(MC)	Argentina	Clordiazepoxid+Desipramină	564	574	
PRELUTAL ^(MC)	Argentina	Fenmetrazină+Prometazină	780	610	
PSICOBLOITZ ^(MC)	Italia	L-Glutamină+Pemolină	1026	658	
PSICODELTA ^(MC)	Italia	L-Glutamină+Pemolină	1028	658	
PSICONOVAG ^(MC)	Argentina	Magnesium Glutamat+Prometazină	1033	659	
PSICO-RETARD ^(MC)	Spania	Meprobamat+Diazepam+Nialamidă	1038	659	
PSYCHORIL ^(MC)	Grecia	Meprobamat+Clordiazepoxid	1188	785	
PSYQUIL	RFG	Trifluopromazină+Petidină	1195	785	
COMPOSITUM ^(MC)					
PULSANTON ^(MC)	Grecia	Meprobamat+Oxazepam	1210	790	
PYSTON ^(MC)	RFG	Nomifensină+Clobazom	1233	797	
RAMBOL ^(MC)	Grecia	Meprobamat+Clordiazepoxid	R	24	805
REDUCTOL ^(MC)	Argentina	Fenproporex+Lorazepam	131	848	
REGIUM ^(MC)	RFG	Meprobamat+extract de beladonna +Ergotamină	167	861	
RESIBAMATO ^(MC)	Portugalia	Meprobamat+Reserpină	253	886	
ROCITENS ^(MC)	Grecia	Amitriptilină+Diazepam	378	912	
RYDIMAT ^(MC)	Grecia	Meprobamat+Hidroxizin	441	923	

PERSONALITĂȚI

MACARIO Maurice Martin (1811—1898)	— psihiatru francez	M	2	7
MAGNAN Jacques (1835—1916)	— psihiatru francez		25	13
MAIMONIDE Moses ben Maimon (1135—1204)	— filozof evreu		37	16
MAKARENCO A.S. (1888—1939)	— pedagog rus		42	17
MALINOVSKI Bronislaw (1884—1942)	— sociolog englez		56	19
MARC Charles Henri (1771—1840)	— psihiatru francez		93	35
MARCÉ Louis Victor (1828—1864)	— psihiatru francez		94	35
MARCUSE Herbert (1898—1985)	— filozof german		97	36
MARIE Auguste (1865—1934)	— psihiatru francez		107	37
MARINESCU Gheorghe (1863—1938)	— neurolog român		110	37
MASLOW Abraham (1908—1970)	— psiholog american		132	43
MATOS Julio Xavier (1856—1922)	— psihiatru portughez		154	51
MAUDSLEY Henry (1835—1918)	— psihiatru englez		161	52
MAUSS Marcel (1872—1950)	— etnolog francez		162	52
MAYER-GROSS William (1889—1961)	— psihiatru englez		170	53
MAZURKIEVICI Jan (1871—1947)	— psihiatru polonez		175	54
Mc DOUGALL William (1871—1938)	— psiholog american		184	56
MEAD Margaret (1901—1980)	— psiholog american		186	57
MEDUNA Joseph (1896—1964)	— psihiatru ungar		214	65
MELEHOV Dimitri (1899—1979)	— psihiatru rus		248	70
MERLEAU-PONTY Maurice (1909—1961)	— psiholog francez		327	90
MESMER Franz Anton (1734—1815)	— medic austriac		338	94
MESNET Ernest (1825—1898)	— psihiatru francez		341	95
MEYER Adolf (1866—1950)	— psihiatru american		416	106
MEYNERT Theodor (1833—1892)	— psihiatru austriac		418	106
MIASISCEV V.N. (1893—1974)	— psihiatru rus		427	107
MICHEA François (1815—1882)	— psihiatru francez		431	108
MILEȚICU George (1853—1917)	— psihiatru român		470	115
MINKOWSKI Eugène (1885—1972)	— psihiatru francez		491	119
MITCHELL Silas Weir (1829—1914)	— neurolog american		545	130
MITIVIÉ Jules Etienne (1796—1871)	— psihiatru francez		548	130
MOEBIUS Paul Julius (1853—1907)	— neurolog german		596	145
MONIZ Egas (1874—1955)	— psihiatru portughez		611	147
MONTESSORI Maria (1870—1952)	— psihiatru italian		634	150
MOREAU Jacques Joseph (1804—1884)	— psihiatru francez		648	157
MOREAU Paul (fiul) (1844—1908)	— psihiatru francez		649	157
MOREL Bénédicte Augustin (1809—1873)	— psihiatru francez		650	157
MORENO Jacob Levy (1892—1974)	— psiholog american		654	158
MORICHAU-BEAUCHANT René (1873—1952)	— psihiatru francez		664	160
MORISON Alexander (1799—1866)	— psihiatru englez		665	160
MORITA Shoma (1874—1938)	— psihiatru japonez		673	161
MORSELLI Enrico (1852—1929)	— psihiatru italian		673	161
MOTET Auguste (1832—1909)	— psihiatru francez		676	162
MURPHY Gardner (1895—1979)	— psiholog american		700	171
MURRAY Henry Alexander (1893—1987)	— psiholog american		701	172
MÜNSTERBERG Hugo (1863—1916)	— psiholog american		726	178
NIETZSCHE Friedrich (1844—1900)	— filozof german	N	280	260
NOGUCHI Hideyo (1876—1928)	— medic japonez		332	268
NONNE Marc (1861—1939)	— neurolog german		347	270
OBREGIA Alexandru (1860—1937)	— psihiatru român	O	39	300
OCAM William (1280—1349)	— filozof englez		50	305
ODOBESCU Grigore (1881—1958)	— psihiatru român		70	310
ODOBLEJA Ștefan (1902—1978)	— medic român		71	310

OPPENHEIM Herman (1858—1919)	— psihiatru german	168	332
OZEREȚKI Nicolai (1854—1955)	— psihiatru rus	273	351
PAPPENHEIM Berta (1859—1936)	— cazul princeps al psihanalizei	P 98	362
PARACELsus von HOHENHEIM (1493—1541)	— alchimist, medic elvețian	104	363
PARHON Constantin (1874—1969)	— endocrinolog român	214	388
PARKINSON James (1755—1824)	— medic englez	222	391
PASCAL Blaise (1632—1662)	— matematician, filozof francez	255	396
PAVLOV Ivan Petrovici (1849—1936)	— medic psihofiziolog rus	289	402
PERLS Fredericks Fritz (1893—1970)	— psihiatru american	390	422
PESTALOZZI Johann Heinrich (1746—1827)	— pedagog elvețian	441	559
PETRILOWITSCH Nicolaus (1924—1970)	— psihiatru german	451	560
PIAGET Jean (1897—1980)	— psiholog elvețian	486	563
PICHON Eduard (1890—1940)	— psihiatru și psihanalist german	492	564
PICK Arnold (1851—1924)	— neuropsihiatru ceh	493	564
PIERCE Charles Sanders (1839—1914)	— chimist și filozof american	506	566
PIÉRON Henry (1881—1964)	— psiholog francez	507	566
PINEL Philippe (1745—1826)	— „părintele” psihatriei moderne	520	568
PITRES Albert (1848—1928)	— medic internist francez	553	573
PITULESCU Petre (1880—1936)	— psihiatru și neurolog român	556	574
PLATER Felix (1536—1614)	— medic renașcentist	568	575
PLATON (427—347 î.e.n.)	— filozof grec	569	575
POLITZER Georges (1903—1942)	— filozof și psiholog francez	635	584
POMME Pierre (1728—1814)	— medic francez	642	584
POMPONAZZI Pietro (1462—1524)	— medic italian	644	584
POPESCU-SIBIU Ioan (1901—1974)	— psihiatru român	655	586
PREDA Gheorghe (1879—1965)	— psihiatru român	755	604
PRICHARD James (1786—1848)	— medic englez	819	617
PROTOPOPOV Victor (1880—1957)	— psihiatru rus	971	648
PUSSIN Jean Baptiste (1746—1811)	— infirmier, cel mai fidel colaborator al lui PINEL	1221	796
PUYsÉGUR Amand-Marie (1751—1825)	— „magnetizator” francez	1226	796
QUETELET Lambert (1796—1874)	— matematician belgian	Q 16	799
QUINCEY Thomas (1785—1859)	— scriitor englez	32	800
RABELAIS François (1494?—1553)	— medic și scriitor francez	R 3	802
RADO Sandor (1890—1972)	— psihanalist american	15	804
RALEA Mihai (1896—1964)	— filozof și psiholog român	23	805
RAMON Y Cajal Santiago (1852—1934)	— neurohistolog spaniol	26	806
RANK Otto (1894—1939)	— psihanalist austriac	31	806
RAULIN Joseph (1708—1784)	— psihiatru francez	48	810
RAYMOND Fulgence (1844—1910)	— neurolog francez	61	812
RAZAN Gregory (1904—1973)	— psiholog american	63	812
RĂDULESCU-MOTRU Constantin (1868—1957)	— filozof și psiholog român	65	812
RÉGIS Jean Baptiste (1855—1918)	— psihiatru francez	165	861
REICH Wilhelm (1897—1957)	— psihiatru austriac	175	863
REIL Johann Christian (1759—1813)	— neurolog și psihiatru german	179	864
REY Abel (1873—1940)	— filozof francez	309	897
RHAZES (ABU BAKR MUHAMMAD IBN ZAHARIA AL RHAZI) (860—932)	— medic și enciclopedist persan	316	899
RIBOT Théodule (1839—1916)	— psiholog și filozof francez	321	899
RICHARD David (1806—1859)	— psihiatru francez	323	900

RICHER Paul Marie Luis Pierre (1849—1933)	— psihiatru francez	324	900
RITTI François Auguste (1844—1920)	— psihiatru francez	354	908
RIVERS William Halse (1864—1922)	— medic englez	360	909
ROBERTSON Douglas (1837—1909)	— medic englez	374	911
ROGERS Carl (n. 1901)	— psiholog american	383	912
ROHEIM Geza (1891—1953)	— psihanalist american	384	913
ROMANES George John (1848—1894)	— fiziolog și fiziocif englez	395	914
RORSCHACH Herman (1884—1922)	— psihiatru austriac	408	915
ROSENZWEIG Saul (n. 1907)	— psiholog american	412	919
ROSTAN Leon Louis (1791—1866)	— psihiatru francez	415	919
ROȘU Silviu (1908—1971)	— psihiatru român	416	919
ROUSSEAU Jean Jacques (1712—1783)	— filozof francez	418	919
ROUY Camille Josephine (1814—1881)	— ... sau istoria unei femei celebre	419	920
ROYER-COLLARD Antoine (1768—1825)	— psihiatru francez	422	920
RUBINSTEIN Serghei (1889—1960)	— psiholog rus	427	921
RUSH Benjamin (1746—1813)	— psihiatru american	437	922

SEMNI/SIMPTOM

MACEWEN⁵	— evidențierea hidrocefaliei	3	7
MAGNAN² (semn)	— „mania lacomiei” (1835)	27	13
MAGNAN¹ (simptom)	— „mania cifrelor” (1883)	28	13
MANN²	— L. MANN — element pentru diagnosticul diferențial	79	33
MARINESCU²	— sin. SEMNUL MÂINII SUCULENTE	113	39
MAZINI⁵	— în întârzierile de dezvoltare psihică	174	54
MENZEL⁵	— manifestări psihice în boli congenitale de tip degenerativ (KEDDIE, 1969)	294	85
MEYARD⁵	— propriu stuporului catatonic	415	105
MEYER⁵	— midriază reflexă în boli psihice (1910)	417	106
MIDRIAZĂ⁵	— prezența semnului în afecțiuni psihice	452	111
MINOR L²	— echivalență epileptică	496	119
MIOZĂ⁵	— prezența în boli psihice	523	124
MOREL-LAYALÉE⁵	— „dragoste pentru infecții”	652	158
MÜLLER²	— „semnul obiectiv al sindromului subiectiv”	724	176
NEISSER⁵	— sin. VORBIRE ALEGORICĂ	77	194
OGLINDĂ¹	— contemplareprelungită în fața oglinzii	87	313
OMEGA MELANCOLIC⁵	— (SCHNEILE, 1892)	114	320
PANAGNOZIE⁵	— ignorare a deficitului motor post ictus vascular	64	337
PARY⁵	— manifestare (complicație) a tratamentului NL prelungit (1979)	253	396
PAVLOV⁵	— răspuns în funcție de tonalitatea vocii	290	403
PENFIELD⁵	— echivalența epileptică: „gîndire impusă”	343	410
PERNĂ PSIHICĂ⁵	— stereotipie akinetică de atitudine (DUPRÉ)	392	422
PERSEVERARE TONICĂ⁵	— exagerarea reflexului de apucare forțată	405	425
PERSEVERARE VIZUALĂ⁵	— extinderea timpului unei imagini	406	426
PERVOMAIISKI⁵	— „gînduri despre gînduri” (1979)	437	558
PICARD⁵	— tahipsihie în epilepsia jacksoniană	491	564
PICK⁵	— dezorientare în raport cu propriul corp	497	565
PITRES⁵	— sin. → HAPHALGEZIE	555	574
PLACĂ DE GRAMOFON⁵	— formă de stereotipie verbală (MAYER-GROSS, 1931)	558	574

POPOV ⁵	— modificări ale conținutului afectiv al visului în PMD	636	586
POPPELREITER-WOLPERT ⁴	— tip particular de agnozie	637	586
PÖTZL-HOFF ⁵	— „dialog cu anonim în grup cunoscut” (1937)	708	596
PREDESCU ⁵	— refuzul declinării identității	737	604
PRÉVOST ⁵	— „boinavul își privește leziunea”	614	617
„PRIVIRE ÎN APUS DE SOARE” ⁵	— caracteristici, circumstanțe	642	621
PROSKINEZIE ⁵	— „negativism inversat” (LEONHARD, 1936)	643	643
QUINQUAUD ⁵	— tremurături fine ale mîinii (alcoolism)	Q 33	800
RAUSCHBURG ⁵	— aglutinare, omitere/repetare de cuvinte (1905)	R 55	811
REBENOK ⁵	— manifestări psihice în gripă	101	838
REDLICH ⁵	— dilatarea spontană a pupilelor	125	848
REICHARD ⁵	— evidențierea halucinațiilor vizuale	176	864
ROATĂ DINTATĂ ⁵	— mișcarea lentă și sacadată de revenire	369	911
ROSENBACH ⁵ (semn)	— prezența reflexelor abdominale în hemiplegia isterică	410	918
ROSENBACH ⁵ (simptom)	— tremor palpebral la închiderea pleoapelor	411	918
ROSSOLIMO ⁵	— evidențierea leziunii căii piramidale	414	919
RUMPF ⁵	— tahicardie posibilă în neurastenii	435	922
RUSSELL ⁵	— leziuni digitale în bulimia mintală	438	922
SINDROM ⁽⁵⁾			
MADDOCK ⁽⁵⁾	— manifestări psihice	M 13	9
MAINE de BRIAN ⁽⁵⁾	— stare psihotică indusă la personalul medical	38	16
MALI-MALI ⁽⁵⁾	— manifestare isterică cu expresie motorie	54	18
MALER ⁽⁵⁾	— sindrom „amotival” (1978) — schizofrenie	57	19
MANAGER ⁽⁵⁾	— manifestări psihice și somatice	63	20
MANIE ⁽⁵⁾	— HIPOCRATÉ; SORANUS; PINEL; ESQUIROL; FALRET; KRAEPELIN	71	23
MANIE CHIRURGICALĂ	— spitalofiliile chirurgicale (1972)	82	24
CHERTOK ⁽⁵⁾			
MARANON ⁽⁵⁾	— manifestări psihice	87	35
MARBURG ⁽⁵⁾	— manifestări psihice în scleroza diseminată (1938)	92	35
MARFAN-ACHARD ⁽⁵⁾	sin. → DOLICOSTENOMELIE	101	36
MARIE PIERRE ⁽⁵⁾	— sin. SINDROM LACUNAR; STARE SINUSOIDALĂ	108	37
MARTLAND ⁽⁵⁾	sin. → ENCEFALOPATIE TRAUMATICĂ A BOXERILOR	125	41
MAYER-GROSS ⁽⁵⁾	— manifestări psihice în epilepsia temporală (1928)	171	53
MAZURKIEVICI ⁽⁵⁾	— sin. SINDROMUL AMINTIRILOR INUTILE	176	54
Mc LACHAN ⁽⁵⁾	— sin. BICKEL-LOWE ⁽⁵⁾ sin. → LOWE ⁽⁵⁾	185	56
MEGAFAGIE PERIODICĂ CU HIPER SOMNIE ⁽⁵⁾	sin. → KLEINE-LEVIN-CRITCHLEY ⁽⁵⁾	223	67
MELAN OBLASTOZĂ LINIARĂ ⁽⁵⁾	sin. → BLOCH-SULZBERGER ⁽⁵⁾	245	69
MELEHOV ⁽⁵⁾	— variantă a defectului schizofrenic (1963)	249	70
MEMBRU FANTOMĂ ⁽⁵⁾	— sin. ILUZIE A AMPUTAȚILOR	264	73
MÉNIÈRE ⁽⁵⁾	— sin. CLAUDICAȚIE INTERMITENTĂ LABIRINTICĂ	272	76

MENINGOCOCIC ⁽⁹⁾	— manifestări psihice în meningite acute	277	80
MICHAELIS ⁽⁸⁾	— manifestări psihice în patologia mezencefalică	430	108
MIDAS ⁽⁸⁾	— libertinaj feminin (BRUYN, DEJONG, 1959)	449	111
MIELOPATIE SENILĂ ⁽⁸⁾	— manifestări psihice	455	112
MIETEN ⁽⁸⁾	— manifestări psihice	456	112
MILLES ⁽⁸⁾	sin.		
MILLIKAN-SIEKERT ⁽⁸⁾	→STURGE-WEBER-KRABBE ⁽⁸⁾	474	115
MINKOWSKI E. ⁽⁸⁾	— manifestări psihice (1955)	475	115
MINKOWSKI M. ⁽⁸⁾	— sin. ANESTEZIE EMOTIONALĂ	492	119
	— în accidente vasculare cerebrale (1904)	493	119
	sin.		
MIOSPASTIC ⁽⁸⁾	→STIFFMAN SYNDROME ⁽⁸⁾	518	124
MOENCKEBERG ⁽⁸⁾	— manifestări psihice în arterioscleroză (1903)	597	146
MONNEROS-DUMAINE ⁽⁸⁾	— „acord și aprobativitate exemplare”	612	147
MONOPLERGIE ⁽⁸⁾	— manifestări psihice	626	149
MOORE ⁽⁸⁾	— echivalență epileptică (aură)	635	150
	sin.		
MOREL ⁽⁸⁾	→MORGAGNI-STEWART-MOREL ⁽⁸⁾	653	158
MORGAGNI-STEWART-MOREL ⁽⁸⁾	— manifestări psihice	662	160
MOROZOV ⁽⁸⁾	— „demența apatică” (1967)	671	161
MORSIER-BONNET ⁽⁸⁾	— halucinații la vîrstnici (1936)	674	161
MORSIER (I) ⁽⁸⁾ (1944)	— sin. SENZITIVO-SENZORIAL ⁽⁸⁾	674	161
MORSIER (II) ⁽⁸⁾ (1955)	— sin. DISPLAZIE OLFACCTO-GENITALĂ	674	161
MORVAN ⁽⁸⁾	— manifestări psihice	675	162
MÖBIUS ⁽⁸⁾	— manifestări psihice	689	168
MUTISM AKINETIC ⁽⁸⁾	— asociere mutism/akinezie	715	174
MÜNCHHAUSEN ⁽⁸⁾	— (ASHER, 1958)	725	176
MYLE-VAN BOGAERT ⁽⁸⁾	— manifestări psihice (1949)	729	178
NAFFZIGER ⁽⁸⁾	— sin. ADSON-COFFEY ⁽⁸⁾ ; SCALEN ⁽⁸⁾	N 4	180
NEURASTENIFORM VASCULAR ⁽⁸⁾	— astenie, cefalee, insomnie, labilitate	154	205
NEUROANEMIC ⁽⁸⁾	— sin. LICHTHEIM ⁽⁸⁾ (1887)	159	206
NEURON MOTOR CENTRAL ⁽⁸⁾		186	234
NEURON MOTOR PERIFERIC ⁽⁸⁾		187	234
NEVIN ⁽⁸⁾	— sindrom psihoorganic cronic	208	243
	sin.		
NEURALGIE PAROXISTICĂ	→VAIL ⁽⁸⁾	219	244
VAIL ⁽⁸⁾			
NICTALGIE PARESTEZICĂ A MEMBRELOR SUPERIOARE ⁽⁸⁾		276	259
NOONAN ⁽⁸⁾	— determinare poligenetică (NOONAN, EHMKE)	350	270
NORRIE-WARBURG ⁽⁸⁾	— pseudogliom, surditate, oligofrenia	333	278
NOTHNAGEL ⁽⁸⁾	→ACROPARESTEZIE	401	281
OBLOMOV ⁽⁸⁾	— lene, apatie, lipsă de voință (MASCIONI, 1957)	O 35	298
OCCIPITAL ⁽⁸⁾	— manifestare clinică	52	306
	sin.		
OCULU-BUCO-GENITAL ⁽⁸⁾	→BEHÇET ⁽⁸⁾	58	307
	sin.		
OCULO-CEREBRO-RENAL	→LOWE ⁽⁸⁾	59	307
FANCONI ⁽⁸⁾			
OCULOSTATIC ⁽⁸⁾	— manifestare clinică (GUREVICI, 1938)	60	307
OPALSKJ ⁽⁸⁾	— manifestare clinică (1949)	147	327
OPOZITIONISM PASIV ⁽⁸⁾	— manifestare clinică (DAUMÉZON, 1961)	166	332
OPPENHEIM ⁽⁸⁾	— variantă a crizei epileptice (1912)	170	332
ORSON WELLS ⁽⁸⁾	— manifestări psihice (intoxicația cu ulei, Spania, 1981)	226	344
OSTANKOV ⁽⁸⁾	— „sindromul reflectării în oglindă” (1934)	240	346
OTHELLO ⁽⁸⁾	— delir de gelozie (TODDO, WHURST, 1955)	245	347

PAIAȚĂ ^(S)	— „tristul destin al ciocnului” (SZONDI)	F 24	354
PANSTRIAT ^(S)	— sin. DEGENERESCENTĂ HEPATO-	88	361
	— LENTICULARĂ ^{sin.} → WILSON ^(S)		
PAPILLON-LEAGE ^(S)	— malformații osoase și deficit mintal	97	362
PARABASEDOWIAN ^(S)	^{sin.} → LABBE ^(S)	101	363
PARIETAL ^(S)	— manifestări psihice	217	390
PARKES-WEBER-OSLER-DIMITRI ^(S)	^{sin.} → STURGE-WEBER-KRABBE ^(B)	220	391
PARKINSONISM ^(S)	— tremurături, rigiditate, hipokinezie	224	393
PARKINSONISM ARTERIOSCLEROTIC ^(S)	— manifestări psihice	225	393
PARKINSONISM POSTEN- CEFALITIC ^(S)	— manifestări psihice	226	394
PARKINSONISM POSTTRAUMATIC ^(S)	— manifestări psihice	227	394
PARKINSONISM TOXIC ^(S)	— manifestări psihice	228	394
PARKINSONISM TUMORAL ^(S)	— manifestări psihice	229	394
PATAU ^(S)	— manifestări psihice	269	399
PATOMIMIE AUTOMUTILANTĂ ^(S)	^{sin.} → COSYNS-DURET ^(S)	284	401
PEDUNCULAR ^(S)	— manifestări psihice	326	408
PELLIZI ^(S)	— precocitate sexuală, tulburări de comporta- ment (1910)	334	409
P.E.M.A. ^(S)	— palilalie, ecolalie, mutism, amimie	340	410
PERIFERIC ^(S)	— elemente de diagnostic diferențial	381	418
PETER PAN ^(S)	— irresponsabilitate, angoasă, imaturitate, narcisism (KILEY, 1983)	442	559
PIATNITSCHI ^(S)	— modificare a reactivității la toxicomani	488	563
PICK-ALZHEIMER ^(S)	— semne clinice fără corespondent anatomo- patologic	494	564
PICK ^(S)	— halucinații vizuale dinamice, metamorfopsii	498	565
PICKWICK ^(S)	— descriere (BURWELL, 1959 — însă... KERR și LAGEN, 1936)	500	565
PICNOLEPSIE ^(S)	— posibilă formă de petit mal	503	566
PIERRET-ROUGIER ^(S)	— delir paranoid, psihomanie, halucinoze	508	567
PIOTROWSKI ^(S)	— în afecțiuni cerebrale organice	525	569
PIRAMIDO-STRIAT ^(S)	— semne piramidale, hipomanie, amnezie, deteriorare psihică progresivă	538	571
POLISCIUK ^(S)	— „astenie vitală” în schizofrenie	629	583
POLLE ^(S)	— varianta infantilă a sindromului MÜNCHAUSEN	636	584
FOLIZIEN ^(S)	— hipotermie paroxistică în nevroză	640	584
POSTCONFUZIONAL ^(S)	^{sin.} → CEREBRASTENIE POSTTRAUMATICĂ	676	590
POSTRUBEOLIC ^(S)	^{sin.} → GREES ^(S)	685	591
PÖTZL ^(S)	— alexie, cromoagnozie, îngustarea câmpului vizual	707	596
PRADER-LABHARDT-WILLI ^(S)	— sin. HHHO ^(S) ^{sin.} → ZELLWEGEN ^(S)	711	597
PRECOMPETIȚIONAL ^(S)	— avanpremieră performanței	752	604
PROTNOV ^(S)	— sindromul „micii abstinence”	967	647
PROTOPOPOV ^(S)	— micriază, tahicardie, constipație (BARRÉ, 1953)	972	648
PSEUDOATAXIE FRONTALĂ ^(S)	— sin. ATAXIE FRONTALĂ ^{sin.} → BRUNS ^(S)	992	652
PSEUDOBULBAR ^(S)	— manifestări psihice	994	652
PSEUDOIMPONDERABILITATE ^(S)	— deficiențe senzoriale, depresie, semne neurologice	1004	656
PSEUDOPUBERTAR ^(S)	— variantă a schizofreniei torpide (NADJAROV, 1965)	1017	657

PSIHOANEMIC ^(S)	→ HEMOPATIE	1087	688
PSIHODEGRADARE ALCOOLICĂ ^(S)	^{sin.} → KROSOWSKA ^(S)	1092	689
PUNCH-DRUNKENNESS ^(S)	→ ENCEFALOPATIE A BOXERILOR	1219	796
PUTNAM-SCHULZE ^(S)	— sin. ACROPARESTEZIE NOCTURNĂ	1225	796
RAAB ^(S)	— disfuncție hipofizară cu modificări ale afectivității	R 2	802
RADICULITĂ ^(S)	— elemente de diagnostic diferențial	13	804
RAISA GOLANT ^(S)	— sin. PSIHOZĂ DIENCEFALICĂ PERIODICĂ	22	805
	^{sin.} → GOLANT ^(S)		
RAPUNTEL ^(S)	— E. VAUGHAN; J. GAWYERS, H. SCOTT (1968)	38	807
RAZDOLSDIN ^(S)	— tulburări de schemă corporală în epilepsie	64	812
RĂSPUNS „ALĂTURI” ^(S)	^{sin.} → GANSEY ^(S)	67	813
RĂU DE MARE ^(S)	— complex de tulburări neurovegetative	74	815
RĂU DE MUNTE ^(S)	— complex de tulburări neurovegetative	75	815
REFSUM ^(S)	— manifestări psihice	154	856
REGIS ^(S)	— sin. DROMOMANIE ^{sin.} → VAGABONDAJ	166	861
REGRESIUNE PSIHOMOTORIE ^(S)	— suită de modificări motorii și psihice (1966)	172	862
REID-BARLOWS ^(S)	^{sin.} → PROLAPS DE VALVĂ MITRALĂ	177	864
REITER ^(S)	— manifestări psihice post intervenții stomatologice	182	865
RESTAURANT CHINEZESC ^(S)	— rezultat al excesului de glutamat de sodiu	266	888
RESTLESS LEGS ^(S)	— sin. ANXIETAS TIBIARUM ^{sin.} → EKBOM ^(S)	270	888
RETROOLIVAR ^(S)	— sin. SINDROM LATERAL AL BULBULUI	293	894
	^{sin.} → WALLEMBERG ^(S)		
REYE ^(S)	— posibilă stare postvirală (R.D. REYE, 1963)	311	898
RIEGER ^(S)	— descriere, manifestări psihice	327	900
RIGIDITATE MUSCULARĂ SENILĂ ^(S)	^{sin.} → JACOB ^(S)	330	901
RILEY-DAY ^(S)	— descriere, manifestări psihice	334	901
ROBERTS ^(S)	— hipomelie + hipotricoză + hemangiom facial (1972)	373	911
RUBINSTEIN-TAYBI ^(S)	— descriere, manifestări psihice	428	921
RUD ^(S)	— ihtioză + sclerodermie + oligofrenie (RUD, 1927)	429	921
RUTHERFORD ^(S)	— descriere, manifestări psihice	439	923

TEST^(T)

MACHOVER ^(T)	— test proiectiv pentru adult și copil (1948)	144	7
M.A.P.S. ^(T)	— test proiectiv pentru structura personalității (1947)	86	34
MASSELON ^(T)	— sin. TESTUL CELOR TREI CUVINTE	139	45
MEILI ^(T)	— test analitic de inteligență (1928)	238	50
MEMORIE ^(T)	— evaluarea calității memoriei	266	73
MERRIL-PALMER ^(T)	— aprecierea aptitudinilor preșcolarălor	329	90
MICHIGAN ^(T)	— aprecierea capacității adaptative la copil	452	103
MILLER ^(T)	— aprecierea nivelului inteligenței verbale	473	115
MILLON ^(T)	— „evaluarea sănătății comportamentale”	476	115
MIOKINETIC ^(T)	— metodă proiectivă discutabilă (MIRA y LOPEZ, 1939)	511	120

MITTENEKER-TOMAN ^(T)	— chestionar de personalitate (1951)	556	132
M.M.P.I. ^(T)	— INVENTARUL MULTIFAZIC DE PERSONALITATE MINNESOTA	567	135
MONROE ^(T)	— evaluarea aptitudinilor preșcolarului	631	150
NEWCASTLE ^(T) (I)	— scală pentru evaluarea depresiei (1965)	N 265	257
NOGUCHI-MOORE ^(T)	— evidențierea albuminelor în LCR	333	268
NONNE-APELT ^(T)	— evidențierea globulinelor în LCR	346	270
NULLER ^(T)	— evaluarea efectului medicației antidepressive (1964)	439	295
ORNE-O'CONNEL ^(T)	— evaluarea stării de hipnoză	O 217	343
O.S.S. ^(T)	— istoric, circumstanțe	239	346
OTIS ^(T)	— prototip al testului hîrtie-creion (1916)	246	347
OVERALL-GORHAM ^(T)	— evaluare în psihofarmacologie	252	348
OZEREŢKI ^(T)	— evaluarea dezvoltării psihomotorii la copil (1926)	274	351
PERFORMANȚĂ ^(T)	— aprecierea funcțiilor intelectuale (variante)	P 376	418
PERSEVERARE ^(T)	— probe psihometrice (variante)	404	425
PFISTER-HEISS ^(T)	— metoda de investigare a personalității	456	561
PHILLIP ^(T)	— scală de evaluare în schizofrenie	480	562
PHILLIPSON ^(T)	— metodă proiectivă (asociere de teste)	481	562
PICKFORD ^(T)	— investigarea relațiilor copilului cu familia (1963)	499	565
PINTNER-PATERSON ^(T) scală	— test nonverbal de inteligență (1925)	523	569
PIRAMIDE COLORATE ^(T)	sin. → PFISTER-HEISS ^(T)	537	571
PORTEUS ^(T) scală	— limite, posibilități, variante (1914)	667	588
RACKIN ^(T)	— evaluarea depresiei (RACKIN, 1968)	R 6	803
RAPPAPORT ^(T)	— evidențierea consumului de alcool	35	806
RAVEN ^(T)	— evaluarea „abilității educative innăscute” (1938)	57	811
RAY ^(T)	— „testul figurilor complexe” (1942)	60	812
REY ^(T)	— probă de memorie verbală (auditivă sau vizuală)	310	898
RORSCHACH ^(T)	— test proiectiv de personalitate	409	916
ROSS-JONES ^T	— test biologic LCR	413	919

PSIHOTERAPII

● PSIHANALIZA

DEFINIȚIE	<p>Sistem psihologic teoretic și terapeutic, vizînd explicarea naturii umane sub aspectul ei esențial: conflictul. Este o terapie de autoinvestigare și autocunoaștere, urmîrind restructurarea profundă a personalității, precum și o investire liberă și eficientă a resurselor proprii, un echilibru în relația individului cu sine și cu lumea.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● perspectiva dinamică (libidou, agresivitate, instincte; teoria pulsionilor); ● perspectiva genetică (simptomele, trăsăturile de caracter, structura psihologică a persoanei, succesul, eșecul își au originea în diferite evenimente din copilărie, în fantasmă, dorințe, etape ale copilăriei); ● fazele dezvoltării personalității (orală, anală, genitală sau falică); ● complexul Oedip, complexul de castrare, complexul rivalității fraterne; ● terapia analitică vizivează restructurarea profundă a personalității, elucidează natura profundă a conflctelor; ● este o terapie de autoinvestigare și autocunoaștere, adresîndu-se laturii cauzale, motivaționale a manifestărilor persoanei.
CONCEPTE DE BAZĂ	<ul style="list-style-type: none"> ● Conflictul intrapsihic; ● Inconștientul; ● principiul plăcerii; ● principiul realității; ● mecanismele de apărare ale Eului (nevrotice și psihotice); ● complexul Oedip; ● complexul de castrare. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Tehnica asociației libere; ● neutralitatea binevoitoare a analistului; ● regula abstenenței; ● interpretarea asociațiilor libere; ● interpretarea viselor; ● interpretarea actelor ratate și a lapsusurilor; ● interpretarea transferului; ● fazele procesului terapeutic: faza de început (deschiderea), dezvoltarea transferului, analiza transferului (interpretare, perlaborare), rezolvarea transferului (înțelegerea și integrarea semnificațiilor profunde ale transferului); ● durată: nedefinită; ● frecvență: 3—5 ședințe săptămînal.
AUTOR, PRECURSORI	<ul style="list-style-type: none"> ● Sigmund FREUD (1836—1939); ● teoria evoluționistă a lui Ch. DARWIN; ● asociaționismul englez (HUME, BERKELEY, HARTLEY); ● școala antropologică germană (Von HUMBOLDT); ● psihiatria secolului al XIX-lea (hipnoza, sugestia, studiile asupra isteriei — CHARCOT, BERNHEIM). 	METODA (TEHNICA)
PRINCIPII TEORETICE	<ul style="list-style-type: none"> ● Teoria personalității, bazată pe principiul cauzalității (orice reacție, comportament, idee, sentiment, fenomen psihic este determinat de un motiv; nu există manifestare umană nemotivată); ● perspectiva topografică: cele două topici freudiene (inconștientul, preconștientul, conștientul; Sinele, Eul, Supraeul); 	

INDICAȚII	<ul style="list-style-type: none"> ● Cazuri foarte accesibile: isteria de angoasă (fobia), isteria de conversie, cazurile mixte de isterie și nevroză obsesională, tulburări de dinamică sexuală (inhibiții sexuale), probleme de cuplu, dificultăți de adaptare socială și profesională, depresii ușoare; persoane normale clinic, dar cu capacitate adaptativă redusă; ● cazuri moderat accesibile: nevroza obsesională, fetișism, alcoolism și toxicomanie, inadaptare cronică (dizarmonii de personalitate, delincvență); ● cazuri rebele: grupul larg al schizofreniilor, psihozele cu structurare paranoiacă rigidă, depresiile grave. 	CONCEPTE DE BAZĂ	<ul style="list-style-type: none"> ● Comportament și context social (comportamentul ca funcție a persoanei și a mediului); ● psihologia individuală este o psihologie interpersonală; ● stilul de viață; ● interesul social; ● organizarea cognitivă în stilul de viață; ● schimbarea comportamentului unei persoane este legată de schimbarea stilului de viață, a scopurilor împlicate în stilul de viață; ● inferioritatea organică și sentimentul de inferioritate; ● legea funcționării individuale; ● eșec și succes, în funcție de stilul de viață; ● compensare; ● valoare și creativitate în alegere; ● individul dă o semnificație proprie vieții.
STADIUL ACTUAL	<ul style="list-style-type: none"> ● școlile psihanalitice desprinse de psihanaliză (JUNG, ADLER) sau primul val de dizidenți; ● al doilea val de dizidenți (RANK și traumatismul nașterii; REICH și pan-genitalitatea; culturaliștii: HORNEY și FROMM); ● școala Melaniei KLEIN; ● psihologia Eului (HARTMANN); ● reveria dirijată (DESOILLE); ● terapiile corporale (JANOV, PERLS, LOWEN); ● analiza tranzacțională (BERNE); ● psihoterapiile scurte derivate din psihanaliză; ● SULLIVAN și relațiile interpersonale în psihanaliză. 	AUTOR, PRECURSORI	<ul style="list-style-type: none"> ● Alfred ADLER (1870—1937); ● ARISTOTEL: omul este un „animal politic” (omul nu este izolat social); ● filozofia lui KANT; ● filozofia lui NIETZSCHE (dorința de putere); ● filozofia lui H. VAHNINGER („ca și cum”, „as if”).
DEFINIȚIE	<p>● PSIHOTERAPIA ADLERIANĂ</p> <p>Sistem psihoterapeutic de inspirație psihanalitică, care vizează modificarea atitudinilor individului în sens adaptativ, prin analiza, înțelegerea și schimbarea stilului de viață, a sistemului de valori. Urmărește adaptarea persoanei în perspectiva utilității. Are la bază teoria asupra complexului și sentimentului de inferioritate, asupra mecanismelor de compensare a acestei inferiorități, având drept scop dezvoltarea interesului social, rezolvarea „distorsiunilor cognitive”, reorientarea axiologică a persoanei în funcție de motivele sale reale și de exigențele sociale.</p>	PRINCIPII TEORETICE	<ul style="list-style-type: none"> ● Teoria personalității are la bază psihologia individuală în perspectiva utilității; ● importanța constelației familiale; ● conceptul de „self”, conceptul de „self ideal”, conceptul de imagine despre lume (despre celălalt); ● convingerile etice, dimensiunea axiologică a individului; ● sentimentul de inferioritate și nevoia de compensare a inferiorității; sentiment de inferioritate și complex de inferioritate; ● sentimentul de superioritate și complexul de superioritate; ● procesul psihoterapeutic vizează interpretarea stilului de viață în dinamica sa particulară; ● psihoterapia este o „experiență împreună”; ● atitudine tolerantă, comprehensivă și empatică a terapeutului; ● psihoterapia ca demers educațional (eșecurile din viață sînt eșecuri ale învățării);

		● PSIHOTERAPIA ANALITICĂ (C. G. JUNG)			
METODA (TEHNICA)		<ul style="list-style-type: none"> ● scopul psihoterapiei este dezvoltarea interesului social ; ● greșelile esențiale sînt generate de „distorsiunile cognitive” ; ● eficiența psihoterapiei : persoana își modifică sistemul de valori, anterior deficitar, fapt care presupune schimbarea motivațiilor deficitare. 	DEFINIȚIE	<p>Psihoterapie practică și elaborată de C. G. JUNG, care abordează în mod simbolic și dialectic relația dintre conștient și inconștient. Această terapie folosește visele, fanteziile, producțiile imaginare ale pacientului, cu trimiteri în inconștientul individual și în inconștientul colectiv. Psihismul funcționează ca un sistem cu autoreglare, avînd o mișcare spre un anumit scop (cîmp de scopuri), direcționată din interior spre o cît mai deplină conștientizare.</p>	
		<ul style="list-style-type: none"> ● Stabilirea unei bune relații terapeutice (tratarea celui alt ca egal) ; ● pacientul va înțelege că este responsabil de greșelile sale, de eșecurile sale, de acțiunile (intervențiile) sale ; ● cura terapeutică reprezintă o experiență de cooperare ; ● analiza stilului de viață al pacientului ; ● interpretarea viselor, reacțiilor, fantasmelor, simptomelor, tranzacțiilor între pacient și terapeut ; ● terapeutul ca model ; ● pacientul va fi încurajat să acționeze ; ● terapeutul poate indica pacientului anumite lucruri, îi poate trasa anumite sarcini (atitudine activă) ; ● durata : se stabilește de către terapeut, de comun acord cu pacientul ; ● frecvența : 2—3 ședințe săptămînal. 		CONCEPTE DE BAZĂ	<ul style="list-style-type: none"> ● Inconștientul și conștientul sînt subsisteme ale psihismului ; ● conștientul este doar o parte a conținuturilor psihice ; ● conștientul și inconștientul se compensează și se relativizează reciproc ; cu cît unul din aceste subsisteme acționează mai intens, cu atît provoacă o contra-acțiune a celui alt sistem ; ● există, în fiecare persoană, o forță a individualității, a devenirii ființei ca întreg (nu ca perfecțiune) ; ● acțiunile persoanei sînt determinate de experiențele sale trecute, dar și de expectațiile viitoare ; ● inconștientul nu este reducibil la diferite activități/manifestări psihice ; ● comunicarea dintre inconștient și conștient se face prin simbol ; ● toate producțiile inconștiente sînt simbolice și ele operează ca mesaje directe ; ● inconștientul este : individual (personal) și transpersonal (colectiv), sursă a inconștientului individual ; ● arhetipurile sînt potențialități psihice specifice, surse de energie activate, în anumite forme, de experiențe reale.
	INDICAȚII	<ul style="list-style-type: none"> ● Nevroze ; ● tulburări de adaptare socială (chiar delincvența) ; ● tulburări de dinamică sexuală ; ● probleme de reeducare. 			
STADIUL ACTUAL	<ul style="list-style-type: none"> ● Succesorii lui ADLER (V. FRANKL, R. MAY) au dezvoltat o psihoterapie holistică, teleologică, fenomenologică, socială ; ● A. MASLOW și psihologia umanistă ; ● DREIKURS și psihoterapia multiplă ; ● înființarea unor cluburi sociale terapeutice ; ● introducerea în școli a sistemului adlerian (MOSAK) ; ● psihoterapia post-adleriană, derivată din concepția adleriană, este o psihoterapie a reeducării. 	AUTOR, PRECURSORI	<ul style="list-style-type: none"> ● C. G. JUNG (contemporan cu FREUD, ADLER etc.), aparține primei dizidențe psihanalitice ; ● lucrările de mitologie ale lui G. F. CREUZER (miturile înțelese ca producții simbolice) ; ● lucrările filozofice ale lui SCHELLING, HARTMANN, SCHOPENHAUER și ale fizicianului-psiholog C. G. CARUS (după acesta, inconștientul favorizează abilitățile creative) ; ● filozofia lui PLATON ; 		

	<ul style="list-style-type: none"> ● filozofia lui KANT (nu percepem realitatea așa cum este ea în prezent ; procesul percepției se supune unui set de imperative, forme apriorice universale care intervin în percepția desfășurată aici și acum). 	<p style="text-align: center;">INDICAȚII</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Persoane cu imaturitate emoțională ; ● dificultăți de integrare socială (de adaptare) ale adultului, în special în a doua parte a vieții ; ● în psihoterapia de grup (experiența grupului vehiculează dimensiuni arhetipale) ; ● în terapia de familie.
PRINCIPII TEORETICE	<ul style="list-style-type: none"> ● Personalitatea este compusă din subsisteme autonome : Ego-ul, inconștientul personal, inconștientul colectiv (transpersonal) ; ● persona reprezintă stilul adaptativ al individului, ceea ce individul este în procesul adaptativ, mediatorul între psihismul personal și lumea exterioară ; ● Animus și Anima, principiul masculin și principiul feminin, sînt prezente în proporții diferite în fiecare individ (ființa umană este, potențial, bisexuală) ; ● libidoul este energia psihică în diferite forme de manifestare ; ● complexul Oedip este un pattern mitologic cu semnificație simbolică ; ● inconștientul rasial, ca inconștient specific unei rase anume (Y. KAUFMANN afirmă că JUNG nu a folosit niciodată această expresie, termenul fiind introdus de detractorii lui JUNG) ; ● simptomele sînt interpretate ca mesaje simbolice trimise din inconștient ; ● psihoterapia este un travaliu de auto-cunoaștere, de reconstrucție a personalității, de educație ; ● terapia începe printr-o investigare a stării de conștiință a pacientului, a atitudinilor sale conștiente (terapeutul va puncta contradicțiile, inconsistențele, patternurile de comportament) ; ● pacientul va învăța, inițial, procesul introspecției ; ● se va introduce, pe parcurs, analiza viselor. 	<p style="text-align: center;">STADIUL ACTUAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Deși influența lui JUNG a fost importantă, aplicarea terapiei analitice jungiene nu s-a bucurat de mare succes pînă spre anii 1960 ; ● s-au înființat institute specializate în terapia analitică a lui JUNG la New York, Los Angeles, San Francisco ; ● mai există asemenea centre în Anglia, Germania, Israel, Franța, Italia (în Anglia, Israel, această terapie se folosește și la copii) ; ● există Asociația Internațională de Psihologie Analitică (400 de membri). <p style="text-align: center;">● PSIHOTERAPIA SCURTĂ DE INSPIRAȚIE ANALITICĂ</p>
METODA (TEHNICA)	<ul style="list-style-type: none"> ● Metoda introspecției ; ● analiza viselor, avîndu-se în vedere și inconștientul colectiv, arhetipurile, expresiile arhetipale ; visul este expresia simbolică a manifestărilor inconștientului ; ● interpretarea viselor trimite la imagini arhetipale, la modalitățile lor de manifestare în cursul dezvoltării personalității ; visele pot fi expresia arhetipurilor ; ● este esențială, în terapie, acceptarea pacientului de către terapeut ; relația terapeutică este o relație de egalitate ; ● transferul nu este esențial în terapie. 	<p style="text-align: center;">DEFINIȚIE</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Terapie psihologică, avîndu-și originea în psihanaliză, dar cu durată semnificativ inferioară celei psihanalitice. Atitudinea terapeutului este activă. Terapia funcționează ca „experiență emoțională corectivă”, favorizată sau generată de terapeut. Terapeutul are atenție selectivă privind materialul elaborat de subiect și va formula o ipoteză psihodinamică asupra subiectului. <p style="text-align: center;">CONCEPTE DE BAZĂ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Relația „față în față” ; ● atitudinea activă a terapeutului ; ● ipoteza psihodinamică elaborată de terapeut asupra cazului ; ● limitarea interpretărilor ; ● experiența emoțională corectivă ; ● problematica actuală a pacientului ; ● scopul terapiei : limitat ; ● terapia este „planificată” ca durată și scop. <p style="text-align: center;">● Psihanaliza freudiană ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ● analizele scurte (6–8 săptămîni) ale primilor analiști (BINSWANGER, TANNENBAUM) ;

AUTORI, PRECURSORI	<ul style="list-style-type: none"> ● experiențele terapeutice ale lui BALINT, privind formarea medicilor generaliști (scopuri terapeutice restrânse, legate de valoarea/semnificația psihoterapeutică a intervenției medicului generalist); ● 1909—1920, publicațiile „Jurnalele psihanalitice germane” (cazuri de analiză scurtă); ● analiza „primitivă”, practică de diverși analiști între anii 1909—1914 (analiză de influență freudiană, dar având un caracter activ și implicând/provocând o relație emoțională puternică între terapeut și pacient, relație al cărei punct esențial îl constituia confesiunea unei experiențe sexuale traumatizante. 	<ul style="list-style-type: none"> ● există mai multe metode în psihoterapia scurtă, folosite de diverși autori (BELLAK și SMALL, K. LEWIN, D. MALAN, SIFNEOS, DAVANLOO, MANN, GILLIERON).
PRINCIPII TEORETICE	<ul style="list-style-type: none"> ● Terapeutul joacă un anumit rol în relația cu pacientul; ● terapia are termen fix care se comunică pacientului; ● frustrarea pacientului este provocată și controlată conștient de terapeut; ● vindecarea nevrozei este datorată experienței emoționale corective (retrăirea unor evenimente trecute, într-o relație, sub control); ● aprecierea dinamico-diagnostică a personalității pacientului; ● experiențe din viața reală pot fi folosite ca parte integrantă în terapie; ● pacientul va fi confruntat cu el însuși (FERENCZI); ● accentul se pune pe problematica actuală a pacientului (pe conflictul actual). 	STADIUL ACTUAL
METODA (TEHNICA)	<ul style="list-style-type: none"> ● În timpul terapiei, poziția terapeutului și a pacientului este „față în față”; ● asociația liberă; ● dialogul (convorbirea), în care terapeutul are manifestări active; ● discursul pacientului se articulează la realitate, nu la fantasmă; ● atenția terapeutului este selectivă (referitor la materialul pacientului); ● evitarea factorilor care prelungesc analiza (evitarea nevrozei de transfer prin limitarea interpretărilor; evitarea transferului intens, diminuarea fenomenelor transferențiale prin scăderea frecvenței ședințelor, centrarea terapiei pe problemă și nu pe relația terapeut-pacient, manevrarea transferului astfel încât situația terapeutică să ofere o soluție nouă, eficientă, fără interpretarea propriu-zisă a transferului); 	DEFINIȚIE
CONCEPȚIE DE BAZĂ	<p>Terapie care abordează persoana în perspectiva creșterii și maturizării sale; potențialul de creștere și maturizare al unui individ se realizează într-o relație care reprezintă o experiență a comunicării, a acceptării, a înțelegerii, o „relație de ajutor”. Scopul acestei terapii este creșterea și maturizarea psihologică a individului.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tendință la autodezvoltare, ca disponibilitate nativă; ● tendință actualizantă; ● Eul ca expresie a tendinței actualizante; ● relația terapeutică funcționează ca relație „față în față”; ● reacție organică; ● experiență, ca experiență proprie, ca evaluare proprie; ● orientarea pozitivă a naturii umane; ● congruență și non-congruență; 	● PSIHOTERAPIA NON-DIRECTIVĂ SAU CENTRATĂ PE PACIENT (PSIHOTERAPIA ROGERS)

AUTOR, PRECURSORI	<ul style="list-style-type: none"> ● non-congruența implică manifestarea forțelor self-actualizării; ● înțelegere empatică din partea terapeutului; ● acceptare pozitivă necondiționată. 	METODA (TEHNICA)	<ul style="list-style-type: none"> ● Relația „față în față”; ● atitudine activă a terapeutului; ● relația terapeutică este o relație valorizantă pentru pacient; ● nu există o durată prestabilită a terapiei; aceasta va dura în funcție de evoluția pacientului, de modificările lui în sens adaptativ; ● procesul terapeutic se definește (ROGERS) într-o perspectivă fenomenologică (conștiința experienței, relația terapeutică resimțită ca relație afectivă concretă, pacientul se acceptă pe sine în cadrul relației terapeutice); ● procesul terapeutic este un proces în șapte stadii (etape); ● terapia se concentrează pe „aici și acum” și nu există o tehnică propriu-zisă de intervenție.
	<ul style="list-style-type: none"> ● C. ROGERS (1938—1950); ● influențe ale gândirii orientale (taoismul, LAO TSE); ● influențe din practica Zen; ● filozofia lui J. DEWEY; ● influența gândirii lui O. RANK; ● influențe ale gândirii existențialiste (M. BUBER și S. KIERKEGAARD); ● unele asemănări cu Gestalt-terapia. 		<ul style="list-style-type: none"> ● Tulburări nevrotice; ● tulburări de adaptare (socială, profesională); ● dificultăți în procesul educativ; ● disfuncții maritale, familiale.
PRINCIPII TEORETICE	<ul style="list-style-type: none"> ● Natura umană este esențial pozitivă; ● ființa umană își formează, de la naștere, o experiență proprie cu semnificație de realitate proprie; ● formarea self-conceptului se realizează pe parcursul dezvoltării, pe măsură ce ființa umană distinge între experiența sa proprie și experiența proprie a celorlalți; experiența proprie funcționează în relație cu realitatea exterioară; ● experiența proprie se formează și se modifică în funcție de percepția proprie asupra experienței sale și a celorlalți; ● experiența în ansamblu se constituie din două categorii: satisfacerea și frustrarea trebuințelor; ● comportamentul se reglează conform unui sistem de valori care sînt analoge sau contrare valorilor parentale; copilul introiectează sau respinge anumite valori; 	INDICAȚII	<ul style="list-style-type: none"> ● Se aplică în toate domeniile relației umane; ● reprezintă o teorie și o practică specifice psihologiei umaniste; ● se aplică în educație, consiliere, în domeniile industriale, în probleme de cuplu, mariaj, de familie; ● este folosită de către centrele de ajutor de urgență (asistență de urgență în situații de criză), bucurîndu-se de interes crescut, în special în SUA.
	<ul style="list-style-type: none"> ● psihoterapia presupune acceptare și înțelegere în experiența de relație; ● atitudinea terapeutului se caracterizează prin: congruență, empatie și înțelegere, acceptare/toleranță neposesivă; ● relația terapeutică este o „relație de ajutor”; ● terapia este centrată pe „lumea pacientului”, pe înțelegerea acestei lumi așa cum este văzută, simțită, percepută de pacient; ● atitudine de acceptare (pozitivă) autentică a terapeutului, necondiționată; ● terapia vizează actualizarea potențialului persoanei, astfel încît persoana să se schimbe și să se dezvolte în libertate și cunoștință de cauză. 		STADIUL ACTUAL
DEFINIȚIE	<p>Metodă de psihoterapie avînd la bază o teorie a personalității derivată din modelul psihanalitic clasic, constînd într-un număr limitat de ședințe. Relația terapeutică este „democratică”, subiectul implicîndu-se responsabil în procesul terapeutic (el va alege scopurile și sensurile urmărite). Terapia vizează conștientizarea unor comportamente mai vechi, a unor motive care au generat alegeri și întîmplări mai vechi în existența sa.</p>		

CONCEPTE DE BAZĂ	<ul style="list-style-type: none"> ● Cele trei stări esențiale ale Eului: Părinte, Adult, Copil; ● cele patru poziții de viață: „eu nu sînt O.K. — tu ești O.K.”; „eu nu sînt O.K. — tu nu ești O.K.”; „eu sînt O.K. — tu nu ești O.K.”; „eu sînt O.K. — tu ești O.K.”; ● categoriile de tranzații: tranzații simple, tranzații încrucișate, tranzații angulare, tranzații duplex; ● perturbări în funcționarea stărilor Eului: contaminarea, excluziunea; ● tranzații, jocuri, atingeri, scenarii; egograme; structurarea timpului (implicarea alegerii în structurarea timpului). 	<p>scrierile lui CAMPBELL, la rîndul lor, au fost influențate de JUNG și FREUD; arhetipurile lui JUNG corespund la ceea ce BERNE numește „figură magică” (în scenariu), iar persona corespunde modulului/stilului în care un scenariu este jucat; BERNE a fost format în spiritul psihanalizei clasice;</p> <ul style="list-style-type: none"> ● A. MASLOW (actualizarea selfului), W. SCHUTZ (întîlnirea dintre două persoane), F. PERLS (transferul energiei prin Gestalt), Virginia SATIR (dinamica familiei).
AUTOR, PRECURSORI	<ul style="list-style-type: none"> ● Metodă aparținînd lui E. BERNE, introdusă de autor în jurul anilor '60; ● cercetările lui W. PENFIELD (1952) asupra memoriei epilepticilor și asupra memoriei în general (capacitatea individului de a resimți o emoție așa cum a fost ea produsă de situația originară; memoria nu înseamnă reproducerea fotografică, ci o reproducere a ceea ce persoana a văzut, a simțit și a înțeles în situația originară); ● școala Ego-psihologiei (H. HARTMANN, E. KRIS); ● teoria sistemelor și a comunicațiilor (A. KORZYBSKI, N. WIENER); ● școala de la Palo Alto, teoria dublei-legături în etiologia schizofreniei (nivelul deschis și nivelul închis în comunicare, cazul incompatibilității acestor două nivele în relația dintre copil și mama schizofrenogenă—în teoria lui BERNE, jocul corespunzător dublei legături este Corner); ● tipurile de caracter descrise de K. ABRAHAM (1948) după teoria psihanalitică, care au la bază diferite fixații în dezvoltare (oral, anal, uretral, genital); fiecare din aceste caractere interacționează după un pattern specific; ● lucrările lui R. SPITZ (1945), subliniind importanța relațiilor/tranzațiilor mamă-copil; aceste lucrări au generat ceea ce în analiza tranzacțională se numește „recunoaștere umană” („strokes”, recunoașterea prezentei celui alt, recepțarea prezentei celui alt); ● J. CAMPBELL, mitolog (1949), apreciază că în existența omului se regăsesc patternurile miturilor; acest lucru a creat, în analiza tranzacțională, ideea de scenarii; 	<p>Factorul motivațional general uman este nevoia de a fi recunoscut (perceptat, receptat) de celălalt, ca prezență fizică și psihică (deci ca prezență umană); această recunoaștere poate fi pozitivă sau negativă;</p> <ul style="list-style-type: none"> ● unitatea de bază a relației (legăturii sociale) este tranzația, care presupune un schimb minim de mesaje, o vehiculare a unui conținut, după modelul „eu (îți) fac ceva anume și tu (imi) înapoiezi un răspuns”; ● analiza structurală este analiza celor trei stări ale Eului: Părinte, Adult, Copil; fiecare stare reprezintă un pattern de comportament corespunzător unui anumit tip de experiență și de trăire (simțire); aceste stări funcționează în individ indiferent de vîrsta individului; ● analiza funcțională a personalității se referă la modalitățile de manifestare ale stărilor Eului (Părintele care critică, pedepsește; Părintele care hrănește, protejează; Adultul; Copilul liber; Copilul adaptat); în egograma unui individ, stările Eului funcționează conform problemelor individului respectiv; ● comunicarea se realizează prin tranzații (relația stimul-răspuns, în cadrul căreia se manifestă stările Eului, între două sau mai multe persoane); ● categoriile de tranzații: <ul style="list-style-type: none"> — simple (complementare) — la fiecare partener funcționează cîte una din stările Eului; comunicarea este neîntreruptă; — încrucișate — funcționează mai multe stări ale Eului; comunicarea se întrerupe după un timp, tranzația este generatoare de conflict; corespunde relațiilor de transfer și contratransfer în psihanaliză;

<p>— <i>duble</i> — nivelul manifest și nivelul latent, ascuns, al comunicării; implică mai multe stări ale Eului, se vehiculează, în afară de informația manifestă, și o informație latentă, subsidiară; există un mesaj social și un mesaj psihologic, acesta din urmă referitor la semnificația adevărată a comportamentului;</p> <ul style="list-style-type: none"> ● cele trei categorii de tranzații funcționează ca reguli ale comunicării; ● jocul psihologic, tranzațiile în desfășurare (la nivel deschis și la nivel închis); în joc, partenerii sînt implicați mai ales prin acest nivel închis, psihologic (nivelul dorinței), ei urmărind recompense afective reciproce (în acest sens, jocul este neeșuat și poate avea rezultate dramatice); jocul este caracterizat prin: tranzațiile ascunse (ulterioare), așteptarea recompensei; ● alte modalități de structurare a timpului: activități, ritualuri; distracții (indiferent că sînt eficiente sau nu, ele sînt directe, non-conflictuale și nedramatice); ● analiza tranzacțională, ca proces terapeutic, este o experiență a învățării, în cadrul căreia individul descoperă cum și de ce au fost elaborate comportamentele sale; ● scopul analizei tranzacționale este ca persoana să-și analizeze propriile modalități de funcționare și propriile tranzații; ● între terapeut și pacient se stabilesc tranzații mutuale ca de la egal la egal; pacientul va fi introdus în limbajul analizei tranzacționale și în modelul Părinte-Adult-Copil; ● scopul terapiei: vindecarea simptomului prezent, eliberarea Adultului; analiza tranzacțională nu funcționează pe modelul diagnosticului medical; ● pacientul va fi ajutat să-și analizeze propriile tranzații și propriile modalități de funcționare a Eului. 	<p>METODA (TEHNICA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● în prima ședință, terapeutul va așcuta problematica pacientului, apoi îl va introduce pe acesta în elementele de bază ale terapiei; ● într-o fază inițială, pacientul va învăța să recunoască cum anume Părintele, Adultul și Copilul funcționează în tranzațiile zilnice; ● contractul terapeutic se bazează pe următoarea formulă mutuală: „Eu mă aflu aici să te învăț ceva, iar tu te afli aici să înveți ceva”; ● durata terapiei: între șase săptămîni și un an; ● aplicarea de elecție a analizei tranzacționale este grupul; ● terapia, ca proces, se desfășoară, se facilitează și se grăbește prin stimularea Adultului; ● terapeutul va folosi, în terapie, propriile sale tranzații cu pacientul; ● se pot folosi jocuri și scenarii; ● cu psihoticii, terapia se aplică în centre specializate, durează cîțiva ani, iar tehnica constă în faptul că terapeutul intră în rolul părinților (SCHIFF, 1970, 1975).
<ul style="list-style-type: none"> ● Relația terapeutică este o relație democratică, de la egal la egal; ● terapeutul are rol de antrenor care, în cadrul unui grup de analiză tranzacțională, îi învață pe membrii grupului să își cunoască modalitățile de funcționare, să își exprime trăirile și să le înțeleagă; 	<p>INDICAȚII</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● în terapia tulburărilor emoționale (eșecuri, sentimente de culpabilitate, inadaptare socială); ● ca terapie de grup, la pacienți cu diferite diagnostice medicale, în ședințe săptămînale sau zilnice (la pacienții internați); ● în probleme de cuplu, probleme maritale; ● în dificultăți de relaționare cu autoritatea; ● în tulburări fobice și în depresie cu idei suicidare.
	<p>STADIUL ACTUAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Continuă să se folosească în clinici, în special în terapia de grup, prin utilizarea celor patru faze ale analizei tranzacționale: stările Eului (recunoașterea, conștientizarea lor); tranzații și jocuri; analiza scenariilor; schimbarea/redistribuirea energiei egogramelor; ● J. DUSAY (1972) s-a ocupat în special de egograme; ● practicienii analizei tranzacționale, după 1970, au dezvoltat o serie de tehnici pentru stimularea și controlul energiei în diverse stări ale Eului;

	<ul style="list-style-type: none"> din 1968 funcționează, la San Francisco, Seminarul E. Berne pentru analiză tranzațională, ca seminar de terapie de grup ; există, din 1950, Asociația Internațională de analiză tranzațională. 	
	<p>● PSIHOTERAPIA RAȚIONAL-EMOTIVĂ (A. ELLIS)</p>	
DEFINIȚIE	<p>Psihoterapie dezvoltată de A. ELLIS, în jurul anilor '50, având la bază următoarea ipoteză : consecințele emoționale perturbatoare își au originea în sistemul de credințe (iraționale) al individului ; raționalizarea acestor credințe determină înlăturarea consecințelor perturbatoare (practic, ele nu mai apar). Activarea unui eveniment nu este cauza directă a consecinței perturbatoare, cauza directă o constituie sistemul de credințe propriu.</p>	<p>AUTOR, PRECURSORI</p> <ul style="list-style-type: none"> A. ELLIS, 1950 ; sistemul psihoterapeutic adlerian (păstrarea unor scopuri/credințe fictive) ; sistemul psihoterapiei analitice jungiene (individul văzut în mod holistic) ; terapia non-directivă a lui ROGERS (acceptarea necondiționată a pacientului) ; psihanaliza clasică și psihoterapiile de orientare analitică (A. ELLIS a practicat timp de mulți ani psihanaliza) ; filozofia stoică (EPICTETUS, Marc AU-RELIIUS) ; P. DUBOIS, J. DÉJÉRINE, G. GAUKLER, cu psihoterapia persuasivă ; F. THORNE și terapia directivă.
CONCEPTE DE BAZĂ	<ul style="list-style-type: none"> Ființa umană are disponibilități multiple, atât în plan rațional, cât și în plan irațional ; omul este condiționat cultural în receptivitatea sa, începând cu grupul familial ; omul acționează cognitiv, conativ motor ; sistem psihoterapeutic este un sistem de metode „perceptual-cognitive, emoțional-evocative și comportamental-reeducative” (A. ELLIS) ; scopul terapiei rațional-emoțive este modificarea atitudinilor generatoare de simptome ; originea simptomelor se află în gândirea magică, irațională, ilogică ; simptomul se formează astfel ; evenimentul (A), trecut prin credințele iraționale ale individului (B), deci deformat de această receptivitate individuală, provoacă o consecință perturbatoare (C) ; expresia consecinței este manifestarea disfuncțiilor adaptative ; omul își percepe greșit anumite preferințe, pe care le confundă cu anumite trebuințe — de aici rezultă modalități de satisfacere patologice ; atitudinile real adaptative sînt specifice condiției umane însăși ; paradigma terapiei rațional-emoțive : „A respecta individul, ființa umană, dar nu ideile sale”. 	<p>PRINCIPII TEORETICE</p> <ul style="list-style-type: none"> Consecințele emoționale perturbatoare sau răspunsurile adecvate sînt elaborate de subiectul în cauză ; potențialul înnăscut al persoanei suferă modificările condiționării social-culturale ; persoana își poate înțelege „credințele iraționale”, ea le poate analiza și conștientiza ; conștientizarea, în procesul psihoterapiei, înseamnă autocunoaștere și schimbare ; în terapia rațional-emoțivă, atitudinea terapeutului este activă, directivă, didactică, filozofică. <p>METODA (TEHNICA)</p> <ul style="list-style-type: none"> În terapia rațional-emoțivă există trei direcții tehnice : <ul style="list-style-type: none"> — terapia cognitivă ; — terapia emoțional-evocatoare ; — terapia behaviorală. <p>INDICAȚII</p> <ul style="list-style-type: none"> Pacienți cu dificultăți adaptative, anxietate moderată, probleme maritale ; dificultăți sexuale ; tulburări nevrotice, tulburări caracteriale ; delincvența juvenilă ; decompensări psihotice ale dizarmoniilor de tip borderline ; probleme psihosomatice. <p>● Se aplică și ca psihoterapie de grup, în grupuri tip Marathon (ca terapie cognitivă, ELLIS numea aceste grupuri „Week-end cu Întîlnire Rațională”, 1960) ;</p>

STADIUL ACTUAL

- se aplică ca terapie scurtă, durata fiind între șase luni și un an ;
- se aplică în consilierea cuplului, în consilierea maritală ;
- 1959, Institutul pentru existență rațională ;
- Institutul pentru terapie rațional-emoțională, New York, 1968 ; aceste institute organizează cursuri pentru educația adulților pe principiile unei existențe raționale, programe de formare pentru specialiști, grupuri de psihoterapie (individuale sau în clinici), seminarii, publicări de monografii, cărți etc.

● GESTALT-TERAPIA (F. PERLS)

DEFINIȚIE

- Sistem psihoterapeutic aparținând psihoterapiei existențiale, inventat de F. PERLS, în jurul anilor 1950-1960, centrat pe proces și nu pe conținut, vizând conștientizarea experienței trăite, aici și acum, fără cunoașterea motivelor profunde ale comportamentului ;
- scopul terapiei : confruntarea persoanei cu acțiunile sale, creșterea responsabilităților persoanei în aceste acțiuni ;
- focalizarea pe experiența prezentă imediată ;
- nu se folosesc explicații sau interpretări „cognitive” ale cauzelor comportamentului.

CONCEPTE DE BAZĂ

- Conștientizarea (contactul persoanei cu propria sa experiență, atitudinea față de propria sa experiență, cu accentul pe ceea ce este actual ; a fi conștient de prezent în prezent) ;
- contact și suport (relația cu ceilalți, relația cu lumea, diferențierea limitelor persoanei, în funcție de ceea ce persoana asimilează și rejectează) ;
- relația Eu-Tu (relație terapeutică în care terapeutul asistă și oferă ajutor, iar pacientul participă ; relația se construiește ca relație de cooperare .

- F. PERLS ;
- filozofia lui S. FRIEDLANDER (concepțiile de gândire diferențială creativă, influența acestei filozofii asupra cărții lui PERLS : „Eul, Foamea și Agresivitatea”, 1946) ;

AUTOR, PRECURSORI

- influența lui W. REICH și Karen HORNEY ;
- influența psihologilor gestaltiști (K. GOLDSTEIN, A. GELB) ;
- 1946, PERLS publică „Eul, Foamea și Agresivitatea”, având ca subtitlu : „O revizuire a teoriei și metodei lui FREUD” ;
- 1951, PERLS, HEFFERLINE și GOODMAN publică o carte cu titlul „Gestalt-terapia” ;
- se organizează, la New York, Institutul pentru Gestalt-terapia (seminarii, lucrări, grupuri de formare).

PRINCIPII TEORETICE

- Relația individului cu lumea este o relație încărcată de semnificații ;
- tot ceea ce există în afara organismului reprezintă hrană pentru organism, individul dorește să posedelncorporeze această hrană ;
- metabolismul interior și metabolismul relației individului cu lumea ;
- un număr infinit de situații neterminate generează existența (Gestalturi incomplete) ;
- Gestaltul ca o configurație de trebuințe este rezultatul unui fenomen biologic primar ;
- personalitatea are o construcție stratificată și concentrică ; nu toate straturile personalității vin, în orice moment, în contact cu mediul ; straturile care nu ating exteriorul în momentul dat sînt straturi de care persoana nu este conștientă ;
- straturile personalității, de la exterior spre interior, sînt următoarele : clișeele, rolurile, stratul „vid”, stratul exploziv-imploziv, personalitatea genuină ;
- simptomul reprezintă expresia unei perturbări în relația dintre autoreglare (reglarea internă) și reglarea cu exteriorul ;
- terapia vizează conștientizarea autoreglării organismice, a self-controlului subtil de care dispune organismul ;
- echilibrul presupune acea funcționare a organismului în concordanță cu imaginea de sine ;
- trei modalități de existență a ființei în lume : conform legii (regula, datoria, obligativitatea) ; conform trecutului sau în perspectiva viitorului ; în prezent, aici și acum ;

	<ul style="list-style-type: none"> ● agresiunea dentală — forță (energie) bazală a existenței (inițial : fărîmîtarea cu dinții a obiectului-hrană, pe acest model individul încorporează și alte obiecte); ceea ce individul nu poate asimila rămîne în organism ca un corp străin; ● conștientizarea agresivității dentale are efect sanogenetic; ● responsabilitate înseamnă răspuns adecvat individului și lumii deopotrivă. 	<p>STADIUL ACTUAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ● în jurul anilor '70 s-au înființat o serie de alte institute și centre de Gestalt-terapie (San Diego, La Jolla — California; Chicago, Boston etc.), acestea organizează și programe de formare profesională; pregătirea studenților cu viitoare profesii legate de sănătatea mintală sau orice alte profesii umaniste.
<p>METODA (TEHNICA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Metoda focalizării; ● metoda atelierelor (grupuri constituite pentru perioade scurte, unele pentru o singură zi sau pentru un week-end); ● selecția pacienților pentru un grup de Gestalt-terapie se face prin interviuri individuale; ● se pot indica pacientului anumite exerciții care să favorizeze conștientizarea unor atitudini ale sale, a unor experiențe prezente, a atitudinilor față de aceste experiențe; ● eficiența terapeutică constă în schimbarea persoanei, schimbare însemnînd faptul că persoana devine ceea ce ea este; ● schimbarea nu se produce în urma unei intervenții coercitive; ● schimbarea începe în momentul în care persoana abandonează ceea ce dorește să devină și percepe/simte (începe să conștientizeze) ceea ce este ea. 	<p>● PSIHOTERAPIA DE GRUP</p> <p>DEFINIȚIE</p> <p>Metodă de psihoterapie care folosește ca factor terapeutic principal acțiunea grupului, grupul fiind un ansamblu de persoane între care există relații psihologice reciproce, explicite și implicite. Rațiunea psihoterapiei de grup constă în ideea că bolnavul se află într-un mare deficit de comunicare, de integrare în grup și în societate în genere. Un grup este terapeutic atunci cînd este special organizat pentru terapia membrilor săi.</p>
<p>INDICAȚII</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Perturbări emoționale de diferite intensități; ● grupuri profesionale (învățare prin experiență și exercițiu); ● în terapia de grup (grupuri eterogene ca vîrstă, sex și profesiune, pe durată de la o săptămînă la cîteva luni); ● dificultăți de adaptare și relaționare datorită interiorizării unor modele neadecvate persoanei; ● persoane nevrotice (simptomatologie fobică, simptomatologie depresivă); ● la copiii cu tulburări de comportament (Janet LEDERMAN); ● la terapia de familie (K. KEMPLER); ● în tulburările psihosomatice (migrene, colite ulceroase); ● rezultatul terapiei este problematic în cazul psihoticilor. 	<p>CONCEPTE DE BAZĂ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Grupul primar este grupul mic, delimitat după criterii precise, nearbitrare; grupul primar are o unitate psihologică precisă, un număr limitat de membri care întretin relații „față în față”; ● comunicarea verbală, ca metodă esențială a comunicării în grup; ● criteriile de selecție a grupului (variază după forma psihoterapiei de grup, după tehnica aplicată); ● grupul ca agent terapeutic; ● situația de grup ca situație specifică, după felul terapiei și după natura grupului; ● transferul în terapia de grup; ● terapeut sau echipă terapeutică.
	<ul style="list-style-type: none"> ● S-a dezvoltat în special după 1950; ● în 1960, Institutul de Gestalt-terapie din San Francisco; ● în 1969, Institutul de Gestalt-terapie din Los Angeles; 	<p>AUTORI, PRECURSORI</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Apare la sfîrșitul secolului al XIX-lea, avînd la bază ideea că bolnavul psihic este un inadapdat social, aflat într-un proces de ruptură a comunicării cu lumea; ● 1900, R. VOGT, Norvegia, plasează bolnavii mintal în familii instruite în probleme de terapie relațională; ● 1905, J. F. PRATT, SUA, organizează „clase de bolnavi psihici”; ● 1918, MORENO, Viena, primele idei despre teatrul terapeutic; ● 1945, K. LEWIN, centru de cercetări asupra dinamicii grupului; ● după 1945, terapia de grup se dezvoltă, fiind folosite metode terapeutice variate.

PRINCIPII TEORETICE	<ul style="list-style-type: none"> ● MUCCHIELLI (1970) stabilește trei mari principii ale terapiei de grup, indiferent de tehnica aplicată : <ul style="list-style-type: none"> — modificarea rolurilor și atitudinilor sociale (maladia mintală împiedică realizarea unora din rolurile individului, acest fapt generând perturbări de integrare socială) ; — conștientizarea atitudinilor fixate și a inadecvărilor (semnificațiile fantasmatiche ale atitudinilor manifestate de membrii grupului) ; — restabilirea unei comunicări autentice (maladia mintală perturbă și limitează comunicarea, o fragmentează prin faptul că experiența traumatică fixează individul la o anumită etapă de dezvoltare, elementele/conținuturile acestei etape impregnează comunicarea) ; ● terapia de grup, așa cum apare ea la sfârșitul secolului al XIX-lea, este generată de câteva ipoteze asupra persoanei și asupra maladiei mintale : bolnavul mintal, ca refugiat social, întâmpină dificultăți parțiale sau totale de relaționare cu lumea, pornind de la dificultățile de comunicare ; adaptarea este perturbată mai grav sau mai puțin grav, de la mistificările nevrotice pînă la pierderea simțului realului, în psihoze ; incapacitatea adaptativă cu perturbarea inserției în lume este generată și susținută fie de satisfacțiile inconștiente obținute prin boală, fie de șocuri, experiențe traumatice ; ● grupul terapeutic oferă un cadru social protejat și securizant pentru restabilirea comunicării cu lumea, prin activitate comună, catharsis, participare și acceptare ; relevare și conștientizare a conflictelor generind tulburări mintale etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ● frecvența ședințelor de grup : în general, o ședință săptămînală ; se admit 2—3 ședințe ; ● durata optimă a unei ședințe : 90 de minute ; ● durata terapiei : de la cîteva luni, la 2—3 ani ; depinde de metoda (categoria) terapiei aplicate.
		INDICAȚII
		<ul style="list-style-type: none"> ● în special în nevroze, în dificultăți adaptative, dificultăți social-relaționale ; ● în terapia cuplului, a familiei ; ● în psihoze, în special grupul de susținere sau analiza tranzațională (grupuri mixte, nevrotici și psihotici).
		STADIUL ACTUAL
		DEFINIȚIE
		<ul style="list-style-type: none"> ● PSIHOTERAPIA FAMILIEI <p>Vizează familia disfuncțională ca întreg, nu individul ca bolnav separat. Tratarea familiei ca sistem relațional este mai eficientă pentru echilibrarea membrilor care interacționează în sistem. Ansamblul intervențiilor terapeutice urmărește modificarea relațiilor dintre membrii familiei, astfel încît să se obțină armonia și echilibrul intrafamiliar ; schimbarea relațiilor dintre membrii familiei duce la dispariția comportamentelor simptomatice.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Familia nucleară — sistem relațional implicat în geneza simptomelor persoanei („pacientului identificat”) ; ● interacțiunile triangulare și feedbackul : patologia se deplasează de la individ la sistem, ea este rezultatul disfuncțiilor sistemului ; ● pacientul reprezintă „simptomul”, iar familia reprezintă obiectul terapiei ;

- Tehnici bazate pe dinamica grupului („cluburile terapeutice” ale lui SLAVSON ; grupurile de diagnostic ; grupuri cu personalul de îngrijire ; grupuri „de program” cu diferiți bolnavi) ;
- tehnici verbale, de inspirație psihanalitică, non-directive (psihanaliza de grup, psihoterapia analitică de grup) ;
- psihoterapii care folosesc expresia psihomotorie și verbală (psihodrama — MORENO, psihodrama analitică — LEIBOVICI, DIATKINE, KESTEMBERG ; psihoterapia tip „case-work” ; curele de somn colectiv — H. FAURE, 1958) ;

CONCEPTE DE BAZĂ

- familia ca Gestalt dinamic;
- relațiile de înrudire și interacțiune dintre membrii familiei, patternurile de interacțiune;
- balanța emoțională în interacțiunile dintre membrii familiei;
- focalizarea;
- feedbackul negativ, ca restaurare a echilibrului.

AUTORI, PRECURSORI

- Psihanaliza clasică (S. FREUD)*;
- A. ADLER și semnificația constelației familiale;
- H. SULLIVAN și teoria relațiilor interpersonale (relația mamă-copil în schizofrenie), focalizarea terapiei pe relația interpersonală;
- teoria „dublei legături” (BATESON, JACKSON, HALEY, WEAGLAND, 1956), importanța dublei legături în etiologia schizofreniei (persoana nu poate face o alegere eficientă, întrucât orice alegere ar face, ea nu este acceptată);
- BOWEN (1971) și familia amorfă, în care nu există relații distincte, clare;
- procesul de „schismă maritală” (nu există reciprocitate între soți, se păstrează atașamente la cuplul parental de origine);
- fenomenul pseudomutualității (relații confuze între membrii familiei — L. WYNNE, I. RYCKOFF, S. HIRSCH, J. DAY, 1958);
- fenomenul mistificării (R. D. CAING, 1965);
- ACKERMAN (1958) — studii asupra psihodinamicii vieții de familie (problemele unui membru al familiei sînt legate de problemele celorlalți membri).

PRINCIPII TEORETICE

- Individul este produsul familiei sale; sistemul familial este forța dominantă în formarea individului;
- membrii familiei disfuncționale nu au capacitatea să-și satisfacă trebuințele, așteptările mutuale reciproce, ei nu-și pot exprima liber, autentic, identitatea (în relațiile dintre ei);
- o familie funcțională este capabilă de compromisuri;
- familia disfuncțională nu acceptă compromisuri;
- necesitatea compromisului este generată de faptul că trebuințele membrilor unei familii nu coincid (ele nu se întîmpină și nu se satisfac reciproc, decât foarte rar);

METODA (TEHNICA)

- necesitatea unor schimbări în cadrul familiei, date fiind stadiile prin care trece o familie (aparitia copiilor, etape în dezvoltarea copiilor, plecarea copiilor din familie etc.);
 - aspectele terapiei de familie sînt, în principal, trei:
 - terapia centrată pe subsistemul marital;
 - terapia centrată pe subsistemul relațiilor părinti-copii;
 - terapia vizînd homeostazia familiei ca sistem (balanța familială);
 - regulă a psihoterapiei de familie: persoana se schimbă dacă se modifică structura și configurația relațiilor intrafamiliale;
 - aspecte importante: istoricul familiei actuale, structurile familiale anterioare, care persistă în familia actuală;
 - diagnosticul, în sens larg: ca apreciere a modalităților de funcționare a relațiilor intrafamiliale;
 - emoția, ca instrument în schimbarea comportamentelor membrilor familiei;
 - folosirea învățării (metode comportamentale);
 - transferul familiei asupra terapeutului nu este element esențial în terapie;
 - terapeutul ca model; atitudinea activă a terapeutului.
-
- Interviu inițial (evaluarea problemei actuale, angajarea familiei în procesul terapeutic);
 - terapia se desfășoară în serii de ședințe (de la cîteva ședințe, la cîteva ani);
 - membrii familiei își aleg singuri pozițiile în încăperea în care se desfășoară terapia;
 - reluarea „problemei” cu membrii familiei, delimitarea problemei (participă toți membrii familiei);
 - extinderea problemei (reformulări sub alte perspective);
 - necesitatea schimbării (analiza vechilor soluții folosite de membrii familiei, conștientizarea faptului că este necesară o schimbare de atitudine la membrii familiei);
 - schimbarea modalităților de comunicare, a relațiilor dintre membrii familiei;
 - tehnici folosite mai frecvent: (re)punerea în roluri; acțiuni în familie; procedeul „family sculpting” (re-crearea familiei de origine prin mijloace non-verbale); genograma; tehnici din tera-

	<p>piile comportamentale; terapia familială multiplă (mai multe familii sînt luate împreună în terapie);</p> <ul style="list-style-type: none"> ● pentru reducerea tensiunii dintr-o familie: 1—6 ședințe; ● pentru rezolvarea simptomului: 10—15 ședințe; ● pentru optimizarea comunicării: 25—30 ședințe; ● pentru restructurarea familiei: 40 de ședințe și chiar mai multe (perioada se poate întinde la cîțiva ani). 	
INDICAȚII	<ul style="list-style-type: none"> ● Probleme de familie, dar nerecunoscute ca atare (consultația este cerută pentru unul din membrii familiei); ● probleme maritale la ambii parteneri; ● probleme individuale; ● tratamentul schizofreniilor; ● psihozele afective, alcoolism; ● psihozele depresive post partum. 	<p style="text-align: center;">CONCEPTE DE BAZĂ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Grupul</i> (auditoriul), participă implicit la acțiune, la joc; reacțiile grupului la joc au importanță terapeutică; aceste reacții depind de ceea ce simte grupul față de jocul protagoniștilor și al auxiliariilor; ● <i>protagonistul</i> (personajul principal), obiectivează probleme și experiențe personale în situație; ● <i>psihodramatistul</i> (terapeutul, director de psihodramă), conduce psihodrama în funcție de experiențele situației; poate fi activ, pasiv, directiv; poate intra în orice rol, în măsura în care libertatea sa interioară și situația terapeutică permit acest lucru; supraveghează ședința, împiedică formarea și perpetuarea unor structuri maladive în joc și în grup; ● <i>co-terapeuții sau asistenții terapeuți</i> (Ego-uri auxiliare), reprezentanți ai terapeutului, prelungesc unele funcții ale terapeutului, facilitează jocul dramatic și difuzarea fenomenelor transferențiale în grup, intensifică situațiile semnificative.
STADIUL ACTUAL	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Relațiile obiectuale</i> — punct de vedere derivat din psihoterapia familială și înrudită cu ego-psihologia (R. FAIRBAIRN, 1971), cu sediul la Philadelphia; consideră că relațiile din familia de origine influențează („contaminează”) esențial relațiile în familia proprie; reprezentanți ai acestui curent: J. FRAMO (1970), G. ZUK (1975), N. PAUL (1978); ● „<i>family systems</i>” — terapie de familie bazată pe teoria sistemică a lui BOWEN; ● <i>terapia familială structurală</i> (S. MINUCHIN, 1967, 1974) — se centrează pe subsistemele familiale, pe relațiile părinți-copii; ● <i>intervenția strategică</i> (D. JACKSON, P. WATZLAWICK, J. WEAKLAND, R. FISCH, 1974) — accentul este pus pe problemele prezente, pe familie ca sistem și pe subsistemele sale. 	<p style="text-align: center;">AUTOR, PRECURSORI</p> <ul style="list-style-type: none"> ● J. L. MORENO (1911, 1914, 1921); între 1921—1923, MORENO deschide Teatrul Spontaneității; în 1936, înființează spitalul de la Beacon, New York, care va funcționa timp de 30 de ani și în care se va dezvolta psihodrama ca metodă terapeutică; ● jocul copiilor — punerea în act a unor fantezii și/sau fantasmе (practicarea unor roluri sociale); ● dansul și dramatizările popoarelor primitive, legate de momente importante ale vieții: naștere, război, moarte; ● drama antică grecească; serbările dionisiace; ● secolul al XVII-lea, în Japonia: folosirea informală a psihodramei (jocul cu virtuți terapeutice); ● dialogurile socratice, adevărate „sesiuni terapeutice”; ● filozofia lui BERGSON (elanul vital, durată, trăirea imediată); ● pragmatismul lui Ch. S. PEIRCE (spontaneitatea înțeleasă ca receptivitate la nou, diversitate).
	<p>PSIHODRAMA (J. L. MORENO, 1911)</p>	
DEFINIȚIE	<p>Psihoterapie de grup care folosește jocul dramatic, efectul terapeutic bazîndu-se pe interacțiunile din cadrul jocului. Schimbarea persoanei se realizează prin rolul jucat de ea. Se obține o modificare a patternurilor inadecvate de percepție și comportare. Psihodrama valorifică expresia în acțiune (verbală, mimică, pantomimică, aici și acum).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● MORENO respinge formula strictă a modelului medical (diagnostic, tratarea pacientului în exclusivitate după diagnostic);

PRINCIPII TEORETICE

- psihodrama este o formă de psihoterapie prin care persoana (persoanele) recâștigă capacitatea de a fi spontane, de a-și stăpîni propria ființă și de a cunoaște (controla) propriile alegeri;
- persoana trebuie privită și apreciată în contextul relațiilor sale sociale;
- în perspectivă existențială, tot ceea ce se petrece, se petrece aici și acum (importanța trăirii prezente);
- echilibrul înseamnă capacitatea de a se manifesta spontan, optim adaptat;
- sînt considerate patologice comportamentele rigide, inflexibile, incapacitatea de a integra momente/situații, de a le folosi adaptativ;
- alegere eficientă înseamnă alegere operațională, cu finalizare pozitivă (în interesul individului);
- concepte moreniene :
 - rol somatic (ansamblul stărilor corporale la un moment dat);
 - rol psihodramatic (ansamblul rolurilor/comportamentelor particulare legate de experiența proprie a persoanei);
 - rol social (ansamblul rolurilor/comportamentelor comune subgrupului de apartenență al individului);
- în psihodramă, fiecare membru al grupului este și poate deveni agent terapeutic pentru oricare alt membru;
- psihoterapia vizează recuperarea disponibilităților individului (a capacității sale de a fi adaptat spontan și optim);
- orice persoană se poate corecta dacă primește informații despre ea însăși (dacă este ajutată să se cunoască, să se înțeleagă, să se exprime așa cum este).

METODA (TEHNICA)

- Există câteva sute de tehnici de producție psihodramatică; dintre acestea, cei mai frecvent aplicate sînt următoarele :
 - prezentarea în rol (persoana se prezintă pe sine într-un rol semnificativ pentru modul său de a fi);
 - inversarea de rol (o persoană intră în rolul altei persoane și invers);
 - dublul (o persoană din grup, de obicei un Ego auxiliar îl reprezintă/joacă pe subiectul protagonist);
 - solilocviul (protagonistul verbalizează un monolog interior, el „gîndește cu voce tare”, ca și cum ar fi singur);
 - aparté-ul (altcineva exprimă trăirile protagonistului, trăiri pe care el nu le poate exprima/verbaliza în viața reală);

INDICAȚII

- amplificarea (un Ego auxiliar reia cu voce tare, eventual strigată, ceea ce protagonistul a spus);
- modelarea (demonstrații alternative, făcute de membrii grupului în fața protagonistului, vizînd o serie de comportamente posibile în situație);
- oglinda (Ego-urile auxiliare îl reprezintă pe subiectul protagonist, protagonistul își vede astfel, într-o oglindă psihologică, propriile manifestări și, mai ales, reacțiile emoționale).

STADIUL ACTUAL

- Cîmp larg de aplicație, cu mențiunea că psihodrama va fi adaptată la scopurile terapiei, la nivelul de inteligență, la nivelul de sofisticare psihologică și de maturizare a Eului pacienților;
- se folosește în : probleme maritale și de cuplu, terapia copiilor, abuzul de droguri, alcoolism; în depresii, psihoze; în terapia familiei (ALLEN, 1954); în terapia delincvenților (HASKELL, 1960); în instituțiile de cronici (FINE, 1971); cu handicapați (BRANDZEL, 1963); ca adjuvant în trainingul autogen (ROTHMAN, 1961); în comunitățile terapeutice (MORENO, 1953); cu bolnavi psihici cronici regresați (FINE, DALY, 1962); în tratamentul nevroticilor (MORENO, 1944).
- Continuatorii lui MORENO : J. SACKS, R. SIROKA, E. ELEFTHERY (membri în Societatea Americană pentru Psihoterapie de grup și Psihodramă);
- extinderea psihodramei ca metodă în centrele de formare profesională a specialiștilor;
- Paris, 1964, A. ANCELIN-SCHUTZENBERGER și alți continuatori ai lui MORENO organizează primul Congres Internațional de psihodramă; în 1973, ei participă la formarea Asociației Internaționale a Psihoterapiei de grup;
- în prezent, există o serie de variante de psihodramă (psihodrama de explorare sau de diagnostic, psihodrama didactică sau de formare, psihodrama indirectă, psihodrama „în situ” sau existențială, psihodrama selectivă);
- există trei categorii de psihodramă, consacrate ca școli: psihodrama clasică (moreniană); psihodrama analitică franceză (S. LEIBOVICI); psihodrama triadică (A. ANCELIN-SCHUTZENBERGER);

	<ul style="list-style-type: none"> ● se mai practică : psihodrama în cadru psihanalitic (SACKS, 1960) ; terapia psihodramatică de grup (CORSINI, 1957) ; psihodrama cu referințe adieriene (STARR, 1977) ; psihodrama care folosește modele din analiza tranzațională, terapia primală și terapia realității (1976, YABLONSKY) ; psihodrama ca modalitate de învățare socială (HASKELL, 1975). 	
	<p align="center">● PSIHOTERAPIA COMPORTAMENTALĂ</p>	
DEFINIȚIE	<p>Ansamblu de metode psihoterapeutice care vizează modificări ale comportamentului la stimuli externi și interni, prin aplicarea legilor învățării, în scopul corectării comportamentelor deficitare, inadaptate, greșite. Există două categorii de metode comportamentale : cele bazate pe condiționarea clasică (WOLPE) și cele bazate pe condiționarea operantă (SKINNER).</p>	<p align="center">PRINCIPII TEORETICE</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Seful, ca ansamblu funcțional de răspunsuri (SKINNER, 1953) ; ● individul poate avea mai multe selfuri ; ● trăsătura de personalitate este un comportament în desfășurare ; ● self-controlul reprezintă un comportament controlat de indivizi, independent de mediul exterior ; ● self-controlul reprezintă o serie de comportamente învățate ; ● condiționarea clasică vizează formarea reflexului condiționat prin cuplarea unui stimul neutru cu un stimul necondiționat ; ● condiționarea operantă se referă la întărirea răspunsului prin consecințele pe care răspunsul le are (întărire pozitivă, întărire negativă) ; ● stingerea răspunsului (comportamentului) prin lipsa întăririi ; ● psihoterapia este un proces de învățare corectivă ; ● analiza comportamentală sau analiza funcțională ; relația terapeut-pacient este o relație lucrativă, de cooperare, care reduce anxietatea și favorizează o învățare corectivă ; ● atitudinea terapeutului este comprehensivă și empatică ; ● terapeutul propune un program pentru atingerea scopurilor terapiei ; ● atitudinea terapeutului este directivă.
CONCEPTE DE BAZĂ	<ul style="list-style-type: none"> ● Procesul învățării, ca proces esențial în dezvoltarea personalității ; ● deficitul în procesul învățării generează inadecvări comportamentale, dezadaptări ; ● un comportament ineficient este un comportament greșit învățat ; ● legile învățării aplicate într-o situație experimentală corectează comportamentul greșit ; ● condiționarea clasică, pavloviană ; ● condiționarea operantă ; ● teoriile învățării. 	
AUTORI, PRECURSORI	<ul style="list-style-type: none"> ● Condiționarea reflexă a lui PAVLOV ; ● experiențele lui WATSON (simptome provocate în situații experimentale) ; ● stingerea angoasei condiționate de situații în care individul manevrează stimulul provocator de angoasă (M. COVER-JONES, 1924) ; ● experiențele lui SKINNER (1937) ; ● WOLPE și tehnica desensibilizării sistematice (1958) ; ● formarea comportamentelor nevrotice prin imitație (BANDURA, 1969) ; ● condiționarea operantă și feedbackul (MILLER și DI CARA). 	<p align="center">METODA (TEHNICA)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Desensibilizarea sistematică (WOLPE, 1958) — tehnică de reducere a anxietății prin contra-condiționare în situație de relaxare ; ● flooding sau tehnica imersiunii (MALLESON, 1959) — menținerea pacientului într-o situație anxiogenă care va declanșa apariția și stingerea răspunsului ; ● tehnica implozivă — sugerarea unor teme oedipiene, în scene provocatoare de anxietate/angoasă ; scena se menține pînă la dispariția stării respective ; ● terapia asertivă (trainingul asertiv) — pacientul este încurajat și îndemnat să acționeze așa cum simte, putînd să exprime ceea ce gîndește și simte, atîta timp cît respectă ideile și emoțiile altora (GOLDSTEIN : cea mai „potrivită” expresie) ; ● tehnicile aversive (CAUTELA, 1976) — folosirea unor stimuli punitivi, provocatori de aversiune, de la stimulări electrice la scene imaginare neplăcute, acestea din urmă constînd în consecințe neplăcute legate de comportamentul inadecvat ;

	<ul style="list-style-type: none"> ● economia de jetoane (KAZDIN, 1977; AYLLON și AZRIN, 1965) — modelare operantă și întărire prin stimulii din mediul exterior; ● tehnicile cognitive (BECK, 1967; ELLIS, 1962) — implicațiile cognitive în tulburările psihice: distorsiunile cognitive generează distorsiuni emoționale și distorsiuni comportamentale; schemele de așteptare, de anticipare ale subiectului orientează selecția informației și elaborarea comportamentului de răspuns (COTTRAUX, 1981). 	<ul style="list-style-type: none"> ● modificarea experiențelor senzoriale și controlul acestor experiențe influențează pozitiv activitatea psihică, activitatea voluntară.
INDICAȚII	<ul style="list-style-type: none"> ● Fobii, obsesii; ● dificultăți de relaționare socială; ● dificultăți sexuale; ● reacții de doliu, blocaje emoționale; ● perversiuni; ● alcoolism, toxicomanie; ● obezitate; ● simptome hipocondriace; ● probleme sociale, de educație și învățămînt. 	<p style="text-align: center;">AUTOR, PRECURSORI</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1908—1912, concepția lui SCHULTZ despre trainingul autogen; ● practicile orientale de concentrare și meditație, practica yoga; ● lucrările lui VOGT asupra hipnozei; ● preocupările asupra hipnozei, observațiile făcute asupra efectelor de repaos (calm, destindere, eliberare a expresiei emoționale); ● H. R. ROBERTSON, SALTER fac o serie de constatări similare reluînd lucrările lui VOGT.
STADIUL ACTUAL	<ul style="list-style-type: none"> ● Începînd cu 1960, se produce o extindere a tehnicilor comportamentale în aproape toate instituțiile cu profil psihologic și psihiatric; ● desensibilizarea sistematică și flooding-ul s-au folosit din ce în ce mai frecvent; ● majoritatea tehnicilor comportamentale utilizează condiționarea operantă. 	<p style="text-align: center;">PRINCIPII TEORETICE</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Există o strînsă legătură între somă și psihism, între activitatea motorie și activitatea psihică, între experiența senzorială și experiența psihică mai complexă; ● percepția și controlul schemei corporale au drept efect descoperirea și controlul funcțiilor organismului, reglarea acestor funcții; ● reglarea funcționalității corporale are repercusiuni pozitive asupra funcționalității psihice, obținîndu-se o eficiență crescută în decizii și acțiuni, în special în ceea ce privește controlul afectiv; ● funcționarea și reglarea organismului în totalitatea sa presupune o concordanță între dinamica energiei corporale și dinamica energiei psihice; ● disonanțele în funcționarea subsistemelor organismului generează disonanțe adaptative (este importantă, în special, relația reciprocă dintre viața vegetativă și afectivă).
<p>● PSIHOTERAPIA DE RELAXARE (SCHULTZ, JACOBSON)</p>		
DEFINIȚIE	<ul style="list-style-type: none"> ● Sistem de tehnici (metode) psihoterapeutice aparținînd grupului de terapii sugestive și hipnotice, constînd în provocarea unei stări de relaxare fizică (tonus muscular) și psihică (deconectare, calm interior, destindere); ● vizează creșterea capacităților vitale și reducerea deficiențelor, creșterea capacității de autoreglare a organismului; ● inițial, se practică cu un terapeut; ulterior, subiectul o poate practica și singur. 	<p style="text-align: center;">METODA (TEHNICA)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Se explică pacienților în ce constă metoda de relaxare aleasă, după ce aceștia au fost în prealabil introduși în psihoterapia de relaxare (prin diverse materiale puse la dispoziție); ● este preferabil să nu se folosească magnetofonul (exercițiile să fie făcute sub comanda terapeutului); ● două poziții de bază: clinostatism, complet relaxat, sau „poziția birjarului” (în fotoliu, sezînd, brațele relaxate pe genunchi); ● fazele unui exercițiu: pregătirea poziției de bază, exercițiul propriu-zis, faza de încheiere, constînd în comenzi de mișcare accentuată a brațelor, respirații profunde;
CONCEPTE DE BAZĂ	<ul style="list-style-type: none"> ● Deconectarea prin concentrare, prin stimularea capacității de autorelaxare; ● autosedare, repaos al organismului (de obicei, subiectul își ignoră contractura musculară, această contractură fizică generează o stare de tensiune psihică); 	

<ul style="list-style-type: none"> ● durata antrenamentului primele 15 zile se fac 2—3 ședințe zilnic; după ședință, pacienții vor fi trimiși să facă o activitate anume; se va trece la alt exercițiu abia după ce se va constata că s-au produs efectele exercițiului anterior (confirmate de pacienți); ● durata antrenamentului va fi în total de 3—6 luni, timp în care se vor efectua două ședințe zilnic (de preferat, dimineața și la prânz); ● pacientul va comunica terapeutului orice senzație apărută pe parcursul terapiei care diferă de senzațiile incluse în exercițiu; ● formularea exercițiilor poate fi diferită de la terapeut la terapeut, fără însă a se depărta prea mult de formula de bază; nu se va modifica succesiunea exercițiilor; după aproximativ o lună de exersare, formulele se vor comprima, spre sfârșitul ciclului ele reducându-se la sintagme. 	INDICAȚII	<p>senzații de hipotimie sau lipotimii scurte, tulburări cardiace cu componentă funcțională, însoțite de simptomatologie nevrotică);</p> <ul style="list-style-type: none"> ● profilaxia stărilor hipertensive generate de tulburările emoționale; ● astmul bronșic; ● pregătirea persoanelor pentru situații suprasolicitanțe, performanțiale, în condiții de decizii rapide; ● terapia de relaxare se apropie de: psihoterapia rațională, psihoterapia de susținere, psihoterapia cu mijloace persuasive.
<ul style="list-style-type: none"> ● Tulburări funcționale generale, cu componentă vasomotorie (tulburări de tip vegetativ însoțite de anxietate/panică, 	STADIUL ACTUAL	<ul style="list-style-type: none"> ● Se aplică în clinici, în centre de profilaxie (igienă mintală); ● se aplică la persoane normale, pentru creșterea eficienței în acțiune, influențarea pozitivă a activității voluntare, a capacității de decizie; ● dintre metodele de relaxare, prezintă interes actual mai ales metoda Schultz; ● metodele de relaxare continuă să fie apreciate, în prezent, ca metode de optimizare umană.

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 Andrucoșici Irena |
| 8. Năstase Ștefania Coca | 18. Tudose Cătălina |
| 9. Păunescu Adrian | 19. Tudose Florin |
| 10. Prelipceanu Dan | |

Nota : Pentru fiecare autor sînt marcați prin cifre aldine termenii concepuți în exclusivitate de autorul respectiv și prin cifre drepte cei concepuți în colaborare ; cifra corespunde numărului de ordine al termenului în cadrul literei respective. Exemplu: ELECTRO-SOMN are numărul E 151, a fost conceput de Ștefănescu Mugur Gabriel și va fi găsit în lista termenilor acestui autor marcat cu cifre aldine. ETEROMANIE are numărul E 427, fiind conceput de doi autori, va fi găsit în lista termenilor ambilor autori (Săndulescu Maria Carmena și Barbu Gabriela), marcat cu cifre cursive.

1. ANDRIESCU NICOLAE TEOFIL

M: 621, 701, 726

29, 86, 212, 340, 567

N : 35, 307

263

O : 63

0

P : 410, 441, 486, 507, 721, 848, 851, 882, 1100, 1101, 1116, 1122, 1146
179, 277, 335

R : 23, 65, 71, 138, 153, 180

91, 281

2. BARBU GABRIELA

M : 110, 269, 322

6, 7, 30, 76, 278, 482, 663

N : 21, 91

26, 57, 197

O : 0

149

P : 496, 520, 699, 761, 951, 958, 959, 1050, 1056, 1093, 1175, 1200

497, 954

R : 292, 340

80, 91

3. BOTEZAT ANTONESCU ILEANA

M : 12, 71, 184, 244, 292, 458, 552

68, 266, 273, 275, 402, 444, 482, 576, 577

N : 154, 165, 186, 280, 338, 340, 402, 448

153, 207, 228, 250, 259, 285, 396

O : 18, 36, 49, 50, 144, 155, 156, 161, 191, 200

43, 44, 141, 237

P : 127, 224, 255, 349, 362, 442, 569, 635, 677, 797, 798, 889, 917, 956, 986, 998,
998, 1059, 1062, 1063, 1064, 1065, 1066, 1067, 1068, 1070, 1071, 1072, 1073,
1074, 1076, 1077, 1078, 1079, 1102, 1108, 1126, 1130, 1131, 1143
112, 157, 194, 223, 225, 226, 228, 229, 307, 384, 495, 630, 758, 759, 809, 828,
888, 935, 997, 1105, 1120, 1134, 1170

R : 36, 37, 41, 68, 87, 135, 291

76, 80, 81, 88, 99, 232

4. BOTEZAT ANTONESCU LIVIU

M : 205, 422, 574, 585

227, 274, 277, 623

N : 187, 442

26, 250

O : 52, 71, 98, 112, 142, 158, 173, 192

0

P : 326, 329, 331, 538, 618, 803, 994, 1055

844

R : 109, 118

0

5. CRĂCIUN DAN

M : 23, 63, 77, 83, 145, 146, 147, 148, 149, 155, 167, 181, 188, 254, 288, 332, 353, 354,
356, 358, 373, 376, 401, 403, 524, 535, 541, 550, 605, 609, 639, 697
63, 337, 539, 543, 563, 640

N : 37, 38, 39, 47, 55, 68, 294, 328, 329, 352, 404, 405

285

O : 28, 143, 145, 153, 197, 199, 230

19, 25, 27, 29, 30, 42, 61, 120, 182

P : 77, 78, 89, 147, 251, 258, 289, 413, 440, 678, 687, 702, 726, 738, 740, 777, 781
829, 850

46, 105, 630, 670, 758, 759, 771, 844, 862, 935, 975, 1120

R : 39, 40, 42, 72, 92, 93, 94, 140, 142, 149, 181, 190, 205, 331

46, 95, 121, 132, 133, 134, 178, 188, 232, 298

6. GORGOS CONSTANTIN

M : 2, 5, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 25, 26, 27, 28, 33, 34, 39, 40,
41, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 59, 65, 67, 70, 72, 73, 74, 79,
81, 85, 87, 90, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 106, 107, 108,
109, 111, 112, 113, 114, 116, 117, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 129, 133, 134,
137, 139, 140, 151, 154, 156, 161, 163, 164, 165, 166, 166, 168, 172, 173, 174,
176, 177, 182, 182, 185, 187, 192, 194, 195, 197, 198, 200, 204, 206, 207, 208,
209, 211, 214, 215, 216, 217, 218, 221, 222, 223, 224, 226, 230, 231, 232, 233,
235, 236, 237, 239, 240, 245, 246, 250, 251, 252, 253, 255, 258, 259, 261, 263,
265, 268, 270, 271, 276, 281, 282, 283, 290, 293, 295, 296, 297, 298, 299, 300,
301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316,
317, 318, 319, 320, 321, 323, 324, 325, 326, 328, 331, 338, 339, 341, 342, 343,
344, 346, 351, 352, 359, 360, 361, 362, 364, 365, 369, 370, 372, 375, 378, 381,
382, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398,
399, 400, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 416, 417, 418,
419, 420, 421, 425, 426, 427, 429, 431, 434, 435, 439, 440, 441, 442, 445, 450,
451, 453, 455, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472,
474, 475, 477, 478, 479, 480, 481, 483, 485, 486, 488, 489, 490, 491, 492, 494,
497, 498, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 512, 514, 516, 517,
518, 519, 520, 521, 522, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 540, 544, 545, 546, 547,
548, 553, 557, 559, 561, 562, 565, 572, 578, 579, 581, 586, 587, 588, 589, 590,
591, 592, 594, 595, 597, 598, 599, 600, 603, 604, 606, 607, 608, 610, 611, 613,
614, 615, 618, 619, 625, 626, 627, 633, 636, 637, 641, 642, 643, 644, 645, 646,
647, 648, 649, 650, 653, 656, 658, 660, 664, 665, 666, 668, 669, 673, 674, 676,
677, 678, 679, 681, 683, 687, 695, 698, 699, 703, 704, 707, 709, 711, 714, 717,
722, 723, 724, 727, 728, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736

3, 9, 29, 30, 63, 68, 76, 126, 141, 170, 196, 257, 272, 289, 444, 452, 484, 495,
513, 523, 554, 560, 567, 596, 612, 629, 715, 725

N : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 22, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 40, 41,
42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 56, 63, 64, 65, 72, 73, 79, 80, 82, 83, 84,
85, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 106, 107,
109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 124, 125,
126, 127, 132, 133, 137, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 150,
151, 152, 155, 156, 157, 160, 161, 162, 163, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172,
173, 174, 175, 177, 180, 181, 182, 183, 184, 188, 189, 190, 192, 193, 194, 195,
201, 202, 204, 205, 211, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223,
224, 225, 226, 233, 235, 239, 243, 243, 254, 258, 264, 266, 267, 268, 271, 272.

273, 274, 275, 278, 281, 282, 283, 284, 285, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293,
 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 309, 310, 311, 312, 313, 314,
 315, 316, 317, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 330, 331, 332, 333,
 334, 335, 336, 337, 339, 341, 342, 344, 353, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361,
 362, 363, 365, 366, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 376, 377, 378, 379, 380,
 381, 382, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 394, 395, 397, 399, 400, 401, 406,
 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422,
 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 433, 435, 436, 437, 438, 440, 441
 443, 444, 445, 446, 446, 447, 449

57, 58, 153, 176, 226, 250, 259

⊙: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 34, 39, 45, 47, 54, 55, 57,
 58, 59, 64, 65, 67, 68, 72, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 89, 90, 91, 92, 93, 97, 99,
 100, 101, 102, 104, 105, 107, 109, 110, 111, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 123,
 125, 127, 129, 130, 134, 136, 139, 146, 148, 150, 154, 157, 159, 160, 162, 165,
 167, 171, 172, 174, 175, 176, 180, 181, 186, 187, 188, 189, 190, 193, 195, 196,
 202, 204, 205, 213, 215, 216, 219, 220, 222, 223, 224, 225, 227, 228, 229, 231,
 232, 235, 241, 242, 243, 247, 250, 251, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260,
 261, 263, 264, 266, 268, 269, 270, 271, 272, 276

43, 44, 69, 114, 126, 131, 209

P: 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 15, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 27, 28, 29,
 31, 32, 33, 34, 35, 36, 44, 52, 53, 54, 56, 58, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 68, 70, 72,
 75, 76, 82, 84, 85, 87, 88, 91, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 101, 102, 107, 109, 110,
 116, 117, 119, 121, 122, 129, 131, 135, 138, 139, 141, 142, 143, 144, 146, 149,
 156, 161, 174, 175, 176, 180, 182, 192, 196, 198, 199, 203, 203, 204, 207,
 208, 209, 212, 213, 219, 220, 221, 227, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 237, 239,
 240, 243, 245, 247, 248, 249, 254, 256, 257, 259, 260, 267, 268, 272, 274, 275,
 276, 278, 280, 284, 286, 291, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303,
 304, 305, 306, 312, 313, 314, 315, 319, 321, 322, 325, 327, 328, 333, 334, 336,
 337, 338, 339, 341, 343, 344, 345, 347, 348, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 357,
 358, 359, 360, 361, 368, 369, 370, 371, 372, 374, 377, 378, 379, 380, 382, 383,
 388, 389, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 405, 406, 407, 409, 419, 424,
 425, 428, 429, 430, 431, 434, 435, 436, 438, 439, 443, 444, 445, 446, 447, 448,
 449, 450, 452, 453, 454, 455, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467,
 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 482, 483, 484, 487,
 491, 492, 493, 495, 500, 503, 508, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518,
 519, 521, 522, 524, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 537, 539, 542,
 543, 544, 545, 546, 548, 551, 553, 555, 557, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 567,
 568, 573, 574, 575, 577, 573, 580, 584, 585, 586, 587, 590, 593, 598, 600, 601,
 602, 603, 605, 607, 611, 612, 615, 616, 617, 619, 620, 621, 626, 631, 632, 637,
 639, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 652, 653, 671, 674, 675, 676,
 681, 684, 685, 689, 691, 700, 710, 711, 712, 714, 724, 727, 728, 729, 730, 731,
 733, 734, 735, 736, 737, 739, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 749, 752, 754,

755, 764, 767, 775, 776, 778, 779, 780, 784, 786, 787, 791, 793, 794, 795, 796,
 799, 803, 805, 806, 807, 808, 810, 811, 813, 815, 816, 817, 819, 820, 823, 825,
 826, 837, 838, 839, 840, 843, 845, 846, 847, 852, 853, 860, 861, 863, 864, 865,
 866, 867, 868, 870, 871, 875, 876, 879, 881, 883, 884, 886, 887, 893, 895, 896,
 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913,
 914, 915, 916, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 930, 931,
 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 941, 942, 944, 945, 946, 947, 948, 949,
 954, 955, 957, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 968, 972, 976, 977, 978, 979, 981,
 982, 983, 987, 988, 990, 991, 992, 993, 999, 1001, 1003, 1005, 1006, 1007, 1008,
 1010, 1011, 1013, 1014, 1019, 1020, 1021, 1022, 1024, 1025, 1026, 1027,
 1028, 1029, 1030, 1031, 1032, 1033, 1034, 1035, 1036, 1037, 1038, 1039, 1040,
 1041, 1042, 1043, 1044, 1045, 1046, 1047, 1048, 1049, 1086, 1087, 1090, 1091,
 1092, 1094, 1098, 1106, 1107, 1109, 1113, 1132, 1133, 1138, 1141, 1164,
 1116, 1176, 1177, 1182, 1183, 1184, 1185, 1186, 1187, 1188, 1189, 1190, 1191,
 1192, 1193, 1194, 1195, 1196, 1197, 1199, 1209, 1210, 1218, 1219, 1220, 1221,
 1224, 1225, 1226, 1228, 1230, 1231, 1232, 1233, 1234

112, 136, 145, 148, 157, 123, 225, 226, 316, 320, 384, 414, 490, 540, 541,
 609, 665, 668, 669, 690, 862, 888, 1105, 1127, 1134, 1165, 1229

Q : 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29,
 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38

R : 2, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 30, 31, 32, 33, 34, 47, 48, 49,
 50, 51, 52, 53, 54, 56, 58, 59, 61, 62, 67, 69, 73, 74, 75, 78, 83, 86, 100, 102,
 108, 111, 112, 113, 116, 119, 122, 123, 127, 128, 130, 131, 141, 143, 145, 146,
 147, 162, 164, 165, 166, 167, 169, 170, 174, 176, 179, 183, 184, 185, 186, 187,
 196, 197, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215,
 217, 218, 220, 222, 225, 226, 228, 230, 233, 234, 238, 239, 240, 245, 246, 247,
 248, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 261, 262, 265, 267, 268, 269, 270,
 272, 274, 275, 278, 283, 284, 287, 288, 289, 293, 304, 306, 307, 308, 313, 317,
 318, 320, 323, 324, 326, 330, 332, 333, 335, 341, 342, 346, 347, 348, 349, 352,
 353, 354, 357, 358, 359, 361, 362, 363, 364, 365, 369, 370, 371, 372, 374, 375,
 376, 378, 379, 380, 381, 382, 385, 386, 387, 389, 390, 391, 392, 396, 397, 398,
 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 410, 412, 414, 415, 420, 421, 422,
 423, 426, 430, 436, 437, 441, 442

88, 175

7. LITINSCHI GHEORGHE

M : 169, 171, 279, 280, 692, 729

3, 428, 436, 456, 629, 651

N : 105, 246, 260, 279, 350

0

O : 37, 106, 147, 169

0

P : 71, 269, 582, 842, 897, 1061, 1169, 1172, 1201, 1202, 1203

137, 140, 490, 497

R : 125, 154, 227, 277, 311, 327, 334, 344, 411, 428, 429

0

8. NĂSTASE ȘTEFANIA COCA

M : 31, 84, 88, 201, 213, 336, 348, 424, 454, 616, 657, 684, 691, 702

284, 456, 459, 558, 569

N : 179, 185, 191, 203, 354, 432

197

O : 51, 56, 94, 164, 176

17, 95, 178

P : 216, 293, 330, 381, 550, 579, 594, 605, 608, 638, 686, 692, 693, 694, 695, 696,
697, 698, 713, 715, 716, 717, 718, 720, 722, 723, 770, 801, 840, 874, 952, 970,
989, 1057, 1085, 1167, 1178, 1179, 1198

69, 186, 194, 591, 604, 651, 664, 651, 664, 690, 743, 756, 732, 940, 997, 1033

R : 79, 82, 104, 105, 106, 107, 168, 224, 290, 319

25, 103, 121, 221, 303

9. PĂUNESCU ADRIAN

N : 0

176

P : 1099, 1162

0

10. PRELIPCEANU DAN

M : 55, 115, 191, 583

32, 132, 596, 700

N : 75, 81, 367, 392, 393, 403

71, 345

O : 48, 121, 124

138, 163, 226, 336

P : 193, 364, 399, 869, 985, 995, 1084, 1104, 1135, 1142

0

R : 44, 110, 299

46, 132, 133, 178, 188, 189, 303

11. PUIU OLGA VALERIA

O : 0

163

P : 289, 535, 547, 613, 658, 763, 1171, 1173

418, 591, 1168, 1229

R : 13

11, 294, 325, 432

12. ȘANDOR VERONICA

M : 24, 60, 138, 158, 159, 160, 189, 367, 368, 593, 632

86, 142, 266

N : 16, 18, 76, 100, 206, 210, 305, 306

17, 207, 396

O : 32, 46, 66, 85, 86, 87, 152, 184, 210, 211, 212, 233

42, 119, 120, 207, 209

Ⓟ : 262, 263, 309, 318, 375, 385, 422, 572, 673, 692, 703, 704, 735, 750, 768, 783, 788, 789, 790, 830, 831, 832, 833, 835, 836, 892, 974, 1115, 1204, 1227

277, 307, 317, 376, 423, 748, 785, 828, 996

℞: 1, 7, 27, 28, 43, 136, 137, 216, 250, 260, 285, 295, 310, 315, 333, 394, 440
229, 388

13. SĂNDULESCU MARIA CARMENA

Ⓜ : 42, 69, 163, 157, 162, 179, 186, 193, 225, 264, 267, 236, 237, 291, 327, 380, 383, 423, 433, 457, 533, 549, 573, 582, 620, 624, 634, 655, 659, 661, 662, 708, 713, 718

6, 7, 75, 135, 141, 227, 228, 273, 289, 330, 337, 423, 436, 437, 513, 539, 563, 564, 623, 651, 654, 663, 682, 725

Ⓝ : 23, 66, 108, 349

26, 58, 59, 71

⊙ : 122, 262

12, 6, 336, 337

Ⓟ : 30, 37, 39, 40, 41, 42, 49, 50, 51, 64, 73, 80, 83, 86, 97, 100, 103, 108, 111, 115, 123, 124, 125, 128, 130, 132, 133, 134, 151, 152, 154, 155, 170, 171, 172, 173, 178, 181, 185, 187, 188, 189, 190, 191, 195, 210, 238, 241, 244, 250, 252, 265, 283, 323, 387, 433, 489, 509, 552, 565, 588, 659, 660, 672, 929, 1002, 1051, 1052, 1058, 1137, 1144, 1208

17, 47, 69, 105, 136, 137, 140, 148, 177, 186, 202, 211, 215, 217, 223, 225, 226, 228, 229, 320, 386, 400, 490, 502, 540, 566, 614, 1136, 1168, 1205

℞: 4, 45, 85, 144, 150, 151, 155, 160, 301, 328, 329, 336, 339, 345, 366, 368, 424, 434

11, 25, 81, 103, 221, 223, 231, 298, 325, 338, 432

14. ȘTEFĂNESCU MUGUR GABRIEL

Ⓜ : 66, 131, 219, 515, 531, 536, 628, 706, 710

22, 75, 78, 135, 142, 196, 212, 227, 228, 266, 274, 276, 277, 284, 459, 482, 558, 569, 570, 651, 715

Ⓝ : 24, 27, 28, 60, 61, 62, 67, 69, 128, 130, 131, 164, 237, 269, 270, 277, 318, 346, 391

59, 71, 129, 212, 228

O : 73, 83, 133, 135, 137, 265

17, 26, 43, 44, 95, 96, 138, 149, 178, 205

P : 26, 106, 206, 264, 340, 356, 421, 504, 505, 599, 623, 732, 834, 969, 1060

17, 46, 47, 211, 214, 215, 217, 316, 665, 940, 1127, 1170

R: 337, 384, 417

76, 88, 99, 175, 338, 355

15. STOLTZ GABRIELA

M : 56, 91, 202, 203, 220, 333, 334, 487, 580, 584, 602, 630, 688, 696, 712

210, 212, 257, 366, 495, 577, 654

N : 78

123, 35, 138

O : 151

0

P : 634, 753, 769, 849, 873, 1111, 1112, 1161

214, 502, 996

R : 0

189, 207, 355

16. STROIAN GABRIELA

M : 238, 448, 694

9, 340, 570

N : 439

0

O : 38, 179, 239

96

P : 366, 367, 404, 417, 523, 536, 622, 625, 667, 841, 950, 960, 1117, 118

202, 335, 376, 785, 975, 1083

R.m : 57, 60, 114, 263, 321, 350, 351, 418

46, 229, 286, 382

17. TALABAN ANDRUCOVICI IRENA

M : 1, 61, 128, 130, 144, 150, 152, 180, 190, 199, 242, 437, 443, 446, 551, 571, 622,
638, 680, 685, 686

22, 126, 127, 210, 366, 484, 543, 552, 564, 576, 640, 682

N : 53, 54, 229, 230, 232, 235, 240, 241, 242, 251, 261, 262, 308, 364

17, 123, 135, 138, 228

O : 6, 20, 21, 22, 23, 24, 31, 33, 74, 75, 183, 185, 194, 214

19, 25, 26, 27, 29, 30, 119, 182, 205, 207

P : 1, 92, 205, 271, 273, 373, 403, 408, 411, 412, 415, 426, 432, 571, 581, 591, 633,
701, 709, 725, 760, 766, 804, 812, 822, 855, 856, 857, 858, 859, 890, 891, 984,
1053, 1054, 1095, 1096, 1097, 1114, 1150, 1151, 1152, 1153, 1154, 1155, 1157,
1158, 1159, 1160, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215, 1216, 1217

179, 317, 782, 809, 824, 1222

R : 70, 90, 96, 98, 156, 157, 158, 161, 171, 173, 192, 193, 194, 198, 219, 231,
237, 241, 242, 243, 244, 273, 276, 279, 297, 305, 314, 343, 408, 409

95, 207, 223, 286

18. TUDOSE CĂTĂLINA

M : 38, 57, 64, 124, 175, 249, 260, 294, 335, 363, 379, 430, 432, 438, 447, 449, 476,
496, 542, 556, 566, 631, 635, 652, 675, 716, 719, 721

86, 725

N : 8, 77, 146, 158, 159, 208, 209, 231, 275

71, 187, 263

O : 35, 60, 217, 234, 252, 274

114, 131, 170, 245

P : 43, 55, 67, 79, 90, 120, 126, 158, 166, 167, 168, 169, 184, 197, 218, 236, 242, 253, 270, 279, 290, 292, 308, 310, 311, 332, 346, 390, 427, 451, 457, 480, 481, 485, 494, 499, 501, 506, 570, 576, 583, 589, 592, 597, 628, 636, 640, 656, 657, 662, 765, 772, 792, 814, 827, 872, 878, 885, 894, 943, 967, 973, 980, 1004, 1009, 1016, 1017, 1089, 1110, 1156, 1174, 1180, 1181, 1206

163, 365, 400, 414, 566, 756, 1127

R : 3, 35, 38, 55, 64, 115, 124, 126, 129, 139, 182, 195, 259, 264, 266, 271, 280, 309, 356, 360, 413, 419, 433, 438, 439

76, 355

19. TUDOSE FLORIN

M : 4, 35, 37, 62, 80, 82, 89, 92, 97, 105, 118, 136, 143, 178, 229, 234, 241, 243, 247, 248, 256, 262, 285, 329, 345, 347, 349, 350, 355, 357, 371, 374, 377, 415, 473, 493, 499, 510, 511, 532, 534, 537, 538, 555, 568, 601, 617, 667, 670, 671, 672, 689, 690, 693, 705, 720

32, 78, 127, 132, 170, 272, 330, 402, 444, 452, 523, 554, 560, 612, 700, 725

N : 9, 20, 25, 29, 70, 74, 104, 134, 136, 196, 198, 199, 200, 227, 234, 238, 244, 245, 247, 249, 252, 253, 255, 256, 257, 265, 343, 347, 348, 351, 375, 383, 398, 434

58, 178, 345

O : 40, 41, 53, 62, 70, 76, 84, 103, 108, 128, 132, 140, 166, 168, 198, 201, 203, 208, 218, 221, 238, 240, 244, 246, 248, 249, 273, 275

61, 69, 141, 226, 245

P : 6, 19, 24, 38, 48, 57, 59, 74, 81, 104, 113, 114, 118, 150, 153, 159, 160, 162, 164, 165, 183, 201, 222, 246, 261, 266, 281, 282, 285, 287, 324, 342, 342, 363, 401, 402, 416, 420, 437, 456, 488, 498, 525, 549, 554, 556, 558, 610, 624, 627, 629, 650, 654, 655, 661, 663, 666, 679, 680, 683, 707, 708, 719, 751, 757, 762,

773, 774, 800, 818, 821, 854, 877, 880, 971, 1000, 1012, 1015, 1018, 1023, 1069, 1075, 1090, 1081, 1082, 1088, 1103, 1121, 1123, 1124, 1125, 1129, 1139, 1140, 1145, 1163, 1207, 1223

145, 163, 177, 215, 365, 386, 400, 414, 423, 541, 604, 609, 614, 651, 664, 668, 669, 670, 771, 824, 953, 1136, 1165, 1205, 1222

Q : 1, 12, 14, 32

0

R : 1, 8, 15, 16, 26, 63, 66, 77, 84, 89, 97, 101, 117, 120, 122, 123, 148, 152, 159, 163, 172, 177, 191, 206, 235, 249, 282, 296, 300, 302, 312, 316, 322, 373, 377, 393, 395, 416, 425, 427, 431, 435

76, 134, 294

