

PSIHOPATIILE, DEZVOLTĂRILE DIZARMONICE DE TIP PSIHOPATIC ȘI STĂRILE PSIHOPATOIDE

În mod voit expunem în cadrul aceluiași capitol psihopatiile și stările psihopatoide, motivînd aceasta prin dorința de a evidenția unele trăsături comune și, în același timp, de a sistematiza criteriile de diferențiere dintre ele. Tot astfel, subliniind unele asemănări între dezvoltările dizarmonice de tip psihopatic ale copilului și alte tipuri de dezvoltări sau tulburări de comportament ne propunem să prezentăm atît principiile de bază ale diagnosticului diferențial cît și principalele sale dificultăți.

A. PSIHOPATIILE ȘI DEZVOLTĂRILE PSIHICE DIZARMONICE DE TIP PSIHOPATIC ALE COPILULUI

Definiție. Psihopatiile reprezintă un grup polimorf de dezvoltări patologice ale personalității caracterizate clinic printr-o insuficientă capacitate sau printr-o incapacitate episodică sau permanentă de integrare armonică și suplă la condițiile obișnuite ale mediului familial, profesional sau în general social. Definiția noastră se apropie de aceea a lui S. Roșu și A. Sîrbu, care consideră psihopatiile ca fiind „stări morbide determinate multifactorial și caracterizate printr-o permanentă sau episodică incapacitate de integrare armonică și suplă a persoanei în ambianța sa cotidiană (familială, profesională)”. În elucidarea noțiunii de psihopatie, P. Brînzei evidențiază în special aspectul dizarmonic al personalității (dizarmonie „eredo-constituțională” sau „cîștigată prin cauze encefalo-abiotrofizante”), care se obiectivează prin funcții de

cunoaștere bine dezvoltate, însă cu o insuficientă capacitate frenatorie asupra pornirilor instinctiv-emoționale și a defectivității sentimentelor moral-sociale în prezența discernământului asupra conținutului și urmărilor acțiunilor întreprinse (A II-a conferință națională de psihiatrie, București, 21—22 noiembrie 1969, pag. 10, 17). Acceptând aceste particularități dizarmonice ale personalității psihopatiei, exprimăm în același timp adeziunea față de principiul totalității elaborat de P. B. Gannuşkin, care susține că particularitățile patologice se răsfrâng asupra întregii vieți psihice și ca atare ele nu se manifestă în mod izolat ci în totalitate. Evidențierea deci a unor trăsături izolate care nu influențează structura caracterului și personalității în întregime nu poate duce la fundamentarea diagnosticului de psihopatie. Deși principiile lui Gannuşkin se refereau mai mult la psihopatiile constituționale („de nucleu“, după K. Schneider), le amintim deoarece ele rămân valabile și în prezent pentru a delimita psihopatiile și dezvoltări e dizarmonice psihopatiei de stările psihopatoide, de alte tipuri de dezvoltări dizarmonice și de o serie de manifestări ale diverselor tipuri de comportament aberant.

Unul dintre cele trei aspecte de bază în definirea cadrului psihopatiei este deci *principiul totalității*. Un alt principiu, primul după Gannuşkin este *principiul constanței*, care statuează că trăsăturile patologice sînt permanente și ca atare ele urmăresc persoana de-a lungul întregii sale existențe. Cel de-al treilea este *principiul intensității*, care stabilește că tulburările calitative de personalitate după intensitatea lor situează (în afara unor decompensări episodice) psihopatul la limita dintre sănătate și boală. Tot Gannuşkin este acela care a dezvoltat și cel de-al patrulea principiu al psihopatiei și anume *principiul dinamicii* acesteia. Considerînd-o constituțională, autorul a sesizat faptul că psihopatia nu se manifestă în toate condițiile și etapele cu aceeași intensitate. Principiul dinamicii psihopatiei se referă în principal la manifestările cantitative și în special la succesiunea etapelor de compensare și decompensare a personalităților psihopatiei. O. V. Kerbikov și școala sa, unind criteriul intensității cu cel al dinamicii psihopatiei, a reușit să contureze (mai ales în categoria psihopatiilor marginale) unele modalități și etape de formare (structurare) a personalității psihopatiei. Autorii au căutat să depășească cadrul limitat al psihopatiilor constituționale așa cum era el conceput de adepții teoriei unilateral-constituționaliste.

După O. V. Kerbikov, diferențele esențiale între Gannuşkin și școala sa și K. Schneider constau în punctele de vedere diferite în delimitarea cadrului psihopatiilor. Astfel în timp ce Gannuşkin a pornit de la observația clinică către formularea unor criterii teoretice, K. Schneider a acordat importanță noțiunilor generale de personalitate utilizînd criteriile antropologice și caracteriologice în scopul fundamentării unei sistematice proprii. De altfel aceste puncte de plecare ale lui K. Schneider nu exclud preocupările sale de definire clinică a psihopatiilor. Se cunoaște astfel definiția formulată de autor după criterii dominant clinice. Din categoria nelimitată a personalităților anormale, K. Schneider desprinde perso-

nalitățile psihopatice pe care le definește astfel : „personalitățile psihopatice sînt acele personalități anormale al căror caracter anormal le face să sufere sau face să sufere societatea“. Acestei definiții i s-au adus o serie de critici pentru faptul că este formală, că a creat unele confuzii între psihopatii și nevroze etc. Desigur că aceste critici nu pot fi considerate ca întemeiate atît timp cît ele se referă doar la această parte de definiție a psihopatiei neglijînd conținutul larg al concepției lui K. Schneider despre personalitățile psihopatice și evoluția gîndirii sale în domeniul psihopatiei. De altfel lucrările lui K. Schneider, alături de cele ale lui Gannuşkin și mai recent ale lui O. V. Kerbikov și Petrilowitsch constituie pietre de hotar în definirea cadrului, aprecierea dinamicii și a modalităților de structurare a personalităților psihopate.

În ceea ce privește concepția despre psihopatie a psihiatrilor de limbă engleză ea se apropie într-o oarecare măsură de conținutul formulărilor expuse mai ales, sub aspectul evidențierii trăsăturilor clinice ale personalităților psihopatice. Astfel Henderson și Gillespie introduc în cadrul „stărilor psihopatice“ persoanele care au prezentat din copilărie sau din prima lor tinerețe reacții și conduite emoționale anormale continue, dar care nu au atins (în afara unor exacerbari periodice) un grad de anormalitate care ar fi putut să ducă la concluzia existenței unei maladii mentale evidente. Autorii amintiți menționează în continuare lipsa unor tulburări de intelect măsurabile prin testele de inteligență uzuale și în același timp consideră că actele comise de acești subiecți nu pot fi încadrate în rubrica „actelor mentale prin deficit intelectual“ și ca atare nici nu pot beneficia de un regim penal special.

Într-o definiție mai categorică acești autori consideră că personalitățile psihopatice (cei cu „stări psihopatice“) constituie o grupă refractară individualistă care nu se adaptează la mediul social, a cărei instabilitate emoțională este determinată la o bună parte dintre componenții ei de o lipsă de maturitate psihică care-i împiedică să se adapteze la realitate și să tragă profit din experiența trăită. Desigur că unele din aceste trăsături au mai mult o valoare clinică secundară și particulară numai unor anumite forme de psihopatii.

Există părerea că nu se poate vorbi de psihopatie decît la vîrsta adultă. Între argumentele care susțin acest punct de vedere sînt citate inoportunitatea utilizării noțiunii de personalitate la copil și, consecință a ritmului extrem de viu al dezvoltării infantile, dificultatea și riscurile diagnosticului de psihopatie înainte de vîrsta adolescenței.

H. Stutte (1960) vorbind de psihopatii la copil consideră însă că este neîntemeiată îndoiala în ceea ce privește existența unor anomalii de caracter legate de o predispoziție constituțională, iar Lutz (1967) afirmă că dacă se consideră psihopatia ca o tulburare condiționată de o anumită predispoziție înnăscută ea trebuie să existe din copilărie. Unii autori, dorind să evite riscul unei opțiuni, preferă să trateze astfel de tulburări sub acoperirea unor termeni cu conținut mai larg și nu întotdeauna superpozabili (disorders of behavior, l'enfant pervers etc.), cei mai mulți însă (T. P. Simson, 1935 ; N. I. Ozeretki, 1938 ; Villinger, 1952 ; Suhareva, 1959 ; Stutte, 1960 ; Lutz, 1967 ; Van Krevelen, 1970 etc.) socotesc

necesar și posibil a recunoaște și diagnostica psihopatia încă de la vârsta copilăriei. Convinși de justetea acestui punct de vedere preferăm însă a cuprinde astfel de manifestări sub denumirea de dezvoltări dizarmonice ale personalității de tip psihopatic, formulare care după noi, reflectă mai bine realitatea clinică și dinamica lor specifică la această vîrstă.

Redînd doar cîteva dintre tentativele de definire a psihopatiilor menționăm că nici pînă în prezent nu se poate afirma că există un consens unanim în definirea acestei noțiuni așa cum de fapt va reieși și din expunerea succintă a istoricului psihopatiilor.

Istoric. Evoluția concepțiilor etio-patogenice. Deși se consideră că istoricul psihopatiilor începe cu Pritchard, cu mult timp înaintea lui, în Franța, Pinel (1809) delimita un fel de „manie fără delir“, iar Esquirol „monomania instinctivă“ sau „impulsivă“. J. C. Pritchard (medic din Bristol) a descris în anul 1835 sub titlul de „demență morală“ („Moral insanity“) sau de „imbecilitate morală“ o categorie de subiecți care sufereau de un fel de deranjament mintal constînd în pervertirea gravă a principiilor morale. După descriere, deși acești subiecți păstrau „capacitatea de a discuta rezonabil“ asupra oricărui subiect propus, ei erau incapabili de a avea o conduită decentă și de a-și corecta atitudinea în problemele de viață, de unde și denumirea de „demență morală“. Inspirat de descrierile amintite, Morel a dezvoltat în Franța conceptul de „nebunie a degenerațiilor“ („folie de dégénéres“), iar în Germania a fost elaborat termenul de „boală morală“ („Moralische Krankheiten“).

Odată cu apariția orientării ereditare în medicină (orientare ce postulează ideea determinismului ereditar a tot ceea ce este esențial în psihicul uman) problema personalității patologice începe să fie abordată de Morel și Magnan în Franța, Lombroso, Bianchi și Tanzi în Italia, Krafft Ebing și Ziehen în Germania, Balinski și Ceciott în Rusia de pe noi poziții. Dintre ele cea mai largă răspîndire a avut-o cea care a plecat de la ipoteza conform căreia patologia psihică se subordonează noțiunii de degenerescență. Astfel Morel și Magnan considerau că la originea bolilor psihice se află o predispoziție care printr-un mecanism de degenerescență se transformă într-o stare patologică. Primul introduce de altfel și termenul de „nebunie a degenerațiilor“ (folie de dégénéres).

Termenul de personalitate psihopatică sau de psihopatie s-a conturat încet și este greu de stabilit cui îi aparține prioritatea. În orice caz se recunoaște că în 1888 Koch în Germania a introdus termenul de *inferioritate psihopatică* pentru a defini unele stări isterice sau obsesivofobice în care componenta psihopatică influența nefavorabil prognosticul acestor maladii. În Rusia deja în anul 1884 se vorbea de o categorie de delincvenți care a fost încadrată de Balinski și Ceciott în categoria personalităților psihopatice. În Germania încă înainte de anul 1900 Kraepelin a introdus termenul de „personalitate psihopatică“, termen recunoscut și astăzi de multe școli psihiatrice. Merită a fi menționat faptul că în conceptul său, Kraepelin, printre simptomele manifeste ale acestor categorii de pacienți menționa impresionabilitatea, impulsivitatea, excen-

tricitatea, tendința la minciună, escrocheria, caracterul răzbunător și în sfârșit comportamentul antisocial. În același timp el releva posibilitatea existenței unor astfel de trăsături psihopatice atât în cadrul larg al psihonevrozelor cât și într-o serie de entități nosologice de intensitate psihotică. Iată deci că încă de la introducerea termenului amintit au apărut aspectele complexe de delimitare a psihopatiilor atât de nevroze, cât și de cadrul unor entități clinice de intensitate psihotică.

În primele decade ale secolului XX, Healy și Kahn au încercat să contureze o analiză clinică mai aprofundată căutând să stabilească ca și Gannuşkin criterii mai precise de diferențiere. Aproximativ în aceeași perioadă Dupré, A. Delmas, Fleury au pus în Franța bazele conceptului de „constituție psihopatică”, iar Birnbaum în Germania, Lentz în U.R.S.S. și Partridge în S.U.A. — căutând să releve în special aspectele sociologice ale psihopatiei susțineau înlocuirea termenului de psihopatie cu cel de „sociopatie” (termen utilizat încă înaintea etapei istorice a delimitării noțiunii de personalitate psihopatică). Formularea punctului lor de vedere pornea de la considerentul că anomalia psihopatică a personalității reprezintă în ultimă instanță rezultatul influenței negative a mediului social, iar simptomatologia de bază (al doilea considerent) a psihopatiei se evidențiază în interacțiunea dintre persoana psihopatului și mediul social ambiant.

În fața multiplelor puncte de vedere cu privire la constituția psihopatică, la raportul dintre moștenit și căpătat în structurarea unei personalități psihopatice, la teoria degenerărilor cât și față de tendința extinderii și suprapunerii noțiunii de psihopatie celei de personalitate anormală, K. Schneider în Germania și P. B. Gannuşkin în U.R.S.S., au formulat o serie de critici și au apărat cu consecvență conceptul de personalitate psihopatică, elaborând în același timp criteriile de delimitare a acesteia de nevroze, psihoze și de variantele extreme ale normalului.

În cartea sa intitulată „Die Psychopatischen Persönlichkeiten” (Personalitățile psihopatice) apărute în 1932, K. Schneider diferențiază personalitatea normală (sumă de sentimente, apăsări, tendințe și acte volitive ale unei ființe umane) de personalitatea anormală și personalitatea psihopatică. Desigur în definirea personalității normale K. Schneider detașează în mod forțat de conceptul de personalitate inteligența, dispozițiile intelectuale, aptitudinile logice de a gândi și judeca, spiritul critic și independența rațiunii, memoria și orice fel de talent. El considera că ființa umană este formată din „Inteligență”, „Personalitate” și „Organic” (corpul cu sensibilitatea organică, vitală și viață instinctivă), care se află într-o interdependență și intercondiționare indisolubilă.

Personalitățile anormale sînt considerate de autor ca fiind reprezentate de variațiile și divergențele situate deasupra sau sub zona mijlocie a tipurilor de personalitate. Desigur că și această definiție conturează tendința autorului de a extinde noțiunea de anormalitate atât asupra personalităților caracterizate negativ, cât și asupra celor care se detașează pozitiv ca personalități originale și marcante. Se poate observa că o astfel de tratare pune pecetea anormalului și acolo unde de fapt se grupează apropiindu-se de ideal trăsăturile pozitive ale unei personalități integre pentru simplul motiv că aceste calități depășesc media normalului. În acest sens autorul afirmă că „sfîntul și marele poet sînt la fel de anormali ca și criminalul însensibil” (Les personalités psychopathiques, 1955, p. 5).

După ce definește personalitatea psihopatică (asupra căreia s-au formulat o serie de critici), autorul însuși îi recunoaște caracterul arbitrar, dar o susține în temeiul utilității ei practice.

În scopul diferențierii personalității anormale de cea psihopatică, K. Schneider subliniază că psihopatii sînt personalități anormale care în funcție de intensitatea anormalității caracterului lor și în funcție de situațiile de viață ajung în mai toate circumstanțele la conflicte „interne” și „externe”. Deci pentru acest autor psihopatul este în primul rînd o personalitate anormală cu un caracter anormal de care depinde în mod doar secundar aspectul legat de atitudinea negativă, perturbatoare față de mediul social. Citind unele aspecte ale concepției kraepeliniene asupra psihopatiei (teoria hipopsihozei determinate de influențe ereditare nefavorabile sau

de leziuni embrionare), K. Schneider desprinde ideea conform căreia Kraepelin considera că — atunci când defectualitatea se limitează la viața afectivă și la sfera volițională este vorba de psihopatie. În același sens citează pe Birnbaum care circumscrie caracterul anormal al personalității psihopatice la acele naturi dotate cu o anormalitate determinată de tare ereditare care se manifestă în general în domeniul personalității, dar înainte de toate (dacă nu exclusiv) în sfera afectivă, volițională și instinctivă.

Cu privire la tentativa lui Gruhle de a introduce în cadrul psihopatiilor și debilitatea mintală („toate deficiențele importante congenitale începând cu cele mai obișnuite”) autorul își exprimă dezacordul, deoarece inteligenta, după el, nu intră în primul rând în definiția personalității și în al doilea rând din punct de vedere clinic nedezvoltarea intelectului nu este specifică psihopatiei.

Merită a fi menționate punctele de vedere apropiate ale lui K. Schneider și cele ale lui Gannuşkin în combaterea tendinței lui Ziehen de a extinde limitele psihopatiei înglobând în conceptul său de „constituție psihopatică căpătată” afit unele forme de defecțiuni psihice cu evoluție cronică (de etiologie toxică de exemplu), cât și unele „constituții psihopatice acute”.

În ceea ce privește opțiunea între a descrie această grupă de afecțiuni cu termenul de „personalitate psihopatică” sau numai cu cel de „psihopat” sau „psihopatie” răspunzând unor obiecții ale lui Ziehen, K. Schneider afirmă că este mai științific să se utilizeze termenul de „personalitate psihopatică” (diferențindu-l astfel de termenul general de „psihopatie” utilizat cândva pentru a desemna orice fel de manifestare psihopatologică). Cu toate acestea el acceptă și pe cel de „psihopat” și „psihopatie” cel puțin pentru faptul că se realizează o exprimare mai scurtă și nu aduce prejudicii formulării diagnosticului dacă în acești termeni mai simpli se respectă conceptul general al entității clinice.

În concepția lui K. Schneider despre psihopatie se observă o evoluție care l-a apropiat continuu de realitatea clinică astfel încât el a renunțat la „tipologia caracteriologică” rigidă a psihopatiilor cât și la punctul de vedere care considera psihopatia simplist doar ca anomalie constituțională a personalității. Prin „Critica punctului de vedere tipologic în psihopatia clinică” (1948) K. Schneider combate tendința altor autori cât și tendința proprie, mai veche, de orientare nefericită a caracteristicilor psihopatiei după norme valorice și metode de evaluare moralizatoare considerând că tipologia caracteriologică nu are nimic comun cu diagnosticul medical.

Deși la început adept al teoriei ereditar-constituționaliste a psihopatiei, ulterior K. Schneider a combătut confruntarea rigidă între ceea ce este condiționat de predispoziție și ceea ce este dobândit sub influența mediului considerând că predispoziția și ambianța nu sînt două forțe antagonice ci ele formează o sferă de acțiune. Ca atare autorul susține că în fiecare subiect există „ceva moștenit sub forma unei dispoziții”, a unei potențialități care deși nu poate fi condiționată de mediul exterior poate fi modelată de acesta.

În același sistem de judecăți de valoare a concepției schneideriene se include și combaterea formulei simpliste legate de ideea că ceea ce este „predispoziție” fatal înglobează „ireversibilitatea”, iar ceea ce răspunde termenului „reactiv” aduce în mod necondiționat și sigur nota optimistă a reversibilității. În legătură cu aceasta K. Schneider afirmă că ar însemna să se abandoneze orice efort, subapreciindu-se total efectele pozitive ale educației și tratamentului în cazul predispoziției și să se supraaprecieze valoarea acestora în cazul trăirilor reactive în baza părerii că tot ceea ce este dobândit sub influența mediului (peristatic) poate fi și reversibil.

Apreciind că și personalitatea psihopatică recunoaște o dinamică determinată de interacțiunea permanentă dintre predispoziția ereditară și condițiile de mediu, K. Schneider este net împotriva opunerii antitetice dintre o teorie „statică” a psihopatiilor și una „dinamică” a nevrozelor. În acest sens el susține că nu există nimic dat a priori fără o componentă reactivă și nimic reactiv fără ceva dat a priori deoarece tot ceea ce este viață și deci inclusiv viața psihică „este dezvoltare”. Ca atare prin personalitate psihopatică, prin psihopatie nu putem înțelege ceva „complet rigid și static”.

Bazat pe înțelegerea caracterului dinamic al raporturilor dintre moștenit și câpătat K. Schneider consideră ca forțată tentativa de a defini psihopatia prin termeni obscuri ca cel de „demență morală”, „degenerare” sau „degenerescență”.

Acceptând sensul lui Bumke autorul subliniază că s-ar putea vorbi de degenerare numai în cazul în care ar fi vorba de „deteriorări care devin din ce în ce mai mari de la o generație la alta”. Or, observațiile catamnestiche nu confirmă exclusivitatea unei „tare ereditare grele cu sechelele sale” în sensul lui Ziehen.

Concepția lui K. Schneider despre psihopatie a grupat o serie de autori germani care au adoptat poziții ferme în apărarea acestei noțiuni. S-au cimentat astfel unele poziții ale lui Kretschmer conform cărora la începuturile ontogenezei influențele formatoare ale colectivității în care se dezvoltă individul nu se însușează în mod simplist predispoziției ereditare. În acest sens Petrilowitsch menționează că în procesul de consolidare a predispozițiilor ereditare are loc unificarea dintre moștenit și câpătat astfel încât în predispoziția care se impune mai târziu „internul” și „externul” sînt indisolubil legate și se dovedesc a fi niște constante puternice în istoria vieții psihopaților determinînd în mare măsură destinul lor.

Apărînd pozițiile lui K. Schneider în favoarea păstrării conceptului de psihopatie, Petrilowitsch demonstrează netemeinicia opiniilor de inspirație psihanalistă care consideră psihopatia drept o noțiune falimentară care ar reprezenta „coșul de hîrtii al psihiatriei”, și care duc în final la identificarea psihopaților cu nevrozele. Criticînd judecățile psihanalistilor despre viață și rolul dominant pe care reprezentanții ei îl acordă destinului instinctual (conform acestora omul poate fi modelat și traumatizat în mod identic de aceeași trăire și nu în mod diferit în funcție de caracteristicile lui primare de trăsăturile sale de reactivitate individuală), Petrilowitsch se întrebă dacă Don Quihote și Sancho Panza ar fi devenit într-adevăr oameni cu o structură identică în cazul în care ar fi trebuit să facă față aceluiași destin instinctual.

Pentru a îmbogăți în semnificații ironice întrebarea pusă, autorul recurge la cuvintele lui Weitbrecht, care, parafrazînd pozițiile psihanaliste, arată că în lumina concepției lor, caracteristica majorității mamelor ar trebui să consistă într-o „absență a instinctului de fatalitate”, dacă multitudinea de personalități psihopatiche sau nevroze ulterioare s-ar datora doar consecințelor „bombardamentelor”, unor frustrații din partea părinților „răi și necunoscători ai psihologiei abisale”.

Weitbrecht afirmă categoric și pe bună dreptate că nu trebuie să se manevreze cu aceste frustrații din perioada de sugar și copil mic ca și cînd în aceste perioade — acea ființă umană le-ar trăi „ca un adult cunoscător al teoriei psihanalitice”.

În literatura germană s-a acordat un loc deosebit studiului noțiunii de personalitate sub aspect caracteriologic tocmai pentru a lămurii unele aspecte fundamentale ale conceptului de psihopatie. Referindu-se la acest aspect, Petrilowitsch arată că o astfel de abordare implică înțelegerea în mod extensiv a noțiunii de personalitate care ar îngloba cele trei domenii ale subiectului (din descrierea lui K. Schneider) — inteligența, personalitatea și organicul sau corporalul.

În ceea ce privește diferențierea între caracter și personalitate, Stutte atribuie caracterului o constanță relativă, iar personalitatea este considerată de Stumpf ca ar fi relativ modificabilă. Conform teoriei relevanței lui Wieck, de caracter ar depinde profilul potențial individual, care include potența prospectivă a personalității, direcția și posibilitățile ei de dezvoltare. Structura personalității reprezintă, după Wieck, profilul potențial devenit „relevant” adică predispozițiile dezvoltate în orice stare prezentă de moment. Petrilowitsch arată că analiza relevanței în sensul lui Wieck permite o despărțire netă a profilului potențial determinat de predispoziție, de sistemele de relevanță determinate biografic. Ultimele includ obligator scala de valori individuale, principiile și convingerile prelucrate de subiect și structurate de el în concepția sa despre lume și viață. Conform părerii lui Wieck „profilele potențiale” alcătuiesc niște granițe de netrecut în timp ce „relevanțele” oricît ar fi ele de „durizate” sînt supuse unei dinamici, pot fi modificate (în caz de boală sau anomalie de dezvoltare) terapeutic. Socotind rigide caracteriologia, biologia constituțională cît și teoria mediului (la modă), Wieck susține că trebuie acordată o atenție prioritară relevanței, deoarece ea reprezintă

o medie cu rol determinant în existența umană fiind rezultanta aliajului dintre caracterul stabilit și mediul înconjurător care îl influențează.

Pornind de la premisele formulate de K. Schneider privind diferențierea între personalitățile anormale și cele psihopatică, au fost conturate puncte de vedere conform cărora între aceste două tipuri patologice și personalitățile normale există o zonă de trecere cursivă (Sutter și Pascalis). Au apărut astfel în literatura franceză noțiunile gradate de „dezechilibrați simpli” și „dezechilibrați complecși”, iar în literatura germană avînd exponent pe Leonhard, a apărut noțiunea de „personalitate accentuată”. Ultima se distinge printr-o trăsătură caracterială dominantă și accentuată prin care subiectul care o poartă se deosebește net de medie. În lumina acestei tentative (pornind de la zona normalului) se diferențiază gradat personalități accentuate, foarte accentuate și personalități psihopatică. Se înțelege că astfel de gradații sînt destul de relative și practic dificil de utilizat în stabilirea unor criterii categorice de diferențiere care să contureze o linie netă de demarcație între normal și patologic. Ceea ce rămîne însă de reținut este conceptul de zonă de interferență a psihopatiilor în direcția normalului (către variantele extreme ale personalităților normale) în direcția patologiei reactiv nevrotice (mai ales în cazul dezvoltărilor) și către patologia de intensitate psihotică, care devine o realitate clinică episodică (prin decompensarea psihopatică) sau capătă caracter cronic de dezvoltare psihotică (ca de exemplu în cazul psihopatiei paranoice). O zonă de interferență care este mult discutată (de unii chiar confundată cu cadrul unor psihopatii) este aceea situată între personalitatea psihopatică fără deficit de dezvoltare cognitivă și subiecții cu intelect la limită sau diferite grade de debilitate mintală prezentînd și tulburări de comportament de tip psihopatic.

Împreună cu autorii citați mai sus noi nu extindem conceptul de psihopatie nici la tulburările de comportament din oligofrenii și nici la cele din demențe (vezi stările psihopatoide), dar admitem conceptul de „zone de demarcație” între ele.

Multitudinea de termeni sub care sînt cuprinse diferitele forme de psihopatie își găsesc puncte de inserție fie în orientarea doctrinală (în special în cazul adeptilor psihanalizei freudiste și neofreudiste), fie în modul de apreciere a raportului dintre predispoziție și complexul peristatic (dobîndit prin influența mediului), fie în sfîrșit în conceptul de dezvoltare disarmonică („hipertrofie”, „hipotrofie” de dezvoltare).

Istoricul conturării conceptului de personalitate psihopatică înglobează așadar și mult disputata problemă a stabilirii raportului dintre moștenit și căpătat în structurarea unei psihopatii și în general a unei dezvoltări psihice patologice. Această problemă a fost abordată inițial de K. Schneider și P. Gannuşkin, fiind reluată de o serie de autori.

Pe linia susținerii preponderenței influențelor factorilor peristatici se înscriu G. Destunis, Duhrsen și mai ales Humbert și Repond. În special școlile psihiatrice americane (unde există mai pronunțată tendința de a nega psihopatiile înglobîndu-le în cadrul reacțiilor psihogene și nevrotice) care rămîn încă sub influența puternică a teoriilor psihanalitice postulînd eternitatea concepției psihogenetice consideră de exemplu că acest gen de „tulburători” (Störer), „paraziți sociali” (B. Karpman) se formează ca rezultat al unei „situații pregenitale de neclarificat” (S. B. Maughs) sau prin „absența primară a conștiinței morale” (Millar). În literatura americană de inspirație psihanalistă se face distincție între reacția antisocială și reacție disocială. Astfel se consideră că în dissociabilități ar fi vorba de „o preluare” a supraeului părinților în timp ce în cazul reacțiilor antisociale supraeul al lipsi total (J. Donnelly).

Criticînd aceste concepții Petrilowitsch subliniază simplitatea criteriilor de evidențiere a psihopatiei care este exprimată astfel de către R. Miller: „absența conștiinței morale = psihopatie”, dimpotrivă „prezența conștiinței morale”, nu este psihopatie. Deși adeptii acelorăși orientări subestimînd conceptul de psihopatie îl identifică cu un fel de prejudecată (K. P. Kisker), în fața realității clinice, acceptă totuși definiția lui K. Schneider. Această accepțiune se prezintă însă sub formă amputată — psihopatii fiind pentru Davidson acele persoane care fac să sufere societatea, iar pentru J. Kavka diagnosticul de psihopatie poate fi acceptat „per exclusionem” doar atunci cînd este evident eșecul psihoterapeutic. Cauza psihopatiei fiind rezultatul „foamei de afect”, frustrării, tratării sadice (S. Berman.

A. P. Weil) manifestate în primii ani ai copilăriei, se aduce în discuție fie vina mamei, fie a tatălui (H. J. King, L. N. Robins).

Karpman împarte psihopatiile în simptomatice și idiopatice. În ultima formă fiind vorba, după el, de insuficiența, în principal, a principiilor etice propune înlocuirea termenului de psihopatie idiopatică cu cel de „anetopatie“. La rândul său Davidson mai apropiat de explicații fiziologice consideră că în cazul psihopatiilor ar fi vorba de o slăbire a afectivității corticale cu dominanța celei sub-corticale, din care cauză psihopatul se manifestă ca un tip anormal nediferențiat cu predispoziție spre scurt-circuite, spre mecanisme primitive. Având la bază deci o nedevelopare a afectivității corticale, psihopatia ar trebui să fie considerată o „oligotimie“ și denumită ca atare. În tratatul lui Freedman și Kaplan (1967) autorul capitolului care se referă la psihopatii (E. Robin) utilizează în cadrul termenului generic de tulburări de personalitate (personality disorders) termenul de „sociopatie“ (sociopathic type) în care înglobează tulburările (reacțiile) antisociale și „disociale“. În psihiatria americană atunci când se mai păstrează încă sub diferite denumiri conceptul de psihopatie el se referă la un număr extrem de limitat de psihopatii constituționale al căror diagnostic este considerat ca fiind lipsit de importanță practică deoarece așa cum afirma Karpman înapoia fațadei psihopatie se situează o „nevroză bazală“. Mergând pe linia confuziei dintre nevroză și psihopatie, S. Arieti afirmă că și în cazul psihopatiilor simptomatice există relații strânse cu diverse sindroame nevrotice, cu nevrozele de caracter cit și cu trăiri defectuale psihotice, care ar predomina și mai evident în comparație cu cele idiopatice în tabloul clinic. El deschide astfel și poarta confuziei între tulburările de intensitate psihopatică cu cele de intensitate psihotică, diagnosticul diferențial între psihopatii și psihoze fiind extrem de dificil (J. Kavka, K. M. Browman, M. Rose, H. Cleckley, H. F. Darling). În acest sens Bowman și Rose nu numai că apreciază dificil diagnosticul psihopatiei, dar consideră ca lipsită de sens și diferențierea dintre psihoze și nevroze. Darling susține că depistarea unei atitudini nemotivate social, constituie un indiciu pentru o „formă psihotică aparte“ de psihopatie, iar Karpman apreciază că o grupă de nucleu a psihopatiilor (cam 15% din totalul lor) pot fi interpretate ca psihoze „sui generis“. Față de marea confuzie datorită lipsei unei concepții cât și multitudinii de termeni utilizați de unii psihiatri anglo-saxoni, E. W. Anderson adoptă în Anglia o poziție critică pe deplin justificată. În acest sens el evidențiază marile neclarități în diferențierea psihopatiilor de oligofrenii și alte boli psihice, supraevaluarea de către aceștia a factorilor de mediu și subevaluarea celor constituționali. În același timp reproșează psihiatrilor anglo-saxoni faptul că pun pe prim plan, în mod nejustificat, aspectele etico-morale în definirea cadrului psihopatiei. Tot el demonstrează că față de neclaritățile semănaute de o serie de psihiatri citați mai sus, conceptul schneiderian este mult mai practic, mai clar și prin aceasta mai apropiat de realitatea clinică.

Termenul de dizarmonie psihică de dezvoltare este legat de inegalitatea dezvoltării și maturizării unor funcții psihice. Astfel pentru E. Revitsch ireductibilitatea manifestărilor psihopatie ar fi legată de imaturitatea emoțională (aspect susținut și de G. M. Davidson), egocentrismul, impulsivitatea și inconstanța, aspecte la care F. C. Thorne adaugă ignorarea principiului realității și tendința spre satisfacerea rapidă a instinctelor, iar H. G. Gough pe cea a incapacității pentru „jocul de roluri“ și pentru evaluarea importanței sociale a consecințelor acțiunilor întreprinse. Dizarmonia ar putea fi dedusă din lipsa unor aspecte de subdezvoltare cognitivă și prezența în special a imaturizării sferelor emoțional-volitve despre care s-a vorbit mai sus. Acordând o importanță deosebită factorilor de mediu în structurarea unor personalități psihopatie în special în Franța s-a încetățenit și termenul de „milieuses“, termen care se apropie de cel de „sociopatie“.

În U.R.S.S continuatorii concepției lui Gannuşkin au contribuții de seamă în definirea cadrului și diferențierii acestora de nevroze și psihoze. Astfel M. O. Gurevici aprecia ca neștiințifică și nerealistă ștergerea granițelor dintre psihopatie și nevroze socotind că trebuie diagnosticate ca psihopatii numai acele cazuri care se deosebesc calitativ de normal apărând ca rezultat al dezvoltării și fixării unor trăsături patologice ale personalității.

V. A. Ghiliarovski consideră psihopatiile drept dizarmonii generale ale personalității în care diversele laturi ale dizarmoniei se situează pe primul plan

depășind cu mult limitele unor variații individuale întâlnite în cadrul personalităților normale. Pornind de la observațiile clinice zilnice, Ghiliarovski relevă ca trăsături esențiale ale acestor tipuri de personalități capacitatea cognitivă nealterată acompaniată de tulburări însemnate în sfera emoțională și în comportare. Trăsăturile patologice dizarmonice de dezvoltare constau în slăbirea unității de acțiune în orientarea către un anumit scop, în comportare predominând acțiunile dictate de motive întâmplătoare, de îndemnuri afective, de diverse instincte, cărora nimic nu li se opune din cauza slăbirii controlului cortical.

Reactualizând conceptul de organicitate inițiat în literatura rusă de către Vișnevski și Behterev care socoteau că baza psihopatiei o constituie leziunile sistemului nervos (Vișnevski) sau devierile de la structura normală a creierului (Behterev), o serie de autori sovietici (Gurevici, Ghiliarovski, Kerbikov, Popov) nu exclud posibilitatea hipoorganicității (microorganicității) în psihopatie dar fac distincție netă între psihopatia propriu-zisă și stările psihopatoide (pseudopsihopatii) în care este vorba de tulburări comportamentale care apar consecutiv instalării unor leziuni traumatiche, encefalitice (infecțioase sau toxice). Acestea sînt denumite de M. O. Gurevici ca „psihopatii organice“ (termen apropiat de cel de „psihopatie simptomatică“ introdus de Karpman și cel de „caracteriopatie“ introdus de Bili-kiewics sau de „tulburările de caracter“ din descrierile lui Davidson, Revitch. Acestea sînt cuprinse de Suhareva în tipul de „dezvoltări lezionale“. Pentru G. Suhareva (1959) baza patogenică a psihopatiei o constituie anumite tipuri de dezvoltare anormală a sistemului nervos. Aceste tipuri depind în principal de momentul ontogenezei în care acționează factori cauzali variați. În acest mod ea distinge trei tipuri patogenetice sau forme de tulburare a dezvoltării și anume: dezvoltarea întârziată de tipul infantilismului psihic dizarmonic; dezvoltarea denaturată sau inegală și dezvoltarea lezată, legată de agresiuni care au acționat asupra sistemului nervos în cele mai timpurii etape ale ontogenezei. Fără a putea vorbi de o specificitate categorică, Suhareva afirmă că fiecărui tip de dezvoltare anormală îi corespunde de regulă anumite cauze. Factorul ereditar este dominant în determinarea celui de al doilea tip, în timp ce leziunea organică cauzată de afecțiuni toxice, infecțioase, traumatiche etc., este caracteristică celui de al treilea tip de dezvoltare anormală. La tipul de dezvoltare întârziată, agresiunii exogene de intensitate mai mică dar de durată mai mare i se poate asocia și o predispoziție ereditară. După Suhareva noțiunea de psihopatie unește astfel stări polimorfe atât din punct de vedere etiologic, cît și patogenic. Ea cuprinde astfel și o parte a stărilor patologice cu substrat lezional-organic cîștigat adică așa-numitele „psihopatii organice“, pe care noi ca și o serie de autori (Homburger, 1926; V. M. Osipov, 1931; Gölnitz, 1954; Asperger, 1956; Schipkowensky, 1960; K. Schneider, 1962; Tramer, 1964; Wieck, Faust, Petrilowitsch și alții), le deosebim de psihopatiile „adevărate“ de „nucleu“ sau de cele „marginale“.

Pornind de la complexul de probleme ale interacțiunii dintre predispoziție și mediu au fost formulate unele aspecte ontogenetice ale dezvoltării personalității psihopatice. În acest sens Petrilowitsch consideră că atât în cazul psihopatiei cît și în cazul ontogenezei normale evoluția cunoaște formarea unor „centre de greutate“ ce dă dezvoltării un caracter dizarmonic. Cu toate acestea în cazul ontogenezei omului normal dizarmoniile de dezvoltare ale personalității (în funcție de etapele critice de dezvoltare) se mențin în cadrul unor limite în care gradul de structurare și raportul de greutate reciprocă a trăsăturilor diverselor structuri sau segmente ale personalității nu deviază în mod semnificativ de la zona de variație medie particulară etapei respective (infantile sau juvenile) așa cum menționează Stutte în analiza multidimensional-dinamică a dezvoltării. După Stutte fiecare „status praesens“ cuprinde nu numai un fascicul de cauze de diferite naturi ci interacțiunea multiplă și potențarea reciprocă a factorilor interni și externi.

Exprimarea aspectului dizarmonic de dezvoltare în cazul psihopatiilor era deja conturat de Kraepelin care considera că psihopatiile s-ar datoră și unor „tulburări circumscrise de dezvoltare“. Pornind de la aceste considerente, P. Schröder apreciază variantele anormale psihopatice ca reprezentând un fel de „hipertrofie“ respectiv de „hipotrofie“ de dezvoltare a unor trăsături izolate ale psihicului.

După părerea lui Binder, părere care concordă cu a celor mai mulți autori, astăzi când se recunoaște semnificația predispoziției constituționale în apariția multor afecțiuni somatice și psihice nu se mai poate nega rolul hotărâtor al acestei predispoziții în determinarea unora din personalitățile anormale. Acest punct de vedere este convingător susținut și de observațiile din ce în ce mai numeroase (Sandberg, 1961; Jacobs și colab., 1965; Price și colab., 1966; Nielsen, 1969 etc.) privind particularitățile comportamentale în anomaliile cromozomiale de tip XYY.

Ca și alți autori, Binder deosebește psihopatiile de dezvoltările patologice ale personalității de tip psihogen. Primele constituie manifestări patologice determinate de predispoziție în timp ce dezvoltările psihogene apar ca personalități anormale rezultat al influenței condițiilor defavorabile de mediu. Pentru Binder, ca și pentru mulți alții, opoziția dintre cele două tipuri de personalități anormale nu este însă absolută. El recunoaște atât rolul patoplastic al mediului în structurarea psihopatiilor, cât și al terenului cuprins în așa-numita personalitate discordant-normală — în constituirea dezvoltărilor psihogene.

O contribuție deosebită în dezvoltarea principiilor teoretice și practice ale conceptului de psihopatie a adus O. V. Kerbikov. Atenția sa s-a îndreptat în special asupra problemei rolului care revine predispoziției și mediului în determinarea psihopatiei.

În ceea ce privește rolul educației și al mediului social în înțelesul larg al cuvântului, Kerbikov, împreună cu Ghindikin, înclină să admită posibilitatea intervenției factorilor amintiți atât în dezvoltarea și accentuarea trăsăturilor psihopatice primare (innăscute), cât și în formarea de către acești factori a altor particularități (secundare, câștigate) care completează pe primele în tabloul clinic.

În anumite condiții, personalități anormale pot fi determinate numai prin intervenția de sine stătătoare a factorilor peristatici. Rolul mediului autorii îl explică în lumina concepției dinamice pavloviste despre constituție. Astfel acțiunea nocivă a lor poate determina defecte funcționale ale activității nervoase superioare cum ar fi tipul slab de inhibiție internă, labilitatea sau dimpotrivă inerția stereotipurilor dinamice care pot sta la baza unor trăsături dizarmonice psihopatice. Cu alte cuvinte, condițiile externe nu numai că pot scoate în evidență, întări sau completa trăsăturile patologice moștenite, ci ele pot să și determine de sine stătător un tip sau altul de personalitate patologică. Autorii susțin acest punct de vedere pe baza stabilirii prin studii catamnestice a unor corelații între particularitățile deformaționale ale personalității și condițiile de mediu. Exemplificând diversele posibilități de structurare a tipurilor de personalități anormale, Kerbikov arată trei din observațiile sale ilustrative :

a) fetița „idol al familiei“ avînd ca trăsături de caracter irascibilitatea, atitudinea capricioasă față de cei din jur, crescută în condiții de mediu familial care-i cultivau meritele, de recunoaștere și evidențiere continuă a calităților, la vîrsta adolescență s-a conturat ca o personalitate egoistă care pretindea recunoașterea și care a căpătat caracteristicile psihopatului isteric ;

b) fetița „cenușăreasa familiei“ închisă, timidă, neliniștită, bănuitoare, a cărei copilărie a fost întunecată de jigniri nedrepte, bătăi, batjocură, la adolescență a căpătat caracteristicile unei personalități inhibitate astenice, iar atunci cînd a reușit să capete oarecare autonomie s-a produs o cădere bruscă a mecanismelor inhibitorii cu dezinhibiția unor tendințe instinctive și ca urmare a început să practice prostituția ;

c) cel de al treilea copil, conflictual, irascibil, crescut într-un mediu unde dominau afectele primitive, brutale, explozive, care a neglijat aproape total educația copilului lăsîndu-l sub influența străzii, a conturat la vîrsta pubertății trăsăturile psihopatiei excitabile, explozive.

Aducînd în discuție aceste modele de structurare a unor personalități anormale, Kerbikov și Ghindikin evidențiază concordanța dintre tipul personalității și condițiile de mediu în care s-a format, apreciînd ca deosebit de important rolul factorilor de mediu în determinarea particularităților patologice atunci cînd acești factori sînt lăsați să acționeze. Ei fundamentează în același timp valoarea incontestabilă a măsurilor de înlăturare a acestor influențe în prevenirea structurării trăsăturilor patologice ale unei categorii de personalități dizarmonice.

Se consideră aceste tipuri de personalități anormale determinate psihogen (ca ceva intermediar între psihopatie și nevroză) ca fiind similare cu conceptul de „nevroze ale caracterului“, formulat de Dupré și Alexander și cu cel de „nevroză de dezvoltare“ a lui Miasîșcev. Nefiînd de acord cu termenul de nevroze ale caracterului (acesta purtînd în sine „virusul funcționalismului“), Kerbikov susține termenul de „dezvoltare patologică a caracterului“. Autorul socotește importantă diferențierea acestei categorii de manifestări de grupa nevrozelor și de variantele extreme ale personalităților anormale, dar negăsind criterii nete de diferențiere le situează în sectoarele zonei de graniță dintre psihopatie-nevroze și variantele extreme nepatologice ale personalității normale.

După Kerbikov și Ghindikin, dezvoltările aberante ale personalității cauzate de condițiile mediului înconjurător (educație greșită, traume psihice repetate sau continue etc.) ajung în final să se identifice din punct de vedere clinic cu psihopatiile constituționale realizînd așa-numita psihopatie căpătată. Astfel Kerbikov și Ghindikin confirmă în cercetările lor pe cele ale lui Vvedenski în sensul că în conceptul diagnostic de psihopatie sînt cuprinse foarte multe stări care nu pot fi considerate „psihopatii de la natură“ (psihopatii de nucleu sau constituționale în sensul lui K. Schneider). În plus pe baza observațiilor proprii autorii menționează că „grupa nucleară“ este comparativ mică în timp ce majoritatea psihopatiilor trebuie atribuită „psihopatiilor marginale“, adică a acelor forme de dezvoltări dizarmonice psi-

hopatice, care se structurează sub influența evidentă a unor factori nefavorabili de mediu. În astfel de situații, de cele mai multe ori, rolul unei anumite predispoziții nu poate fi negat, dar el rămâne mai mult sau mai puțin secundar. Kerbikov afirmă că deosebirea între psihopatiile marginale și cele de nucleu nu constă atât în tabloul lor clinic final, ci în căile de formare ale acestor personalități anormale. În stadiile incipiente (întâlnite de obicei la copii și adolescenți) însușirile patologice ale personalității au un caracter relativ instabil și ca atare reversibil.

Așa cum psihiatrul elvețian M. Tramer considera o serie de caractere dificile, anormale întâlnite la copii drept stări prepsihopatice („adică stadii precursore psihopatiei care izbucnește dacă măsurile educative pediatrice sau psiho-pediatrice nu sînt luate la vreme“), tot astfel Kerbikov și Ghindikin demonstrează prin observații clinice proprii existența unor astfel de stări. În explicarea lor, ultimii aduc în discuție lucrările lui P. B. Gannuşkin, care deosebea stadiul de „caracter neformat“ cînd diferite componente ale personalității încă nu sînt legate una de alta într-un tot unitar și cînd mai este încă posibilă modificarea unora dintre ele. În această etapă ar fi vorba deci de o psihopatie în formare „în statu nascendi“.

Reluînd deci punctele de vedere enunțate doar (de către Gannuşkin și Tramer), Kerbikov și Ghindikin le obiectivează prin analiza observațiilor proprii și accentuează în special importanța coexistenței unor contradicții flagrante între diversele trăsături ale personalității prepsihopatice. Este vorba de contradicții situaționale astfel încît una și aceeași persoană într-un anumit fel de ambianță (sau într-o situație) apare timidă, lașă, fricoasă, într-o altă stenică, excitabilă, violentă, iar într-o a treia situație nici măcar nu prezintă aspecte de comportament patologic. În această concepție a lui Kerbikov ar fi vorba deci de un stadiu în care manifestările psihopatice sînt încă necristalizate, mai puțin exprimate și în orice caz manifestarea lor este mai evidentă numai într-o ambianță mai tolerantă față de ele. Astfel elevul (înainte sau în perioada vîrstei pubertare) care la școală este obiectul bătăii de joc al colegilor, se comportă în școală ca un timid, ca un inhibat nepuțin să meargă împotriva tuturor, să se apere. Același elev însă în sînul familiei se comportă ca un despot, turbulent și excitabil, iar într-un colectiv în care a reușit să stabilească unele relații amicale se comportă normal.

Spre deosebire deci de psihopatiile constituționale („de nucleu“) în cazul acestor psihopatii (căpătate) dezvoltarea personalității recunoaște o altă stadialitate, în primele etape trăsăturile patologice fiind abia sesizabile, apoi mai evidente avînd adesea caracter contradictoriu în funcție de particularitățile mediului (mai permisiv cum este mediul familial sau mai puțin permisiv) și de relațiile pe care viitorul psihopat a reușit să le creeze cu membrii diferitelor colectivități cu care vine în contact.

Pentru psihopatia căpătată însă, ca și pentru psihopatia constituțională, pubertatea este perioada de evidențiere maximă a trăsăturilor patologice ale personalității.

În articolul său intitulat „Patologia dobândită a caracterului“ (1965) O. V. Kerbikov menționa importanța deosebită a cercetărilor concrete sociologice, microsociologice în care psihiatrul împreună cu sociologul trebuie să studieze nu numai aspectele individuale ale subiectului ci și ambianța, microclimatul familial pentru a evidenția ce anume factori au acționat sau acționează în formarea personalității psihopatice. Acest tip de cercetare este de o deosebită importanță pentru a putea sesiza sensul evoluției unui subiect aflat într-o etapă prepsihopatică și a influenței mediului care determină o astfel de dezvoltare patologică.

De altfel se cunoaște că, așa cum spunea Kramer, nenorocirea copilului nervos nu constă în aceea că se naște din părinți nervoși, ci în faptul că acesta este nevoit să trăiască împreună cu ei. Referindu-se la rolul părinților psihopați, Ghiliarovski afirmă că ei, nu numai că nu-și îndeplinesc obligațiile față de copiii proprii, dar prin comportarea lor aduc în permanență grave prejudicii dezvoltării caracterului și personalității acestora.

Din această succintă trecere în revistă a unor date privind diferitele concepții cu privire la psihopatii și dezvoltările psihopatice se pot desprinde unele puncte de vedere comune ale autorilor care au contribuții recunoscute în acest domeniu.

Astfel trecerea anilor de la formularea conceptului de psihopatie a dus la recunoașterea ei și a impus studii din ce în ce mai aprofundate pentru delimitarea factorilor care o determină, pentru stabilirea raportului dintre înăscut și căpătat în structurarea unei personalități patologice psihopatice cât și pentru a stabili o oarecare stadialitate a acestei structurări. În același timp nu puține au fost eforturile de a stabili cadrul clinic al unor manifestări patologice atât de polimorfe, conturându-se astfel zonele de demarcație și de intricare dintre psihopatii și variantele extreme ale normalului dintre psihopatii și nevroze, psihopatii și psihoze și în sfârșit dintre psihopatii și variantele mai ușoare ale dezvoltărilor cu deficit cognitiv global (debilitate mintală).

În ceea ce privește poziția noastră în domeniul psihopatiilor, ea a fost parțial exprimată atât în definiția formulată cât și în relatarea datelor din literatură. Exprimând sintetic această poziție redăm câteva din punctele comune de vedere cu reprezentanții și fondatorii acestui concept nosologic.

1. În definirea cadrului clinic al psihopatiei constituite indiferent dacă este vorba de o psihopatie de nucleu sau de o psihopatie marginală, cele trei principii (totalității, constantei și cel al intensității — stabilite de Gannuşkin) sînt acelea care diferențiază această grupă polimorfă de personalități patologice de alte tipuri de dezvoltare și de diversele variante extreme ale personalităților normale. În același timp împreună cu alți autori (K. Schneider, Kerbikov, Petrilovitsch, Ghindikin, Kovalev) considerăm că între psihopatii, nevroze, psihoze și variantele extreme de personalitate nu poate fi vorba de linii rigide de

demarcație, între ele existând „zone” de trecere în interiorul cărora sînt posibile interferențele între normal și diversele manifestări patologice, între intensitatea psihopatică și nevrotică, între prima și intensitatea psihotică episodică (decompensările depresiv reactive, crizele de afect patologic, crizele și manifestările psihotice isterice) sau cu evoluție cronică (unele variante ale paranoiei, ale delirului senzitiv de relație, ale psihozelor hipocondrice).

2. Din punct de vedere etio-patogenic, indiferent de tipul său — de nucleu sau marginal — personalității psihopatică i se recunoaște o determinare în același timp constituțională și psihogenetică. În acest fel, în structura sa, personalitatea psihopatică prezintă o anumită stadiabilitate, intensitatea manifestărilor clinice fiind legate în mod direct atît de particularitățile constituționale cît și de cele ale mediului ambiant, ponderea acestor factori fiind diferită de la un caz la altul.

În situația în care factorii constituționali sînt predominanți și au un rol patogenetic esențial fiind capabili a impune chiar și numai prin sine însuși anormalitatea, vorbim de psihopatia de nucleu. În această categorie se încadrează acele cazuri la care precocitatea și intensitatea manifestărilor clinice permit de cele mai multe ori a afirma diagnosticul de psihopatie — dezvoltare dizarmonică de tip psihopatic — încă din copilărie. De exemplu, dintr-o familie cu mai mulți copii care cresc în aceleași condiții de mediu, unul se dezvoltă patologic diferențiindu-se de ceilalți și venind în conflict cu ei.

Admițînd concepția dinamică a constituției și ca atare posibilitatea modificării reactivității subiectului ca urmare a unor dereglări funcționale ale activității nervoase superioare (în sens pavlovist) considerăm ca posibilă și rezonabilă structurarea unor categorii de personalități anormale la care rolul patogenetic principal revine factorilor peristatici (dezvoltările psihogenetice — Binder — dezvoltările patologice de caracter — Kerbikov).

În raport cu durata acțiunii nefavorabile a mediului dar mai ales ca urmare a intervenției sinergice a unor particularități constituționale care nu ar fi căpătat altfel expresivitate clinică, astfel de manifestări preponderent psihogene pot ajunge, la adult, a se identifica din punct de vedere clinic cu psihopatia constituțională (de nucleu). Realitatea clinică ne arată că astfel de situații reprezintă marea majoritate a cazurilor întîlnite în practică constituind așa-numitele psihopatii marginale.

În aceste forme de psihopatii, semnificația patogenetică a factorului de mediu, existența unui stadiu de formare în care criteriile totalității, constanței și intensității sînt mai greu de evidențiat ca și posibilitatea ca, în condiții adecvate, tulburările să parcurgă drumul invers spre compensare sau armonizare, constituie particularitățile care apropie tabloul lor clinic de cel al dezvoltărilor nevrotice. Creșterea ponderii factorului constituțional înăscut, precocitatea, intensitatea, constanța, stabilitatea și caracterul unitar, totalitar al fenomenologiei clinice caracterizează cazurile care fac trecerea spre psihopatia vera. În acest fel psihopatiile marginale constituie zona posibilă de interferență între psihopatii și nevroze.

Pe baza celor de mai sus credem că mai ales pentru categoria psihopatiilor marginale în perioada lor de început, de formare se justifică mai bine noțiunea de stadiu prepsihopatic (Tramer, Kerbikov) menită a exprima manifestările întâlnite mai ales la copil și adolescent, manifestări capabile însă a căpăta cu timpul un caracter general și stabil.

3. Recunoașterea rolului factorilor constituționali în determinarea psihopatiei nu exclude înțelegerea ei ca pe o tulburare care prezintă o anume evoluție în timp. Interrelația constituție — mediu — particularități ale etapelor de vîrstă este hotărîtoare în accentuarea sau atenuarea trăsăturilor înnăscute, în declanșarea decompensărilor, a mecanismelor compensatorii și supracompensatorii ca și în formarea și fixarea particularităților aduse în tabloul clinic de aceste reacții sau de factorii exogeni indiferent de natura lor organică sau psihogenă.

4. Importanța principală deosebită apreciem că are nu numai delimitarea psihopatiilor față de nevroze, ci și față de o serie de stări de intensitate psihopatică care sînt cuprinse de noi sub termenul generic de „stări psihopatoide”, sinonim nu cel de „psihopatie secundară”, „psihopatie organică”, „pseudopsihopatie”, „psihopatie simptomatică” utilizate în alte țări (vezi stările psihopatoide).

5. Considerăm ca unilaterali și în disonanță cu etiopatogenia și manifestările clinice, termeni ca: „anetopatie”, „oligotimie”, „socio-patie”, meniți să înlocuiască pe cel de „personalitate psihopatică” sau pe cel simplificat de „psihopatie”.

Importanța principială a dezacordului cu acești termeni constă în primul rînd în faptul că susținătorii lor le limitează utilizarea la un grup foarte mic de psihopatii de nucleu, în timp ce marea majoritate a psihopatiilor marginale, rămînînd în afara conceptului, sînt confundate cu nevrozele, cu psihogeniile în general sau cu o serie de reacții „antisociale”, „dissociale” care nu întotdeauna și nu în principal exprimă ceea ce noi înțelegem prin psihopatie.

Epidemiologie. Multitudinea termenilor utilizați pentru a desemna personalitatea psihopatică, tendința unor școli psihiatrice de a limita diagnosticul la psihopatiile constituționale, de a confunda psihopatiile cu nevrozele sau de a extinde limitele lor către unele stări de debilitate mintală, către unele stări psihotice cît și suprapunerea lor peste noțiunea de psihopatie organică (pseudopsihopatia) fac ca datele epidemiologice să fie deosebit de incerte. În aceste condiții se poate deduce dificultatea deosebită a stabilirii ponderii psihopatiilor în structura morbidității prin boli psihice. Problema devine și mai dificilă la copii unde, existînd uneori rețineri justificate de a fixa diagnosticul de psihopatie, mulți autori preferă să înglobeze dezvoltările dizarmonice de tip psihopatic în marele și polimorful domeniu al „tulburărilor de comportament”, împreună cu „dezvoltările nevrotice”, cu caracterele dificile infantile sau cu întreaga gamă de inadaptații și eșecuri școlare. Astfel, după datele lui Kohler, 10% dintre copiii de vîrstă școlară trebuie definiți ca „inadaptați”, iar din acest procent 5—6% aparține „tulburărilor de caracter”.

Referindu-se la cei 4 500 de copii de școală primară din cantonul elvețian Berna, Weber aprecia că circa 1 300 de copii prezentau diverse anomalii psihice mai ușoare sau mai grave. Acest autor, referindu-se mai precis la psihopatiile infantile estima procentul de 2,5% pentru acest tip de anomalii de personalitate.

În baza aprecierii datelor apărute în literatura de specialitate în perioada anilor 1929—1965, V. Dimitriev constată că indicele statistic al diagnosticului de psihopatie oscilează între 0,7 și 30‰. După datele lui Panse frecvența psihopatiei raportată la populația medie reprezintă aproximativ 5—7%. Chiar și țările cu vechi tradiții de evidența dispensarizată a bolnavilor psihici nu pot oferi date suficiente de certe în ceea ce privește frecvența psihopatiei. Astfel, O. V. Kerbikov (1962) arată că psihopatii constituie circa 5% din totalitatea bolnavilor cuprinși în sistemul asistenței dispensarizate. Autorul subliniază însă că acest procent nu reprezintă realitatea deoarece în categoria bolnavilor psihici dispensarizați nu sînt cuprinse decît personalitățile psihopatice cu forme grave, cu decompensări psihotice, în timp ce categoriile majoritare de psihopați cu forme ușoare sau de intensitate medie nu au fost luați în evidența dispensarizată. În literatura sovietică de specialitate, o serie de date cu caracter statistic se referă la frecvența comparativă a diverselor forme clinice de psihopatie. Astfel K. F. Kanareikin și M. I. Iasis, în baza studiului a 426 psihopați apreciază că psihopatii excitabili, astenici, isterici și psihastenici reprezintă 77% din totalul lotului, cverulenții 7%, în timp ce închișii în sine patologic (schizoizii), perversii sexuali și timopații reprezintă doar 6%. Din datele oferite de studiul citat reiese că formele mixte de psihopatie reprezintă circa 10%. Pe un lot mai mic de cazuri (85), Freierov apreciază că $\frac{2}{3}$ din totalitatea formelor clinice de psihopatie este constituită de psihopatii astenici, excitabili, isterici și psihastenici, în timp ce formele mixte ar reprezenta circa 20%.

Aspecte generale clinice. Punctul nostru de vedere în încercarea de a defini psihopatia împreună cu tentativele altor autori de a delimita cadrul acestui grup polimorf de personalități patologice a fost expus mai sus. Mai mult ca în orice alt domeniu al psihiatriei însă polimorfismul deosebit al manifestărilor psihopatice impune evidențierea aspectelor comune diverselor forme clinice de psihopatie. Așa cum am putut deduce din definirea cadrului clinic, fenomenologia psihopatiilor se prezintă sub o diversitate deosebită de modele. Indiferent de model însă *ineficiența sistemului adaptativ rămîne o trăsătură comună de o deosebită valoare clinică*. Desigur că insuficiența capacității de adaptare la condițiile mediului familial, de muncă și în general social se exprimă în mod diferit și în funcție de model. Astfel psihopatul excitabil și exploziv se menține de obicei pe versantul conflictelor zgomoase, brutale, psihopatul isteric se impune atenției prin dramatismul și exagerarea momentelor conflictuale, astenicul mai închis, mai retras recurge în momentele de dificultate la atitudini dublitare, dovedește lașitate, în timp ce psihastenicul rămîne copleșit de multitudinea de

planuri și în rumegarea lui mintală devine adesea incapabil să ia o hotărîre.

Deci, prima particularitate comună a personalităților psihopate este exprimată în capacitatea diminuată sau în incapacitatea lor de adaptare armonică și suplă, așa cum spunea S. Roșu, la condițiile obișnuite de viață.

Caracterul lucid al acțiunilor psihopatului, cît și inteligența lui care uneori poate depăși nivelul mediu, nu sînt capabile să corecteze eficient anomalia comportamentală din cauză că psihopatul nu o recunoaște și ca atare nu are posibilitatea de a formula față de ea un sistem critic, eficient, capabil să antreneze și să întărească frînele voliționale în sensul armonizării relațiilor sale cu ambianța.

A doua particularitate clinică comună constă astfel în nerecunoașterea defectelor structurale care face ca de cele mai multe ori psihopatul să-și explice ieșirile brutale, cît și insuccesele repetate prin atitudinea altora, în principal a celor din jur, față de el. De aceea zbulciul interior al psihopatului care nu trezește ca la nevrotic rezonanța suferinței conștientizate îl situează pe primul pe palierul obstacolelor de netrecut a căror cauză stă ascunsă tocmai în defectele structurale nerecunoscute. Dacă nevroticul trăiește traumatizat scăparea frînelor și greutățile lui adaptative, comparînd în permanență starea lui prezentă cu sistemul său relațional din perioadele premorbide, psihopatului nu-i rămîne decît posibilitatea de a se compara prin transparență cu alții, viața personală neoferindu-i alt model relațional decît pe cel structurat anormal.

Din primele două particularități clinice comune se degajă cea de a treia, care situează psihopații, indiferent de forma clinică, în categoria persoanelor veșnic nemulțumite de poziția pe care societatea le-o oferă în sînul ei, după criterii de obicei reale și obiective. Această poziție alimentează starea permanentă de tensiune în diverse moduri. Astfel psihopatul isteric, cverulent sau hipertimic și uneori chiar și instabil este nemulțumit de faptul că „firma colorată“ a calităților pe care și le atribuie rămîne neconfirmată de realitatea socială. Această imagine eronată pe care și-au format-o despre persoana proprie izbindu-se de refuzul acceptării ei de către anturaj stenizează și amplifică excesiv preocuparea acestor categorii de psihopați în a cere să fie recunoscuți, să li se dea dreptate. În lupta respectivă aliații rămîn prieteni de drum doar atîta timp cît evită contrarierea, admițînd părerea psihopatului despre el însuși și faptele lui de obicei exagerate și arbitrare. Reversul conduce rapid la o atmosferă schismatică, care în situații extreme de decompensare face ca psihopatul să declare război tuturor, să lupte el „unul“ împotriva tuturor. Dacă așa se exteriorizează clinic defectele nerecunoscute ale categoriilor de psihopați descrise mai sus, psihastenicii, astenicii, deși identifică mai ușor (prin comparație cu alții) unele deficiențe, rămîn și ei înclinați să creadă sau sînt convinși că eșecurile personale se datorează în principal inechității, egoismului și lipsei de înțelegere a celor din jur. Din aceleași motive aparente sau după modalități asemănătoare de apreciere a relațiilor cu cei din jur, timopatul

depresiv își clădește „filozofia pesimistă“, își alimentează convingerea lipsei de sens a vieții postulând neputința omului de a realiza fericirea într-o lume, cum o califică el „egoistă și rea“.

Prima categorie, prin supraaprecierea calităților, cea de a doua prin subaprecierea lor se află într-un dezacord aproape continuu cu ceea ce societatea le cere sau le oferă.

Fiecare dintre formele clinice ale psihopatiei are o simptomatologie dominantă, un sindrom dominant care o deosebește de celelalte deși filmul existențial al personalității patologice respective, istoria structurării ei înglobează o multitudine de manifestări. De aceea în definirea cadrului clinic se impune pe de o parte a evidenția ce este dominant la o anumită etapă, iar pe de alta trebuie căutați cu deosebită meticulozitate radicalii constanți ai fiecărui model clinic. Deci, aprecierea fenomenologiei dominante la un moment dat cere ca ea să fie racordată cu ceea ce într-o formă mai atenuată sau mai subliniată, a caracterizat în etapele anterioare personalitatea subiectului în scopul evidențierii acelor „radicali constanți“ cărora Binder le acordă o importanță deosebită în definirea „stărilor psihopatice permanente“. Secțiunea longitudinală a existenței psihopatului poate evidenția o suită de radicali care apar în evidența clinică sau în secțiunea transversală nu în totalitatea lor, ci într-un număr limitat și uneori într-o formă insuficient conturată. Ei pot să fie astfel exprimați clinic fie printr-o dezvoltare cantitativă exagerată sau dimpotrivă printr-o insuficientă dezvoltare și maturizare a unor funcții sau laturi ale activității psihice. Așa cum susține Binder, combinarea cantitativă a acestor radicali face ca diferitele componente ale personalității să nu se îmbine armonios dându-i acesteia un aspect dizarmonic („dezintegrat“ după termenul autorului).

Așa cum de altfel o afirmaseră cu mult înainte K. Schneider și Gannuşkin, manifestarea acestor particularități anormale trece, după expresia lui Binder, „ca un fir roșu“ prin întreaga existență a subiectului afectând structura și stabilitatea acestuia în orice situație chiar dacă aceste trăsături sînt dăunătoare subiectului însuși. Acești „radicali“ deci, sub o formă mai exprimată sau mai puțin exprimată, afectează personalitatea în totalitatea ei și se caracterizează printr-o stabilitate deosebită, insuficiența capacității de adaptare putînd fi decelată încă din copilărie.

Trăsăturile comune amintite confirmă de fapt actualitatea principiilor *totalității*, *constanței* și *intensității* descrise de Gannuşkin ca fiind absolut necesare delimitării cadrului clinic al psihopatiei.

După părerea lui Homburger (1926) și K. Schneider (1950) chiar și la copil, începînd cu vîrsta școlară, se pot decela anumiți radicali după care se pot prefigura formele clinice ale psihopatiei ce se va cristaliza la vîrsta adultă. Este vorba desigur de tipul constituțional de psihopatie (de nucleu) la care manifestările sînt, comparativ cu cel marginal, mai precoce și mai bine exprimate.

Cu toate acestea majoritatea autorilor sînt de acord că, din perspectiva patologiei adultului, tabloul clinic al psihopatiei la copil nu prezintă aceeași bogăție și diferențiere simptomatologică, formele clinice

fiind mai slab conturate. Acest adevăr este cu atât mai valabil cu cât avem în vedere vârstele mai mici. La copil unele simptome morbide rămânând încă în stadiul latent sau mai slab exprimate pot fi acoperite de altele nespecifice.

Până la vârsta școlară și chiar mai târziu instabilitatea, impulsivitatea, irascibilitatea, labilitatea afectivă etc. pot reprezenta manifestări încă fiziologice sau pot fi cu ușurință determinate de variate cauze exogene, ceea ce adesea face dificilă și riscantă etichetarea lor ca manifestări patologice structurate și stabile. În plus, dinamica vie, proprie dezvoltării copilului se reflectă și în tabloul clinic al psihopatiei sub forma îmbogățirii sale cu noi trăsături, a accentuării sau atenuării celor existente, a creșterii ponderei unora în detrimentul altora. Sînt de reținut de asemenea unele perioade așa-numite critice ale dezvoltării care aduc cu ele manifestări proprii cu caracter mai mult sau mai puțin trecător, capabile însă într-un anumit context să se integreze fenomenologiei morbide. Acestea fac ca la copil încadrarea psihopatiei în tipare clinice prestabilite să fie mai relativă decît la adult.

Tipologia psihopatiilor. Multiplele puncte de vedere divergente în domeniul delimitării cadrului psihopatiei s-au răsfrînt deosebit de puternic asupra clasificării formelor clinice. De aceea în ceea ce privește tipologia psihopatiilor aproape fiecare autor își propune să-și sistematizeze modelele sale fie după criterii clinice, fie caracteriologice sau personologice. Acesta este motivul pentru care nu ne permitem să redăm diversele sisteme de clasificare considerînd mult mai util să redăm modelele clinice cele mai bine conturate, ele fiind și mai frecvent întîlnite în unele clasificări recunoscute ca acelea ale lui K. Schneider, Gannuşkin, Petrilowitsch, Kerbikov, Popov etc. la adult, Homburger, Gurevici, Simson, Ozereţki, Trammer, Stutte și alții la copil.

În general aceste clasificări au ținut seama de relativitatea simptomatologiei în cadrul manifestărilor polimorfe ale unei psihopatii, din care cauză semnele clinice au fost grupate în sindroame dominante, după care s-au delimitat unele modele clinice (timopați depresivi și expansivi, astenici, excitabili-explozivi, psihastenici, isterici, epileptoizi, schizoizi etc.).

Pornind de la realitatea clinică și ținînd seama de clasificările unor autori cu merite deosebite în domeniul de referință, noi ne însușim următoarea sistematică de expunere :

1. Psihopați excitabili (explozivi) ;
2. psihopați instabili ;
3. psihopați astenici ;
4. psihopați psihastenici ;
5. psihopați isterici ;
6. timopați : a) euforici, b) depresivi ;
7. paranoici (cverulenți, procesomani) ;
8. personalități cu impulsuni psihopatice (perversiunile impulsive Kraepelin) ;
9. psihopați perversi sexual.

1. *Psihopați excitabili (explozivi) și dezvoltările dizarmonice psihopatice de tip excitabil.*

Tulburările de comportament la copiii cu dezvoltare dizarmonică de tip exploziv se manifestă devreme. Încă înainte de vârsta școlară ei sînt caracterizați de către părinți și educatori ca foarte dificili. Reacțiile coleroase însoțite de agresivitate, neastîmpărul, capriciozitatea, ati-

tudinea voluntară, obrăznicia, îi fac să fie repede remarcați. Uneori aceste tulburări sînt trecute cu vederea de către anturaj. O analiză atentă a acestor cazuri permite însă să se constate că aceste tulburări împiedică evident adaptarea copilului în ambianță și că ele opun o mare rezistență măsurilor educative. Cu vîrsta, manifestările se accentuează și se îmbogățesc, aceasta și ca urmare a ușurinței cu care acești copii își însușesc exemplele negative ale unei ambiante neadecvate. Odată cu intrarea în școală existența copilului cu comportament exploziv se complică și mai mult. În fața sa stă o nouă și dificilă sarcină, aceea de a se adapta unor cerințe care-i depășesc și mai evident posibilitățile. Aceste noi cerințe scot la iveală seriozitatea tulburărilor și impun școlii sau aparținătorilor a se adresa medicului.

La acești copii accesele de mînie apar cu ușurință la contrarii adesea minore. În timpul crizelor lor coleroase copiii țipă, lovesc orbește, cu răutate, distrug lucrurile lor și ale altora fără a ține seama de urmări. Reacionînd la o observație considerată de el neîndreptățită, un copil de 9 ani a lovit cu pumnii și picioarele pe învățător, a aruncat cărțile și caietele prin fereastră apoi a fugit din clasă țipînd și amenințînd „vă omor pe toți“. Obișnuit accesele de violență trec repede, în scurt timp totul reintră în normal, pacienții își apreciază mai mult sau mai puțin critic faptele săvîrșite. Cu toate acestea, regretele ajung doar pînă la prima pricină capabilă să reaprindă „fitulul“ unei noi descărcări afective. În momentele de liniște acești copii sînt sociabili, prietenoși, activi, dovedesc posibilități intelectuale satisfăcătoare.

Ca și la copii, la adulți tabloul clinic este dominat de înclinarea deosebit de marcată către scurtcircuitări, către reacții primitive, zgomoase, brutale. Incitații de mică însemnătate, pot da naștere la ieșiri de mînie, uneori cu manifestări de agresivitate sau clastice (de distrugere) de o mare violență. Dacă este greu de stabilit frecvența absolută a acestui tip, ei ajung în tot cazul foarte des în fața psihiatrului, datorită naturii actelor lor și pun probleme medico-legale. Fundamental însă nu întîlnim la psihopatul exploziv acele trăsături de imoralitate proprii criminalului adevărat. Acțiunea explozivă este urmată de „răcorire“, adesea de simțăminte de căință. Trebuie să remarcăm că și alți psihopați sînt susceptibili de-a face astfel de reacții (hipertimicii și depresivii în mod deosebit), dar, în acord cu alți autori, credem că la un anumit grup de personalități psihopatiche explozivitatea apare ca trăsătură psihică dominantă.

Alteori, atît la copil (Milea, 1970), cît și la adult tabloul clinic al psihopatiei de tip excitabil apare mult mai complex. Accesele de mînie manifestă un exprimat caracter bipolar reprezentat de opoziția dintre marea ușurință cu care se declanșează și ating intensitatea maximă, pe de o parte și dificultatea cu care se epuizează lăsînd după ele o stare de tensiune și dispoziție ostilă, fără regretul actelor săvîrșite sau sentimentul vinovăției. Fondul dispozițional posomorît, atitudinea ostilă față de anturaj, firea ranchiunoasă, răzbunătoare, prezența de înclinații și instincte patologice și o „personalitate“ puternică, exagerată și rigidă

exprimată printr-un caracter stenic, egoism, egocentrism și o dorință de a se impune cu orice preț, completează trăsăturile de bază ale tabloului clinic.

Încă de la începutul secolului s-au remarcat asemănări între acest tip de comportament exploziv și așa-numitul caracter epileptic dar și astăzi problema psihopatiei epileptoide continuă să rămână controversată. Krisch (1926), Bleuler (1926), Bumke (1939), K. Schneider (1962) neagă existența psihopatiei epileptoide considerînd-o o entitate nefundamentată etiopatogenic și insuficient definită clinic.

Wilmans (1914), F. Minkowska (1937), Kleist (1926), Ozerețki (1938), Conrad (1963) recunosc psihopatia epileptoidă însă condiționează diagnosticul de dovada existenței unei nemijlocite legături genetice cu epilepsia, în timp ce alții o acceptă fie vorbind doar de o bază biologică sau genetică comună, în sensul cel mai larg al noțiunilor (Suharova, 1933; Koch G., 1955), fie fără a pretinde dovada unor astfel de legături (Gannuşkin, 1925; Mauz, 1926; Kerbikov, 1958). S-a presupus că în cazul psihopaților de acest tip ar fi vorba de o „epilepsie larvată”. Problema a cunoscut o reactivare cînd studiile electroencefalografice (Honcke, Strömgren și Zahle, Roman, Braslă) au arătat că la psihopații cu comportament exploziv procentul traseelor disritmice este considerabil mai mare. Nu toate publicațiile confirmă această frecvență ridicată (cf. de ex. Tölle). Autori mai noi sînt de părere că, atît timp cît nu există crize nu putem vorbi de epilepsie. Pe de altă parte, explozivilor le lipsesc o serie de trăsături foarte caracteristice epilepticilor cum ar fi adezivitatea, bradipsihia, politețea excesivă etc. Cu toate acestea s-ar putea presupune totuși, că, chiar în lipsa unei identități clinice există elemente patogenice comune între epilepsie și unele variante extreme ale psihopatiei explozive cu aspect epileptoid.

2. *Psihopații instabili — dezvoltările psihopatie de tip instabil.* Kraepelin considera psihopatia de tip instabil ca o manifestare a imaturității psihice interesînd mai ales treptele superioare ale activității volitive. Incapacitatea de a-și amîna realizarea dorințelor de moment alături de permanenta schimbare a dorințelor, intențiilor și intereselor constituie trăsăturile de bază ale acestui tip de dezvoltare psihopatică la copil. Sînt copii activi, mereu în mișcare la care atenția spontană vie, interesul pentru tot ce-i înconjoară, setea permanentă pentru nou, curiozitatea, imaginația bogată, spiritul de inițiativă, posibilitățile intelectuale native dau impresia unei vioiciuni psihice. Trec însă repede de la o activitate la alta, se plictisesc cu ușurință fiind incapabili, să ducă la bun sfîrșit o activitate sistematică nici dacă cu puțin timp înainte și-au propus sau dorit cu ardoare s-o realizeze. Motivația actelor și acțiunilor este reprezentată de nevoia satisfacerii imediate a dorințelor de moment. Sînt superficiali, cunoștințele școlare sînt inegale, nu au sentimentul responsabilității, răspunderii, da'oriei, jocul este dezordonat, în clasă sînt nedisciplinați, vorbesc neîntrebați, răspund la întîmplare, gălăgioși, nu lucrează și împiedică și pe alții să lucreze. Sînt copii despre care se spune adesea că pot, dar nu vor. Sociabili, prietenoși, contactul se stabilește cu ușurință, sfera afectivă relevă însă aceeași

instabilitate. Emoțiile sînt vii dar de scurtă durată, trec cu ușurință de la o stare afectivă la alta.

Dorința permanentă de satisfacții rapide și facile, ușurința cu care acești minori se demobilizează în fața insucceselor, curiozitatea lor vie stau la baza atracției ce o manifestă față de copiii certați cu disciplina. Sub influența străzii prind repede gustul hoinărelii, furtului și minciunii. Ușurința cu care trec la act fără o prealabilă luptă a motivelor și fără a medita asupra consecințelor fac din ei participanți activi la acte antisociale.

În cazul acestor copii, uneori foarte iritabili, nerealizarea dorințelor de moment determină accese de minie de scurtă durată. Alteori comportamentul acestor copii relevă înclinații egocentrice, dorința de a fi în centrul atenției, trăsături care se reflectă mai ales într-o capriciozitate și încăpăținare de moment decît într-o activitate conștientă și susținută cu intenția vădită de a se prezenta într-o lumină favorabilă, particularitate caracteristică psihopaților isterici.

În bună parte trăsăturile care caracterizează tabloul clinic al dezvoltării dizarmonice de tip instabil sînt încă fiziologice la copil și deci greu de recunoscut la preșcolar și chiar la școlarul mic. Și mai dificilă apare aprecierea în cazurile în care, ca urmare a unor cauze variate apare o întîrziere în maturizarea psihică. În astfel de situații o importantă semnificație diagnostică o capătă prezența alături de manifestări proprii vîrstelor inferioare celei calendaristice și a altora care le devansează pe primele sau care nu sînt caracteristice psihicului infantil. După Suhareva, este vorba de o mai largă sferă a intereselor, curiozitatea mai viu exprimată, fantezie mai bogată, capacitate de orientare mai bună, reacții emoționale mai nuanțate alături de irascibilitate, înclinația către accese de minie și grosolănie ca și de lipsa unor trăsături somatice infantile.

În unele cazuri instabilitatea se atenuază cu vîrsta lăsînd pe primul plan al tabloului clinic trăsături care pînă atunci ocupaseră un loc mai secundar — fond dispozițional euforic, explozivitate, înclinație către demonstrativitate etc., constituind forme de trecere către respectivele tipuri de dezvoltare dizarmonică.

Pentru cei mai mulți autori (Kraepelin, Gannuşkin, Mayer Gross, Kerbikov etc.), cele mai multe din trăsăturile descrise caracterizează psihopatul instabil și la vîrsta adultă. Insuficiența volitivă marcată, labilitatea emoțională, superficialitatea în acte și acțiuni sînt trăsăturile specifice ale acestor personalități despre care Mayer Gross afirmă că „trăiesc doar în prezent“.

Adultul instabil se caracterizează, după Schneider, printr-o timie preponderent depresivă pe al cărei fond, cu ocazia unor întîmplări adesea lipsite de gravitate, apar exacerbari depresive, o stare de profundă nemulțumire și deprimare care facilitează apariția unor conduite anormale și, într-o măsură, antisociale. În astfel de stări de „proastă dispoziție“ apar acțiuni ca fugi patologice, beții, risipirea unor sume de bani sau obiecte, dezertări sau chiar vagabondaj, prostituție, incendieri. Kraepelin este de părere că psihopatul instabil are deseori o inteli-

gență superioară mediei, în timp ce pentru Petrilowitsch este vorba de obicei de intelecte slabe, uneori sub limita normalului. Tentativa de-a confunda dispoziția instabilului cu a ciclotimului pare să nu fie justificată, din pricina caracterului categoric reactiv al oscilațiilor timice ale instabililor, în timp ce ciclotimii se decompensează mai ales „endogen“.

3. *Psihopații astenici — dezvoltările psihopatice de tip astenic.* Reproșind lui J. H. Schultz faptul că prin conceptul său despre „nervozitatea constituțională“ a extins prea mult limitele personalității psihopatice, Gannuşkin sublinia la timpul său că noțiunea de „astenie“ neuropsihică cuprinde o serie de stări atât căpătate, cât și moștenite. După el, este posibil delimitarea „asteniei constituționale“ ca una din formele de psihopatie care trebuie să cuprindă doar acele cazuri la care simptomatologia așa-zisei „slăbiciuni iritative a sistemului nervos și a psihicului“ (excitabilitate + epuizare) se află pe primul plan nu ca fenomenologie căpătată ci ca „una innăscută și constantă“.

În copilărie multiple aspecte comportamentale sînt asemănătoare cu cele descrise la grupa copiilor cu dezvoltări dizarmonice psihopatice de tip instabil. Cu toate acestea, copiii cu dezvoltări dizarmonice de tip astenic au o serie de trăsături particulare în sensul că de mici sînt timizi, se țin la distanță de jocurile zgomotoase, își subapreciază forțele, se socotesc neîndemînatici, slabi, în timpul jocului ca și în viață apar în general nehotărîți, stîngaci, obtuzi în mișcări. Mimica lor este insuficient de mobilă și expresivă, vorbirea monotonă, starea afectivă de fond cu note dominant negative, emoțiile pozitive au un caracter deosebit de labil și chiar dacă îmbracă un aspect eclatant ele se sting relativ repede.

Ceea ce caracterizează această categorie de copii constă în aceea că de mici ei îmbină sensibilitatea și impresionabilitatea crescută cu o epuizare marcată și rapidă a capacității de efort. Cum bine aprecia E. A. Popov, excitațiile mai mult sau mai puțin intense devin pentru ei supraliminare din care cauză din perioadele timpurii ale dezvoltării suportă cu greu zgomotele puternice, căldura, frigul, durerea. În viață îi inhibă nu numai ceea ce este grosolan, brutal, crud, aspru ci și orice emoție mai intensă. În școală efortul de scurtă durată le provoacă oboseală, scăderea capacității de concentrare a atenției voluntare. În general ei au un randament scăzut în procesul instructiv. Instabili în atitudinile comportamentale, cînd timizi, retrași, lași, nehotărîți, cînd iritabili, plîngăreți, cad ușor în deznădejde și în fața dificultăților abandonează cu ușurință lupta.

Pentru a relua o expresie a lui Kahn, lozinca psihopatului astenic este „nu pot“. Toate sarcinile pe care existența le pune acestor subiecți sînt resimțite ca o povară, duse la bun sfîrșit rareori și cu prețul unui mare efort. Lucrul este cu atît mai inteligibil cu cît, adesea (deși nu întotdeauna) și somatic, astenicii se prezintă ca niște deficitari. Asupra raporturilor dintre astenia psihică și cea somatică, K. Schneider s-a exprimat cu claritate. Trebuie deosebite, după acest autor, mai multe eventualități: a) o slăbiciune fizică, fără anomalii psihice; un astfel

de „somatopat“ poate fi numai întâmplător un psihopat; b) un ins „somatopat“ reacționează psihologic prin fenomene de tip astenic (hipocondrie, anxietate, depresie); c) reacții psihogene astenice — pe un fond psihic nepsihopat; d) o personalitate psihopatică astenică. Evident aceste componente se pot potența între ele, de exemplu constituția fizică cu cea psihică și, în plus, există o corelație probabil de natură genetică între labilitatea fizică și cea psihologică.

Trăsătura cea mai tipică a psihopatului astenic adult este deci, ca și la copil, fatigabilitatea. În mod reactiv, subiectul care obosește ușor devine și extrem de susceptibil din punct de vedere emoțional la felurile obstacole ale vieții. De aceea, pe bună dreptate s-a insistat asupra faptului că astenicul este extrem de vulnerabil, lucru tradus printr-o sensibilitate crescută, de natură senzitivă, dar și prin reacții de irascibilitate care, cuplate cu astenia, dau aspectul recunoscut de „slăbiciune iritabilă“. Dar astenicii adulți sînt capabili și de elaborări mai complexe de tip senzitiv sau hipocondric. K. Schneider afirmă că trăsătura cea mai remarcabilă a hipocondricului este „pierderea ingenuității față de propriul corp“, cu alte cuvinte, există o „introspecție patologică“ (Petriłowitsch) izvorită din sentimentul penibil de neputință (cf. cap. „Psihogenii“). Pe plan pulsional regăsim aceeași slăbiciune exprimată într-o activitate sexuală de joasă performanță, printr-o nesiguranță în ceea ce privește viața erotică, care poate genera diverse decompensări reactive sau dezvoltări psihotice.

Este demn de remarcat (așa cum face Petriłowitsch) că neputința astenicului nu este liniară, permanentă. În momente de solicitare maximă mulți psihopați astenici sînt capabili de performanțe valoroase. De aceea trebuie să facem deosebirea între astenicii care fac eforturi pentru a se menține la un anumit nivel și cei care, avînd note caracteriale abulice, se lasă duși de curentul asteniei. Pentru aceștia din urmă nu este recomandabil să prescriem cure de odihnă, care nu fac decît să încurajeze perseverarea în nonacțiune, contrariul putînd fi afirmat pentru cei dintîi. Și fiindcă ne referim la psihoterapie vom aminti aci că Frankl insistă asupra faptului că acelor astenici care reușesc să-și definească un scop în viață nu este recomandabil să le prescriem abținerea de la activitate, atitudine care îi demobilizează.

Din punctul de vedere al modelului clinic, tipul astenic este vecin cu al depresivului. Trebuie totuși să arătăm că există astenici cu o dispoziție neutră, după cum există și depresivi activi. Tipul cel mai apropiat este însă cel psihastenic, care are și el o mare incapacitate de adaptare a performanțelor la nivelul exigențelor realității. Psihastenicul însă își elaborează experiența de neputință mai ales sub forma trăirilor de depersonalizare-derealizare. De asemenea trebuie să menționăm faptul că astenicii au uneori o necesitate sporită de a fi gratificați (ca o compensare la sentimentele lor de inferioritate) ceea ce apropie reacțiile lor de ale istericilor.

În legătură cu tipul de personalitate astenic, ca o subdiviziune a lui — demnă, după unii autori, să capete o anumită autonomie — ne

vom ocupa și de tipul autist (schizoid, după Kretschmer, Gannuşkin sau închiși în sine patologic, după Ghiliarovski, Popov). O anumită insuficiență pulsională, o răceală afectivă cu o capacitate scăzută de contact interuman semnaleză și aci nota astenică. Ceea ce este propriu subtipului autist este tendința de a supune experiențele unei elaborări interioare de unde putem trage concluzia că acești psihopați sînt, înainte de toate, niște închiși în sine. Este posibil ca această elaborare să fie sărăcăcioasă, schematică, după cum ea se poate revărsa sub forma unei activități fantasmice de o mare bogăție și diversitate, rareori sau niciodată exteriorizate. Pe de altă parte neparticiparea afectivă favorizează dezvoltarea unei structuri intelectuale înclinate spre speculații abstracte de natură filozofică sau matematică, mai adeseori sterile decît creatoare (excepții totuși există). În sfîrșit afectivitatea slabă se traduce și printr-o neputință de a realiza fundamentele etice ale existenței și nu este exclus ca și la unii dintre ei să întîlnim trăsături comportamentale antisociale și chiar tendințe criminale.

Multe din trăsăturile caracteriale enumerate mai sus fiind întîlnite și în schizofrenie s-a vorbit despre o „psihopatie schizoidă“ (Bleuler). Dar majoritatea autorilor moderni au renunțat să folosească această terminologie subliniind că legătura genetică între psihoza schizofrenică și autismul caracterial nu este deloc sigură.

Dacă diferențierea psihopatiei astenice de celelalte forme de psihopatii nu are o importanță principială deosebită, de o deosebită valoare clinică este delimitarea ei de neurastenie, iar în cazul variantei autiste (închiși în sine patologic) de schizofrenie. Diferențierea cea mai importantă în practică trebuie făcută cu neurastenia. Existența elementului psihotraumatic în declanșarea simptomatologiei este decisivă. Pe de altă parte, în neurastenie putem să regăsim, în anamneză o sciziune mai mult sau mai puțin netă între faza premorbidă și momentul îmbolnăvirii. Trebuie însă să recunoaștem că psihopații astenici pot prezenta decompensări în care simptomatologia nevrotică (neurastenică, cenestopată și hipocondrică) îngroașe fondul acestui model dizarmonic, cît și decompensările reactive psihotice de tip depresiv-anxios. Fondul dizarmonic astenic ca și cel psihastenic poate constitui platforma patogenică a unor dezvoltări de tip hipocondric mai ales în cazurile în care suita de boli somatice și o serie de factori emoționali de mediu exacerbează radicalii acestor categorii de personalități psihopatie.

Posibilitatea diferențierii variantei autiste de o schizofrenie ca atare este de obicei posibilă chiar și în formele simple de schizofrenie atunci cînd elementele disociative aduc în scenă modificări calitative care deviază linia evoluției persoanei și mai ales cînd apar fenomenele defectuale în sens bleulerian. Este cert că în asemenea cazuri este mai greu de delimitat debutul procesului schizofren și că fără îndoială trăsăturile patologice ale personalității premorbide nu numai că pot avea un rol predispozant, ci pot și modifica atît evoluția cît și trăsăturile defectuale ale perioadelor de ameliorare sau remisiune a procesului în cadrul cărora se va evidenția fondul psihopatic.

4. *Psihopatii psihastenici și dezvoltările psihopatic-psihastenice.* Posibilitatea înțelegerii psihopatologiei psihasteniei ne-a fost dată în primul rând de opera lui Pierre Janet. Pentru Janet, tulburarea fundamentală întâlnită la psihastenici este „pierderea simțului realului“, adică o incapacitate de natură dinamică a psihismului de a cuprinde realitatea în totalitatea ei, în toate implicațiile obiective pe care le comportă. Cauza acestei tulburări stă, după Janet, într-o scădere a „tensiunii psihologice“ a acelei energii psihice răspunzătoare de sinteza datelor perceptive, de unificarea atitudinii și sentimentelor noastre în fața lumii într-o atitudine realistă și activă. Consecința scăderii tensiunii psihologice este pierderea de către psihism a posibilității unor acțiuni deliberate și adaptarea situațiilor concrete în favoarea unor activități de tip automatic ce necesită o tensiune psihologică mai scăzută, de tipul obsesiilor și fobiilor. Corolarul acestora și implicit expresia directă a „pierderii simțului realului“ vor fi trăirile de depersonalizare-derealizare, perceperea mediului înconjurător și a propriei persoane ca pe un ce straniu, neobișnuit.

Deși psihopatia psihastenică în formele ei convingător cristalizată se descrie în special la adulți, fenomenologia psihastenică (radicalii ei după Binder) de dezvoltare poate fi decelată și la copiii de vîrstă școlară. Ei sînt impresionabili, fricoși, se tem de ceea ce apare nou în ambianța școlară și familiară. Neliniștea și nesiguranța întreținute de fondul general anxios fac ca în anumite condiții nefavorabile de mediu sau din cauza îmbolnăvirilor proprii repetate să apară chiar de la această vîrstă manifestări nozofobice uneori conturîndu-se note hipocondrice persistente.

Dezvoltarea intelectuală a acestor copii este bună, procesele gîndirii logice se dezvoltă de obicei la un nivel supramedi, dar în gîndirea și intelectul lor se pot decela particularitățile psihasteniei. Acestea constau în tendința exagerată către controlul repetat al acțiunilor întreprinse. Greutatea în punerea în practică a planurilor mintale, întărește nota de neîncredere în forțele proprii, neliniștea și nesiguranța care fac în ultimă instanță ca acești copii cu o bună dezvoltare a proceselor gîndirii să obțină rezultate școlare sub posibilitățile lor. Această particularitate a psihastenicilor este explicată de I. P. Pavlov prin slăbirea caracteristică generală a sistemului nervos cu predominanța funcțională a sistemului doi de semnalizare.

După Binder, trăsătura psihopatologică fundamentală a psihastenicului este acea dispoziție obsesiv-anxioasă lipsită de conținut, o tensiune care premerge apariția obsesiei sau fobiei și care poate fi înțeleasă ca un sentiment de jenă, de disconfort psihic (*Störungspsychismus*). Numai această ambianță obiectivă constituită ca un dat primar poate explica explozia ulterioară a obsesiilor și fobiilor.

Accentuînd asupra aceluși aspect al relației subiectului cu realitatea care este relația interpersonală — de natură simpatetică — autori de inspirație existențialistă (Straus) insistă asupra „izolării existențiale“ a psihastenicului (a „*anankastului*“ autorilor germani). Considerăm că, în mare măsură, aceasta este o particularizare a poziției amintite mai sus, a lui Janet.

Nu este cazul să insistăm aici asupra fenomenologiei obsesiilor și fobiilor, asupra sindromului de derealizare-depersonalizare, descrise la capitolul sindroamelor și nevrozei obsesivo-fobice. Astfel de episoade (obsesionale, de derealizare etc.) jalonează existența psihopatului psihastenienic dar nu constituie esența caracterului său. Ne vom opri prin urmare la aceasta din urmă arătând că psihastenienicul este un subiect care trăiește într-o stare de anxietate cronică, provenită mai ales din neîncrederea în sine, o neîncredere care nu se referă atât la forțele proprii (ca în cazul astenicului), cât la puritatea morală, la nivelul etic; sau, după cum spune Petrilowitsch, este vorba de o „neîncredere în propria sa afectivitate”. Psihastenienicul se suspectează mereu de o încălcare a normelor morale și sociale, din care pricină el dezvoltă un întreg sistem de scrupule, menite în primul rînd să-i asigure liniștea interioară. Această necesitate de asigurare face ca el să nu poată lua decît cu mare greutate și după infinite deliberări decizii care, în fapt, pot să nici nu aibă prea mare importanță. Atunci cînd sînt luate, hotărîrile poartă pecetea unei meticulozități care merge pînă la pedanterie.

Sensibilitatea lui morală extremă face ca trăirile conflictuale etice, intrapsihice, să fie la el deosebit de acute și de grave. De aceea nu este de mirare că astfel de persoane reprezintă un teren deosebit de favorabil dezvoltării unor deliruri senzitive de relație; de asemenea este posibilă apariția unor psihoze hipocondrice de dezvoltare (conf. paragrafelor consacrate acestor entități).

Sub raportul diferențierii de alte tipuri psihopatice, interesează în primul rînd raporturile cu astenicii. Ca și la aceștia pe primul plan apar trăiri de insuficiență psihică, dar deosebirea de astenici la care există îndoieli asupra eficienței intelectuale și fizice, la psihastenici centrul de greutate cade asupra laturei afectivo-morale. De asemenea există tangențe foarte evidente cu tipul depresiv, deoarece psihastenienicul are deseori o dispoziție cronic tristă. Dar acesta din urmă are o psihologie mai complexă, o mai mare facultate de elaborare a trăirilor psihice.

Diferențierea de nevroza obsesivo-fobică este grea. Numai urmărind pacienții un mare număr de ani putem să decantăm acele cazuri în care simptomele obsesionale se înscriu ca note durabile chiar permanente, ale caracterului. Dealtminteri nimic nu împiedică pe un psihopat psihastenienic să facă decompensări, reacții nevrotice de tip obsesivo-fobic.

Problema delimitării psihopatiei psihasteniene de nevroza obsesivo-fobică deși include o serie de dificultăți (mai ales că în acest tip de nevroză legătura relativ inteligibilă între conținutul factorilor psihogeni și manifestările nevrotice este uneori destul de greu de stabilit) se rezolvă totuși apelînd la principiile totalității, intensității și constanței care jalonează în general cadrul psihopatic.

Probleme dintre cele mai complicate pun acele cazuri în care trăirile de depersonalizare-derealizare sînt extrem de puternice, concomitent cu o ștergere progresivă a sentimentelor normale, cu o activitate ritualistică de tip obsesional avînd note bizare, cu un egocentrism extrem, care duce la neglijarea profundă a realității înconjurătoare. Astfel de cazuri fac necesară diferențierea de o schizofrenie (cu debut

„psihasteniform“). Schneider crede că anankaștii, spre deosebire de schizofreni, au nevoie de ajutor (inițiind și menținând deci un mai bun contact cu medicul). În fapt unele cazuri rămân nedecise mulți ani în șir. Dealtminteri analogiile dintre structura autistă (v. mai sus) astenică și cea psihastenică (viața interioară bogată, problematici sterile) creează și ele probleme. Ceea ce rămâne cu certitudine este mixtura de simptome astenice și psihastenice cuprinsă în conceptul de psihopatie schizoidă, autistă (închiși în sine patologic).

5. *Psihopații isterici și dezvoltările psihice psihopatice de tip isteric.* Termenul de isterie a fost criticat, întrucât el poate să desemneze în egală măsură o nevroză, o psihopatie și chiar unele episoade psihotice (cf. nevroza isterică). Vom continua, totuși, să vorbim despre psihopați isterici, în măsura în care tabloul clinic al suferinței lor nu se suprapune nevrozelor sau psihozelor isterice.

G. E. Suhareva include psihopatia isterică a copilului în cadrul tipului infantil de dezvoltare dizarmonică a personalității. Aceasta deoarece elementul principal al tabloului clinic îl reprezintă nu reacțiile isterice ci un anumit tip de imaturitate afectiv-comportamentală.

Psihopatia isterică se întâlnește mai frecvent la fete decât la băieți. Tabloul său clinic apare bine conturat abia la pubertate. Totuși acești copii sînt dificili din punct de vedere comportamental încă de mici. Capricioși, egoiști, foarte sensibili la laudă, sugestibili, reacționează prin crize zgomotoase de agitație psihomotorie în fața fiecărui obstacol ivit în calea realizării dorințelor. Degajați în orice ambianță, se produc cu plăcere în public, dar în dorința lor de a se evidenția tulbură disciplina și ordinea colectivului de copii.

Sînt nestatornici în atitudini și păreri, incapabili de o activitate sistematică și susținută, merg de obicei pe linia minimei rezistențe. Dacă manifestă stăruință atunci o fac numai pentru a atrage atenția asupra lor, recunoștința, admirația sau compasiunea generală. Reacțiile isterice de cele mai variate tipuri fac și ele parte din arsenalul mijloacelor de a impresiona, îndupleca sau forța pe cei din jur să cedeze pretențiilor mereu crescînde. Ele (reacțiile isterice) pot imita aproape oricare din psihosindroamele clinice, de la scurte accese de agitație psihomotorie pînă la reacții psihotice uneori greu de diagnosticat. În dorința de a se prezenta într-o lumină favorabilă, de a-și răzbuna vanitatea știrbită sau de a obține un avantaj oarecare, acești copii nu ezită să facă afirmații calomnioase sau să se laude.

Tendința patologică de a inventa întîmplări sau situații deosebite, a căror figură centrală este propria persoană, se asociază uneori cu o fantazie extraordinar de prodigioasă. Incapabili să-și țină în friu imaginația, acești copii mint cu ușurință, iar degajarea caracteristică face ca minciuna să capete aspectul relatării unor fapte autentice. Povestirile uneori naive, sînt alteori (mai ales la copiii mai mari) convingătoare prin bogăția detaliilor și elocvență, fapt care, mai ales atunci cînd au un caracter de denunț cu scop de răzbunare, creează serioase complicații anturajului. Cel mai adesea însă pierzînd simțul realului acești copii devin victima atît a propriilor născociri în care încep să creadă cît și a

atitudinii reprobatoare a celor din jur. În astfel de situații Dupré vorbește de constituție mitomanică P. B. Gannuşkin, subliniind faptul că la aceste cazuri înclinația mitomanică pune în umbră celelalte trăsături ale personalității le consideră totuși o variantă în cadrul psihopatiei isterice. G. E. Suhareva (1959) le descrie însă în cadrul unei forme clinice de sine stătătoare ținând de tipul infantil de dezvoltare dizarmonică a personalității.

La copiii cu psihopatie isterică în perioadele vîrstelor critice sau în condiții nefavorabile, tulburările devin și mai supărătoare pentru anturaj. Cu timpul situația de boală creează o serie de avantaje care contribuie și ele la fixarea unui mod patologic de reacție în fața solicitărilor la adaptare ale ambianței, tabloul clinic tinzînd către bogăția fenomenologică a istericului adult.

Trăsătura cea mai tipică a caracterului isteric format a fost definită de Jaspers. El spune că istericul este acel psihopat care vrea să pară mai mult decît ceea ce este în realitate. În acest sens Petrilowitsch ca și Dupré în cazul copiilor vorbește despre a „megalomanie“. În fapt, psihopatul isteric este dominat de aspirația de a atrage atenția, ceea ce determină caracterul de „poză“ al comportamentului său. Bumke spune că de fapt conduita naturală a istericului este artificială, arătînd prin aceasta că în tot ceea ce face, simte și gîndește, istericul este marcat de neautentic. El are în mod permanent psihologia unui actor, care interpretează un rol, urmărind să convingă, să uimească, să stîrnească admirație sau milă, indiferent de mijloacele pe care le utilizează. Din această cauză, caracterului isteric i s-a mai dat și numele de histrionism (de la histrion — actor). Este important de subliniat că istericul este întotdeauna mobilizat de un scop, de obținerea unui beneficiu material sau moral de pe urma conduitei sale. Desigur această motivație nu are întotdeauna un caracter conștient.

Dacă istericul este marcat de neautenticitate și lăudăroșenie, nu este mai puțin adevărat că el devine uneori propria sa victimă, căci, datorită necesității interioare de a se pune în valoare, el dezvoltă o imaginație bogată, o fantezie exuberantă la care îl duce atașamentul său pentru tot ce este extraordinar. De aceea istericul făurește, uneori pornind de la evenimentele reale, un sistem de minciuni care pot duce la imposturi dintre cele mai extraordinare („pseudologie fantastică“ — Birnbaum). Desigur nu orice subiect cu imaginație excesivă poate fi considerat isteric. Structurile schizoide, cu un „autism bogat“ (Minkowski) pot manifesta tendințe similare. Numai că la aceștia din urmă edificiul imaginar se satisface prin sine însuși și nu este pus, ca la isterici, în slujba idealului de sine.

În fond, psihologia istericilor adulți, logica lor afectivă este analoagă în multe privințe cu cea a copilului. De aceea s-a vorbit deseori despre isterie ca despre o „nematurizare“ a comportamentului, a gîndirii, vieții afective în general. Lucrul este cu atît mai plauzibil cu cît la isterici există uneori semne de infantilism somatic precum și o slăbiciune pulsională generală, manifestă mai ales pe planul sexual (frigiditate, aspirații homosexuale și o incapacitate fundamentală de realizare

deplină a satisfacției sexuale). O altă trăsătură infantilă este egocentrismul istericului adult, incapacitatea de a-și reprezenta trăirile celui-lalt (Kahn), ceea ce duce, fatal, la o apreciere inadecvată a valorilor umane.

Alături de pseudologi, pe care i-am pomenit mai sus, vom enumera aici și alte categorii de psihopați isterici: așa-ziii „renomiști“ (Renomisten), inși care, în dorința de a se face cunoscuți își fac o reclamă extraordinară și caută să se pună în evidență cu orice preț. Tot printre isterici trebuie, după Kahn, orînduiți și acei psihopați asociali (sau antisociali), care din dorința de a se face cunoscuți comit diferite crime și delictе. Intenția de a se pune în lumină poate să se traducă și prin încercarea de a stoarce cu orice preț mila societății — de unde apariția acelor „escroci de spitale“, indivizi care se pretind bolnavi spre a stîrni compasiunea și a obține ajutorul medicilor și altor persoane. Apropiat de acest tip este și cel al cazurilor grupate sub numele de „sindrom Münchhausen“ (vezi sindroame).

Structura psihopatică isterică este relativ lesne de definit și de recunoscut. La limită, anumiți isterici foarte activi trebuiesc diferențiați de tipul hipertim, în timp ce subiecții care nu caută să șocheze — paradoxal — decît prin afectarea unei extreme blazări (Petrilowitsch) cer diferențierea cu tipul astenic. Importantă de fapt este delimitarea de nevroza isterică. Este vorba mai mult de o confuzie de termeni, căci nevroticul isteric nu are cu necesitate un fond caracterial isteric, în timp ce psihopatul nu face întotdeauna reacții sau accidente de tip isteric. O oarecare corelație clinică există totuși, fundamentată psihopatologic de faptul că atît nevroticul cît și psihopatul sînt însuflețiți de dorința de a se da în spectacol.

S-a remarcat că în ultimele decenii simptomatologia isteriei s-a modificat. Sînt mai rare accidentele spectaculoase, pseudoneurologice sau chiar psihozele isterice. În schimb preponderente sînt, după cum observă V. Baer „formele intime“ cu o simptomatologie preponderent subiectivă, exprimată mai discret. Petrilowitsch și Baer explică acest aspect prin faptul că, în lumea modernă, relația interpersonală contează din ce în ce mai puțin și că individul obține ceea ce poate să obțină de la instanțe cu un caracter nepersonal, anonim. Un exces de spectaculozitate ar duce la rezultate minimale ceea ce provoacă o transformare importantă a simptomelor, o remodelare a caracterelor.

6. *Timopații și dezvoltările dizarmonice ale personalității de tip timopat.* Anomaliile cronice ale dispoziției caracterizează pe o serie de psihopați pe care îi vom denumi ca și Popov — timopați.

Se ridică întrebarea dacă astfel de personalități patologice nu au în realitate forme fruste de psihoză maniaco-depresivă așa cum era înclinat să creadă Kraepelin. Acest autor se întemeia pe un argument indirect și anume că un procent apreciabil (37%) din maniaco-depresivi prezintă în perioadele interacesuale modificări cronice ale dispoziției. Motivul pentru care majoritatea autorilor moderni resping acest punct de vedere este constatarea că rareori un timopat euforic sau depresiv va face un acces psihotic maniacal sau melancolic. Similitudinea dintre

hipomanie și hipertimie euforică pe de o parte, dintre subdepresia psihopatică și depresia psihopatică pe de alta s-ar situa deci la un nivel superficial, pur fenomenal. Cu toate acestea Kretschmer acordă constituției — biologice și psihologice — un rol esențial în geneza psihozei maniaco-depresive; el crede că tipul constituțional picnic este mai predispus să facă această psihoză și descrie: a) un tip psihologic normal — cu oscilații frecvente ale dispoziției și o reactivitate vie la evenimentele trăite (sintonie) — tipul ciclotim și b) un tip intermediar cu oscilații mai puternic patologice dar nepsihotice — tipul cicloid, formă de trecere spre maniaco-depresivul adevărat și din care acesta din urmă derivă (mulți cicloizi ajungând să facă accese psihotice). Experiența clinică tinde să ne facă să afirmăm că tipul cicloid fără incidente psihotice este realmente rar. De aceea ne vom menține la noțiunea de timopatie descriind două subtipuri: timopații euforici și cei depresivi.

a) *Timopații euforici*. Ceea ce caracterizează în primul rând pe psihopații hipertimici este dispoziția veselă cu corolarul ei — o anumită nepăsare față de dificultățile pe care viața le ridică.

Tulburările apar încă din mica copilărie. Neascultători, zgomotoși, acești copii nu pot fi constrinși să respecte disciplina trecând la o privire superficială drept instabili. Observația atentă permite cel mai adesea a sesiza fondul dispozițional euforic care se ascunde în spatele permanentului lor neastimpăr.

La vârsta școlară tulburările devin și mai supărătoare. Foarte activi, interesați de tot și de toate, dovedesc inițiativă, și îndemnare, se apucă de orice cu entuziasm convinși fiind că știu și pot orice. Inconsecvența și superficialitatea îi fac puțin eficienți, insuccesul însă nu-i descurajează. În relațiile cu anturajul sînt sociabili, prietenoși, își atrag cu ușurință simpatia colegilor prin glume, flecăreala și laudăroșenia lor. La rîndul lor dovedesc o atracție deosebită către copii cu tulburări de comportament, își petrec cu plăcere timpul pe stradă unde se remarcă prin inițiativă ca și ușurința cu care sînt antrenați în cele mai diferite acțiuni delictuoase. Legăturile afective sînt făcute fără discernămint, superficiale și trecătoare, își neagă prietenii cu ușurința cu care și le afirmă. Față de adulți sînt familiari pînă la obrăznicie, degajați, în orice ambianță se simt „ca acasă”. Acești copii își privesc cu ușurință obligațiile, reproșurile, observațiile sînt tratate cu indiferență. În fața pedepselor reacționează uneori violent, supărarea trece repede ei fiind primii care uită incidentul. Exuberanți, guralivi, fără pic de respect, puși pe glumă, uzînd de cuvinte vulgare se erijează în bufoni ai colectivului în care se află antrenîndu-l la acțiuni care tulbură ordinea și disciplina și pericliteză autoritatea educatorilor. Cu timpul cîmpul de acțiune se lărgeste, mijloacele se diversifică iar pubertatea și maturizarea sexuală reprezintă momentul unei intensificări a inadapării sociale. Prostituația, perversiunile sexuale, vagabondajul etc., îmbogățesc tabloul clinic.

Subiecții adulți, ca și copiii timopați, sînt extrem de sociabili, abordează celelalte persoane într-un mod direct, lipsit de convenționalism. Dificultatea de adaptare socială care definește psihopatia, provine din aceea că nepăsarea generează o anumită superficialitate în sentimente

și reacții care poate deveni supărătoare pentru cei din jur. Reacțiile hipertimicului sînt extrem de vii incluzînd și furii sau agitații extreme dar marcate și ele de pecetea ușurătății trecînd foarte repede și fără resentimente, așa cum au și venit. Astfel de reacții nu au consecințe grave ceea ce face ca psihopații hipertimici să pună rareori probleme medico-legale. Hipertimicul este bine tolerat de mediul din care face parte și de aceea ajunge mai rar în fața psihiatrului. Anumite excen- tricități de comportare pot determina acest lucru ca și alcoolismul cronic care este întîlnit destul de frecvent la acești subiecți. Trebuie să remar- căm, după Schneider, că alcoolismul hipertimicului provine din nevoia pe care el o are de a se asocia, de a se bucura împreună cu alții și nu acoperă stări de anxietate sau aspirații neînfăptuite motive atît de frecvente în alte variante caracteriale.

În interiorul grupului hipertimicilor, Lersch a operat o distincție subtilă între subiecții veseli (lustig) și senini (heiter). Cei din urmă reprezintă de fapt o variantă sărăcită afectiv față de cei dintîi. Aparența este a unei veselii, dar în fond aceste persoane se deosebesc printr-o extremă nepăsare în fața vieții avînd sentimentul perpetuu că totul este ușor, neînsemnat, fără consecințe. Veselul, dimpotrivă, are, în ciuda mării lui capacități de a se bucura, o aprehensiune mai lucidă a vieții fiind mai sinton, mai capabil de a modula în mod corespunzător starea lui afectivă.

Psihopații hipertimici se învecinează cu alte tipuri psihopaticice. Dis- tinția trebuie făcută în primul rînd cu paranoicii a căror personalitate stenică, neobosită, combativă se aseamănă în unele privințe cu a hipertimicilor. Trebuie însă să ținem seama de faptul că paranoicul are o capacitate de prelucrare, de aprofundare a evenimentului trăit care este radical străină hipertimicului. Cverulența, comună ambelor tipuri, este numai o trăsătură superficială, sub care în fond se ascund modali- tăți de reacție deosebite. Pe de altă parte tendința spre fanfaronadă, mergînd pînă la mitomanie înîlnită la hipertimici pune problema diferen- țierii de anumiți psihopați isterici. La isterici însă lăudăroșenia are scopul deliberat al supravalorificării eului, în timp ce la hipertimici este pur și simplu expresia unei expansivități ce nu poate fi menținută.

b) *Timopații depresivi*. Trăsăturile cele mai marcante ale depre- sivului sînt pesimismul, neîncrederea în oameni și în viață, posomorala continuă, selectarea subiectivă a aspectelor neplăcute sau urîte ale vieții. Masca lui este cea de dezgust de viață, deseori disimulată sub cea a unei înțelepciuni sceptice de om „care a văzut multe“. Schneider remarcă faptul că aspectul depresivului este mai puțin monoton decît al hiperti- micului euforic. El este capabil să mascheze viziunea sa pesimistă sub aparența jovialității sau a hiperactivității și numai o cunoaștere mai în profunzime a subiectului ne va releva adevărata sa natură depresivă. Depresivul este pe de altă parte, prin natura sa pesimistă, și un orgolios mereu rănit, ceea ce determină o atitudine de mîndrie ce poate fi luată drept îngîmfare. Aceste manifestări au un caracter puțin expresiv și de aceea psihopații depresivi vin rareori la medic. Există totuși posibili- tatea unor decompensări nevrotice sau reactive și atunci ei consultă un

psihiatru. De asemenea alcoolismul, ca necesitate de a acoperi anxietatea și durerea morală mocnită poate să apară și încă în forme destul de severe.

Schneider distinge printre depresivi mai multe variante. Tipul „sumbru“ este dominat de tristețe dar în relațiile sale cu celelalte persoane se vedește bun și sensibil. Dimpotrivă, există un tip „innăcrit“, gata să critice orice și pe oricine în a cărui voie nimeni nu intră. O astfel de formă are tendința să manifeste trăsături paranoiace.

Receptarea vieții la modul depresiv implică deseori un mod de reacție astenic. De aceea diferențierea față de psihopații astenici este foarte dificilă mai ales la copiii dizarmonici la care este greu să se vorbească de trăsături depresive conturate. De obicei la aceste vârste rămân dominate trăsăturile astenice care pot îmbina prin transparență însă și oarecare tristețe, neliniște anxioasă și o sensibilitate deosebită în special față de evenimentele cu conținut tragic, dramatic. În special în apropierea vârstei pubertare la fete chiar la vârsta de 10—11 ani, trăsăturile melancolice devin din ce în ce mai evidente, ele putând fi desprinse din tentativele structurării unui sistem de gândire cu note dominant pesimiste, dintr-o „filozofare“ precoce despre răutatea și „egoismul“ lumii, despre lipsa de „logică“ a vieții, despre „suferințele enorme“ la care existența supune persoana umană, care culminează printr-o argumentare de obicei puerilă a rațiunii „sinuciderii“. Pe acest fundal exacerbat de perioada critică de dezvoltare, micile contrarii, eșecuri școlare (uneori reduse la obținerea unei note proaste) duc la decompensări depresive veritabile cu tentative de sinucidere. Aceste stări de decompensare trebuiesc deosebite de crizele pubertare, deosebire care se poate face în baza existenței trăsăturilor dizarmonice de tip mixt (astenic și psihastenic în special).

La vârsta adultă acuitatea problematicii afective și chiar morale este mai redusă la astenici decât la timopații depresivi. Față de psihastenici, timopații depresivi au o capacitate de analiză a vieții interioare mai redusă, un discernământ și o capacitate de auto-analiză inferioare psihastenicului adevărat, deși și acesta din urmă își elaborează trăirile tot plecând de la un fond depresiv.

7. *Psihopații paranoici.* Această formă de psihopatie apare îndeosebi într-o formă mai net conturată doar după adolescență.

Fundalul psihopatiei paranoice îl găsim în alcătuirea caracterială desemnată de autorii francezi — cf. de ex. Porot — drept „constituție paranoiacă“. Trăsăturile ei ar fi: a) orgoliul excesiv, determinat de o hipervalorizare a eului, de un exces nejustificat al stimei de sine; b) neîncrederea în oameni, ideea subiacentă potrivit căreia toți oamenii sînt fundamental răi și perversi; c) falsitatea judecăților, mai ales a judecăților cu privire la semenii, o lipsă de înțelegere psihologică a motivațiilor umane care, conjugată cu neîncrederea, cu suspiciozitatea, duce la convingeri greșite cu privire la acțiunile omenești; d) psihorigiditatea, prin care se înțelege tendința neabătută de a persevera în propriile convingeri, chiar dacă ele se dovedesc greșite. Această constelație de trăsături duce, pe planul ideativ, la formarea de idei prevalente, adică de

idei nestrămutate, inaccesibile contraargumentării, cu caracter catatim (adică formate și întreținute de stări afective puternice — Predescu). Paranoicul va căuta în fiecare întâmplare, în fiecare experiență psihică argumente pentru a susține opiniile lui. Petrilowitsch remarcă pe bună dreptate că paranoicul își simplifică în mod extrem existența, desființând dubiile, nuanțele, ambiguitățile firești în favoarea unei atitudini monomorfe cu orientarea convingerilor într-o unică direcție. De aceea atitudinea generală a paranoicului poate fi definită drept statică (în opoziție cu dinamismul vieții normale care evoluează prin dezvoltarea și rezolvarea contradicțiilor). Paranoicul poate da impresia că este energic și activ, dar în realitate combativitatea lui nu îl face să avanseze ci semnalează numai o perseverare cu un caracter profund inadecvat, neadaptativ. Luptele paranoicului, inițiate și continuate sub semnul psihorigidității, a incapacității de a-și modifica în mod tactic atitudinea, nu sînt aproape niciodată încununate de succes. Dar insuccesul nu descurajează pe paranoic și poate că o cauză a acestei perseverențe stă în faptul că din punct de vedere afectiv el este de obicei un ins rece, cu o capacitate redusă de modulare a sentimentelor. Aceasta a făcut pe Kahn să afirme că paranoicii pot fi în majoritate considerați niște autiști, dar autiști activi elaborînd la nesfîrșit trăirile lor interioare și trecînd la acțiune după o schemă rigidă ce nu se modifică după reacția mediului.

S-a remarcat totuși de foarte multă vreme (Köppen, citat de Schneider) că momentele productive ale psihopatului paranoic sînt legate de o trăire de nedreptate. În psihopatia paranoică vom descoperi prin urmare deseori acel nucleu obiectiv-întemeiat, uneori minuscul, în jurul căruia se edifică apoi construcția paranoică.

Din punct de vedere tipologic trebuie să remarcăm, ca și Schneider, că psihopatii paranoici se prezintă sub cel puțin două aspecte diferite: există o categorie de subiecți stenici, luptători, curajoși, în timp ce alții, dominați de propriile trăiri de inferioritate, își mențin ideea prevalentă pe un plan strict ideativ rămînînd niște veleitari ai revendicării și ai luptei. Printre primii situăm pe cverulenții patologici, pe „cîrcotași” (Streitsuchtige — Kahn), inși mereu puși pe ceartă, pe discuții și pe reclamații. Alături de ei trebuiesc numiți și fanaticii, cei care se devotează cu o pasiune totală unei cauze politice, sociale, religioase neprecupețind nici un efort în realizarea aspirațiilor lor. Ceea ce apropie pe acești inși de oamenii normali devotați unei cauze este caracterul idealist al dăruirii de sine. Dar ceea ce îi deosebește radical este incapacitatea adaptării la o situație concretă și — așa cum am mai amintit — incapacitatea de a evolua sub influența evenimentelor. În categoria paranoicilor hipostenici vom situa în special o serie de sectanți religioși care deși manifestă o credință puternică se mulțumesc să o propovăduiască fără să treacă cu energie la acțiune.

Psihopatii paranoici trec deseori la acțiune. Numeroase crime (asasinate politice de exemplu) și alte violențe pot fi trecute pe seama lor. Cînd nu sînt direct agresivi ei împînzesc instituțiile publice, justiția și presa cu reclamații, fac scandal. Depistarea și îngrădirea lor, nu totdeauna posibilă, creează grave dificultăți.

Din punct de vedere al diagnosticului, vom spune în primul rând că paranoicii trebuie deosebiți de hipertimici (cu care au în comun expansivitatea, dar față de care au în plus o capacitate crescută de elaborare a conținuturilor psihice). Violența lor se apropie de asemenea și de tipul exploziv, dar nici aceștia nu își elaborează în aceeași măsură trăirile. Problema cea mai dificilă de diagnostic diferențial este psihoza paranoică, ea însăși atât de discutată ca entitate nosologică. Criteriul cel mai important de diferențiere rămâne acela că psihopatul nu pierde total — în interpretările sale — contactul cu realitatea înconjurătoare, aceste interpretări rămânând în limitele verosimilului. Psihopatul paranoic rămâne un luptător (chiar himeric) în timp ce paranoicul ne apare preponderent ca un derealizat care a depășit frontierele absurdului.

8. *Psihopații impulsivi* (perversiunile impulsive). În conceptul său de „oameni impulsivi“ (Triebmenschen), Kraepelin îngloba pe risipitori, vagabonzi și dipsomani deosebindu-i de incendiatori, ucigașele de copii, scriitori de scrisori anonime etc., pe care îi considera aparținând sferei „nebuniei impulsive“ (impulsive Irresein). Kahn consideră că printre impulsivi trebuie orînduiți numai acei inși care suferă de o anomalie pulsională și nu poate orîndui printre aceștia decât pe vagabonzi. După Gurevici, la această categorie de psihopați predomină acțiunile și tendințele impulsive patologice care apar în conștiință cu o astfel de forță elementară încît „bolnavul nu poate să nu le transforme în acțiune“. În cazul lor mecanismele deliberării sînt scurtcircuitate deși luciditatea conștiinței rămîne nealterată. Pornind de la realitatea clinică acceptăm ca și Gurevici existența unui asemenea model clinic de psihopatie. Ea se caracterizează prin aceea că modificările grave de comportament nu apar ca urmare a unui prag de excitabilitate scăzut (ca la explozivi) și nici în urma unei modificări timice tranzitorii (ca la instabili) ci pur și simplu ca o modificare a unor pulsioni particulare, resimțită subiectiv ca necesitatea de satisfacere, ca o nevoie elementară de satisfacere a unei dorințe, a unui act capabil să descarce tensiunea intensă intrapsihică. Printre modalitățile de manifestare clinică a impulsivităților psihopatice se înserează „*piromania*“ (impulsivitatea de incendiere) mai frecventă la femei începînd cu perioada de pubertate mai ales în perioada ciclului catamenial.

Cleptomania (impulsivitatea de a-și însuși lucruri străine fără utilitate expresă pentru persoana proprie) a fost descrisă mai frecvent la femei și copii. Ea apare ca o impulsivitate ce se manifestă episodic sub forma furtului de obiecte din marile magazine în care evantaiul lucrurilor expuse stimulează apariția impulsivității. Spre deosebire de furtul obișnuit, cleptomanii nu fură în scop utilitarist, de cele mai multe ori obiectele însușite nu sînt valorificate ci ascunse, depozitate sau retransmise aparținătorilor prin metode de o abilitate particulară.

Mitomania reprezintă nevoia imperioasă de a denatura lucrurile, exagerarea îmbrăcînd adesea forma unor relatări neverosimile, cu caracter pueril însă care domină de așa manieră prezentul trăit de bolnav încît este capabil de proiecții eidetice înflorind discursul cu imagini, scene la care parcă privește, le descrie pe viu ca și cînd ar rememora

întîmplări trăite în realitate. Desigur că în aceste cazuri componenta isterică este evidentă, dar spre deosebire de istericul care dramatizează în funcție de evenimentul și personaje prezente în mod real în schemă, mitomanul pe lângă că minte deoarece nu poate rezista impulsiei de a minți, este dominat de firul „minciunii“ a cărui prevalență îl leagă mai mult de imaginar, de ireal. Ei se deosebesc de asemenea de mincinoșii din obișnuință care denaturează lucrurile pentru a induce în eroare într-o manieră cât mai plauzibilă pentru a convinge, atingîndu-și în acest fel scopul propus în mod deliberat.

Dromomania, poriomania sau vagabondajul, reprezintă de asemenea o impulsivitate psihopatică periodică constînd în necesitatea irezistibilă de a schimba locul. Sub imperiul acestei impulsii, psihopatul lasă totul, familia, locul de muncă, școala, fără să gîndească la urmări, fără a aprecia dacă are sau nu condițiile materiale de deplasare, pleacă de obicei fără bani, este capabil să înstrăineze lucrurile de utilitate strict personală (haine, obiecte) sau să folosească în mod ilicit mijloacele comune de transport. Vagabondajul poate să dureze zile, săptămîni, după care pacientul murdar, în zdrențe, într-o stare de mizerie morală și fizică se întoarce la locul pe care l-a părăsit. Vagabondajul se întîlnește cu precădere la bărbați (copii, adulți). La copii în special, dromomania trebuie deosebită de peregrinările cu caracter reactiv, de fugile de acasă sau de la școală, determinate de situații conflictuale (familii schismatice, greșeli educative, mamă sau tată vitreg, atitudini pedagogice neadecvate etc., în ultimele fiind vorba nu de impulsii fără mobil, ci de reacții de protest sau de apărare cu caracter inteligibil). Nu orice vagabondaj poate fi referit acestei structuri psihopatice, fenomenul putînd avea etilogii multiple.

În general piromaniile, cleptomania, mitomania, dromomania, cu tulburări de conștiință (de obicei de tip crepuscular, urmate de amnezia episodului) sînt încadrabile, fie într-un automatism epileptic, fie într-o psihoză reactivă acută (reacție de șoc) și nu în cadrul impulsivităților psihopatice în care nu se modifică luciditatea conștiinței și ca atare subiectul păstrează posibilitatea evocărilor.

9. *Psihopatii perversi sexual* (perversiunile sexuale). Bazîndu-se pe faptul că perversiunile sexuale implică o modificare a unei singure trăsături caracteriale, Schneider și Petrilowitsch refuză acestora statutul de psihopatii, în dezacord cu punctul de vedere mai vechi (exprimat de Kraepelin, Bleuler). Dacă totuși noi menținem pe perversii sexual printre psihopați este pentru că expresia clinică a conduitei generale a acestora relevă fără îndoială anomalii caracteriale adînci ce nu se reduc la o simplă anomalie de satisfacere a instinctului sexual.

Există tendințe de a asimila pe perversii sexual cu impulsivii, în egală măsură victimele unei anomalii pulsionale. Importanța pe care modul de satisfacere sexuală o are în structurarea existenței individului este însă într-atît de mare, încît duce adesea la o răsturnare a conduitei, a normelor etice etc. De aceea considerăm că este cazul să tratăm pe perversii sexuali într-un paragraf separat.

Delimitarea perversiunii sexuale de comportamentul normal implică unele dificultăți.

Devierea sexuală poate avea un caracter tranzitoriu sau accidental. Astfel masturbația adolescenților, homosexualitatea „de necesitate“ a celor lipsiți de posibilitatea contactului cu sexul opus, practicile perverse ale bolnavilor psihotici, ale celor cu tulburări de dinamică sexuală nu pot fi incluse printre perversiuni. Este vorba de devieri sexuale ce corespund fie unei dinamici de maturare, fie au un caracter adaptativ, fie sînt epifenomene ale unor nevroze sau psihoze.

Putem vorbi de perversiune (deci de psihopatie) în adevăratul înțeles al cuvîntului atunci cînd devierea sexuală constituie o trăsătură definitorie a unei vieți.

Se știe că Freud a susținut că „nevroza e un negativ al perversiunii“. El considera că refularea fantasmelor infantile duce la nevroză în timp ce realizarea acestor fantasme corespunde perversiunilor. Această afirmație în parte acceptabilă, căci nu se poate să nu recunoaștem la majoritatea perversilor sexuali importanța fixațiilor psihologice față de anumite experiențe ale copilăriei, imposibilitatea de a le lichida din punct de vedere emoțional. Dacă afirmația ar fi însă riguros adevărată ar însemna că perversii nu ar prezenta fenomene nevrotice, lucru pe care observația clinică îl infirmă. Dimpotrivă, existența acestor indivizi este jalonată de numeroase episoade depresive, astenice, instabile etc. Apoi s-a remarcat că în general comportamentul sexual pervers este el însuși un comportament „de acoperire“ a anumitor temeri de aspect nevrotic. Homosexualitatea masculină de pildă presupune nu numai atașamentul față de o fază mai puțin diferențiată a libidoului ci — așa cum relevă analiza multor pacienți — o frică față de actul sexual normal, față de femeie. Prin urmare, teza lui Freud conține o sugestie interesantă, dar este susceptibilă de numeroase corective.

Mai mult realistă este calea care pînă în prezent a fost puțin urmată și anume cea care pornește de la teza că anomalia contactului sexual are la bază o dificultate a subiectului de a stabili orice fel de contacte interumane (Petriowitsch), o modalitate deturnată a relațiilor interpersonale, expresia unei complexe fobii a spațiului social. Cercetările întreprinse în acest sens sînt încă puțin avansate.

Din punct de vedere psihopatologic vom stabili cîteva trăsături comune perversilor sexuali :

1. Precocitatea. Experiențele care determină orientarea perversă sînt regăsite în copilăria individului, în special în prepubertate. Afirmația pare adevărată, cu condiția să fim preveniți asupra faptului că perversii au tendința (și ocazia) de a revela cu mai multă ușurință aspecte ale vieții sexuale infantile care există și la normali.

2. Facilitatea condiționării. Un singur episod pare să decidă toată viața sexuală a individului (cf. de ex. masochismul lui Rousseau).

3. Perversiunile se asociază frecvent cu alte anomalii caracteriale, fie din varianta hiperstenică (hiperactivitate, hipererotism, tendințe paranoice), fie din cea hipostenică (trăirii de insuficiență, trăsături obsesionale, nesiguranță de sine, răceală).

4. Perversiunile sînt anomalii calitativ ale sexualității, dar se însoțesc frecvent de anomalii cantitative (impotență, frigiditate).

Dintre multiplele tentative de clasificare a perversiunilor sexuale adoptăm în parte clasificarea lui H. Ey.

I. *Anomalii în alegerea partenerului*. Aici tulburarea principală nu privește actul sexual în sine, ci alegerea unui partener neobișnuit.

1. *Auto-erotismul (masturbația)*. Constă în satisfacerea sexuală (ajungând sau nu la orgasm), fără intervenția unui partener. Poate fi, mai ales, la sexul masculin considerată ca o etapă quasifiziologică a dezvoltării sexuale, deoarece toate statisticile arată că mai bine de 90% din adolescenți au practicat masturbația la un moment dat. Masturbația constituie un comportament sexual pervers preponderent la vîrsta adultă (excluzînd deci din acest cadru masturbația „episodică” de necesitate, sau masturbația bolnavilor psihotici) și se însoțește de consecințe corespunzătoare; o întoarcere a interesului sexual către sine (narcisism) cu neglijarea parțială sau totală a stimulilor erotici exteriori.

2. *Pedofilia*: constă în atracția față de copii, aparținînd sexului propriu sau celui opus. Pedofilia este, în genere, fie o particularitate a unor homosexuali, fie apanajul unor personalități grav tarate cum ar fi oligofrenii sau unii indivizi cu note dementiale.

3. *Gerontofilia* este atracția față de persoane mult mai în vîrstă decît subiectul. Apare în special la personalități imature care nu reușesc să contracteze legături afectivo-erotice decît față de persoane pe care le identifică cu părinții lor.

4. *Incestul*. Constă în atracția sexuală și practicarea de raporturi sexuale cu rude de sînge apropiate. Există o serie de incesturi „tipice”: tată-fiică (aparînd în familii deseori izolate cu numeroși copii și un tată hiperautoritar), fiu-mamă (implicînd o serioasă dezorganizare de tip psihopatic sau chiar psihotic la ambii părinți), frate-soră etc.

5. *Homosexualitatea*, constă în practicarea — în variate moduri — a relațiilor sexuale cu indivizi de același sex. Este cea mai răspîndită dintre perversiunile sexuale întîlnindu-se mai des la bărbați decît la femei. Am arătat mai sus, discutînd în general despre perversiuni, cîteva constante definitorii ale homosexualității.

Homosexualitatea la femei este cunoscută sub denumirea de lesbianism (satisfacere sexuală cu ajutorul clitorisului, în special hipertrofiat la hermafrodite. Sînt descrise și alte variante. Saficele recurg la cunilinghie, iar tribadele realizează satisfacerea erotică prin frecarea reciprocă a regiunii externe a organelor genitale cu coapsa.

În mod schematic, deosebim homosexuali activi care joacă în actul sexual rolul bărbatului de cei pasivi care se comportă ca femei. Bărbații homosexuali pasivi suportă contactul anal. În fapt, deosebirea nu este atît de tranșantă, același individ putîndu-se comporta, în avatarurile promiscuității sexuale, succesiv ca activ sau pasiv. Rareori analiza clinică reușește să lege atracția homosexuală de o particularitate genetică a individului. Homosexualitatea pare deseori legată nu numai de structura dizarmonică ci mai ales de carențe educaționale severe.

6. *Transexualismul* este acea condiție în care subiectul nu acceptă sexul său biologic, dorind să pară că aparține sexului opus sau depunînd toate eforturile pe lîngă organele medicale, administrative sau judiciare

să obțină autorizația de a se supune unor operații din care să rezulte această schimbare de sex. În forma în care subiectul se mărginește să adopte conduitele exterioare (motorii, de îmbrăcăminte, coafură etc.) ale celuilalt sex vorbim de *transvestitism*. Transsexualii, în forma pură, nu sînt homosexuali și afișează chiar repulsie față de actul homosexual, dar în practică formele de trecere sînt destul de frecvente. În formele pure trebuie luată în considerație cu seriozitate posibilitatea schimbării sexului care corespunde unei dorinți oneste de a pune de acord condiția biologică cu cea psihică a individului.

7. *Zoofilia* este practicarea relațiilor sexuale cu animalele. Se întilnește la unii oligofreni și la adolescenți în anumite condiții subculturale, în special în mediul rural.

8. *Necrofilia* este perversiunea foarte rară care constă în practicarea relațiilor sexuale cu cadavrele umane, fiind apanajul unor mari psihopați sau unor schizofreni foarte deteriorați.

9. *Fetișismul* este excitarea sexuală mergînd pînă la orgasm în prezența unor obiecte purtînd un simbolism sexual (de ex. lenjeria feminină). Fetișismul se însoțește adesea de o impulsivitate de tip cleptomantic, implicînd furtul acestor obiecte.

10. *Pigmalionismul* și *azoofilia* presupune satisfacerea sexuală în fața sau cu statui înfățișînd femei sau bărbați.

II. *Anomalii ale actului sexual*. Aici partenerul este ales în conformitate cu normele sexualității obișnuite dar actul sexual nu poate fi realizat decît în anumite condiții atipice.

1. *Sado-masochismul (algolagnia)*, are două componente :

a) *Sadismul* este capacitatea de a realiza orgasmul numai dacă partenerul este supus unor chinuri fizice sau morale ;

b) *Masochismul* implică realizarea orgasmului numai în condițiile în care subiectului i se provoacă de către partener suferințe.

Vorbim despre sado-masochism întrucît clinic, ambele tendințe se pot întilni la același individ. Practicile sado-masochiste se traduc în genere prin ritualuri tipice cum ar fi acelea în care bărbatul cere femeii iubite să se supună la diferite suferințe, mai întii morale (umiliri), urmate de chinuri fizice (biciuiri). Există și un sado-masochism homosexual.

2. *Scoptofilia* : este plăcerea de a contempla actul sexual executat de alte persoane. Presupune de multe ori o scădere importantă a potenței sexuale.

3. *Exhibiționismul* este definit ca plăcerea (întilnită la bărbați) rezultînd din prezentarea organelor genitale unor persoane de sex opus (în general tinere). Autorii clasici (Lasègue) au distins un exhibiționism compulsiv, pe care îl considera ca aparținînd sferei nevrozei obsesivo-fobice, de un exhibiționism propriu-zis pervers, adesea asociat cu deteriorarea de tip organic a personalității (adesea la subiecți în vîrstă).

Nepropunîndu-ne să epuizăm nomenclatura bogată a perversiunilor sexuale menționăm că tentativele de sistematizare a acestora nu sînt

satisfăcătoare, deoarece ele se ghidează mai mult după aspectele exterioare. Analiza datelor clinice demonstrează însă că perversiunile sexuale nu sînt determinate de fapt de particularitățile innăscute care definesc psihopatiile de nucleu ci mai mult de deficiențele grave educaționale contribuabile la structurarea psihopatiilor marginale. Așa se explică de ce acolo unde mediul social nu numai că nu inhibă sau pedepsește perversiunea, dar o cultivă prin stabilimente, literatură, reviste, ilustrate, filme cu conținut pornografic, frecvența perversiilor sexuali în creștere devine o problemă gravă. Acest aspect trebuie avut în vedere mai ales că fixarea unor reflexe condiționate patologice în sfera sexuală este o realitate consemnată și exemplificată (Aschaffenburg, Popov).

Deoarece perversii sexuali acționează cu luciditate, în condițiile unui intelect normal, sînt considerați responsabili de faptele lor ca și psihopații în general. Atunci cînd perversiunea este practică de bolnavii psihici (schizofrenie, paralizie generală progresivă, demență), posibilitatea aprecierii faptei antisociale se stabilește în funcție de stadiul, intensitatea și gravitatea manifestărilor morbide care împiedică pacientul să aprecieze consecințele faptelor sale. De obicei în aceste cazuri manifestările respective poartă amprenta fie a bizarului, fie a lipsei de precizie caracteristică intensității psihotice sau dementiale.

Evoluție și prognostic. Principiul dinamicii fenomenului psihopatic recunoscut de Gannuşkin are astăzi o acceptare din ce în ce mai largă. Prin dinamica psihopatiei Gannuşkin înțelegea procesul de modificare de scurtă sau lungă durată a trăsăturilor personalității sub influența diferiților factori.

Am amintit în parte cu ocazia prezentării mecanismelor etiopatogenice despre rolul patoplastic al mediului în structurarea personalității psihopatice, rol cu atît mai evident cu cît ne deplasăm de la formele așa-zise de nucleu spre cele marginale.

Vorbind despre psihopatii, Binder afirmă că recunoașterea lor ca stări permanente, definite de existența unor „radicali“ constanți, stabili nu exclude dinamica psihopatiei tot așa cum existența unor trăsături de bază caracteristice subiecților normali nu exclude evoluția și ca atare parcurgerea etapelor de maturizare a personalității lor. Cu alte cuvinte, așa cum în cazul personalităților normale se recunosc anumite trăsături bazale constante, care nu împiedică dezvoltarea vieții psihice, tot așa și în cazul psihopatiei caracterul constant al radicalilor anormali nu exclude dezvoltarea psihică a personalității psihopatice.

Dezvoltînd conceptul său general despre reacție și dezvoltare, Binder admite coexistența stărilor psihopatice permanente cu reacțiile și dezvoltările psihopatice. Astfel slăbiciunea structurii psihice caracteristică stării psihopatice permanente face ca și cele mai obișnuite evenimente traumatizante să determine răspunsuri neadecvate sub forma reacțiilor și dezvoltărilor. Dacă la normali aceleași evenimente traumatizante cotidiene nu sînt urmate de nici un fel de tulburare psihică, la psihopați ele determină un comportament neadecvat, sugerează temeri deosebite, duc la decepții grele, cu urmări negative puternice asupra psihicului. Oricît de puternice ar fi însă aceste urmări,

dominante în tabloul clinic rămân însă trăsăturile principale psihopatică, aspectele legate de constituția psihopatică preexistentă apariției reacției.

Reacțiile în general au și la psihopați ca și la pacienții cu o structură premorbidă normală (caz în care reacțiile apar în urma acțiunii unor stressuri deosebit de puternice sau în urma unor traume intense acumulate în timp) un caracter (e drept, mai greu și în timp mai lung), reversibil.

De fapt ceea ce Binder denumește reacție psihopatică poate fi înglobat în conceptul nostru de decompensare reactivă nevrotică sau psihotică. Realitatea clinică ne-a demonstrat că oricât de stufoasă ar fi simptomatologia nevrotică în cazul unei decompensări, această simptomatologie reprezintă, în esență, în primul rînd, îngroșarea „literelor scrise” din istoria evoluției psihopatiei pe frontispiciul persoanei care o poartă. În al doilea rînd, îmbogățirea și diversificarea simptomatologiei nevrotice are un mare potențial de fixare la personalitățile psihopatică. Sîntem înclinați să credem că fixarea acestei simptomatologii (nevrotice) într-o structură psihopatică îmbogățită sau amplificată realizează de fapt caracterul unei dezvoltări reactive pe fundalul unei psihopatii deja constituite.

Și mai net exprimat apare caracterul dinamic al structurii psihopatică atunci cînd avem în vedere formele sale marginale. Așa cum am văzut, în evoluția acestor forme se recunoaște existența unei etape de formare — așa-numita stare prepsihopatică — în care în raport cu situația, tiparul psihopatic de reacție este mai slab și în același timp selectiv exprimat. În acest stadiu el nu are un caracter de largă generalizare fiind, mai ales în condiții favorabile de mediu pasibil de ameliorare. Condițiile de mediu jucînd un rol foarte important în evoluția acestor psihopatii, variațiile inerente ale acestor condiții se reflectă direct asupra ritmului evoluției, naturii și bogăției fenomenologice a tabloului lor clinic. Din aceste motive o mult mai eficientă acțiune o manifestă în aceste cazuri și intervenția corectoare a ambianței atunci cînd se urmărește fie prevenirea — dacă ele sînt aplicate încă din copilărie — fie atenuarea sau compensarea tulburărilor. Referitor la acest aspect considerăm ca neinspirat termenul de *depsihopatizare* utilizat de către unii autori pentru a defini acele cazuri la care în urma unor circumstanțe favorabile tulburările au devenit subclinice. Înțelegerea psihopatiei ca pe o anomalie stabilă a personalității ne face să credem că în cazul în care manifestările patologice au putut să dispară ele nu au avut niciodată o intensitate psihopatică altfel, nu poate fi vorba decît de o compensare mai mult sau mai puțin durabilă și nu de *depsihopatizare*.

Un rol important în dinamica psihopatiilor îl joacă și o serie de circumstanțe fiziologice — particularitățile de vîrstă, perioada menstruală, graviditatea, lactația etc. sau patologice — boli somatice acute sau cronice, alcoolismul, traumatismele cranio-cerebrale etc.

Un moment deosebit în evoluția psihopatiilor îl reprezintă perioada pubertară și adolescența. Numeroase dificultăți pe care aceste etape

de vîrstă le ridică în special în calea adaptării în familie și societate a puberului și adolescentului psihopat constituie pentru aceștia obstacole foarte greu de trecut. Pe drept cuvînt pubertatea și adolescența reprezintă piatra de încercare, proba pe care copilul psihopat sau viitor psihopat nu o poate trece fără zguduiri care, clinic se reflectă sub forma unor manifestări ce uneori pot atinge intensități psihotice. Adolescența este momentul în care trăsăturile anormale ale personalității se ordonează, ierarhizează și sedimentează tabloul clinic devenind mai clar exprimat, mai bine conturat și mai stabil. Adolescența este momentul începînd cu care, în formele marginale, criteriile clinice, afirmate de Gannuşkin, capătă expresivitatea necesară afirmării diagnosticului de psihopatie.

În perioada de climax și andropauză, ca de altfel și la vîrsta înaintată, observațiile clinice relevă, cel mai adesea o accentuare a trăsăturilor psihopatologice (Korsakov, Gannuşkin, Jaspers, Schneider), precum și decompensarea celor care pînă atunci își realizaseră un anumit echilibru. Gannuşkin, vorbind despre dinamica psihopatiei la vîrsta înaintată descrie două stadii, primul semnificînd o accentuare a simptomatologiei, al doilea atenuarea sa.

În aprecierea evoluției psihopatiei la vîrsta înaintată trebuie avute în vedere atît rolul factorilor psihogeni complecși specifici vîrstei, cît și intervenția modificărilor endocrinovegetative ca și a factorilor organici abiotrofici.

O influență nefavorabilă asupra evoluției psihopatiei o manifestă și afecțiunile somatice acute sau cronice, eventualele traumatisme cranio-cerebrale, abuzul de alcool și în general ori ce suferință capabilă a determina ruperea fragilelor mecanisme compensatorii atît prin slăbirea rezistenței fizice și psihice cît și prin situația de boală.

În general putem afirma că evoluția și prognosticul psihopatiei depinde atît de semnificația predispoziției constituționale cît și de factorii externi bio-sociali care pot fi făcuți responsabili de intensitatea exprimării fenomenelor anormale, durata și calitatea perioadelor de compensare, momentul și severitatea decompensărilor. În acest fel influențele pozitive ale mediului social reușesc să facă uneori abia perceptibile trăsăturile anormale ale comportamentului în măsura în care ele antrenează și dezvoltă acele laturi ale vieții psihice care măresc capacitatea funcțională a mecanismelor compensatorii constituționale cuprinse în structurile profunde ale edificiului personalității.

Tratamentul psihopatiilor. a) **Profilaxie.** Un program eugenic bine dus la capăt ar putea, în principiu, reduce pînă la un punct morbiditatea prin psihopatii. Astfel de măsuri ar presupune sfătuirea genetică a subiecților prezentînd trăsături de personalitate evident anormale, sugerîndu-li-se să nu aibă copii. Dar profilaxia primară a psihopatiilor este în primul rînd un complex de măsuri din domeniul igienei mintale și pedagogiei. O educație echilibrată, îmbinînd în mod armonios sancțiunea și recompensa, ca și exemplul unei vieți de familie armonioase constituie elemente care limitează extinderea și agravarea trăsăturilor psihopatice.

b) **Tratamentul curativ.** Unele trăsături psihopatice sînt susceptibile de a fi influențate de medicația psihotropă. Ne referim aici în special la posibilitatea de a diminua intensitatea reacțiilor excitatorii din psihopatiile instabile, explozive, cverulente etc. Pare cert că efectul farmacodinamic de „îmblînzire“ produs de neuroleptice este de un mare interes în domolirea agresivității subiacente a tuturor acestor trăsături. S-au produs în ultima vreme neuroleptice cu un efect electiv la psihopați cum ar fi propericiazina (Neuleptil), perimetazina (Leptryl), o fenotiazină cu un efect gradual și selectiv. În marile decompensări agresive, neurolepticele puternic sedative își găsesc indicații majore. În psihopatiile psihastenice sau la psihopatii distimici medicația tranchilizantă-anxiolitică și ortotimizantă își găsește de asemenea bune indicații. Avîndu-se însă în vedere riscul obișnuinței și deci posibilitatea unei alunecări către toxicomanie ele trebuie administrate sub observație medicală de specialitate atunci cînd sînt absolut necesare (cf. stările psihopatoide).

Tratamentul psihotrop este însă rezervat mai ales unor faze de decompensare a psihopatiilor. Cum el influențează în mod negativ activitatea și randamentul psihopatului (prin efectele secundare pe care le produce) sîntem nevoiți să luăm în considerație și alte măsuri de ordin psihosocioterapic. Chiar și autori cu o poziție deliberat constituționalistă cum ar fi K. Schneider au arătat că astfel de măsuri pot să fie eficiente.

În domeniul psihoterapiei, metodele de grup par să găsească aici o indicație de elecție în special la acei pacienți care păstrează încă suficiente posibilități de adaptare pentru a extrage din ele învățăminte referitoare la resocializarea lor treptată. Dar măsurile cele mai importante trebuie luate în sensul unei consilieri socioterapice. Trebuie indicate psihopatului acele condiții de viață, de ambianță familială și profesională în care trăsăturile lui patologice au un minimum de șanse de a se exprima. Urmărirea lui răbdătoare, pe lungi perioade de timp, refuzul de a ceda în fața unor eșecuri și recăderi (care pot fi totuși destul de frecvente), nu garantează succesul dar permit în tot cazul să se spere, cu modestie, că unele rezultate parțiale vor putea fi obținute.

Rămîne totuși un grup de psihopați excitabili cu tulburări foarte serioase de adaptare, cu potențial infracțional marcat la care măsurile coercitive cu caracter penal sau medical (internare obligatorie pentru lungi perioade de timp) se impun cu necesitate. Aceste cazuri însă reprezintă o mică parte din categoria psihopatiilor gravi cu decompensări repetate și acte antisociale recidivate.

B. STĂRILE PSIHOPATOIDE

Dacă în definirea noțiunii și conceptului de psihopatie nici pînă în prezent nu se poate afirma existența unui consens unanim, cu atît mai puțin se poate susține așa ceva în momentul în care abordăm problema stărilor psihopatoide. Pe bună dreptate unii autori nu le acordă statutul unei entități nosologice independente (Kolle și Ewald), ele fiind conse-

cința sau etapa de evoluție a unor afecțiuni neurologice sau psihice distincte. Stările psihopatoide, cunoscute și sub denumirea de psihopatii secundare sau pseudopsihopatii, constituie deci o grupă polimorfă de tablouri clinice care au comun o scădere evidentă a capacității de adaptare consecutivă unor agresiuni sau procese toxice, infecțioase, traumatice, ce au modificat comportamentul normal al unor persoane normale până în momentul agresiunii.

Definiție. Prin stări psihopatoide noi înțelegem modificările în sens patologic ale comportamentului, instalate ca o stare permanentă, consecutivă unor afecțiuni adesea cu răsunet lezional cerebral la persoane cu o dezvoltare psihică normală anterior momentului agresiunii.

Istoric. Observații, fără a depăși limitele empiricului, s-au efectuat de multă vreme, cum ar fi de pildă faimosul caz „rangă”. Phineas P. Gage, un element fruntaș „eficient și capabil”, a fost rănit la 13 septembrie 1848 de o rangă de fier în regiunea frontală. Modificările de personalitate care au survenit apoi sînt relatate astfel de către J. M. Harlow, medicul care l-a îngrijit: Este ciudat, ireverențios, manifestînd uneori cea mai grosolană atitudine (ceea ce nu era în obiceiul lui mai înainte), nepoliticos cu colegii lui, intolerant față de restricții sau de sfaturi, dacă acestea contravin dorințelor lui; uneori încăpățînat peste măsură, capricios și nehotărît, făcîndu-și multe planuri pentru acțiuni viitoare, care imediat după ce au fost elaborate, sînt abandonate pentru altele, astfel încît prietenii și cunoștințele sale spuneau că el nu mai era Gage (citată după Ruch și Fulton).

Avem aici o succintă dar consistentă și reușită descriere a ceea ce azi numim stare psihopatoică consecutivă traumatismului cranio-cerebral. După 1848 cazuri similare au fost descrise în nenumărate rînduri chiar cu tendința de a se preciza caracterul de specificitate al unor tulburări psihice în funcție de regiunea cerebrală înjuriată.

Apoi, începînd cu Economo, numeroși autori, în special psihiatrii germani, s-au declarat energic împotriva identificării psihopatiilor adevărate cu tulburările caracteriale manifeste în stadiile cronice ale diverselor encefalite. Bonhoeffer referindu-se la asemenea cazuri le considera ca pe niște psihopatii deosebite, caracterizate printr-un „deficit subcortical”, constînd, după Homburger, într-o stare de inhibiție a mecanismelor subcorticale. Acelorași opinii se raliază și alți psihiatri ca Reichardt, Thiele și Kirschbaum.

Pe un alt plan al observațiilor, Kraepelin, urmărind modalitatea debutului, fluctuațiile evolutive și stadiile finale în psihoza maniaco-depresivă, schizofrenie și epilepsie, constata prezența unor tablouri clinice similare psihopatiei. Cel care vine să susțină cu o mai mare fermitate noțiunea de psihopatie secundară este Tramer în urma studiilor pe care le-a efectuat în intenția de a delimita o oligofrenie secundară de origine lezională, infecțioasă sau traumatică. Autorul definea această formă de psihopatie ca o maladie în care predomină tulburările de temperament, de caracter, ale vieții instinctive, ale voinței și se instalează ca o stare permanentă, legată de prezența unei sechele morfologice consecutive unor factori traumatici sau infecțioși, pe prim plan situîndu-se

encefalita epidemică sau alte encefalite și traumatismele cranio-cerebrale care acționează în perioada copilăriei.

Gannuşkin și Ghiliarovski au insistat în mod deosebit pentru diferențierea dintre psihopatii și stările psihopatoide în sensul că, legat de vârsta variabilă la care intervin noxele, se pot separa tot mai bine psihopatiile adevărate, instalate precoce, cu o etiologie mai puțin clară, de stările psihopatoide, instalate mai tardiv, de multe ori după ce personalitatea a ajuns la deplina ei maturitate. În privința aceasta, pedopsihiatrii ca Michaux și Suhareva au venit cu observații nuanțate, de finețe chiar, în stabilirea particularităților diferențierii încă din copilărie a viitoarelor psihopatii de viitoarele stări psihopatoide.

Mai aproape de noi, Hoff, Lemke și Rennert în Germania, Teruwe în Olanda și alții sînt de acord cu acest aspect al clinicii psihiatrice, subliniind și adîncind particularitățile diferențierii amintite.

Interesant, și nu lipsit de o deosebită semnificație, este faptul că, dacă în toate edițiile monografiei sale despre psihopatii, inclusiv cea din 1966, Petrilowitsch se referă foarte puțin la pseudopsihopatii (și atunci citîndu-l pe Frankl), în referatul general realizat împreună cu Baer, recunoaște circumscrierea, cu un caracter tot mai centripet, al psihopatiilor, pe măsură ce factorii etiologici sînt din ce în ce mai riguros evidențiați. Huber și Göllnitz apelînd insistent la investigații paraclinice (PEG, EEG, echoencefalografie), relevă leziuni cerebrale din stadiile cele mai timpurii.

Epidemiologie. Datele epidemiologice sînt incomplete și contradictorii din cauza lipsei unui consens unanim în ceea ce privește raportul dintre psihopatii și stările psihopatoide. Menționăm de asemenea că marea varietate etiologică a stărilor psihopatoide explică și marile fluctuații procentuale pe plan mondial, nivel la care, pentru obținerea unor date utile, este mai mult decît necesar o activitate medicală susținută și riguroasă. Asupra acestor date revenim în descrierea diferențiată a tablourilor clinice.

a) *Stările psihopatoide posttraumatice.* Dacă la început (Bonhoeffer, Tramer ș.a.) descriau o simptomatologie comună tuturor „psihopatiilor secundare“ o simptomatologie dominată de tulburările de comportament, caracter, ale vieții instinctive și ale voinței, exprimate printr-o susceptibilitate și iritabilitate excesivă, impulsivitate, agresivitate, instabilitate afectivă, deviere a instinctelor și insuficiența psihomotorie, pe parcurs cercetătorii au căutat să degajeze o simptomatologie cît de cît caracteristică elementelor etiologice.

Consecutiv traumatismelor cranio-cerebrale, stările psihopatoide desfășoară o simptomatologie în evantai, pînă la un punct oarecum specifică regiunii lezate însă, în cea mai mare măsură, comună. Göllnitz, preocupat de psihopatologia leziunilor cerebrale din copilăria timpurie, la 300 de copii dificili, greu adaptabili și educabili, care prezentau o structură deviată a personalității, predispunîndu-i la reacții anormale și frecvente stări conflictuale grave, evidențiază în prim plan o excitabilitate crescută, o mare labilitate a afectelor și dispoziției, tulburări ale vieții instinctuale, perturbări ale atenției și ale voinței, lipsa propensiunii

față de mediul ambiant, diminuarea performanțelor intelectuale și o evidentă tulburare a activității sistemului nervos vegetativ.

Lempp studiază un lot de 505 adolescenți, care, de asemenea, suferaseră traumatisme cu leziuni cerebrale în perioada precoce a copilăriei și constată distanțarea față de mediu și semenii, incomunicabilitate, lipsa sociabilității, diminuarea reacției de frică și lipsa de intimidare. Laux urmărește 234 de copii cu leziuni cerebrale la 7 sau 10 ani după traumatisme și află la unii dintre ei, modificări de caracter în care predominau tulburări ale inițiativei și o slăbire marcată a performanțelor psihice. După Ostertag, în urma leziunilor cerebrale, cele mai intense modificări sînt cele neurovegetative. Minciu și colab. relevă consecințele unor traumatisme craniocerebrale de mai mică intensitate dar repetate: tulburări caracteriale, intelectuale și de conduită, tabloul clinic fiind dominat de stări de agitație psihomotorie, agresivitate, stări delictuale. Descrieri asemănătoare face Melik-Mkrtîcian și Zaharova, ultima insistînd pe labilitatea dispoziției și îndeosebi pe reacțiile afective violente cu totul disproporționate față de excitanți. În această privință, Göllnitz comparînd pacienții cu frații lor sănătoși (deci în aceleași condiții de mediu) sesizează la primii diminuarea limitei de toleranță la conflicte.

Sintetizînd datele literaturii acestui capitol, adăugîndu-le observațiile noastre, putem susține că simptomatologia generală a stărilor psihopatoide secundare traumatismelor cranio-cerebrale constă într-o accentuată diminuare a capacității de adaptare la mediu. Acesta este rezultatul atît al tulburărilor din sfera proceselor afectiv-conative cît și a celor cognitive, ultimile făcînd posibilă evidențierea sindromului axial al slăbirii performanțelor psihice de tip organic cerebral.

După cum am mai spus s-au făcut tentative de a descrie tablouri clinice deosebite, cu caracter de specificitate am spune, în funcție de regiunea cerebrală lezată. O coloratură specială oferă într-adevăr traumatismele lobului frontal, mai exact a regiunii frontoorbitare, Faust, Schuster, Bertuzzi și Donti, fiind numai cîțiva dintre psihiatrii atrași de acest aspect. Bolnavii prezintă o lipsă de concordanță între scop și comportament, trecînd cu mare ușurință de la o activitate la alta în urma incitațiilor celor mai mici stimuli ai mediului ambiant. Scăderea inițiativei este relevată cu o mare frecvență, ajungînd, în unele cazuri, la o veritabilă areactivitate, la inerție și apatie. Pe linia sindromului axial al slăbirii performanțelor psihice de tip organic cerebral, se înscrie și lipsa de prevedere, incapacitatea planificării acțiunilor, imposibilitatea anticipației pe baza experiențelor trăite, de unde și lipsa continuității în activitate. Sindromul moriatic contribuie adesea la întregirea aspectului tabloului psihopatologic.

b) *Simptomatologia stărilor psihopatoide după diverse encefalite*, are foarte multe note comune cu aceea mai sus descrisă dar prezintă și aspecte singulare într-o oarecare măsură. Astfel, de pildă, Albert și J. I. Meyer, semnalează cazul unei bolnave de encefalită acută care, fără nici un interval liber, alături de simptomatologia extrapiramidală, se modifică din punctul de vedere al personalității în sensul diminuării marcate a inițiativei, a tempo-ului psihic și a apariției unui grav sindrom

obsesiv. De Boor, într-o stare psihopatoică secundară unei meningite tuberculoase, constată prezența ablutomaniei, a nozofobiei (teama de microbi) ca și a unor adevărate ceremonialuri legate de luarea mesei. La adolescenți, după encefalite epidemice și diverse meningoencefalite, Alzheimer descrie fobii diverse pentru ca Lanter să facă observații identice la adulți. S-ar putea crede la o primă vedere (pentru a deveni o certitudine faptul cere o serioasă și îndelungată observație și verificare) că stările psihopatoice ce survin de pe urma encefalitelor prezintă mult mai frecvent în cadrul simptomatologiei lor, decât în celelalte psihopatii secundare, fenomene psihastenice.

c) *Starea psihopatoică a cărei cauză este abuzul de alcool* se dezvoltă și se organizează plurisimptomatic căci tabloul clinic este rezultatul intricării atât a manifestărilor dependente de starea premorbidă (cei mai mulți autori vorbesc despre o indispensabilă predispoziție), a tulburărilor secundare abuzului exagerat cât și a influențelor mediului respectiv. Mediul, după cum vom vedea, joacă un rol important în orice stare psihopatoică însă în alcoolismul cronic își spune într-un mod mult mai evident cuvântul. După perioada numită a alcoolismului latent, care poate dura un anumit număr de ani, își face apariția tulburările psihice discrete și care reunite nu depășesc cadrul nevrotic, de cele mai multe ori cu o aparență neurastenică : astenie, cefalee, fatigabilitate surprinzătoare prin intensitatea și îndeosebi prin rapiditatea și facilitatea cu care se instaurează. La capătul acestei perioade, tabloul psihopatoic se profilează net datorită semnelor de degradare morală și intelectuală. Afectivitatea este perturbată în sensul instalării unei labilități afective capabilă de a oferi cele mai mari surprize anturajului fiindcă de la o stare de superficială dispoziție poate trece la una de depresie, și, nu rareori, la subite explozii de mânie. Regresiunea morală începe cu indiferență față de cele mai elementare norme etice, continuând cu indiferența față de viciul său, devenit bine cunoscut între timp, ajungând la diminuarea responsabilității față de profesie și familie, și culminând cu acte antisociale : scene de o violență nejustificată, atentat la bunele moravuri, delict sexual. Perturbarea discernământului se traduce prin tendințe interpretative de gelozie.

În mare, simptomatologia stărilor psihopatoice din celelalte toxicomanii este similară cu aceea descrisă mai sus.

d) Observații judicioase referitoare la *pseudopsihopatiile ce survin în urma diverselor discriminii*, face Frankl (citată de Petrilowitsch). Autorul afirmă că este convins că declanșarea unor tulburări psihice, generate de modificări somatice, nu sînt numai deocîlt nevroze. După M. Bleuler în cadrul psihosindroamelor endocrine, apar modificări caracteriale afectînd în primul rînd dispoziția (în sensul unei crescute excitabilități emoționale), instinctele și inițiativa. Așa de exemplu, în acromegalie apar hipertimia, perversiuni sexuale și impulsivitatea, ultima exprimată mai ales prin dispomanie și poriomanie.

Leziunile hipotalamice, prezente în indiferent care stare psihopatoïdă dintre cele descrise pînă acum, explică tabloul clinic somatic care se prezintă sub forma unei marcate dereglări neurovegetative, antrenînd tulburări cardiace, vasomotorii, digestive, sexuale.

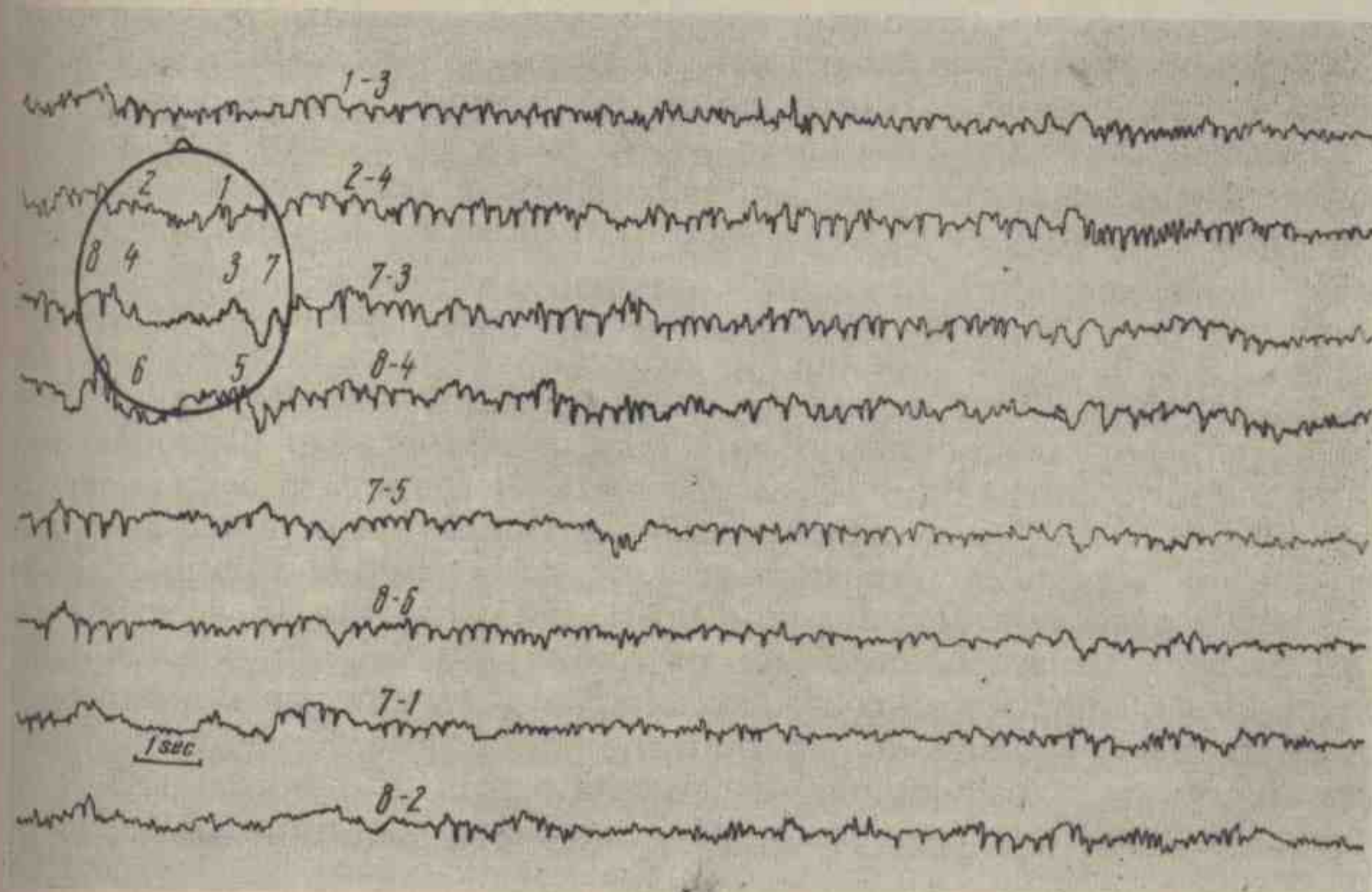


Fig. 89 — Stare psihopatoïdă (encefalopatie). — D.G., în vîrstă de 32 de ani. Disritmie lentă cu ritm teta difuz de 4—5 c/s, amplitudine 30—40 μ V intricat cu ritm delta, avînd frecvența de 3 c/s, amplitudine de 40—50 μ V. Ritmul delta predomină în derivațiile rolandice bilaterale.

În general în stările psihopatoïde examenele paraclinice aduc date de o indiscutabilă importanță. În ceea ce privește datele EEG, autorii preocupați de această latură a investigațiilor constată, în mod aproape unanim, similitudinea traseelor din stările psihopatoïde și psihopatiile veritabile. Huber consideră însă că aceste date sînt mult mai moderate și mai puțin convingătoare decît manifestările clinice. Există totuși un corespondent între simptomatologia imediată și traseele EEG. Așa, de pildă, manifestările exploziv-impulsive prezintă un aspect iritativ la nivelul traseului, asemănător adesea aceluia din epilepsie. În același timp stările asteno-apatice se corelează cu aspectele hipovoltate în care predomină undele lente (fig. 89). Zanocco, urmărind pe un lot de 1700 traumatizați craniocerebrali tulburările psihice, prin investigații EEG (concomitent cu PEG și observația clinică) constată în ceea ce numește el „sindroame cu expresie pur psihică“, deosebirea evidentă dintre traseele pacienților care prezintă „sindroame fără alterare gravă a personalității“, de acelea ale pacienților care prezintă „sindroame cu alterare a personalității“.

Pe aceeași linie se înscriu observațiile EEG cu activări medicamentose, capabile să ajute diferențierea unei psihopatii de o stare psihopatoică. Această metodă, de exemplu, utilizată pe un lot de 373 de cazuri, în marea majoritate subiecți cu acte infracționale, a fost folosită în diferențierea între psihopați și pacienții cu tablou clinic psihopatoic din cadrul epilepsiei (Predescu și colab., 1964). Pe baza investigațiilor EEG folosind provocarea cu evipan și baytinal, Csiky evidențiază unele aspecte particulare ale stărilor psihopatoice la adult.

Tomorug și colab. constată la 51 de pacienți cu stări psihopatoice posttraumatice, cu manifestări impulsive și astenice, trasee cu disritmii iritative sau lente precum și o reactivitate crescută la hiperpnee în 30 de cazuri.

PEG a fost mult mai puțin aplicată în stările psihopatoice. Huber în 1964, în urma unor îndelungate și asidue cercetări, consideră că din variatele imagini obținute comune cu cele întâlnite în alte maladii psihice, o oarecare specificitate ar avea-o, prin frecvența și preponderența lor anomaliile ventriculului III. Zanicco (1962) remarcă o corespondență între modificările PEG și simptomatologia clinică a traumatizațiilor craniocerebrali. Cu alte cuvinte la cei cu stări psihopatoice secundare traumatismului găsește sistematic modificări PEG, absente la acei bolnavi care, în urma traumatismului nu prezentau alterări ale personalității.

În 1967, Tomorug și colab. au efectuat examene pneumoencefalografice în 43 de cazuri de traumatisme craniocerebrale frontale, dintre care 38 erau stări psihopatoice reprezentate prin 20 de impulsivi și 13 astenici. În unele cazuri, inclusiv stările psihopatoice, autorii au evidențiat atrofii corticale frontale, asimetrii ventriculare și hidrocefalie internă.

Cercetările acestea sînt deocamdată insuficiente și incomplete pentru a se putea trage concluzii ferme, așa după cum în aceeași situație se află și examinările psihologice de laborator. De obicei aceste examene evidențiază deficiențe mnestice și de atenție, observabile de altfel și clinic. În 1970 Crahay, recurgînd și la investigațiile psihometrice în tulburările psihice posttraumatice, sistematizează în mai multe grade aceste tulburări. Autorul, preocupat îndeosebi de un eventual deficit mental, declară prezența pregnantă a acestuia în măsura în care sînt prezente și semne obiective neurologice, otovestibulare sau EEG. Acolo unde tulburările psihice sînt doar de intensitate psihopatoică, deficitul mental nu-și manifestă întotdeauna prezența și nu prezintă un înalt grad perturbativ.

După cele expuse pînă aici putem face tentativa unei sistematizări a stărilor psihopatoice. În primul rînd trebuie să delimităm o categorie, aceea a stărilor psihopatoice secundare unor factori cu răsunset lezional cerebral (infecțioși, traumatici, toxici, endocrino-metabolici), de categoria stărilor psihopatoice din diversele etape de evoluție al unor psihoze cu etiologie necunoscută (schizofrenie, epilepsie, psihoza maniaco-depresivă).

Dar, fără a scăpa din vedere că factorii lezionali pot acționa în diverse perioade (antenatală, intranatală și postnatală) determinînd dez-

voltări psihopatologice asemănătoare psihopatiilor adevărate, ar fi necesară o diferențiere între aceste două entități. Criteriul vârstei la care au acționat noxele nu este pe deplin capabil să realizeze acest lucru, însă rămâne cel mai important, cu atât mai mult cu cât există în mod indiscutabil diferențieri ale tabloului clinic în funcție de vîrstă. Astfel stările psihopatoide ce se dezvoltă în urma unor leziuni cerebrale dobîndite în primii ani de viață se organizează, evoluează și prezintă tablouri psihopatologice aproape superpozabile psihopatiilor. Deci o linie de demarcație, cronologică care să constituie frontiera dintre psihopatii și stările psihopatoide este de dorit. În această privință am ținut seama de considerațiile făcute de Suhareva, Tramer în legătură cu delimitarea, în funcție de vîrstă a oligofreniilor de demențe. Suhareva stabilește acest moment diacronic spre al patrulea sau al cincilea an de viață, pînă cînd are loc o impetuoasă dezvoltare a psihismului și după care se poate vorbi de consolidarea structurii creierului și, implicit, a funcțiilor sale. Tentativa sistematizării stărilor psihopatoide după acest unic criteriu apare însă ca fortuită.

Totuși stările psihopatoide lezionale pot fi împărțite în următoarele două subgrupe : stări psihopatoide lezionale de dezvoltare, cînd factorul lezional a acționat înainte de organizarea și consolidarea psihicului, cazuri în care evoluția este foarte asemănătoare cu aceea a psihopatiilor ; în al doilea rînd vom aminti de stările psihopatoide lezionale prin regresivitate psihică, cînd factorul lezional a intervenit după perioada necesară organizării și consolidării psihice, înainte sau după maturizarea personalității. O asemenea sistematizare este pretinsă și justificată (după Predescu și Belciugățeanu) de următoarele particularități :

1. Leziunile organice căpătate înainte de naștere sau în primii ani de viață constituie baza patoplasică a unor dezvoltări psihice disarmonice, în linii mari similare structurării personalităților psihopatice adevărate.

2. Leziunile organice căpătate după perioada de consolidare și organizare a psihicului înaintea maturizării personalității sau după această perioadă determină în primul rînd o regresivitate psihică temporară sau definitivă la subiecți fără antecedente psihopatice decelabile.

3. De obicei stările psihopatoide cauzate de leziuni cerebrale căpătate după maturizarea personalității sînt mai reductibile, în condiții favorabile de mediu. Excepție fac de la această regulă unele leziuni cerebrale extinse, care interesează în special regiunile fronto-orbitare, bilateral și temporale, în special bihipocampale.

Evoluția, dinamica stărilor psihopatoide și implicații medico-legale. Afecțiunile cu răsnet lezional cerebral determină la persoane cu o dezvoltare psihică normală pînă în momentul acela, modificări în sens patologic ale personalității și deci ale comportamentului. Diminuarea capacității de adaptare la mediu se datorește deci leziunilor organice care explică trăsăturile psihopatoide la o serie de subiecți ce se dezvoltă în condiții optime de mediu. Dar, în majoritatea cazurilor, ca de altfel și în psihopatii, în structurarea personalității psihopatoide, factorii nefavorabili ai mediului ambiant joacă un rol de o imensă importanță, de

ei fiind într-o mare măsură dependentă și evoluția maladiei. Influența nefastă a condițiilor vitrege de mediu este amintită de Göllnitz și Lempp. Schächter insistă și el asupra ideii că tulburările de comportament, îndeosebi la adolescent, sînt rezultatul final al coacționării leziunilor cerebrale cu factorii mediului înconjurător. Ostertag merge pînă la a acorda o importanță egală leziunilor cerebrale și factorilor externi în evoluția stărilor psihopatoide incipiente.

Este o observație unanimă că cei suferinzi de stare psihopatoică sînt de o mare vulnerabilitate la diversele noxe ce pot acționa ulterior. S-a semnalat pe această linie, marea sensibilitate pe care o prezintă acești bolnavi, mai cu seamă cei cu traumatisme craniocerebrale în antecedente, la consumul de alcool. Dar reactivitatea crescută a stărilor psihopatoide se manifestă și cînd este vorba de traumele psihice pe care le suportă bolnavul. În urma unor asemenea factori nocivi simptomatologia stării psihopatoide crește în intensitate și mod de manifestare. S-au observat, ca de altminteri și în psihopatii, exacerbari nevrotice, intensificînd sindromul astenic, obsesional sau isteric. Decompensările ce survin în urma acțiunii diverselor traume pot fi și de natură psihotică, fiind posibile variate manifestări dintre care cele mai frecvente sînt de tip afectiv (în special depresiv), confuzional, paranoic, paranoid-halucinator, cotatonoid etc.

În absența unor observații bazate pe studii catamnestiche, nu se pot emite opinii certe în legătură cu dinamica stărilor psihopatoide în funcție de înaintarea în vîrstă. Totuși, se pare că, odată cu vîrsta, pacienții cu stări psihopatoide prezintă mai frecvent decompensări de ordin nevrotic și psihotic.

Referitor la stările psihopatoide, fără a se efectua discriminarea dintre psihopatiile adevărate și stările psihopatoide, Gregory constată că acestea oferă un procent de 17,7%—26% din totalul infractorilor.

La noi (Tomorug, Diaconescu, Drugeanu, Măgureanu, Damian și Florescu) s-a urmărit pe un lot de 263 de cazuri evaluarea implicațiilor medico-legale la persoanele cu traumatisme cranio-cerebrale în antecedente. Din numărul cazurilor amintite, 179 îl reprezentau acela al stărilor psihopatoide posttraumatice. Autorii au căutat să distingă și să diferențieze clinic grupul stărilor psihopatoide, cu atît mai mult cu cît, în problema responsabilității penale, acest grup ridică cele mai multe controverse. Cu toate că tabloul simptomatic însemna intricarea unor tulburări caracteriale polimorfe, după predominanța manifestărilor morbide, au fost detașate, în ordine descrescîndă, 88 de stări impulsive, 59 astenice, 14 distimice, 12 paranoide și 6 isterice.

Etio-patogenie. Etiologia este determinată de natura agenților toxici, traumatici sau infecțioși.

Patogenia stărilor psihopatoide implică tulburări în funcționalitatea diverselor nivele ale sistemului nervos central. În această privință cortexul este puternic afectat în perioadele reziduale postencefalitice în care însă, așa după cum am văzut, Bonhoeffer, vorbea și despre un „deficit subcortical“. Prin aceasta, Homburger înțelegea o stare de inhibiție a mecanismelor subcorticale și o întoarcere la modul primitiv de

expresie, o heteronomie a aparatului motor de expresie, care încetează de a mai reprezenta o reflectare a experienței trăite. Cel mai mare răsunset simptomatic îl au leziunile lobului frontal și, mai ales, regiunile orbitare ale acestuia. Modificările de personalitate sînt impresionante fiindcă de funcția acestor arii de asociație este legată prezența sau nu a concordanței între scop și comportament, previzibilitatea și inițiativa. De fapt, leziunea ariei orbitofrontale produce o diversitate uimitoare de simptome din care reiese rolul pe care această arie îl joacă atît în funcțiile intelectuale cît și cele ale temperamentului și comportamentului în general. Este, spun Ruch și Fulton, ca și cum în lobi orbitofrontali ar fi cuprinse evoluția și experiența emoțională a fiecărui subiect, iar pierderea lor provoacă o modificare în funcție de structura originală a personalității. Leziunile lobului temporal sînt succedate și ele de mari tulburări psihice psihopatoide. Cînd acestea din urmă sînt prezente, modificările apar sub raportul clarității experienței conștiente și a tulburărilor de comportament dirijat vizual și nu intelectual-experimental așa cum se întîmplă în leziunile lobilor frontoorbitari. Cu toate acestea, din punct de vedere semiotic este îndeajuns de greu de diferențiat manifestările psihopatoide consecutive atingerilor frontale sau temporale.

În patogenia tulburărilor caracteristice stărilor psihopatoide, datele din literatură scot din ce în ce mai mult în evidență rolul disfuncției hipotalamice, așa cum reiese și din datele lui Faust, Semenov, Vidal, Elsaesser și alții. În favoarea acestei ipoteze, pe lîngă observațiile anatomice, vin să se adauge acelea ale unei pronunțate instabilități emoționale ca și marcata dereglare neurovegetativă. Disfuncția hipotalamică este rezultatul unor leziuni directe sau indirecte, fiind întîlnită în traumatismele cranio-cerebrale, în împregnarea etilică și în alte toxicomanii sau discrinii.

Diagnosticul diferențial. Înainte de toate trebuie să diferențiem stările psihopatoide de dezvoltările patologice de tip psihopatic ale personalității și acest lucru este cu atît mai necesar cu cît în ambele entități pot fi incriminați, într-o cauzalitate multifactorială, agenți toxici, infecțioși, traumatici și endocrinometabolici.

Așa după cum reiese din observațiile autorilor și ale noastre personale, trăsăturile care vin să diferențieze stările psihopatoide de psihopatii, vizează mai multe aspecte.

În primul rînd, prezența factorilor traumatici sau infecțioși care au intervenit în perioada prenatală, natală sau postnatală, poate fi evidențiată prin modificările patologice encefalografice. Reliefarea sindromului axial al slăbirii performanțelor psihice de tip organic, este, de asemenea, de o mare importanță. De menționat însă că totalitatea componentelor psihice ale acestui sindrom, nu se dovedește a fi direct și intens dependentă de cauza, extinderea și localizarea leziunii cerebrale. O corelație cu vîrsta, în sensul modului de apariție și de manifestare, este în afara oricărei îndoieli. Göllnitz arată că la vîrsta copilului mic tabloul este dominat de neliniștea motorie impulsivă și nedi-recționată, fiind vorba de o excitație motorie violentă, tendința la ste-

reotipii asociate cu o mare distractibilitate și oscilații brutale ale dispoziției; copilul de vîrstă școlară prezintă îndeosebi tulburări ale capacității de adaptare, exprimate indirect prin diverse acte motorii cum ar fi roaderea unghiilor, sugerea degetelor, masturbarea și diverse stereotipii și mișcări iterative. Toate aceste tulburări, inclusiv trăirile insuficienței proprii, în genere se atenuază lent și puțin dar, adesea, se adîncează ducînd la dezvoltarea unor structuri de personalitate anormală, mai cu seamă la subiecții pasivi în timp ce cei activi rămîn în posesia unei mai bune capacități de adaptare. Acest lucru se explică prin dezvoltarea nestingherită a potențialelor predispoziționale vechi din punct de vedere filogenetic (tendințe egocentrice, satisfacerea primitivă a trebuințelor) în condițiile unei insuficiențe a funcțiilor voliționale și lipsei de diferențiere și perfecționare a inteligenței.

Referitor la aceeași corelație cu vîrsta, Laux remarcă la rîndul său că modificările caracteriale cît și hiperchineziile psihomotorii apar într-un procent ridicat la copiii traumatizați cranio-cerebral înainte de vîrsta de 10 ani, în timp ce traumatismele cranio-cerebrale care s-au produs după vîrsta de 13 ani nu au mai determinat astfel de tulburări. Aceste puncte de vedere duc în ultimă instanță la concluzia că deși nu se poate face o diferențiere strictă între stările psihopatoide și psihopatiile propriu-zise după criteriul vîrstei la care au acționat noxele toxice, infecțioase sau traumatice, rămîne de necontestat că există cu certitudine diferențieri ale tabloului clinic în funcție de vîrstă.

În concluzie, un criteriu de bază în diferențierea stărilor psihopatoide de psihopatiile adevărate sau genetice rămîne existența fenomenelor lezionale evidențiabile în cadrul stărilor psihopatoide și, legat de ele, existența sindromului axial al slăbirii performanțelor psihice de tip organic, iar în cadrul psihopatiilor adevărate, pe lîngă imposibilitatea evidențierii acestui sindrom, apare dominant și obligator complexul de factori de mediu defavorabili strîns legați de factorii genetici care jalonează un fond biologic fragil, cu anumite devieri față de zona normalului.

Sînt însă autori care cred că diferențierea de care am amintit este atît de puțin posibilă încît propun să renunțăm la ea. Un motiv ar fi, după Schächter, Faust, Scheid, intensitatea foarte apropiată a simptomelor cardinale atît în psihopatii cît și în stările psihopatoide și anume astenia, hipocondria și distimia. Bayer crede că diferențele dintre cele două entități sînt numai de grad, negăsind modificări univoc calitative.

Stările psihopatoide trebuie diferențiate și de alte manifestări psihice de aceeași etiologie dar care depășesc intensitatea psihopatică a tabloului. Firește abordarea în întregime a acestei problematici este dificilă dacă nu cumva imposibilă așa că ne vom limita la clarificarea unor puncte de vedere care revin cu o mare frecvență în discuțiile psihiatrilor. Unul dintre ele este tendința de extindere a noțiunii de stare psihopatoică atît la cadrul oligofreniilor cu tulburări de comportament, cît și la cadrul unor tulburări dementiale, toxice, traumatice, vasculare, senile etc. În aceste cazuri utilizarea noțiunii de stare psihopatoică este

improprie deoarece intensitatea psihopatică a tabloului este depășită (Predescu, Belciugățeanu).

De asemenea, tendința de a cota cu ușurință drept stare psihopatoică o nevroză cronicizată sau o stare psihică reactivă prelungită, duce în ultimă instanță la lipsa de sens a delimitării psihopatiilor și stărilor psihopatice de nevroze și de reacțiile psihogene prelungite. Această tendință de fapt face aproape imposibilă în continuare punerea de acord a datelor epidemiologice, deși efortul de convergență privind nomenclatura și clasificarea bolilor psihice se impune în vederea luării celor mai adecvate măsuri de asistență și profilaxie.

Profilaxie, tratament. Profilaxia stărilor psihopatoice implică acut și pregnant problema organizării sănătății publice, a sanogenezei, realizată pe mai multe planuri. În primul rând înlăturarea posibilității de acțiune a diverșilor factori etiologici, enumerați și descriși în capitolele precedente, fiind vorba deci de o prevenire primară. În cazul în care acest deziderat a fost de neînlăturat atitudinea medicului se orientează spre prevenirea secundară care reclamă toate eforturile pentru a reduce la maximum durata și intensitatea factorilor nocivi. Cum trebuie să avem în vedere permanent și prejudiciile finale, medicul este antrenat în această prevenire terțiară (Predescu și Belciugățeanu). Reiese destul de clar că profilaxia stărilor psihopatoice este un foarte dificil demers medical care antrenează întreaga gamă a măsurilor de protecție și prevenire.

Tratamentul propriu-zis al stărilor psihopatoice înscrie în primul rând terapia etiologică și dacă luăm în considerație polietologia stărilor psihopatoice este de la sine înțeles că această terapie este de o mare diversitate, specifică și adaptată formei respective a pseudopsihopatiei. La aceasta se adaugă tratamentul simptomatic în privința căruia, trebuie s-o afirmăm de la început, s-a înregistrat, în ultima perioadă, un progres remarcabil urmat de rezultate dintre cele mai bune. Este vorba despre psihotropele cu efect specific asupra tulburărilor de alură psihopatică sau psihopatoică. Nu este cazul să insistăm aici asupra conduitei chimioterapiei care a fost expusă în capitolele precedente, mai ales acela al psihopatiilor, astfel încât ne vom rezuma la a reaminti că cele mai utilizate neuroleptice în stările psihopatoice sînt propericiazina (Neuleptil), perimetazina (Leptryl), administrată singură sau prin asociere cu alte psihotrope, deoarece datorită unui efect de potențare reciprocă eficiența terapeutică crește în mod evident. Astfel, rezultate bune se obțin prin asocierea neuleptil-ului cu haloperidol-ul, cu tioproperazina (Majeptil), cu clorprotixen (Taractan), cu tetrabenazină (Nitoman), tioridazina sau cu clorpromazină.

Îndeosebi în stările psihopatoice impulsive, excitabile sau instabile și care se produc cu mari procese conflictuale, ignorarea sau încălcarea normelor de conviețuire socială, asocierea neuleptilului cu levopromazina este de natură să amelioreze apreciabil comportamentul aberant. Succese pronunțate, cu toată rezerva duratei lor de-a lungul unei

catamneze mai prelungite, s-au obținut prin administrarea floropipamidei (Dipiperon) sau a haloanisonului (Sedaland).

Eficiente sînt și medicamentele din grupa derivaților dibenzodiazepinici, clordiazepoxidului (Librium, Napoton) atenuînd mult nervozitatea, iritabilitatea la contrarii, agresivitatea, labilitatea emoțională. Diazepamul (Valium) și oxazepamul au aceleași efecte în tulburările de comportament ale alcoolicii cronici psihopatiizați. În stările psihopatoide secundare traumatismului cranio-cerebral, tulburările de comportament la care se adaugă frecvent cefaleea cunosc o bună ameliorare în urma administrării i.v. a sulfatului de magneziu singur sau asociat cu glucoză hipertonică și vitamina C.

Este necesară însă explicarea unor aspecte particulare ale chimioterapiei în stările psihopatoide comparabile cu acelea din psihopatiile veritabile. După majoritatea autorilor, psihotropice acționează mai puțin eficace asupra tulburărilor caracteriale și de comportament din stările psihopatoide decît asupra acelor din cadrul psihopatiilor autentice, mai cu seamă cînd pseudopsihopatia este secundară traumatismelor cranio-cerebrale, situație în care complexul psihopatologic prezintă caracterul persistent al tulburărilor dintre care instabilitatea afectivă ridică cele mai dificile probleme. În aceste stări psihopatoide ce survin de pe urma traumatismelor craniocerebrale sau a meningoencefalitelor, flufenazina (Lyogen, Prolixin) își găsește o prețioasă indicație.

Un alt aspect care să ne atragă atenția în mod deosebit în ceea ce privește utilizarea psihotropelor în stările psihopatoide, este acela al slabei toleranțe a bolnavilor la acest mod de terapie. În acest sens sînt de menționat tendința la colaps, crizele oculogire și spasmele tonice, mult mai frecvente și de o mai mare intensitate decît în cadrul chimioterapiei psihopatiilor. De aici necesitatea de a acorda o importanță crescută medicației antiparkinsoniene.

Psihoterapia stărilor psihopatoide a ridicat la început pretenția înlăturării psihotropelor care ar face dificilă acțiunea psihoterapeutică, atitudine împrumutată de altfel de situația în care s-au aflat în această privință și psihopatiile înseși. Dar, ca și în cazul acestora, s-a constatat, că, departe de a prejudicia acțiunea psihoterapeutică, chimioterapia o facilitează, firește dacă aceasta își află timpul oportun și modalitatea cea mai potrivită de administrare. În genere, psihopatul admite cu mare greutate, sau nu admite, că ar fi bolnav psihic, de unde și atitudinea sa deseori rebarbativă atît față de terapia chimică, cît și față de psihoterapie. Deseori și în stările psihopatoide întîlnim o asemenea opoziție, mai ales cînd este vorba despre impulsivi, excitabili sau instabili. Și cum obținerea asentimentului bolnavului pentru aceste moduri de terapie este uneori de o importanță uriașă pentru obținerea rezultatelor dorite, medicul trebuie să dea dovadă de o mare perspicacitate în dorința de a-și determina pacientul să se lase antrenat în complexul terapeutic și nu oricum, ci cu cea mai mare sinceritate și convingere. Din păcate, psihoterapia individuală cît și aceea de grup, indiferent dacă este vorba de aplicarea ei într-un grup omogen sau nu (Battegay, Lindinger) pre-

tinde un mare buget de timp, rezultatele nu sînt dintre cele mai bune iar atunci cînd se obțin nu sînt de o prea mare durabilitate.

Se ridică apoi problema aprecierii capacității de muncă, problemă care invită la o mare seriozitate, date fiind implicațiile sale sociale imediate. Adesea, impresionați de marea labilitate emoțională a pacientului și de marele său polimorfism psihopatologic, există tentația de a-l scoate din colectivul de muncă, ceea ce nu este întotdeauna recomandabil, după cum arată și Melehov. Mai degrabă trebuie să găsim plasarea deosebit de atentă într-un loc potrivit de activitate profesională și încadrarea într-un grad mai ușor de invaliditate sau în munca normală, de îndată ce aceasta este posibilă.

În sensul reinsertiei profesionale și sociale, al recuperării bolnavului, este nevoie de o sensibilă și foarte atentă orientare nu numai pentru fiecare formă de stare psihopatoidă în parte ci, atît pe cît este posibil, chiar pentru fiecare pacient în parte.

BIBLIOGRAFIE

- Albert R. S.** — „The psychopathic personality: a content analysis of the concept“, *J. Gen. Psychiat.*, 1959, 60, 17.
- Alzheimer O.** — Ungewöhnliche phobische Zustände bei einem Jugendlichen im Anschluss an eine Encephalitis epidemica, *Z. Kinderpsychiat.*, 1953, 20, 166.
- Andersen E. W.** — The official concept of psychopathic personality in England, *Psychopathologie heute*, Thieme, Stuttgart, 1962.
- Arieti S.** — Psychopathic personality: some views on its psychopathology and psychodynamics, *Comprehens. Psychiat.*, 1963, 4, 301.
- Arieti S.**, *American Handbook of Psychiatry*, vol. III, Basic Books, New York, London, 1966.
- Arseni C., Oprescu I.** — Traumatologia cranio-cerebrală, Ed. medicală, București, 1972.
- *** — A II-a Conferință națională de psihiatrie, București, 1969.
- Bayer M. v.** — Zur Pathocharakterologie der organischen Persönlichkeitsveränderungen, *Nervenarzt*, 1947, 18, 21.
- Battegay R.** — Gruppenpsychotherapie und klinische Psychiatrie, Karger, Basel, New York, 1963.
- Belciugățeanu C.** — Caracterul în cadrul psihopatiilor, *Neurol. Psihiat. Neurochir.*, 1963, 8, 5, 453.
- Bellak L.** — Modern european Psychiatry, Kegan Paul, London, 1961.
- Bermann S.** — Antisocial character disorders; its etiology and relationship to delinquency, *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1959, 29, 612.
- Bertuzzi F., Dontti F.** — Sui disturbi da trauma cranico, *Riv. Sperim. di freniatria*, 1966, 4, 895.
- Bilikiewicz T.** — Les characteriopathies, Troubles caracteriels organiques, *Ann. med. psychol.*, 1961, 119, 241.
- Binder H.** — Die psychopathischen Dauerzustände und die abnormen seelischen Reaktionen und Entwicklungen, *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd III, Springer, Berlin, 1960.
- Birnbaum K.** — Über degenerative Phantasten, *Allg. Z.f. Psychiat.*, 1907, 64, 363.
- Birnbaum K.** — Über psychopatische Persönlichkeiten, Wiesbaden, 1909.
- Bleuler E.** — Lehrbuch der Psychiatrie — 6 Aufl., Berlin, 1937.
- Bonhoeffer K.** — Nervenärztliche Erfahrung, Berlin, 1941.
- Bonhoeffer K.** — In *Handbuch der Psychiatrie*, Spez. Teil III, I, Leipzig, Wien, 1912.
- Boer W. de** — Zwangssyndrom bei Meningitis tuberculosa, *Kinderpsychiat.*, 1954, 21, 8.

- Bowman K. B., Rose M.** — A criticism of the terms psychosis, psychoneurosis and neurosis. *Amer. J. Psychiat.*, 1952, 109, 177.
- Brinzei P., Scripcaru Gh., Pirozynski T.** — Comportamentul aberant în relațiile cu mediul, Ed. Junimea, Iași, 1970.
- Bumke O.** — Handbuch der inneren Medizin, Bd. V/2, Berlin, 1939.
- Cleckley H.** — The mask of sanity. An attempt to clarify some insues about the so called psychopathic personality, CV Mosby Comp. St. Louis, 1950.
- Conrad K.** — Der Konstitutionstypus — Theoretische Grundlegung und praktische Bestimmung, 2 Aufl., Springer, Berlin, 1963.
- Crahay S.** — Études des corrélations existant entre les manifestations psychométriques dans les sequelles éloignées des traumatismes craniens, *Acta Psychiat. Belg.*, 1970, 2, 280.
- Cremerius J.** — Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie, Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1962.
- Csikó K.** — Stările psihopatoide ale adultului, Coraport. A II-a Conferință națională de psihiatrie, București, 1969.
- Darling H. F., Sanddal J. W.** — A psychopathologic concept of psychopathic personality, *J. Clin. Expert. Psychopath.*, 1953, 13, 175.
- Davidson C. M.** — The syndrome of oligothimia (psychopathy), *J. Nerv. Dis.*, 1956, 124, 156.
- Donnelly J.** — Aspects of the psychodynamics of the psychopath, *Amer. J. Psychiat.*, 1964, 120, 1 149.
- Economo C. von** — Die Encephalitis lethargica — Deuticke, Wien, 1917.
- Economo C. von** — În Handbuch der normalen und pathologischen Physiologie, Bd. 17, Berlin, 1926.
- Dührssen A.** — Psychopatie und Neurose, *Psyche*, 1948, 2, 380.
- Elsaesser K. A.** — Psychose und basaler Hirnprozes, Marhold, Halle, 1950.
- Ernst K.** — Die Prognose der Neurosen, Springer, Berlin, 1959.
- Ey H., Bernard P., Brisset Ch.** — Manuel de Psychiatrie, Masson, Paris, 1963.
- Faust C.** — Akute traumatische Psychosen und die psychische Spätfolgen nach Hirnverletzungen, *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. II, Springer, Berlin, 1960.
- Fenichel O.** — The psychoanalytic theory of neurosis, New York, 1945.
- Follin S.** — Epilepsie et psychoses discordantes, Paris, Hermann, 1941.
- Gannuşkin P. B.** — Klinika psihopatii, in statica, dinamica, sistematica, Moskva, 1933.
- Gannuşkin P. B.** — Klinika psihopatii, ih statica, dinamica, sistematica, Moskva, Moskva, 1964.
- Ghiliarovski V. A.** — Psihiatria, Ed. medicală, București, 1956.
- Ghiliarovschi V. A.** — Psihopatologia i psihoprofilaksia destskovo vozrasta, Moskva, 1929.
- Ghindikin V. I.** — Psihopatii i patoharakterologhiceskie razvitia (roli vneşnih faktorov v ih formirovanii i dinamike), *Kliniceskaia dinamika nevrozov i psihopatii*, Med. Izdat., Leningrad, 1967.
- Göllnitz G.** — Die Bedeutung der frühkindlichen Hirnschädigung für die Kinderpsychiatrie, Thieme, Leipzig, 1954.
- Göllnitz G.** — Das psychopatische Achsensyndrom nach frühkindlichen Hirnschädigung, *Z. Kinderpsychiatrie*, 1953, 20, 97.
- Gough H. G.** — „A sociological theory of psychopathy“, *Mental Health and Mental Disorder*, London, 1956.
- Gregory I.** — „Psychiatrie ; Biological and Social“, Phyladelphia, 1961.
- Guiraud P.** — „Psychiatrie clinique“, 3-ème edition, Le François, Paris, 1956.
- Gurevici M. O.** — „Psihopatologia detskovo vozrasta“, Moskva, 1932. 1940.
- Gurevici M. O.** — „Psihopatologia detskovo vozrasta“, Moskva, 1932.

- Gurevici M. O., Sereiski M. I.** — „Manual de Psihiatrie“, ed. III-a (trad. Lichter Chivu, Flexor-Manzon), Ed. de Stat, Lit. Med., București, 1949.
- Gurieva V. A., Ghindikin V.** — „Sovremennoe sostoianie ucenia o psihopatiah“, J. Nevropat. i Psihiat., 1968, 7, 1964.
- Hoff H.** — „Lehrbuch der Psychiatrie“, Schwabe, Stuttgart, 1956.
- Hoff H.** — „Die Therapie der jugendlichen Psychopathen“, Wien, Arch. Psychol., 1951, 1, 201.
- Hoff H., Sluga W.** — „Das psychopatische Syndrom“, Wien. Z. Nervenheilk., 1962, 183, 23.
- Honcke P., Strömngren E., Zahlel** — „Electroencephalographische Untersuchungen an Psychopathen“, Arch. Psychiat. Nervenkr., 1949, 183, 55.
- Homburger A. H. F.** — „Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters“, Berlin, 1926.
- Huber G.** — „Neuroradiologie und Psychiatrie“, Psychiatrie der Gegenwart, Bd. IB, Springer, Berlin, 1964.
- Humbert F. R.** — „Les vraies et fausses psychopathies (éléments acquis et constitutionnels)“, Rev. Med., 1949, 69, 126.
- Jacobs P. A., Bruton M., Melville M., Brittain R. P., Mc Clemont W. F.** — „Aggressive behaviour, mental subnormality and the XYY male“. Nature, 1965, 208, 1351.
- Kahn E.** — „Die psychopatischen Persönlichkeiten“, Handbuch des Geisteskrankheiten, Bd. VI, Berlin, 1928.
- Karpman B.** — „Psychopathy as a form of social parasitism, a comparative biological study“, J. Clin. Psychopath., 1949, 10, 160.
- Kavka J.** — „Between psychosis and psychopathy“, J. Nerv. Dis., 1947, 106, 19.
- Kerbikov O. V., Ghindikin V. I.** — „Psihopatiile — probleme clinice“, J. Nevropat. i Psihiat., 1958, 8, 995.
- Kerbikov O. V., Ghindikin V. I.** — „Psihopatiile-probleme clinice“, J. Nevropat. i Psihiat., 1960, 60, 1, 61.
- Kerbikov O. V., Korkina M. V., Najdarov P. A., Snejnevskii A. V.** — „Psihiatria“, Izdat. Med., Moskva, 1968.
- Kisker K. P.** — „Psychopathologie in den Vereinigten Staaten und in England“, Fortschr. Neurol. Psychiat., 1959, 27, 187.
- Koch G.** — „Krampfbereitschaft“, Mendel, Roma, 1955.
- Kohler C.** — „Les données de l'examen clinique chez un enfant atteint de troubles caractériels“, Rev. Prat. (Paris), 1952, 149.
- Kolle K.** — „Psychiatrie“, 4 Aufl., München, 1955.
- Kovalev V. V.** — „Kliniceskaia dinamika nevrozov i psihopatii“, Izdat. Medizina, Leningrad, 1967.
- Kraepelin E.** — „Psychiatrie“, 8 Aufl., Leipzig, 1909—1915.
- Kraepelin E.** — „Psychiatrische Klinik“, 4 Aufl. Leipzig, 1921.
- Kraevelen D. A. van** — „Über den Begriff der Psychopathie in der Kindepyschiatric“, Acta Paedopsychiat., 1970, 37, 2/3, 64.
- Kraft Ebbing R.** — „Lehrbuch der Gerichtlichen Psychopathologie“, 1875.
- Kramer F., Leyen von R.** — „Entwicklungsverläufe anethischer gemütloser psychopatischer Kinder“, Z. Kinderforsch., 1934, 43, 305.
- Kretschmer E.** — „Körperbau und Charakter“, 23, 24 Aufl., Springer, Berlin, 1966.
- Kretschmer E.** — „Medizinische Psychologie“, 9 Aufl., Stuttgart, 1947.
- Kretschmer E.** — „Psychopathie nach inneren und äusseren Masstäben“, Monatsschr. f. Krim. Biol., 1936, 27, 339.
- Laux H.** — „Über die psychische Folgen der Hirntraumen im Kindesalter“, Med. Sachverstand, 1961, 57, 197.

- Leferentz H.** — „Zur Problematik der Psychopathie im Kindes und Jugendalter“, Psychopathologie Heute, Thieme, Stuttgart, 1962.
- Lemke R., Rennert H.** — „Neurologie und Psychiatrie“, Barth, Leipzig, 1960.
- Lempp R.** — Kindliche Psychopathie oder Neurose? Zur Frage erblicher oder milieu-reaktivneurotischer Genese Kindlicher Verhaltensstörungen. Z. Psychother. med. Psychol., 1962, 12, 168.
- Leonhard K.** — „Normale und anormale Persönlichkeiten“, Volk und Gesundheit, Berlin, 1964.
- Lindinger H.** — „Zur Zusammenstellung psychotherapeutischer Gruppen“, Archiv für Psychiat., 1965, 207, 1, 45.
- Maughs S. B.** — „Psychopathic personality. Review of the literature 1940—1947“, J. Clin. Psychopath., 1949, 10, 247.
- Mauz F.** — „Zur Frage des epileptischen Charakters“, Zentralbl. f. ges. Neurol. Psychiat., 1927, 45, 833.
- Mayer Gross W.** — „Child Psychiatry“, Clinical Psychiatry, Cassel, London, 1955.
- Miasiscev V. N.** — „K voprosu o patogeneze nevrozov“, J. Nevropat Psychiat., 1955, 55, 7, 486.
- Michaux L.** — „Psychiatrie“, Flammarion, Paris, 1965.
- Melik-Mkrtician V. A.** — „Unele legități ale formării și particularități ale structurii clinice în stările psihopatoide“, a II-a Conferință Națională de Psihiatrie, București, 1969.
- Meyer J. E.** — „Die Entfremdungserlebnisse. Über Herkunft und Entstehungsweisen der Depersonalisation“, Thieme, Stuttgart, 1959.
- Milea S.** — „Osobennosti kliniki psihopatii vzbudimovo tipa u detei“ teză de doctorat, Moscova, 1970.
- Millar W. M.** — „Hysteria, a re-evaluation“, J. ment. Sci., 1958, 104, 813.
- Miller R. B.** — „Neuer Concept of Psychopathic Personalities“, Dis. Nerv. Syst., 1951, 12, 330.
- Minciu I. și colab.** — „Rezistența prelungită la tratament a tulburărilor psihopatoide pe fond cerebral lezional la tineri“, comunicare. A II-a Conferință Națională de Psihiatrie, București, 1969.
- Minkowska F.** — „Epilepsie und Schizophrenie im Erbgang mit besondere Berücksichtigung der epileptoiden Konstitution und der epileptischen Struktur“, Archiv Julius Klaus-Stiftung, vol. XII, Heft 1/2, Orel Füssli, Zürich, 1937.
- Müller-Suur H.** — „Das psychische Abnorme“, Berlin 1950.
- Nedelcu A.** — „Aspecte teoretice în tulburările psihice posttraumatice“, Neurol. Psihiat. Neurochir., 1972, 3, 193.
- Nielsen J.** — „Klinefelter's syndrome and the XYY syndrome“, Acta Psychiat. Scand., suppl. 209, 1969.
- Ostertag B.** — „Über erlernte und erworbene Konstitution“, Off. Gesundh. Dienst., 1951, 13, 19.
- Ozerețkii N. I.** — „Psihopatologhia detskovo vozrasta“, Ucipedghiz, Moskva, 1932.
- Petrilowitch N.** — „Abnorme Persönlichkeiten“, 3 Aufl. Karger, Basel, 1966.
- Petrilowitch N., Baer R.** — „Psychopatie 1945—1966“, Fortschr. Neurol. Psychiat., 1967, 35, 11—12, 558 și 617.
- Popov E. A.** — În „Ucebник Psihiatrii“ sub redacția lui Kerbikov O. V. și colab., Moskva, 1958.
- Predescu V., Belciugățeanu C.** — „Stările psihopatoide“, A III-a Conferință Națională de Psihiatrie, București, 1969.
- Predescu V., Roman I.** — „Importanța activărilor medicamentoase în psihiatrie“, Neurol. Psihiat. Neurochir., 1964, 4, 375.
- Predescu V., Cristian K., Roman I.** — „Studiul clinic și electroencefalografic în arterioscleroza cerebrală cu tulburări psihice de ordin neurotic și psihic“, Neurol. Psihiat. Neurochir., 1963, 2, 97.
- Price W., H. Strong J. A., Whatmore P. B., Mc. Clement W. F.** — „Criminal patients with XYY sex chromosome complement“, Lancet, 1966, I, 565.
- Prichard J. C.** — „A Treatise on Insanity and other Disorders Affecting the Mind“, Hoswell, Barrington and Hoswell, Phyladelphia, 1837.

- Reichard M.** — „Einführung in die Unfall und Invaliditätsbegutachtung“, 3 Aufl. Jena, 1942.
- Repond A.** — „La revision du concept de la „psychopathie constitutionnelle“, Schweiz. Arch. Neurol., 1947, 59, 394.
- Rewitch E.** — „The concept of psychopathic personality“, Dis. Nerv. Syst., 1950, 11, 369.
- Robins L. M.** — „Deviant Children Grown Up: A Sociological and Psychiatric Study of Sociopathic Personality“, Williams-Wilkins, Baltimore, 1966.
- Robins E.** — „Antisocial and dyssocial personality disorders“, Comprehensive Textbook of Psychiatry (ed. Freedman A. and Kaplan H. I.), Williams-Wilkins, Baltimore, 1967.
- Ruch T., Fulton J.** — „Fiziologie medicală și biofizică“ (trad.), Ed. Medicală, București, 1963.
- Rümke H. C.** — „Über die Notwendigkeit einer Revision der Neurosenlehre“, Schweiz. Neurol., 1947, 59, 326.
- Standberg A. A., Koepf G. F., Ishihara T., Hauschka T. S.** — „An XYY human male“, Lancet, II, 488.
- Schachter M.** — „Psychopathie schizoide ou psychosyndrome organique d'origine diencephalique?“, Neuropsychiatria, 1963, 19, 291.
- Scheid W.** — „Die psychischen Störungen bei Infektions und Tropenkrankheiten“ in Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 2, Springer, Berlin, 1960.
- Schneider K.** — „Die Psychopatischen Persönlichkeiten“, Franz Deuticke, Wien, 1950.
- Schorsch G.** — „Epilepsie: Klinik und Forschung“, in Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II, Springer, Berlin, 1960.
- Schröder P.** — „Kindliche Charaktere und ihre Abartigkeiten“, Breslau, 1931.
- Schuster N.** — „Contribuții la studiul tulburărilor psihice posttraumatice tardive“, dizertație, IMF Cluj, 1966.
- Semenov S. F.** — „Sudebnaia psihiatria“, Medicina, Moskva, 1965.
- Sidney M.** — „Concept of psychopathy and psychopathic personality. Its evolution and historical development“, J. Crim. Psychopath., 1941, 2, 329.
- Simson T. P.** — „Psihopatologhia detskovo vozrasta“. Biomedghiz, Moskva, 1936.
- Stutte H.** — „Kinder und Jugendpsychiatrie“, Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 2, Springer, Berlin, 1960.
- Sutter J., Pascalis G. J.** — „Déséquilibre psychique“, „Manuel Alphabetique de Psychiatrie“, de Porot D., PUF, Paris, 1965.
- Teruwe A. A.** — „Psychopathic Personality and Neurosis“, Keady Sons, New-York, 1958.
- Thiele R.** — „Zum Begriff und zur Pathologie der Drangerscheinungen“, Psychiat. Neurol. med. Psychol., 1953, 5, 51.
- Thorne F. C.** — „The etiology of sociopathic reactions“, Amer. J. Psychother., 1956, 13, 319.
- Tomorug E și colab.** — „Implicații medico-legale la persoanele cu traumatisme craniocerebrale în antecedente“, Neurol. Psychiat. Neurochir., 1967, 1, 61.
- Vidal G., Vidal B.** — „Les troubles caractériels de l'adulte“, Garnier, Paris, 1962.
- Willinger W.** — „Kinderpsychiatrie“, Lehrbuch der Nerven und Geisteskrankheiten (red. Weigandt, Gruhle), 2 Aufl., Marhold, Halle, 1952.
- Vlădescu D. Moșoiu A.** — „Aplicarea unor teste psihologice în studiul tulburărilor de personalitate la un grup de etilici cronici“, comunicare, A II-a Conferință Națională de Psihiatrie, București, 1969.
- Wardrop R. H.** — „Troubles du comportement. Qui traiter et comment?“ CIBA—GEIGY, Basel 1972.
- Weber A.** — „Charakteriopathien, Kinderfehler, Neurosen, abnorme Erlebnisreaktionen“, Jb. Jugendpsychiat., 1956, 1, 233.

- Weil A.** — „Psychopathic personality and organic behaviour disorders. Differential diagnostic and prognostic considerations“, *Comprehens. Psychiat.*, 1961, 2, 86.
- Weitbrecht H. J.** — „Über Neurosen“, *Medizinische*, 1959, 63.
- Widlöcher D., Basquin M.** — „Reflexions sur la personnalité des adolescents“, *Rev. Prat. (Paris)*, 1966, 13, 1751.
- Wieck H. H.** — *Zur Psychologie und Psychopathologie der Erinnerungen*, Thieme, Stuttgart, 1955.
- Wieck H. H.** — „Zur allgemeinen Psychopathologie“, *Fortschr. Neurol. Psychiat.*, 1957, 25, 2.
- Wilmanns K.** — „Die Psychopathien“, *Handbuch der Nervenkrankheiten* (red. von Lewandowsky), Springer, Berlin, 1914.
- Zaharova N. N.** — „Modificările percepției excitanților sub influența stressului emoțional în sindromul psihopatoid posttraumatic“, comunicare, A II-a Conferință Națională de Psihiatrie, București, 1969.
- Ziehen T.** — „Zur Lehre von den psychopathischen Konstitutionen“, *Charité-Annalen*, 1905, 29, 279 și 1912, 36, 130.