

METODE DE INVESTIGAȚIE A BOLNAVULUI PSIHIC

1. EXAMENUL PSIHIC

În capitolele anterioare am scos în evidență faptul că boala psihică nu reprezintă doar un „epifenomen”; ea, ca și alte boli, constituie expresia alterării stării de sănătate a insului în unitatea sa biologică, psihică și socială. De altfel, în mai multe pasaje ale „Terapiei psihotrope” aminteam că nu există boală psihică „sine materia”, boală deci care în dinamica ei să nu fie legată și să nu determine un anumit ecou, tot așa cum nu poate exista boala somatică fără nici un fel de răsunset pe planul activității psihice. Acest adevăr fundamental, impus de realitatea clinică obiectivă, obligă psihiatrul și echipa sa să exploreze nu numai complexul dereglărilor psihice, ci și întregul univers somatic al bolnavului, tot așa cum medicul, indiferent de specialitatea lui, trăiește necesitatea explorării psihice a pacientului suferind de diferite afecțiuni somatice.

Înainte de începerea oricărei examinări, psihiatrul — ca și medicul din oricare specialitate —, este obligat ca în primul rînd să stabilească o legătură, un contact psihic cu pacientul său și să creeze pe cît posibil un climat de încredere reciprocă, firească unei relații pozitive medic-pacient. Este adevărat că în acest sens noi întîmpinăm adesea dificultăți mult mai mari prin însăși existența bolii psihice, care se exteriorizează în special în formele de intensitate psihotică tocmai prin alterarea profundă a capacității de relație interumană.

De aceea, în timp ce alte categorii de bolnavi își expun spontan suferința, unii dintre bolnavii psihici cărora le lipsește conștiința bolii, în loc să prezinte acuze cu referire la boală, tratează pe medic cu indiferență sau suspiciune și apostrofează sau se manifestă agresiv față de acele persoane, de obicei rude apropiate, care printr-un truc sau alte mijloace, și în orice caz împotriva voinței lor, i-au adus în fața medicului lezîndu-le astfel libertatea. Este adevărat că nu toți bolnavii

psihici se manifestă de această manieră, dar orice psihiatru trebuie să fie pregătit să orienteze discuția cu nevroticul de pe platforma normalului, iar cu psihopatul de pe poziția intransigenței impuse de capacitatea sa scăzută de adaptare, caracteristică acestei categorii de bolnavi. În fața negativismului, suspiciunii, detașării sau ambivalenței schizofrenului, trebuie găsite, cu tact, căi de a-i stimula interesul și receptivitatea. Refuzul bolnavului de a comunica, în condițiile în care medicul a știut să acționeze adecvat situației impuse de starea de boală, constituie prin el însuși un criteriu demn de luat în considerație în orientarea diagnosticului. Indicii prețioase oferă în același sens receptivitatea, veselia, logoreea și dezinvoltura maniactalului, decența și durerea morală a depresivului, sugestibilitatea și familiarismul năring al oligofrenului sau dementului, detașarea și incoerența psihomotorie a confuzului etc.

Am schițat numai câteva dintre multitudinea de ipostaze în care ne poate apărea bolnavul psihic, fiind conștienți de faptul că orice tentativă de a le ilustra exhaustiv este imposibilă și slăbește convingerea că medicul trebuie să-și adapteze atitudinea față de pacient în funcție de fiecare etapă a examinării, ca și a tratamentului, în raport cu desfășurarea afecțiunii și a existenței sale ca persoană a cărui comportament se poate modifica de la un moment la altul, de pe o zi pe alta, de la o etapă la alta. Așa, de exemplu, efortul de a examina un cata tonic inhibat sau un depresiv stuporos trebuie să fie îndeaproape secundat de conștientizarea posibilității unei dezinhibiții bruște, imprevizibile, care se poate solda cu acte de auto- sau heteroagresiune. De aceea atitudinea adecvată a psihiatrului în fiecare moment, deși se poate sprijini pe principiile generale învățate și trăite, reprezintă în ultimă instanță rezultanta unei orientări adesea originale impuse de situație. Primul contact cu bolnavul psihic reprezintă deci un moment de mare răspundere, de maximă vigilență și atenție, în cursul căruia medicul trebuie să apară stăpînit, calm, binevoitor și securizant atît față de pacient, cît și față de aparținători. Observația atentă și datele relatate (atunci cînd există) de către cei care însoțesc bolnavul trebuie să ducă în primul rînd la orientarea către o afecțiune nevrotică, psihopatică sau psihotică și apoi, în funcție de aceste trei intensități ale tulburărilor mentale, se va stabili desfășurarea în continuare a examinării somatice, neurologice și psihice. Însăși ordinea etapelor examinării se modifică în funcție de aceste intensități morbide și de atitudinea bolnavului. De exemplu, nevroticul acceptă cu ușurință și stimulează medicul în efectuarea unui examen somatic și neurologic minuțios, în timp ce psihopatul excitabil poate să-l refuze cu impulsivitate sau prin argumente demonstrative, iar psihoticul poate să adopte o atitudine de opoziție delirant interpretativă. Desigur că atitudinile față de examen pot îmbrăca chiar și în cazul psihoticilor o gamă foarte variată. Pentru a evita totuși unele manifestări de opoziție pasivă sau agresivă, în special în cazul psihoticilor halucinatori și deliranti, se recomandă ca examinarea neurologică și somatică să se facă după analiza stării psihice, ultimele putînd fi chiar temporizate atunci cînd bolnavul are o atitudine ostilă față de ele. Această situație deosebită însă nu poate scuza

neglijarea unei investigații complete a bolnavului, mai ales atunci când starea lui psihică a impus internarea într-un spital sau secție de psihiatrie.

Insistăm asupra necesității consemnării cu deplină responsabilitate în foaia de observație sau în fișa ambulatorie nu numai a datelor referitoare la boala psihică obținute de la bolnav, a celor „obiective“ furnizate de aparținători, ci și a celor rezultate din examinarea atentă somatică și neurologică a acestuia.

În prima etapă a întocmirii foii de observație a bolnavului psihic, după ce s-a stabilit contactul cu acesta și a fost dedus nivelul la care se poate colabora cu el, trebuie consemnate cu grijă toate datele necesare identificării sale și anume: nume, prenume, sex, vîrstă, adresa, locul de muncă, profesia, starea civilă etc. Chiar dacă pacientul furnizează răspunsuri coerente, datele obținute de la el trebuie confruntate cu cele obiective cuprinse în actele de identitate, în biletul de trimitere către instituția spitalicească sau ambulatorie, sau în relatările aparținătorilor sau însoțitorilor, mai ales în lipsa documentelor amintite.

Etapa a doua a completării foii de observație sau a fișei ambulatorii trebuie să cuprindă în mod detaliat și sistematic motivele internării sau prezentării bolnavului în fața medicului psihiatru.

Nu trebuie neglijat faptul că în marea majoritate a cazurilor se impune discuția diferențiată și separată cu bolnavul și cu aparținătorii, mai ales când sînt observate unele aspecte conflictuale între pacient și aceștia. De obicei, se începe discuția cu bolnavul și apoi se confruntă sau se completează datele cu cele obținute de la aparținători. Într-o serie de cazuri însă se impune, mai întîi sau exclusiv, discuția cu rudele pentru a defini o serie de date și manifestări comportamentale patologice, pe care pacientul refuză să le expună sau le disimulează în timpul primului contact cu examinatorul.

O deosebită importanță prezintă cunoașterea antecedentelor heredo-colaterale și personale descrise de bolnav și apoi completate și confruntate cu relatările aparținătorilor sau însoțitorilor. Datele anamnestice obținute de la pacient și familia sa trebuie completate și eventual verificate prin informațiile provenite din foile de observație anterioare, în cazul în care acesta a mai fost internat, din caracterizările unor instituții, în care a fost instruit sau activează și din investigațiile cuprinse în ancheta socială întocmită de personal specializat.

Anamneza va cuprinde date referitoare la evoluția longitudinală a subiectului, de la naștere pînă la data examinării, permițînd decelarea particularităților sale personale psihologice, fiziologice și morbide (antecedentele personale). Ea trebuie să releve condițiile sale de dezvoltare și de viață, starea de sănătate a părinților, progenitorilor și a altor rude (antecedentele heredo-colaterale) și să ofere date în legătură cu istoricul bolii. În acest sens, este necesar să insistăm în special în stabilirea datei, a particularităților situației în care au apărut inițial tulburările psihice, ca și a condițiilor în care a trăit bolnavul în peri-

oada respectivă, informându-ne și asupra particularităților instituției în care este angajat sau se instruiește.

La bolnavii psihici adulți și, într-o măsură și mai mare la copii, o anamneză amănunțită, coerentă și bine sistematizată cronologic constituie un factor important atât în stabilirea diagnosticului prezent, cât și în aprecierea personalității premorbide, a dinamicii afecțiunii și a stadiului ei de evoluție.

Anamneza cuprinde elementele complexe ale investigației prin metode subiective și obiective. Meilli apreciază că anamneza, presupunând o organizare și o elaborare implicită, este metoda investigatorie cea mai complicată și mai greu de învățat (Meilli, 1966, p. 144 — v. metode de investigație psihologică).

În strângerea datelor anamnestice, atitudinea medicului are, ca și în efectuarea examenului psihic și somatic, o importanță covârșitoare, ea trebuind să se moduleze în funcție de vîrstă, sex, stare psihică. O atenție deosebită se va acorda în acest sens bolnavilor cu stări psihice reactive, bolnavilor în vîrstă și mai ales copiilor cu tulburări psihice. Copiii aflîndu-se aproape întotdeauna într-o poziție de strictă dependență față de părinți, școală sau autorități, nu se prezintă spontan la consultație, ci sînt aduși de către alții, în urma unui șir de incidente, conflicte manifeste sau latente. Aducerea lor la medic semnifică de multe ori un moment de mare tensiune, de criză, copiii sînt prezentați foarte adesea ca „vinovați” în fața unei autorități, care, după Kanner, are un potențial de decizie extrem de mare, așa cum este în fapt medicul. Această poziție de dependență, de inferioritate, de culpabilitate și teama de măsuri neplăcute, generează o serie de manifestări de intensitate variabilă cum ar fi plînsul, refugiul în tăcere, aroganța sau conformismul exagerat.

Alte atitudini de apărare derivă din experiențele traumatizante anterioare rezultate din relațiile cu adulții, îndeosebi cu părinții. În acest sens, atitudinea medicului trebuie să fie deosebit de flexibilă, adaptîndu-se nu numai cerințelor de vîrstă, ci și particularităților fiecărui copil. Pe de altă parte, consultația de psihiatrie infantilă nu se mărginește la aspectul de diagnostic, ea îndeplinește o importantă funcție terapeutică, constituind începutul relației psihoterapeutice medic-copil menită să ducă la finalizarea actului medical întreprins.

Ținînd cont de aceste aspecte particulare la copil, obținerea anamnezei de la părinți, rude sau autorități se face de obicei în absența copilului. Culegerea acestor informații trebuie să depășească cadrul unei simple înregistrări pasive a datelor referitoare la copil. Rolul medicului este mult mai complex, el trebuie să cuprindă și să caracterizeze întregul context social și relațional în care au apărut simptomele.

În înregistrarea și aprecierea tulburărilor, e bine să ținem seama de remarca lui L. Kanner, care sublinia că diversele manifestări „anormale”, descrise de către părinți în plîngerile lor, nu reprezintă în fapt simptome strict obiective, pe care trebuie să le luăm ca atare, ci descrieri încărcate de un mare grad de subiectivitate. Astfel de manifestări ca obrăznicia, irascibilitatea, agresivitatea și nesupunerea nu re-

prezintă întotdeauna veritabile manifestări dizarmonice ale copilului, de cele mai multe ori ele fiind expresia unor relații necorespunzătoare între părinți și copii. De aceea, în timpul strîngerii datelor anamnestice despre copil, pedo-psihiatrul trebuie să urmărească cu atenție și obținerea datelor necesare stabilirii trăsăturilor caracteriale particulare părinților.

Aceasta se realizează notînd nu numai simptomele propriu-zise, ci și modul în care sînt prezentate datele respective, legăturile pe care le fac aceștia cu alte evenimente sau persoane din viața lor sau a copilului, încărcarea afectivă, reflecțiile aparent „accidentale”, convingerile lor privind cauzele îmbolnăvirii. În scopul facilitării exprimării acestor opinii, e preferabil să lăsăm mai întii părintele să vorbească liber, spontan, și să expună problemele familiei sale, incitîndu-l să vorbească printr-o atitudine neutră binevoitoare, însă rezervată.

După ce aparținătorii (de obicei părinții) expun datele anamnestice, medicul lămurește, după caz, o serie de lacune prin întrebări sistematice cu privire la dezvoltarea și antecedentele personale ale pacientului (în cazul de față ale copilului) și familiei sale. Datele obținute de la părinți vor fi verificate și completate prin cele furnizate de școală, vecini, autorități, prin intermediul anchetei sociale (adesea necesară în aceeași măsură și adulților).

Anamneza cuprinde alături de capitolele clasice, bine cunoscute în pediatrie, referitoare la motivele internării, antecedentele personale, heredo-colaterale și istoricul bolii, ca și la adulți, aspectele specifice psihiatriei privind condițiile de viață, personalitatea premorbidă, adaptarea socială și școlaritate.

Studiind antecedentele heredo-colaterale, se va nota vîrsta părinților naturali sau adoptivi, situația lor civilă ca și aceea a copilului, profesiunea și ocupațiile actuale, aspecte privind studiile, adaptarea socială, caracterul fiecăruia. Se va insista asupra bolilor existente în familie, îndeosebi asupra luesului, bolilor neuropsihice, afecțiunilor cronice. Ele sînt importante nu numai prin potențialul de transmitere ereditară, ci și prin atmosfera ce se naște în familia celor suferinzi de astfel de boli. Se va analiza situația fraților și surorilor bolnavului, nivelul lor de dezvoltare mentală, adaptarea socială, prezența bolilor cronice sau a malformațiilor.

La antecedentele personale se cercetează inițial aspectele fiziologice, locul copilului în frătrie, desfășurarea sarcinii, nașterii, a dezvoltării psihomotorii, modul de achiziție a limbajului, însușirea controlului sfincterian, desfășurarea ciclului menstrual.

Se va menționa modul în care a decurs sarcina, insistîndu-se asupra prezenței bolilor infecțioase, intoxicațiilor, radiațiilor sau a ingestiei de medicamente cu risc teratogen în primele luni de sarcină, a disgrauidiei precoce sau tardive, a traumatismelor fizice sau psihice — noxe care pot influența desfășurarea sarcinii și dezvoltarea fătului.

Se va analiza nașterea ca durată, incidente, accidente, prezentație, notîndu-se starea nou-născutului imediat după naștere, momentul pri-

mului țipăt (respirație) și adaptarea la viața extrauterină. Se vor înregistra datele privitoare la dezvoltarea psihomotorie a copilului, vârsta la care și-a ținut capul, a stat în șezut, a început să meargă, perioada în care a emis primele cuvinte, a format primele propoziții, modul de însușire a deprinderilor de autoservire, îndemânarea în manipularea jucăriilor, controlul sfincterian.

Analiza *condițiilor de viață* cuprinde atât informații asupra gradului de confort a locuinței, posibilităților materiale ale familiei, cât și despre componența familiei, despre modul în care se desfășoară existența în acel cadru social. La copii ne interesează modul în care este alimentat, persoana care îl crește efectiv și principiile sale educative, cu cine și unde este culcat copilul, atmosfera familială și felul în care se răsfrânge aceasta asupra educației copilului, modul în care este pedepsit sau răsplătit, locul pe care îl deține în familie și relațiile sale cu ceilalți membri ai familiei.

Atât la adult, cât și la copil este necesar ca pe baza anamnezei să se stabilească tipul de personalitate premorbidă, notându-se dispoziția de fond, echilibrul afectiv, intensitatea manifestărilor emoționale, timpul și viteza acțiunilor psihomotorii, inventivitatea și inițiativa, persistența și stabilitatea acțiunilor și preocupărilor, gradul de sociabilitate (tendințe egocentrice, închidere în sine sau colectivism, altruism, comunicabilitate, interes deosebit pentru colectivitate etc.).

O atenție deosebită trebuie acordată aprecierii capacității de adaptare în familie, la locul de muncă, în școală și în general în colectivitatea socială din care face parte adultul sau copilul.

În strângerea datelor anamnestice ale adulților, o mare atenție trebuie acordată comportamentului la locul de muncă (schimbarea locurilor de muncă, la ce interval, din ce motive), cât și în viața de familie (căsătorii repetate, divorțuri, concubinaj), tendințe toxicofilice (alcool, tutun, abuz de psihostimulante sau psihotranchilizante). Ori de câte ori declarațiile pacientului sau însoțitorilor (aparținătorilor) nu sînt convingătoare, trebuie recurs, ca și la copii, la ancheta socială (avînd ca obiective informarea la actualul și fostele locuri de muncă, la vecini, comitetele de stradă sau comună, la miliție și la diferite instanțe juridice), pentru a elucida eventualele condamnări, interdicții sau trimiteri în instituții de reeducare etc.

Anamneza se va ocupa apoi de evidențierea *antecedentelor patologice* personale de la naștere pînă în momentul examinării (bolile copilăriei, bronhopneumonii, otite, traumatisme cranio-cerebrale, dispepsii repetate și prelungite, stări toxice, intervenții chirurgicale, afecțiuni febrile cu sau fără convulsii). Se vor consemna în special afecțiunile care au determinat modificarea comportamentului, stagnări în dezvoltare la copii, regresivitatea personalității la adolescenți și adulți; stări astenice sau depresive de convalescență. Importante de menționat sînt oscilațiile mari în greutate, perioadele de bulimie sau de anorexie și eventual afecțiunile endocrine primare sau secundare encefalopatiilor toxice, traumatice sau infecțioase. La femeile adulte trebuie notate afecțiunile ginecologice, avorturile spontane, perioadele de amenoree

sau hipermenoree, ca și apariția climaxului, cu simptomatologia sa de acompaniament și în special eventualele tulburări psihice nevrotice, obsesivo-fobice, depresiv-anxioase, isterice sau psihotice.

Se va trece apoi la stabilirea istoricului bolii prezente, a condițiilor în care au apărut sau au fost sesizate primele semne morbide, hotărîndu-se dacă apariția lor a fost precedată de afecțiuni somatice, intervenții chirurgicale, boli febrile, traumatisme cranio-cerebrale, stressuri emoționale (pierderea unor persoane dragi, abandon, amenințări, șantaj, furturi, detenție, lezări morale, incendii, inundații etc.).

La tineri și la pacienții în vîrstă se va încerca să se stabilească dacă simptomatologia afecțiunii actuale a început în timpul perioadelor critice ale existenței (pubertate, adolescență, presenescență sau senescentă).

În eventualitatea că pacientul a mai prezentat stări morbide nevrotice sau psihotice, trebuie să se precizeze în amănunt cînd au survenit ele, care a fost intensitatea și durata lor, dacă au impus sau nu internarea într-o instituție de specialitate, ce metode terapeutice au fost aplicate, care au fost caracteristicile și comportamentul bolnavului în perioadele de remisiune, dacă acesta a continuat sau nu activitatea profesională sau de instruire în aceeași instituție, cu același randament, dacă a fost pensionat și cu ce grad de invaliditate.

Se vor consemna de asemenea eventualele modificări comportamentale în familie, la școală, la locul de muncă.

Așa cum afirmam mai sus, examenul somatic, cu excepția unor stări psihotice (stări de confuzie, inhibiție stuporoasă depresivă sau catatonică, negativism verbal etc.), este bine să se efectueze după examenul psihic. Oricum însă, referindu-ne la succesiunea rubricilor cuprinse în mod obișnuit în foaia de observație sau fișa ambulatorie, examenul somatic urmează după expunerea istoricului afecțiunii.

Examenul somatic al adultului și copilului începe prin examinarea morfologică generală (greutate, înălțime, forma feței și craniului, eventuale asimetrii — micro- sau macrocefalie, brachi- sau dolicocefalii, oxicefalie, craniostenoze). Se vor observa aspectele eventual deosebite ale formei, direcției fantelor palpebrale, distanța dintre globii oculari, ca și particularitățile acestora cum ar fi exoftalmia, enoftalmia, blefarospasmul, rudiment de pleoapă internă, hipertelorismul, forma nasului, frunții, a pomeților, urechilor, a buzelor cît și particularitățile cavității bucale. Se consemnează de asemenea aspectele disgenetice sau embriopatice ale feței și membrelor (gura de lup, buza de iepure, hiperprognatismul, anomaliile în forma și distribuția dentiției, bolta palatină despicală sau ogivală, modificările de formă și implantare ale pavilionului urechilor, asimetriile, sindactiliile, anomaliile de formă ale degetelor).

Pentru definirea constituției somatice este necesar să fie stabilite dimensiunile capului, toracelui, abdomenului, să fie calculate raporturile dintre ele și membrele superioare (endomorf-picnic, mezomorf-atletic,

ectomorf-leptosom) și să fie consemnate, în orice caz, aspectele displastice constituționale ca : eunucoïdismul, gigantismul, acromegalia, masculinismul la femei, feminismul la bărbați etc.

Tipurile somatice vor fi consemnate îndeosebi în cazurile unor stări depresive sau maniacale (tipul endomorf-picnic), în schizofrenie (tipul ectomorf-leptosom), în oligofrenii, endocrinopatii cu tulburări psihice, epilepsie (tipul displastic, tipul mezomorf-atletic-vîscos etc.). La copil sînt de menționat dezvoltarea staturo-ponderală global întîrziată, exagerată sau dizarmonică (obezitate, distrofie adipozo-genitală, distrofie, cașexie) ; aceste aspecte trebuie să fie raportate însă la tipul constituțional al familiei.

Se va acorda atenția cuvenită descrierii culorii, elasticității și umidității învelișurilor cutanate și mucoaselor, piele uscată, zbîrcită înainte de vreme, piele umedă, rece cianotică, acrocianoza, dermatografismul, mucoase uscate, eventuale fuliginozități etc. Se va nota prezența petelor vasculare și în special angioamele din regiunea facială, care se pot asocia cu o angiomatoză cerebrală (boala Sturge-Weber Krabbe sau boala Lindau).

În mod obligatoriu trebuie consemnate cicatricele (dimensiune, culoare, formă), brazdele și echimozele din regiunea gîtului, eventuale othematoame (întîlnite în P.G.P. la nivelul pavilioanelor otice), echimozele și escarele. În examinarea cavității bucale se vor reține formele anormale ale limbii (macro- sau microglosie). Se va nota aspectul ganglionilor limfatici, cantitatea sau reprezentarea țesutului musculo-adipos, starea coloanei vertebrale și eventualele deformații (cifoasă, scolioză, lordoză etc.).

Un loc deosebit trebuie să-l ocupe descrierea formei și mărimii tiroidei, a repartiției și dispoziției pilozității, formei toracelui și a bazinului. La preadolescenți și adolescenți se va specifica stadiul de maturare și diferențiere a organelor genitale, ca indicator al gradului de sexualitate biologică.

Urmează apoi consemnarea datelor obținute prin examinarea sistemelor și aparatelor (cardio-vascular, pulmonar, digestiv și urogenital), ținînd cont de obiectivele expuse mai sus.

De o deosebită importanță este efectuarea examenului neurologic și notarea datelor respective în foaia de observație sau fișa ambulatorie.

Acesta se va desfășura în mod sistematic începînd cu nervii cranieni, evidențiindu-se în afara aspectelor oculare — exoftalmie, enoftalmie etc., semnele eventuale ale unor pareze sau paralizii periferice de facial : ochi de iepure, lagoftalmie în legătură cu pareza sau paralizia orbicularului pleoapelor, ca și asimetria facială determinată de pareze sau paralizii faciale periferice sau centrale ; ca element distinctiv, în ultima, asimetria fiind produsă de pareza sau paralizia jumătății inferioare a feței, mușchii frontali rămîn indemni. Se va mai consemna ptoza palpebrală (legată de lezarea nucleului și a nervului oculomotor comun), anomaliile mișcărilor pleoapelor și a globilor oculari (limitarea mișcărilor de lateralitate, pareza convergenței, strabism, nistagmus,

absența clipitului etc.); modificarea formei și pigmentării pupilelor și irisului (anizocorie, reacții leneșe sau absente la lumină, formă de fantă sau poziția excentrică a pupilei, eventuale iridectomii, coloboma congenitală, colorație inegală, benzi verzui circulare caracteristice bolii Wilson etc.).

Aceste aspecte patologice exprimă diverse tipuri de leziuni organice cerebrale: astfel, inegalitatea pupilară însoțită de modificări ale reacției la lumină sugerează pareza sfincterului pupilar determinată de leziunea nervului oculomotor comun. Dispariția reacției la lumină cu păstrarea reacției de convergență și acomodare (semnul lui Argyll-Robertson) constituie unul dintre semnele importante ale sifilisului nervos și ale paraliziei generale progresive. De asemenea, lipsa reacției la lumină mai poate constitui expresia unor leziuni arteriosclerotice sau procese neoformative intracraniene. În aceste cazuri sînt însă abolite atît acomodarea la lumină și distanță, cît și convergența. În schizofrenie se descrie lipsa reacției de dilatare a pupilelor la emoții sau la acțiunea unor excitanți dureroși.

Un loc deosebit îl ocupă cercetarea simțurilor speciale (văz, auz, gust, miros) și a sensibilității generale. Se va analiza acuitatea vizuală, mărimea cîmpului vizual, capacitatea de diferențiere a culorilor, eliminînd cazurile de oligofrenie sau demență în care lipsește sau se pierde capacitatea de discriminare. De notat că examenul văzului se poate efectua încă de la vîrsta de 2—3 săptămîni, cînd copilul începe să urmărească cu privirea obiectele strălucitoare aflate în mișcare.

Examinarea auzului la sugar și copilul mic se poate realiza prin declanșarea de zgomote de diferite intensități în spatele acestuia, urmărindu-se reflexul cohleo-palpebral, clipirea la zgomote, tresărirea sau orientarea capului către sursa sonoră. Această examinare se impune a fi eventual asociată cu audiometria în tulburările de vorbire produse prin deficit senzorial.

Semnalarea unor tulburări de sensibilitate impune delimitarea zonelor deficitare, determinarea tipului de sensibilitate alterat și corelarea lor fie cu sindroamele neurologice, fie cu unele tulburări funcțional isterice sau simulate, în care modificările patologice de obicei nu respectă distribuția dermatoamelor.

Se va trece apoi la cercetarea reflexelor cutanate, osteotendinoase, posturale, ale mucoaselor și neurovegetative. Dintre reflexele osteotendinoase se analizează în special cele patelare și achiliene, notîndu-se intensitatea, simetria, zona de declanșare și eventual exagerarea, diminuarea sau abolirea lor. Abolirea reflexului patelar (semnul lui Westphall) se întîlnește în sindromul neuronului motor periferic, leziunile cordoanelor posterioare în radiculita posterioară și în nevrite. Reflexele patelare corespund segmentelor III, IV lombare, iar cele achiliene segmentelor I, II sacrate. Exagerarea patologică a acestor reflexe poate determina clonusul genunchiului și piciorului. La membrele superioare se investighează reflexele bicipital, tricipital, stilo-radial și cubito-pronator. Se apreciază că, în general, abolirea sau slăbirea în intensitate a reflexelor osteotendinoase este legată de leziuni ale neuronului

motor periferic și se întâlnește în polinevrite toxice (alcoolică, saturnină) sau toxiinfecțioase.

Utilizarea reflexelor de postură (statokinetice, oculare, labirintice, de atitudine a părților corpului și a corpului în întregime) permite evidențierea, în unele cazuri cu patologie organică cerebrală sau la bolnavii aflați în cursul tratamentului cu neuroleptice, a anumitor tulburări ale sistemului extrapiramidal. La sugar, prezența reflexelor arhaice este un fenomen normal, însă persistența lor de obicei după luna 4—5-a de la naștere indică existența unor leziuni cerebrale.

De asemenea, este necesară investigarea reflexelor cutanate abdominale, cremasteriene, plantare. În investigarea reflexelor abdominale trebuie avut în vedere că ele lipsesc în mod normal în prima copilărie. Reflexele abdominale în cele trei zone (a) superioară — corespunzând segmentelor VII — VIII toracice, b) mijlocie — segmentelor IX, X și c) inferior segmentelor XI și XII) pot fi mult diminuate la femei după sarcini repetate, la obezi și în general la subiecții cu un abdomen hipoton, flasc, precum și în cazurile de leziuni ale sistemului piramidal. Reflexul cutanat plantar constă în flexiunea tuturor degetelor la iritarea suprafeței latero-externe a plantei (reflex dependent de segmentele V lombar și I sacrat); el este de obicei nesemnificativ la copilul sub 2 ani, pentru că la această vîrstă răspunsul este variabil atît în flexie, cît și în extensie.

Dintre reflexele mucoaselor, cel conjunctival, cornean, este de o deosebită importanță în determinarea gradului de modificare a conștiinței pentru stările comatoase, în cura insulinică, în epilepsie și pentru diferențierea de isterie, iar cel glosofaringian în evidențierea unor leziuni vasculare, tumorale și degenerative cerebrale.

Importanța deosebită pentru afecțiunile psihice de natură organică o au așa zisele „reflexe patologice“. Dintre acestea, reflexul (semnul) lui Babinski caracterizat prin extensia dorsală a degetului mare prin excitarea porțiunii externe a plantei semnifică existența unor leziuni ale sistemului piramidal situate deasupra segmentului V lombar. Reflexul Oppenheim constînd din extensia degetului mare însoțită de flexia degetelor II—V la apăsarea de-a lungul suprafeței anterioare a tibiei are aceeași semnificație cu reflexul lui Gordon, definit prin extensia aceluiași deget al piciorului la comprimarea masei musculare posterioare a gambei și cu reflexul Schäffer (același efect de extensie a degetului mare al piciorului la comprimarea tendonului lui Achile). Alte două reflexe, care se produc în mod normal în extensie, se inversează și apar în flexie în cazul leziunii căilor piramidale și anume — reflexul lui Rossolimo, adică flexiunea degetelor II—V la lovitura scurtă cu ciocanul de reflexe a suprafeței plantare a aceluiași degete și reflexul Mendel-Bechterew, ce constă în flexia degetelor II—V prin percuția la baza metatarsienelor III—IV sau în porțiunea feței latero-dorsale a piciorului, cu ciocanul de reflexe. Ca și reflexul Babinski, ele nu au semnificație patologică la copilul de vîrsta 0—2 ani. La nivelul membrelor superioare, dintre reflexele patologice menționăm

reflexul lui Lévi și anume adducția degetului mare al mâinii prin flexiunea provocată a degetelor IV și V în articulația metacarpofalangiană și reflexul lui Mayer, care constă în flexiunea cotului prin același procedeu de flectare provocată a degetelor amintite.

În cazurile de tetanie și spasmofilie, hiperexcitabilitatea musculară poate fi evidențiată prin semnul lui Chvostek, sinonim cu cel al lui Schultze sau Weiss. El constă în contracția unei părți a musculaturii faciale a ridicătorului buzei superioare, a aripii nasului și a orbicularului buzelor la percuția cu ciocanul de reflexe pe mijlocul liniei care unește antitragusul cu comisura bucală, în zona de emergență a ramurilor nervului facial.

Mai poate fi observat și sindromul ocular simpatic (Claude Bernard-Horner) determinat de leziunile căilor vegetative simpatice și care constă în mioză, enoftalmie și îngustarea fantei palpebrale unilaterale. În cazurile de excitabilitate crescută a simpaticului cervical se produce fenomenul invers: midriază, lărgirea fantei palpebrale și exoftalmie. În cazurile de hipertonie extrapiramidală parkinsoniană, neuroleptică se întâlnește fenomenul de roată dințată (semnul lui Noica), constând în hipertonia musculară și cedarea sacadată a musculaturii la mișcările de flexie și extensie a mâinii în articulația radio-cubito-carpiană.

În sindromul pseudobulbar și în general în leziunile piramido-extrapiramidale, se întâlnește reflexul patologic Marinescu-Radovici și anume excitarea regiunii palmare la nivelul eminentei tenare face să apară contracții bruște ale mușchilor bărbiei.

O atenție deosebită trebuie să fie acordată tulburărilor de vorbire și anume dizartriilor evidențiabile prin utilizarea unor probe cum ar fi înșiruri de cuvinte dificil de pronunțat: „copilă compătimitoare“, „treizeci de cocostîrci pe casa lui Kogălniceanu“, „capra calcă piatra, piatra crapă în patru“ etc., care trebuie să fie reproduse de bolnav. În același sens, pot fi depistate și vorbirea sacadată (vorbire cu pauze între silabe), palilalia (repetă ultimul cuvânt din răspuns sau întreaga propozițiune), logoclonia, balbismul, afonia, cât și alte tulburări descrise la semiologie (v. Semiologia).

Examenul neurologic trebuie efectuat în mod obligatoriu la fiecare bolnav, minuțiozitatea sa fiind legată de vîrstă și de aspectele sugerate de examenul clinic orientativ. El trebuie repetat, în raport cu specificul afecțiunii. Reținem în mod deosebit importanța acestui examen în oligofrenii, în encefalopatii infantile cu deficit motor — hemiplegii sau diplegii, în demențele traumatiche, infecțioase inclusiv sifilisul nervos și P.G.P., toxice sau de vîrstă (Pick, Alzheimer, senilă, A.S.C.), în tumorile cerebrale, maladia hipertensivă, epilepsia psihomotorie. Este important pentru psihiatru să aibă în atenție unele sindroame care indică leziuni în focar ca: afazia (leziuni localizate în special la nivelul circumvoluțiilor perisylviane, în zona lui Wernicke), asomatognozia (determinată de tulburări la nivelul lobului parietal) și mai ales tulburările grupate în așa-zisul sindrom temporal (tulburări de vorbire, auditive, epilepsie psihomotorie etc.), sau de lob frontal

(apatie, lipsă de inițiativă, deficit mnezic, de orientare și intelectual sau fenomene moriatice cu sau fără agitație psihomotorie).

Datele obținute la examenul general somatic, neurologic și endocrin, ca și unele aspecte ale stării psihice, impun o serie de investigații paraclinice obligatorii: hemo-leucograma, V.S.H., R. Wassermann, glicemia, sumarul de urină, probele de disproteinemie, L.C.R., fracțiile lipoproteice, fundul de ochi, electrocardiograma, electroencefalograma, precum și alte probe care trebuie efectuate în mod diferențiat în raport cu natura afecțiunii. Astfel, la o serie de psihopați, la schizofrenii rezistenți la insulină, la bolnavii cu sindrom de hiperglicemie, de hiperadaptare (la stress emoțional), la o serie de encefalopați cu disfuncții diencefalo-hipotalamice sau în cazurile de leziuni la nivelul organelor glicoreglatoare se impune efectuarea probelor de hiperglicemie provocată. Scăderile spontane ale glicemiei determinate de leziunile pancreatice (în special prin adenomul insulelor Langerhans) sau diencefalice (sindromul diencefalic Sigwald), care se exprimă adesea pe plan clinic prin puseuri de somnolență și apatie interferate de crize de anxietate, confuzie sau convulsii, necesită urmărirea atentă a probelor, de hiperglicemie provocată.

De asemenea, la evidențierea unor metaboliți rezultați din arderile incomplete la nivelul celulei nervoase după intoxicații cu oxid de carbon, în asfixia albastră la naștere, uneori chiar în schizofrenie și, în general în suferințele cerebrale anoxice (prin tulburări de aport sau de metabolism celular), se impun examinările electroencefalografice cu probe de hiperpnee provocată, capabile să furnizeze unele date privind suferința cerebrală anoxică.

Într-o serie de cazuri este necesară formularea unor aprecieri în privința echilibrului protidic, lipidic și hidroelectrolitic. În legătură cu echilibrul protidic se impune determinarea concentrației de acid glutamic, a nivelului proteinelor totale, a fracției lor serice, globulinice și a produșilor metabolismului proteic, care se apreciază în general după concentrația de uree în sânge, constantă humorală foarte important de determinat în cașexii, stări confuzive de tipul delirului acut, delirium tremens, amentia etc.

Pentru evaluarea echilibrului lipidic (la bolnavii cu maladie hipertensivă, fenomene de ateromatoză sau arterioscleroză, miocardoscleroză și miocardodistrofie sau dismetabolii lipidice (dislipidoze) este indicată efectuarea lipidogramei, determinarea fracțiilor lipoproteice prin electroforegramă, colesterolemie și a reacțiilor: Kunkel 6, 12, Burnstein — cu sulfat de dextran.

Echilibrul electrolitic adesea perturbat într-o serie de forme psihotice grave (delirium tremens, delirul acut, febril, infecțios, tetanie, spasmofilie), impune cercetări menite să dea relații în legătură cu „pompa de sodiu“, calcemia generală și calciu ionic, potasemia, sărurile de fier, cupru, a fosforului, clorului, bromului și iodului. Astfel, este recunoscută importanța determinării cupremiei în maladia Wilson, unii autori menționând valoarea ei chiar în schizofrenie (H. Ey). Tulburarea echilibrului metabolismului apei și al electroliților a fost incriminată

în epilepsie, unde ar exista o retenție de apă, cu creșterea clorurii de sodiu și consecutiv ei edem cerebral; iar în psihozele acute toxice și infecțioase, deshidratarea și hiperazotemia se întâlnesc aproape constant. Este cunoscută eozinofilia într-o serie de stări psihice reactive, ca și eozinopenia post-stress-emoțional.

În multe afecțiuni psihice se recomandă investigarea funcțiilor glandulare cu secreție internă. Astfel, într-o serie de stări de agitație psihomotorie, anxietate, iritabilitate, labilitate emoțională, însoțite de semne somatice și endocrine sugestive apare necesară explorarea tiroidei prin iodocaptare și metabolism bazal. Stările psihice caracterizate prin adinamie, apatie sau excitabilitate crescută comportă obligația investigării funcțiilor glandelor suprarenale (17-cetosteroidi, 17-oxisteroidi, testul Thorn). La femeile cu tulburări psihice și endocrino-metabolice se impune adesea explorarea glandelor endocrino-sexuale (foliculo-stimulinele hipofizare, oestrogenii, progesteronul, examenul citovaginal etc.).

Făcînd o digresiune de la aspectele concrete ale investigațiilor bolnavului psihic, relatăm succint cîteva aspecte ale importanței cercetărilor biochimice în psihiatrie.

Investigația biochimică în psihiatrie se orientează în prezent în direcția aplicării în clinică a unor teste diagnostice, evidențierea unei simptomatologii biochimice asociate simptomatologiei psihice —, de semnificație încă insuficient clarificată în elucidarea problemelor fundamentale de etiopatogenie.

Decelarea tulburărilor înăscute se face prin screening-ul sistematic al populației generale, ceea ce presupune un volum de muncă foarte mare sau, mai frecvent, al unor populații selecționate, care prezintă un risc crescut.

În acest scop se folosesc fie probe biochimice izolate, bazate pe reacții calitative de culoare efectuate în urină — cum ar fi cea cu clorură ferică sau cu 2,4-dinitrofenilhidrazină, care sînt în general pozitive pentru un grup larg de afecțiuni metabolice cu răsunset psihic, fie baterii de teste, compuse din 5—6 analize cum ar fi cea descrisă de H. Neimann, N. Pierson și colab. în 1968, care oferă tehnici pentru depistarea unor afecțiuni ca mucopolizaharidele (B. Hurler, leucodistrofii), idiozia fenilpiruvică, glicogenozele, homocistinoza și cistinoza.

Pentru o decelare precoce, de mare exactitate, în situațiile în care instituirea imediată a tratamentului poate împiedica apariția simptomatologiei clinice, îndeosebi la nou-născuți, se folosesc teste mai sensibile (testul microbiologic Guthrie în fenilcetonurie, testul enzimatic Kalckar al deficitului de galacto-1-fosfat-uridil-transferaza în galactozemie).

Pentru precizarea tipului de tulburare metabolică, investigația este completată cu tehnici de mare finețe cum ar fi cromatografia pe hîrtie, în strat subțire, pe coloană de rășini schimbătoare de ioni sau spectrofotometria în ultraviolet, care permit nu numai identificarea substanței ci și aprecieri cantitative.

În ultima vreme, o extindere deosebită pentru identificarea calitativă și evaluarea cantitativă precisă a metaboliților anormali a cunoscut cromatografia în faza gazoasă.

Recunoașterea purtătorilor heterozigoți neafecțați se face prin probe de încărcare cum ar fi cea de încărcare cu fenilalanină (Hsia), care permite evidențierea deficitului latent în metabolismul fenilalaninei, cea de încărcare cu galactoză (proba Holzer) în galactozemie sau prin evidențierea directă a deficitului enzimatic; de exemplu prin măsurarea activității galacto-1-fosfat-uridil-transferazei, care scade cu 50% față de valoarea normală în hematiele purtătorilor heterozigoți ai galactozemiei.

Evidențierea unei simptomatologii biochimice asociate sau premergătoare manifestărilor clinice are o utilitate practică, atît în judecata diagnostică cît și în evaluarea prognostică, mai ales în unele afecțiuni organice cerebrale. Relevarea

modificărilor metabolice a îmbogățit posibilitățile de explicație etiopatogenică a unor boli psihice și multe teste biochimice au intrat deja în arsenalul de investigație de rutină și în acest domeniu al patologiei umane.

Incursiunea sumară în domeniul investigației somatice neurologice și endocrino-metabolice nu cred că ne-a îndepărtat, ci dimpotrivă ne-a apropiat de examinarea psihiatrică, deoarece obținerea acestor date contribuie la aprecierea justă a proceselor patologice, care stau la baza tulburărilor psihice. În plus, interpretarea și coroborarea lor cu elementele semiologice rezultate din examenul psihic amănunțit, dă foi de observație sau fișei ambulatorii caracterul complex, de sinteză, specific psihiatriei. O serie de date despre starea psihică a bolnavului au fost deja desprinse din anamneză, istoricul bolii actuale, și descrierea evenimentelor observate la primul contact cu bolnavul. De altfel, examenul psihic trebuie să se prezinte ca un complex de date de observație clinică care stabilește legătura între datele anamnestice, istoricul afecțiunii și starea prezentă apreciată în perspectiva dinamicii sale.

Descrierea stării psihice trebuie să înceapă în mod firesc prin consemnarea elementelor caracteristice primului contact cu pacientul; dezinvoltura sau ușurința stabilirii relației, retractarea, suspiciunea, detașarea sau refuzul stabilirii unei relații psihice cu mediul și cu noua ambianță medicală. În același timp trebuie descrise expresiile mimice și pantomimice. Mimica veselă, bogată în expresii și concordantă cu fondul afectiv, gesturile pantomimice largi sînt tipice stărilor maniacale; mimica tristă, crispată, exprimînd durere morală, anxietate însoțită de inhibiție motorie, corpul încovoiat, brațele căzute sau încrucișate sînt specifice stărilor depresive; mimica săracă, hipomobilă, detașată sau parazitată de grimase bizare, zîmbet nemotivat (vezi figura 21) asociată cu gesturi pantomimice la fel de bizare și neconcordante sugerează aspectul clinic al unei schizofrenii. Poziția nenaturală incomodă (în poziție de drepti, într-un picior, în pat cu capul ridicat deasupra pernei etc.) sugerează o stare catatonică. Veselia nătîngă, puerilă, bizară, detașată de realitatea înconjurătoare, pune problema unei hebefrenii. Sărăcirea totală a mimicii



Fig. 21 — Schizofrenie cronică, grimasă pe fond de sărăcie mimică.

și aspectul ei de ceară poate să sugereze fie o stare dementială, fie o impregnație neuroleptică intensă.

Tot la începutul examenului psihic se evaluează capacitatea de orientare în timp și spațiu, latența variabilă sau spontaneitatea răspunsurilor, caracterul stabil sau instabil al relației cu examinatorul, precum și eventualele ostentații la adresa acestuia. Se trece apoi la consemnarea aspectelor globale ale funcțiilor psihice, a rezultatelor unor probe orientative de investigație clinică obișnuită, notîndu-se în special aspectele patologice productive sau de deficit.

Deși nu putem considera obligatorie ordinea consemnării elementelor semiologice ale funcțiilor psihice, apreciem totuși că ea trebuie să înceapă cu semiologia percepției, urmată de cea a atenției, memoriei, gândirii și imaginației ca funcții principale cognitive. Se trece apoi la descrierea vieții afective, a trebuințelor instinctive și a funcțiilor efectorii (voința și activitatea).

Datele semiologice și aprecierile în legătură cu aspectele cantitative și calitative ale acestor funcții facilitează posibilitatea caracterizării conștiinței sub aspect psihologic și psihopatologic, a temperamentului, caracterului, intelectului și personalității premorbide și actuale a pacientului.

Metodele de investigație curentă au fost expuse la fiecare funcție în parte, iar cele care se referă la investigația psihologică sînt expuse succint în paragrafele următoare. Pentru a evita repetările inutile în această parte de examen psihic, vom expune doar unele aspecte legate de modalitatea de examinare a bolnavului psihic adult sau copil.

În primul rînd am sugera ca psihiatrul să lase pacientul pe cît posibil să povestească singur despre afecțiunea sa sau să-și exprime liber acuzele, ceea ce crede despre faptul că a fost adus la medic, dacă se consideră bolnav sau sănătos, ce fel de boală crede că are. În al doilea rînd se impune ca medicul să răspundă cu sobrietate și bunăvoință la întrebările adresate lui de către pacient, chiar dacă ele stupefiază prin absurditatea sau puerilismul lor.

Aceasta este una dintre metodele eficiente de a mări încrederea bolnavului în medic și, odată cu ea, de a spori receptivitatea față de ambianță și interesul pacientului de a se destăinui. Atunci cînd expunerea bolnavului este parazitată de multiple divagații și amănunte nesemnificative, se impune intervenția medicului, care trebuie să conducă discuția în mod degajat, explicînd bolnavului necesitatea de a se opri asupra unei serii sau grup de probleme.

Este de preferat ca toate întrebările să fie puse cu tact și în mod diferențiat, în funcție de relatările libere ale bolnavului despre sine sau de conduita sa, care ne sugerează trăirile morbide. De altfel, relatarea spontană sau răspunsurile la întrebările ajutătoare puse de medic în legătură cu activitatea bolnavului în ultima vreme, caracterizarea relațiilor sale cu familia, cu prietenii, cu colegii de muncă pot oferi o serie de date în legătură cu modificarea sau chiar pervertirea legăturilor cu cei din jur, inactivitatea, lipsa de interes, de inițiativă sau scăderea capacității și eficienței muncii; astfel, depresivii afirmă ade-

sea că „vreau să fac dar îmi cade totul din mână“, „nu mai sînt bun de nimic“ etc.

Toate aceste întrebări trebuie să ducă nu numai la înregistrarea unor răspunsuri scurte și evazive („nu știu“, „nu“, „da“ etc.), ci de fiecare dată trebuie să fixăm reacția de ansamblu, trăirea bolnavului, negarea patetică sau schițarea unor gesturi mimice de anxietate, tensiune, mînie, ca și o bunăvoință disproporționată, menită uneori să inducă în eroare, mai ales atunci cînd relațiile acestuia cu membrii familiei și colegii de muncă au căpătat o alură tensivă, datorită atitudinilor sale interpretative, delirante.

Ori de cîte ori convorbirea cu pacientul duce la stări de încordare emoțională negativă, se impune să abandonăm pentru moment tema care a dus la astfel de situații și să revenim cu calm și degajați atunci cînd considerăm că atitudinea pacientului permite repunerea ei în discuție.

Exteriorizarea trăirilor afective ale psihiatrului trebuie să fie cît mai apropiată de conținutul trăirilor emoționale ale pacientului; modulațiile vocii, intensitatea, timbrul vorbirii să urmeze și ele dinamica atitudinilor pacienților (vorbim încet, uneori șoptit atunci cînd bolnavul este inhibat, depresiv, epuizat, dramatizăm atunci cînd pacientul relatează trăiri cu conținut neplăcut, manifestăm în cuvinte și gesturi compasiunea față de bolnav și oprobriu față de personajele cunoscute sau necunoscute care-l șicanează etc.).

Receptivitatea medicului poate fi exprimată și în emoții ca: veselie, satisfacția, rîsul provocat de unele glume, calambururi ale pacientului, chiar dacă ele îmbracă un aspect pueril sau bizar. Este important ca medicul să întrețină cu grijă atmosfera propice desfășurării examenului psihic.

Trebuie evitate ironiile la adresa bolnavului, aerul de superioritate, eventualele izbucniri în rîs motivate uneori de conținutul relației unor situații reale caraghioase sau neverosimile, absurde (mai ales atunci cînd pacientul le susține cu convingere, vrînd să se facă crezut de anturaj). Este de înțeles că în stările psihopatice, în cazul relatărilor mitomanice, a digresiunilor înflorate ale istericilor, atitudinea medicului trebuie să rămînă rezervată atîta timp cît este necesară aprecierea trăsăturilor particulare ale comportamentului liber al pacientului. Apoi, discuția poate lua un aspect contradictoriu, de punere la punct decentă și consecventă, de exprimare directă a convingerilor contrarii, pe care medicul și le formează în timpul examinării.

În scopul aprecierii impenetrabilității și încărcăturii afective a trăirilor delirante, medicul, de obicei către sfîrșitul examenului psihic, poate aduce contraargumente pentru a combate direct convingerile delirante sau pentru a face pe pacient să înțeleagă că nu a reușit să-l determine să ia drept realitate conținutul trăirilor sale delirante, exprimîndu-și nedumerirea în fața confruntării relatărilor bolnavului cu realitatea obiectivă. Reacția bolnavilor poate să reprezinte un protest direct exprimat printr-o atitudine emfatică cu alură de superioritate, de sfidare, alteori de compătimire față de medicul care

a căzut și el în „plasă“, „fiind și el în pericol“ sau „amenințat“ ca și bolnavul. Sînt însă pacienți, mai ales cu delir nesistematizat, sau cu psihoze paranoide din presenescență sau senescență, care admit mai ușor contraargumentarea, își propun să mai verifice, cad de acord asupra posibilității de a se fi înșelat uneori putînd, aparent și pe moment, să renunțe la susținerea ideilor delirante. Alteori, unii (în special paranoicii) aleg calea multiplicării argumentelor, epatînd printr-un discurs care pune în fața medicului zile, date, nume de persoane, număr de dosare, unele documente reale în care li s-a dat dreptate („escrocii“ și „profanatorii“ fiind condamnați în realitate ca infractori). Aceste sesizări, uneori reale, se pierd însă în noianul de concluzii false și se sudează cu hipertrofia personalității întreținută de emoții hiperstenice.

În desfășurarea discuției cu bolnavii, în special cu pacienții nevrotici sau psihopați, trebuie evitată cu orice preț posibilitatea sugerării simptomatologiei. În aceste cazuri, trebuie ca pacientul să fie solicitat să-și expună spontan suferința, fără a se recurge la întrebări inductoare, în fond iatrogenice — de genul acestora: „dar capul vă doare“, „aveți amețeli“, „vă doare inima“, „visați urît noaptea“, „vă sculați obosit dimineața“, „adormiți greu seara“ ? etc. Se recomandă ca psihiatrul să intervină numai cu acele întrebări menite să elucideze intensitatea, durata, perioada zilei și condițiile în care suferințele acuzate de bolnav, deci expuse de el în mod liber, survin sau cresc în intensitate. Întrebările se impun de asemenea atunci cînd datorită gradului de cultură și capacității reduse de exprimare a pacientului nu ne putem edifica suficient asupra naturii și sensului acuzelor respective sau pentru completarea datelor anamnestice și a celor legate de istoricul afecțiunii actuale.

O deosebită atenție trebuie acordată aprecierii nivelului la care este necesar să se desfășoare discuția, care trebuie adaptată în raport cu instrucția, gradul de cultură și capacitatea intelectuală actuală ale pacientului.

În general, examenul psihic trebuie să ducă la evidențierea atitudinii bolnavului față de starea sa de boală, la aprecierea recunoașterii critice a fenomenelor morbide și a necesității internării sau a trimiterii la consultația psihiatrică. În funcție de răspunsuri, psihiatrul consemnează în foaia de observație constatările sale în legătură cu conștiința bolii, cu absența, modificarea parțială sau integritatea aprecierii critice a stării morbide.

Examenul psihic trebuie consemnat în foaia de observație în mod descriptiv, atent, minuțios, redînd ceea ce bolnavul prezintă (nu ceea ce „nu prezintă“) și, în orice caz, ceea ce este caracteristic stării psihice respective. Sîntem în opoziție netă cu acei psihiatri care reduc examenul psihic la cîteva simptome (le-am zice noi „pompoase“), din care nu reiese în mod coerent și cuprinzător starea psihică generală. Scuzele în astfel de situații ar putea fi lipsa de timp, graba, numărul mare de bolnavi etc. Deși poate nu ar fi locul să ne exprimăm părerea într-un manual, considerăm astfel de examene superficiale, lipsite de răspundere, neeficiente.

Ele nu numai că trădează comoditatea și superficialitatea medicului respectiv, dar îl și condamnă la o stagnare a gândirii lui în specialitate, îl împiedică să-și formeze un sistem de analiză corespunzător, pe cât de complex, pe atât de flexibil pentru a exprima multitudinea de variabile pe care le oferă dinamica unei boli psihice, ca și diversitatea manifestărilor aceleiași boli, în funcție de particularitățile individuale ale pacientului.

Aș păstra aceeași apreciere pentru consemnarea evoluției bolii, a modificărilor sau ameliorării stării morbide în funcție de tratamentele urmate. Dacă plasăm în perspectiva timpului toate aceste manifestări negative, putem să conchidem că ele dăunează atât urmării catamnestică a bolnavilor, cât și generațiilor viitoare de medici psihiatri, care consultând o astfel de foaie de observație, ar fi tentați din aceleași motive să urmeze exemplul negativ sau să condamne pe înaintașii lor, care și-au permis să fragmenteze sau să reducă observația clinică la „ceva“ care-ți dă cel mult o impresie vagă despre un anumit diagnostic.

Sînt și cazuri în care examenul psihic nu poate fi completat în primele zile din cauza stării psihice și atitudinii bolnavului. În aceste situații, se descriu doar atitudinea bolnavului, detașarea, negativismul, conduita motorie, aspectele de inhibiție, agitație și incoerență psihomotorie. Apoi, pe baza unor metode de dezinhibiție (amital sodic-cofeină, Evipan, Baytinal etc.), elementele semiologice se completează cu datele culese în perioada de dezinhibiție farmacologică, examenul psihic urmînd a fi îmbogățit cu o serie de secvențe noi, în funcție de efectul metodelor terapeutice aplicate, evoluția bolii însăși sau de eventualele interferențe somatice (stări febrile, traumatisme, intervenții chirurgicale etc.).

Comportîndu-ne față de pacient cu tactul și înțelegerea caracteristică psihiatrului trebuie să acordăm o atenție deosebită foii de observație, aceluia document „juridic“, care oglindește într-o bună măsură atât respectul pe care și-l poartă cel care o scrie, cât și capacitatea lui de gândire clinică și, în funcție de ea, eficiența măsurilor terapeutice pe care a fost capabil să le ia și să le conducă.

Examenul psihic al copilului se efectuează, ca și la adult, de obicei după ce medicul a făcut prin anamneză cunoștința cu problemele particulare ale cazului respectiv. Și la copii este de preferat ca examenul psihic să se facă în afara prezenței părinților, cu excepția celor mai mici, dependenți de mamă, foarte anxioși sau confuzi.

Examenul clinic trebuie să cuprindă o privire globală asupra stării de sănătate a întregului organism (somatică, neurologică și psihică), fiind cunoscute implicațiile largi ale patologiei generale și neurologice în patogenia diferitelor tulburări psihice ale copilului. Aproape întotdeauna se va începe cu examenul psihic, pentru a se evita perturbările și reacțiile de apărare, induse de dezbrăcarea copilului sau de senzațiile neplăcute, uneori dureroase, inerente, ce apar în timpul examinării somatice și neurologice.

Accesul la viața psihică interioară a copilului poate fi realizat numai prin stabilirea unei bune relații medic-pacient. La aceasta contribuie în

mod hotărîtor modul în care se desfășoară primul contact cu copilul, care trebuie pregătit cu multă grijă, fără a se neglija cadrul material, atitudinea medicului sau tehnica interviului.

În unele clinici, pentru a se înlesni adaptarea, se obișnuiește introducerea prealabilă a copilului într-o cameră de așteptare cu jucării, unde este lăsat să se joace și să se comporte liber, în timp ce părintele discută cu medicul. În această cameră, stă un observator care înregistrează și analizează caracteristicile comportamentului liber al copilului, conținutul jocului său, capacitatea acestuia de adaptare la o ambianță nouă și alte aspecte (Frankl, Gegessi-Kiss, Ginott etc.).

La alte clinici, copilul este introdus direct în camera de consultație, care trebuie să conțină câteva jucării, poze sau obiecte uzuale adaptate vârstei respective, plasate pe o măsuță accesibilă. La copiii antepreșcolari se utilizează păpuși de material plastic, cănuță de plastic, linguriță, cuburi, biluțe de plastic sau lemn, pliante viu colorate. Pentru preșcolari se preferă păpuși, un automobil, un telefon, pușcă, creioane colorate, hîrtie, reviste, fără a le aglomera pe masa de examinare (A. Gessel).

Acest cadru plăcut creează o ambianță atrăgătoare și permite folosirea jucăriilor ca pretexte de comunicare între examinator și copil. În contactul cu acesta, medicul va putea învinge rezistențele descrise anterior, printr-o atitudine prietenească, permisivă, prin tact și creînd treptat o atmosferă de destindere și comunicare, în care copilul se simte acceptat și încurajat să-și spună punctul de vedere. Rolul medicului este mai curînd de interlocutor pasiv, plăcut, care știe să asculte, se emoționează la cele spuse de către copil și se ferește să facă vreo remarcă din care să reiasă condamnarea fățișă sau mascată a atitudinilor sau convingerilor acestuia. Atitudinea menționată permite cunoașterea opiniilor copilului, a fricilor și motivațiilor unora din actele sale comportamentale.

Limbajul utilizat va fi adaptat vârstei copilului, iar în formularea întrebărilor se impune să se țină seama de rezerva obișnuită a acestora, de frica față de adulți. De aceea, pentru a investiga părerea copilului mic sau chiar a școlarului despre cei din jurul său, este preferabilă o formulare indirectă, mai aluzivă a întrebărilor, discutîndu-se despre „unii copii care...“, „mamele uneori...“. Această alunecare aparentă spre general permite copilului să-și expună fără grijă părerile sale.

Tehnicile de examinare și conținutul discuției variază în raport cu vîrsta. Cu toate acestea, există în general o fază inițială comună, de acomodare, de stabilire a contactului, imediat după ce copilul a intrat în cameră, după salutul prietenesc al medicului. În câteva minute, copilul explorează ambianța, studiază mimica, gesturile și cuvintele de salut ale examinatorului, hotărînd dacă să îi acorde sau nu încrederea. În această fază, pentru succesul consultației, medicul trebuie să fie perceput ca o persoană permisivă care acceptă copilul așa cum este el (L. Kanner).

Astfel, copilul va fi lăsat să se plimbe în voie prin cameră, să pună mîna pe obiectele la îndemînă, să se așeze pe locul sau în poziția care-i place, fără a se face vreo remarcă sau observație. Aceasta semnifică acceptarea pacientului de către examinator și deschide accesul către

încrederea lui. După un interval de 3—4 minute, în care de obicei medicul își găsește ceva de lucru în vreun registru sau caiet, fără a întrerupe comunicarea intraverbală, se poate începe discuția cu copilul. De obicei, ea începe fie printr-o remarcă binevoitoare asupra jocului, fie printr-o apreciere pozitivă, folosindu-se totdeauna numele cel mic al copilului.

În etapele următoare, tehnica de examinare va fi adaptată la particularitățile de vîrstă. Astfel, la copilul mic, preșcolar sau antepreșcolar, examinarea se face prin intermediul jucăriilor. Medicul va intra în interacțiune cu copilul, în contact afectiv, fizic și verbal în timpul manipulării jucăriilor sau prin examinarea în comun a unor pliante viu colorate, cuprinzînd ilustrații cu animale, obiecte sau copii, analizînd în aceste condiții mimica copilului, activitatea sa spontană, modul în care se joacă, reacțiile emoționale, interesul său pentru lumea înconjurătoare. Momentul și amploarea intervenției active a examinatorului trebuie să fie dictate de către situația concretă, în care copilul începe să devină disponibil afectiv, să-și manifeste interesul și simpatia față de cei din jur. În acest sens, Asperger observa că în timpul examinării „copilul trebuie să conducă conversația”. Abia după aceea se va putea înfiripa o discuție în care se va explora nivelul de cunoștințe, prin denumirea obiectelor din desen sau a părților corpului omenesc, a numelui animalelor sau a altor aspecte, în raport cu vîrsta și posibilitățile sale. Pentru a explora întreaga gamă de reacții ale copilului, responsivitatea sa emoțională, atașamentul lui față de familie, adaptarea față de situații noi, oameni străini, vor putea fi create cîteva situații deosebite cum ar fi oferirea unor jucării, sau se dă un ordin verbal, se solicită mama să plece din cameră etc. Datorită dezvoltării insuficiente a limbajului și cantității relativ reduse de informații ce se pot obține din discuția cu copilul, îndeosebi pînă la 4 ani (L. J. Jarrow), aprecierile medicului, pentru această perioadă de vîrstă, se bazează pe analiza minuțioasă a comportamentului, a mimicii, a pantomimicii, manifestărilor spontane sau a celor declanșate în mod deliberat, ca și pe calitatea desfășurării comunicării cu acesta, îndeosebi pe plan intraverbal.

La copiii de la 6 la 7 ani în sus, ponderea discuției în economia examinării crește în mod corespunzător și conversația va decurge în mai multe etape. După faza inițială, de acomodare, preverbală, conversația se va orienta asupra unor teme plăcute, neutre sau indiferente, îndepărtate de problematica cazului respectiv, cum ar fi datele de identitate, modul în care s-a desfășurat drumul său, distanța care-l separă de școală etc. Prin concentrarea asupra acestor subiecte banale, este distrasă atenția copilului de la situația sa, sînt risipite teama și emoțiile inerente, stabilindu-se un climat favorabil de comunicare. Totodată examinatorul va putea aprecia abilitatea și voința copilului sau adolescentului în a vorbi despre sine. Unii autori, cum ar fi Martin Flagey, consideră că în această fază e bine să se explice copilului de ce a fost adus, să i se precizeze rolul medicului, să i se arate că interesează modul în care el vede lucrurile și că examinatorul dorește și încearcă să-l înțeleagă și să-l ajute.

În această etapă, discuția va aborda în mod treptat majoritatea preocupărilor sale, obținându-se date referitoare la prietenii săi, la joacă, distracții, școală, relațiile cu familia, cu părinții și frații săi, situația sa de acasă, dorințele și planurile sale de viitor etc. După J. Lutz, apare necesar să-l facem pe copil să-și povestească antecedentele sale. Din informațiile obținute putem să definim în bună măsură calitatea diferitelor procese psihice, cum ar fi starea de conștiință, procesele de cunoaștere, afectivitatea, sistemul său de relații cu lumea exterioară, orientarea sa generală.

Apoi ne vom concentra atenția asupra motivelor prezentării la medic. În acest moment pot să apară unele dificultăți, îndeosebi când e vorba de tulburări de comportament, de situații conflictuale familiale sau școlare. În asemenea cazuri se poate formula o observație generală cum ar fi: „tu ești un copil sau un adolescent cu anumite calități, din câte am discutat noi, totuși nu înțeleg ce s-a întâmplat, de ce ai ajuns la consultație?”. „Ce crezi tu că i-ar fi nemulțumit pe părinții tăi atât de mult?”. Alți autori (M. Barton Hall) consideră că o remarcă ocazională sau o întrebare directă favorizează ruperea inhibiției și intrarea în subiect.

În discuția ce urmează, copilul sau adolescentul trebuie lăsat sau stimulat să povestească singur, cât mai mult, fără prea multe întreruperi, încercînd să-l înțelegem, pornind nu de la punctul de vedere exterior, al observatorului sau al moralei obișnuite, ci din interior, de la concepțiile sale despre lume. Vom căuta apoi să definim cât mai exact viața sa interioară, gradul de dezvoltare și diferențiere a personalității sale, modul în care acesta se adaptează la condițiile lumii exterioare, zonele de incongruență ca și motivațiile, fricile, ideile sau atitudinile care le generează. Vom stabili totodată permeabilitatea copilului față de lumea exterioară. Întrebările suplimentare, fie că tind să aducă o precizare în anumite aspecte descriptive, referitoare la fapte, simptome și particularități psihopatologice, fie că se referă la cauze, mecanisme privite prin prisma opiniilor copilului sau adolescentului (Bräutigam); în acest sens, formularea lor trebuie să fie clară și să se exprime o poziție obiectivă de către observator, care să incite la judecată și la analiza evenimentelor dintr-o nouă perspectivă. Asemenea întrebări ar fi concepute astfel: „Cum crezi că ar fi trebuit să se poarte părinții tăi în această situație? sau... „De ce să nu aibă încredere în capacitatea ta, crezi că ar exista anumite lucruri neclare în atitudinile tale?”.

În aprecierea răspunsurilor date de către copii, trebuie să ținem seama de faptul că aceștia nu au în general suficient dezvoltată capacitatea de a descrie pe larg, într-o povestire coerentă, detaliată, viața sau problemele lor, expresiile lor spontane sau răspunsurile fiind scurte, lapidare, survenind adesea într-un context de tăceri semnificative. Totuși ele conțin aprecieri fundamentale față de care trebuie să fim receptivi, deși par să fie spuse în treacăt, fără insistențele caracteristice adultului. Astfel, un băiețel de 7 ani, crescut de o mamă ostilă și agresivă, care întâmpina dificultăți la școală datorită greșelilor educative ale profesoarei, a răspuns la întrebarea „cum o mai duci cu școala?” astfel:

„nu o urăsc așa de mult pe profesoară“, trecînd în vizibilă tensiune, brusc, la alt subiect, fără a mai da vreo explicație.

Unii autori, ca Jean Lutz arată că în asemenea cazuri e preferabil să nu insistăm în cunoașterea completă a opiniilor copilului, ci să așteptăm cu răbdare a doua ședință în care discuția va fi mult mai cursivă, datorită încrederii căpătate anterior.

L. Kanner acordă o importanță deosebită discutării circumstanțelor în care s-au produs pentru prima oară anumite tulburări cum ar fi fuga de acasă, actele agresive, fuga de la școală, cu precizarea în amănunt a situației generatoare, a trăirilor sale, a atitudinii părinților și celor din jur, înainte și după incidentul respectiv. Adesea, numai după interpretarea corectă a acestui episod se poate obține diagnosticul exact al bolii copilului, pentru că în geneza și desfășurarea faptelor survenite în etapele ulterioare ale bolii pot să intervină mecanisme de condiționare și fixare, care modifică mai mult sau mai puțin semnificația inițială, îngreunînd înțelegerea cazului.

La adolescent comunicarea este nu rareori împiedicată de atitudinile de opoziție, de unele stări de furie, lacrimi sau agresivitate caracteristice vârstei. În aceste cazuri e bine ca el să fie lăsat să-și exteriorizeze furia, nemulțumirea, fără a i se acorda importanța scontată și după 2—3 minute de așteptare, discretă, din partea medicului, pacientul realizează că manifestările sale sînt nepotrivite sau fără sens. În acel moment o întrebare francă, clară, a examinatorului, spusă pe un ton calm, face să dispară toate tulburările, bineînțeles dacă nu e vorba de o psihoză, stare confuzională, echivalență comițială, creîndu-se astfel posibilitatea abordării directe a problemelor respective. Deși schema generală a consultației nu se modifică la această vîrstă, rolul medicului poate să fie mult mai activ mai ales în elucidarea și tratarea tulburărilor apărute în cursul stărilor conflictuale, a dificultăților de orientare profesională, a tulburărilor de comportament izvorîte din neînțelegerile părinți-copii. În asemenea cazuri, paralel cu clarificarea aspectelor psihopatologice, se va încerca degajarea unei imagini clare asupra perspectivelor de soluționare. Se va căuta definirea nu numai a convingerilor adolescentului respectiv ci și a atitudinii reale față de lume, care conține adesea acea „Fehlhaltung“, poziție greșită, generatoare de conflicte. Astfel o fată de 15 ani, orfană de tată, care fusese adusă pentru întreruperea școlii, obraznicie, agresivitate față de mamă, tendința la vagabondaj, insista asupra faptului că este nefericită pentru că mama sa îi face observații, „nu o lasă în pace“, și că această situație îi determină „stări de nervi“, care o fac să fie bolnavă. Insistîndu-se asupra motivelor de nemulțumire ale mamei sale, fata a ajuns în final la concluzia că ele erau întemeiate, deoarece erau determinate de tendințele sale exagerate de independență, pacienta obișnuind să umble pe străzi și adesea să întîrzie la dans sau la prietene. Conștientizarea autocritică a acestei tendințe de adultizare dezaptativă a dus la o mai bună înțelegere a situației reale, la corectarea substanțială a relațiilor cu mama și la acceptarea soluției de încadrare într-o activitate productivă.

Tabel privind dezvoltarea psihomotorie a copilului (0-2; 6 ani)
(după A. Gesell, C. Amartruda, Binet Simon - modificat)

Perioade de vîrstă	Motor	Senzorial	Reflexe	Lîmbaj	Adaptare-integrare
SUGAR 0-1 lună	Culcat pe spate stă cu capul pe o parte Hipertonie fiziologică Răspunsuri motorii globale la stimuli	Fixează lumina, urmărește obiectele strălucitoare în mișcare Tresare la zgomote puternice Răspunde cu latență la stimuli nocivi	Reflexe osteotendinoase vii Reflex cutanat plantar în extensie Reflexe specifice arhaice: Moro, tonice cervicale, apucare forțată, sugere, sprijin Persistă reflexele specifice care dispar în parte la 4 luni	Emite sunete neclare laringiene	Tipă cînd îi este foame sau cînd este ud Se liniștește cînd i se vorbește blînd
3 luni	Culcat pe spate ține capul cu fața în sus În ortostatism își ține capul rigid Apucare reflexă (grasping) Răspunsuri localizate la stimuli	Privește obiecte staționare, jucării Distinge gusturile de dulce, amar, neutru	Persistă reflexul de sugere și pășire Reacția de ridicare Reflexul cutanat plantar e variabil	Gîngurit	Apare reacția de înviorare Zîmbet, mișcări generale la vederea mamei Examinează obiecte și încearcă să le țină în mîna
6 luni	Stă în șezut cu mîinile sprijinite În decubit ventral ridică capul și toracele de la planul patului Prehensiune digito-palmară Se ridică în picioare prin agățare de marginea patului Începe să se trască în 4 labe Prehensiune tridigitală cu vîrfurile degetelor (I-II-III)	Diferențiază alimente după gust Localizează direcția sunetului Recunoaște vocile familiare	Persistă reflexul de sugere și pășire Reacția de ridicare Reflexul cutanat plantar e variabil	Imită reflex mișcarea buzelor mamei Începe să articuleze slab sunete silabice (ma-, ba-, pa-)	Deosebește persoanele din familie Manipulează jucăriile, duce la gură, își examinează mîinile
9 luni		Aude ceasul de la 3 cm distanță Discriminări ale alimintelor Scurtarea perioadei de latență a răspunsului la stimuli nocivi	Persistă reflexul de sugere Reflexul cutanat plantar variabil Reacție manifestă la ridicare (a ascensorului) — apare reacția Landau	Emite cuvinte bisilabice: ma-ma-, ba-ba, fără semnificație Înțelege sensul a 10 cuvinte	Deosebește mama, se mișcă, explorează independent, începe să imite pe adulți, agită ritmic jucării, interes pentru obiecte mici; prinde singur tetina și o duce la gură, înțelege interdicția
1 an	Poate sta în ortostatism singur cîteva clipe Primii pași singur, nesprîjiniți Prehensiune cu pensa bidentală (police-arătător)	Localizează zgomote îndepărtate Devine atent la muzică Respinge un miros neplăcut	Persistă reflexul de sugere Reflexul cutanat plantar variabil Reflexul Landau prezent	Are un vocabular de 3 cuvinte (mama, papa, tata) Înțelege sensul a 50 de cuvinte	Bea singur din căniță, ajută la îmbrăcat, dă obiecte la cerere, aruncă obiecte pe jos, le reia, le ciocănește

<p>1 an, 3 luni</p>	<p>Merge cu baza de susținere lărgită Ținut de mâini poate urca scările Închide și deschide cutii mici</p>	<p>Percepe și diferențiază culorile (e atras de roșu) Recunoaște zgomotul ceasului de la 5 cm Poate localiza o excitație tactilă Vede și apucă un disc de 3 mm Aude tic-tac-ul ceasului de la 6 cm Îi plac parfumurile</p>	<p>Reflexul Landau prezent Reflexul cutanat plantar variabil</p>	<p>Articulează 4-6 cuvinte rostite izolat (adesea deformat articulate)</p>	<p>Încearcă să mănânce Jocuri: suprapune 2 cuburi, introduce o bilă în borcănel Arată gura, nasul, ochii</p>
<p>1 an, 6 luni</p>	<p>Alteargă cu membrele inferioare rigide, deschise Deschide sertare Destupă sticle</p>	<p>Convergență perfectă, aproximarea distanței, murmură o melodie des auzită, nete preferințe alimentare Complet dezvoltat</p>	<p>Reflexul Landau prezent Reflexul cutanat plantar variabil în flexie sau extensie</p>	<p>Articulează 20 cuvinte Alcătuiește propoziții din 2 cuvinte, substantive (mama-papa) Vocabular propriu, jargon</p>	<p>Indică trăsăturile fizicii umane, răfoiește o carte cu 3-4 pagini deodată, indică 2-3 obiecte cunoscute, ordine simplă, suprapune 3-4 cuburi aruncă mingea</p>
<p>1 an, 9 luni</p>	<p>Alteargă bine, poate merge înapoi Prin imitație lovește mingea cu piciorul după model concret; pensă medius-police Este independent, alteargă degajat Se urcă pe masă, pe scaun Urcă scările treaptă cu treaptă cu sprijin cu ambele mâini</p>	<p>Reacția Landau prezentă Reflex cutanat plantar variabil</p>	<p>Reacția Landau prezentă Reflex cutanat plantar constant în flexie Reflexele tranzitorii dispar</p>	<p>Propoziții din 2 cuvinte (verb-substantiv; dai-papa)</p>	<p>Ajută, imită treburi casnice Mizgălește spontan; gelozie când se dă atenție altui copil; anunță urinat</p>
<p>2 ani</p>	<p>Merge pe vârful degetelor, sare cu ambele picioare, încearcă să stea într-un picior Ține creionul cu degetele Stă pe vine sprijinit</p>	<p>Percepția culorilor și o formelor corespunzătoare adultului Plasează 3 figuri geometrice în incastrelor Memorie, gândire corespunzătoare adultului</p>	<p>Articulează 300 cuvinte Construiește propoziții din 3-4 cuvinte Dislalie fiziologică</p>	<p>Se autoservește parțial: duce corect lingurița la gură; își scoate căciulița, ciorapii Își spune numele mic, răfoiește cartea filă cu filă, denumește imaginile, se joacă cu păpușile, transportă cu căruciorul, supra-pune 4 cuburi</p>	<p>Își spune numele mic, imită activitățile, suprapune 8 cuburi, înșiră inele sau bile pe tijă, duce obiecte cu atenție, își pune singur căciulița și fularul, trasează cu creionul o linie regulată</p>
<p>2 ani, 6 luni</p>	<p>Merge pe vârful degetelor, sare cu ambele picioare, încearcă să stea într-un picior Ține creionul cu degetele Stă pe vine sprijinit</p>	<p>Percepția culorilor și o formelor corespunzătoare adultului Plasează 3 figuri geometrice în incastrelor Memorie, gândire corespunzătoare adultului</p>	<p>Articulează 300 cuvinte Construiește propoziții din 3-4 cuvinte Dislalie fiziologică</p>	<p>Se autoservește parțial: duce corect lingurița la gură; își scoate căciulița, ciorapii Își spune numele mic, răfoiește cartea filă cu filă, denumește imaginile, se joacă cu păpușile, transportă cu căruciorul, supra-pune 4 cuburi</p>	<p>Își spune numele mic, imită activitățile, suprapune 8 cuburi, înșiră inele sau bile pe tijă, duce obiecte cu atenție, își pune singur căciulița și fularul, trasează cu creionul o linie regulată</p>

Etapă (După J. Piaget și Ch. Bühler, H. Ey)	Caracteristici pe ani de vîrstă
I. <i>Senzorio-motorie (0-2 ani)</i>	
II. <i>Stadiul preoperator (între 2-7/8 ani)</i>	
a) între 2-4 ani — stadiul simbolic — apariția funcțiilor limbajului și a jocului	La 3 ani apar noțiuni spațiale, se realizează orientarea în spații simple, vocabularul servește pentru a comanda și a se supune; noțiunea de număr, debutul socializării, afirmarea Eu-lui.
Criza de opoziție	
Stadiul gândirii intuitive prenoționale	
b) între 4-5 ani, sisteme reprezentative, statice, spațiale, grupări de acțiuni ireversibilitate, precauzalitate, non-conservare, gândire magică, animistă	La 4 ani apar noțiuni de timp, durata unei acțiuni, noțiuni topografice — stradă, oraș — întrebări, monologuri, apare înțelegerea unei situații practice, continuă tendința de socializare.
c) între 5-7 ani, apariția și organizarea articulării și reglării, semireversibilitatea, gândirea animistă	La 5 ani noțiunile de timp se consolidează, apare succesiunea activităților, aprecierea estetică simplă, definirea obiectelor după criterii utilitare, continuă socializarea, crește interesul pentru alții.
	La 6 ani se maturizează schema corporală, numără pînă la 10, efectuează analogii, rezolvă unele situații de viață elementare.
	La 7 ani apar relații de grup, clasificare, seriare, calculul aritmetic se consolidează, tendința la cooperare și disciplină socială, crize afective, tendința la atitudini extreme.
III. <i>Stadiul gândirii concrete</i>	
Între 7-8 ani și 11-12 ani se constituie sistemele operatorii de transformare și invarianță, noțiunile	La 8 ani sînt posibile operațiuni aritmetice, consolidarea sistemului temporal (zilele săptămîinii), apar clasificări, comparații, definirea în raport cu noțiunile general-concrete.
Apar operații simple, concrete: grupare, clasificare, seriare, multiplicare, fracționare.	La 9 ani dezvoltarea inteligenței practice — manipularea banilor etc., completarea sistemului temporal, operații aritmetice.
Se constituie invariantul desprins de reprezentare. Cauzalitate.	
Se formează sistemele fundamentale în domeniul timpului și spațiului (pînă la 10 ani).	La 10 ani — dezvoltarea operațiilor de asemănare, relațiile de opoziție noțională, judecăți (aprecieri morale), rezolvă probleme cu un grad de abstractizare.
Apare previzibilul, aspectul anticipator. Este o perioadă de socializare intensă, relativ liniștită (pînă la 11-12 ani).	La 11 ani crește capacitatea de abstractizare, rezolvă probleme, înțelege povestiri în imagini, se dezvoltă criteriile de apreciere a realității.

Probe (după Binet-Simon, E. Kujath — modificat)

Cunoaște numele de familie (cum te cheamă, Ionel? și mai cum). Arată părțile corpului. Repetă 2 cifre. Denumeste 3—4 obiecte familiare: cheie, cuțitaș, monedă, denumește o culoare (roșu). Își cunoaște sexul (după îmbrăcăminte). Desenează un cerc închis după model, cunoaște și aplică corect termenii de „aproape“, „departe“, „sus“, „jos“. Numără pînă la 2.

Pe o grupă de obiecte poate să numere pînă la 3, compară 2 linii și poate preciza care este mai mare, repetă 3 cifre, identifică anumite stări afective pe desen (copilul plinge, ride, e atent) sau acțiuni umane (se cațără, se spală, suflă nasul), copiază un pătrat, identifică unele obiecte uzuale după întrebuintare: cu ce tai plinea, locul obiectelor în casă.

Definește obiectele; la obiecte uzuale (lingură, masă, scaun) poate să spună ce este, la ce folosește, cum arată. Poate să spună cîți ani are; pe o suită de imagini din viața sa poate să indice ce a fost înainte; reflectă timpul; poate executa trei ordine simple în ordinea cerută. Reproduce un triunghi. Identifică după utilitate obiecte mai complicate: pe ce dormim, cu ce ne apărăm de ploaie.

Stabilirea lateralității atît la membre, cît și la urechi, ochi; numără pînă la 10 pe degete; să se găsească analogii: cîinele mușcă — pisica...? ziua este lumină — noaptea...? Să se aprecieze durata unei acțiuni dîndu-se cîteva imagini (copil care merge pe jos, cu mașina, cu avionul), care merge mai repede? Să se dea o soluție pentru unele situații: dacă plouă, dacă arde casa. Să se reproducă un romb. Să cunoască culorile (5—6).

Să numere de la 20 înapoi, să definească noțiuni opuse: iute..., gras..., frig..., sus..., Poate face sinteza de grupă pentru fructe, culori, legume (care sînt, cum se numesc cu un cuvînt). Să clasifice imaginile în raport cu conținutul. A găsi o soluție pentru situații ca: strici un lucru care nu e al tău, te lovește un camarad din greșeală, cînd întirzii la școală.

A denumi zilele săptămîinii, ce zi este înainte sau după marți? Formarea unei propoziții care să includă 3 cuvinte: cuminte, minge, riu, pădure, copaci, păsări. Așezarea a 5 greutateți în ordine; compararea a 2 obiecte din memorie (cupluri ca fluture-muscă, lemn-sticlă, căruța-sanie; cățel-găină); trebuie să găsească deosebiri reale, în general esențiale. Calcule, scris, citit, socotit pînă la 100.

Definiții (măr, fluture, iepure, automobil) prin elemente esențiale; noțiuni, categorii. Rezolvarea de mici probleme. A reda corect semnificația unui desen printr-un singur cuvînt. A compara pe criterii esențiale: pește-vapor, avion-pasăre, carte-caiet. A clasifica un șir de obiecte sau imagini corect. Operații aritmetice: împărțire, transformarea unităților de măsură.

A indica asemănările între 3 obiecte: șarpe-vacă-vrabie sau trandafir-cartof-arbore sau cheie-potcoavă-sabie. Deosebiri între ușă-poartă, pitic-copil, greșeală-minciună, riu-lac. A găsi noțiuni opuse: lumină-..., război-..., laudă-..., ceva-...; să spună date: ziua, luna, anul. Să dea soluția corectă la situații neplăcute: părărea despre cineva pe care nu-l cunoști bine sau de ce se iartă mai ușor o faptă rea săvîrșită la minie.

A cunoaște lunile anului, anotimpurile, să rezolve probleme de calcul mintal (cumpăr o carte de 25 lei; dacă dau 4 hîrtii de 10 lei, cît rest primesc?) Să descrie deosebirile dintre anotimpuri, între un om bătrîn și un copil. Să aranjeze 3—4 imagini astfel încît să reiasă o povestire cu sens.

Etape (După J. Piaget și Ch. Bühler, H. Ey)	Caracteristici pe ani de vîrstă
<p>IV. <i>Gîndirea abstractă/formal-logică</i> Apar operațiile formale, gîndirea se detașează de concret, operațiile se aplică asupra ipotezelor. Se analizează posibilul nu numai realul.</p> <p>Dezvoltarea raționamentului logic deductiv, a abstractizării. Se constituie regulile gîndirii constructive combinatorii. Flexibilitatea, reversibilitatea operațiilor mentale (transformări, negație, reciprocitate). Apar noțiunile probabilistice.</p> <p><i>După Ch. Bühler:</i> La 11—12 ani apare <i>faza negativă a pubertății</i> introspecție, criticism, devalorizare a valorilor familiale, labilitate afectivă, variabilitate în atitudine. La 13—15 ani, <i>faza pozitivă a pubertății</i> aderență de idealurile sociale, constructivă, altruism. Adolescența se prelungește pînă la 18—19 ani prin procese de maturizare a comportamentului social și sexual, de stabilizare emoțional.</p>	<p><i>La 12 ani</i> e capabil să sesizeze absurditățile în povestiri, concepe timpul istoric (secolele), operațiile algebrice, sesizarea esențialului în unele situații de viață, judecarea lor. Poate defini unele noțiuni abstracte.</p> <p><i>La 13 ani</i></p> <p><i>La 14 ani</i></p> <p><i>La 15 ani</i></p>

În multe cazuri consultația de psihiatrie infantilă are un rol terapeutic mai mare decît la adult, ea oferind atît părinților, cît și copilului ocazia de a împărtăși problemele respective unui interlocutor obiectiv și binevoitor, care poate să contribuie în mod constructiv la soluționarea lor, fie prin psihoterapie, fie prin sfaturi sau chiar numai prin prezentarea faptelor într-o altă perspectivă, familiei aflată în criză.

Durata examenului psihic este variabilă în raport cu vîrsta copilului, nedepășind în genere 30—40 de minute, chiar dacă nu s-a epuizat explorarea tuturor obiectivelor propuse. El trebuie să se încheie în mod plăcut stimulat, prin trecerea la subiecte neutre, pentru a asigura posibilitatea continuării procesului psihoterapeutic în ședințele următoare.

Probe (după Binet-Simon, R. Kűjath — modificat)

Să definească trenul, avionul, timpul istoric, secolele. Să exprime 60 de cuvinte în 3 minute. Să rezolve probleme cu fapte diverse (un om merge prin pădure; s-a oprit deodată foarte înspăimîntat și a alergat la postul de miliție. Să spună ce a văzut pe creanga unui copac. Un..., un ce? sau: La vecinul nostru au venit niște oameni neobișnuiți, unul după altul: fratele, un medic și un sanitar. Ce se petrece la vecinul nostru?) Repetarea a 6 cifre. Critica frazelor absurde. (Un motociclist a căzut cu capul de o piatră și a murit îndată. Se speră să scape cu viață. S-a constatat că la mai toate nenorocirile pe C.F.R., cel din urmă vagon este cel care suferă cele mai mari stricăciuni; de aceea s-a hotărît desființarea ultimului vagon. Este posibil? De ce?).

Reproducerea de cuvinte în ordine inversă popor-zidar, copil, cadou. Să rezolve unele probleme de tipul: Ion era cu 3 ani mai mare decît Gheorghe. Ion a murit cînd era de 87 de ani, Gheorghe a murit cu 5 ani înainte lui Ion. La ce vîrstă a murit Gheorghe? Sau: La 14 noiembrie se face ziuă la ora 7 și se înserează de la 5 după amiază. Cu cîte ore este mai mare ziua decît noaptea? Să se așeze o serie de cuvinte date fără legătură între ele într-o propoziție cu înțeles (de ex., am, toții, la, ieri, țară, plecat, cu, dimineața). A explica ce susține avionul în zbor, să enumere mijloace de transport.

Stabilirea relațiilor cauzale (se usucă mai repede o pînză pusă pe jos decît una întinsă pe frînghie? Descrierea dizolvării sării în apă; constituirea norilor). Definierea noțiunilor: insulă, gheață, invidie, curaj, speranță, chirie, fabulă. Compararea noțiunilor: obicei-lege, prost-rău. Viteza de găsire a unor cuvinte: produs animal din 2 litere, unealtă din 6 litere. Explicații referitoare la cuvinte rare: plombă, sudic, dependent, imprimare, polemică. Inversarea arătătoarelor ceasornicului. Rezolvarea problemelor cu numere fracționare ($1\frac{1}{2}$ kg de brînză costă 12 lei; cit costă un kg?).

Explicarea proverbelor: „foamea e cel mai bun bucătar”, „Bate fierul cît e cald”, „Cum îți așterni așa vei dormi”. Formarea unei gîndiri din 3 cuvinte: foc, vînt, noroc; sau călătorie, nenorocire, hucurie; sau hoț, ciine, închisoare. Să explice ciclul apei în natură. Definierea noțiunilor de popor, țară, adevăr, zicală, război.

Obiectivele examinării psihiatrice a copilului nu diferă de cele ale adultului, analiza va trebui să cuprindă aceleași sectoare ale vieții psihice, cum ar fi starea de conștientă, a proceselor de cunoaștere, a afectivității, activității. Totuși, la copil, se acordă o importanță deosebită determinării nivelului de dezvoltare a vieții psihice, a proceselor de cunoaștere, ceea ce implică o examinare sistematică a dezvoltării percepției, culorilor, formelor spațiale, a atenției, memoriei, proceselor de gîndire și a limbajului, fie cu ajutorul anumitor probe cum ar fi testele de inteligență, de memorie, fie printr-o apreciere globală, ceva mai imprecisă, care se obține în cursul conversației nederijate și a discutării problemelor personale (vezi testele și tehnicile expuse). Tabel nr. 1 și 2.

2. INVESTIGAȚIA PSIHOLÓGICĂ

Caracterul postulatív al cunoașterii psihologice a bolnavului — indiferent de afecțiune — este astăzi evident pentru orice medic. Mai puțin cunoscut este faptul că tulburările psihice ale bolnavului (întîlnit în practica generală) nu constituie un acompaniament lipsit de importanță sau un epifenomen, întrucît „jumătate din pacienții ce caută ajutor medical au probleme psihiatrice semnificative“ (Freedman A., H. Kaplan, 1967, p. 1120).

Analizînd situația sub unghi psiho-sociologic, „se apreciază că un ins din zece, la un moment dat al existenței, prezintă tulburări timice sau mentale destul de grave pentru ca să necesite o îngrijire psihiatrică“ (Ayd, 1965, p. 2).

Problema cunoașterii stării psihice a bolnavului se pune azi cu acuitate nu numai în psihiatrie, ci și în toate domeniile medicale, inclusiv cele chirurgicale ultraspecializate.

Cercetarea complexă și deci inclusiv psihologică a oricărui bolnav se impune datorită faptului că, odată cu debutul bolii, subiectul pătrunde într-o lume a semnelor de întrebare. Acestea se referă la gravitatea, durata, modul de evoluție a bolii, dar și la posibilitățile fizice sau psihice ulterioare, uneori chiar la existența sa.

Psihologia și psihopatologia modernă tind să renunțe la investigația analitică, în manieră clasică, a fiecărui proces psihic: senzații, percepții, reprezentări, memorie, gîndire, imaginație, afectivitate, activitate și voință. De fapt, primele procese alcătuiesc sfera cognitivă — explorabilă în special prin *teste cognitive*, cu rezultate susceptibile de o estimare cantitativă, iar ultimele alcătuiesc sfera *volitional-afectivă*, mai strîns legată de personalitate, explorabilă mai ales prin *tehnicile proiective*, ale căror rezultate rămîn la stadiul estimării calitative.

A. EXPLORAREA POSIBILITĂȚILOR COGNITIVE ALE BOLNAVULUI

Dintre numeroasele teste afectate acestui domeniu redăm pe acelea care sînt folosite în mod curent în laboratoarele de psihologie, fiind recunoscută atît eficiența, cît și maniabilitatea lor.

INVESTIGAREA ATENȚIEI

Astfel, dintre testele destinate investigării atenției, timpul de reacție (vizual, auditiv sau motor) la apariția unui stimul, ca și tahistoscopul (în care subiectul trebuie să distingă un desen, o cifră, sau un număr în mișcare) oferă indicii în primul rînd asupra aptitudinii mobilității generale, cît și asupra performanțelor perceptuale și indirect asupra mobilității atenției. Aceste probe dau indicii prețioase în special în sindroamele organice. Asemenea altor teste numite „*psihofiziologice*“ sau de „*performanțe perceptuale*“, după o perioadă de eclipsă (datorită utilizării ample a „*testelor de gîndire conceptuală*“), aceste probe cunosc un nou interes din partea cercetătorilor, datorită eficienței lor în dece-

larea leziunilor cerebrale discrete, ca și datorită experiențelor cu substanțe psihotrope și în special cu cele „psihotomimetice“.

Astfel, probele pentru investigarea timpului de reacție motorie, tapping-ul etc. pot evidenția o dispraxie de îmbrăcare ce nu ar constitui obiectul unor acuze spontane. Ele relevă tulburări (subclinice) la bolnavii neurologici, cu leziuni în special ale emisferului drept. De asemenea, unii bolnavi, cu o capacitate stereognozică intactă clinic, prezintă deficite în recunoașterea tactilă (epicritică) a unor obiecte dintr-un test.

Bolnavi cu leziuni cerebrale unilaterale au o prelungire netă a timpului de reacție motorie, chiar dacă utilizează pentru răspuns, mîna ipsilaterală (din partea sănătoasă a corpului).

Prelungirea timpului de reacție se constată însă și în nevroze, dar mai ales în sfera largă a stărilor depresive. De aceea se poate recurge la compararea timpului de reacție al mîinii drepte și stîngi, care face posibilă discriminarea între o tulburare psihică și una neurologică, stabilind în același timp hemisferul lezat.

De asemenea, pentru a diferenția nevroticii de bolnavii cu leziuni cerebrale, se utilizează proba pe care o putem denumi „a semnalului pregătitor“ sau „proba semnalului încrucișat“, care constă în emiterea unui prim stimul (menit să atragă atenția) și după un interval (regulat sau neregulat) a celui de-al doilea (diferit calitativ), ca declanșator al răspunsului.

Se apreciază intervalul dintre primul și al doilea stimul, care este întotdeauna mai mare la bolnavii cu leziuni cerebrale decît la nevrotici.

Proba clasică de investigație a atenției (datînd din 1895), larg utilizată și astăzi în laboratoarele de psihopatologie, „testul de baraj Bourdon“, constă în bararea uneia sau a anumitor litere dintr-un text sau dintr-un rînd de litere (exemplu : „O“ din rîndul cu O, Q, C, Q, O, C, O, C, Q, O) într-o unitate de timp.

Toulouse și Piéron au modificat testul, introducînd figuri în loc de litere.

În efectuarea probei, are loc o dispută între *rapiditate* și *precizie* (aspecte implicate în primul rînd), fapt pentru care, rezultatul se exprimă printr-o cifră asupra rapidității și alta asupra calității (corectitudinii). Fatigabilitatea unui ins se exprimă aici cu destulă fidelitate, manifestîndu-se atît prin scăderea ritmului barării, cît și prin sporirea greșelilor.

De fapt, proba nu este edificatoare decît analizată în desfășurarea ei, în manieră temporală, măsurînd timpul necesar barării fiecărui rînd (nu numai timpul total). Reprezentînd rezultatele grafic (rîndurile pe abscisă și timpii corespunzători pe ordonată), obținem o curbă a timpilor. Ea poate fi plată la un bolnav indiferent, rigid ; cu o ascensiune inițială la un labil afectiv inhibabil, anxios, neliniștit, care se echilibrează pe timpul desfășurării probei ; cu o ascensiune terminală la un fatigabil, nevrotic ; sau cu greșeli multe, dar cu timp scurt la un excitat sau maniacal ; cu greșeli puține dar timp lung la un pedant, scrupulos, obsesiv ; sau cu greșeli multe și timp lung la cei cu stări de insuficiență dezvoltare sau de deteriorare intelectuală.

INVESTIGAȚIA MEMORIEI

În clinică, funcția mnemică recunoaște o altă sistematică decît în psihologia generală. Astfel, în ultima vreme se distinge o „memorie imediată“, în care reproducerea sau recunoașterea unui material are loc într-o perioadă ce nu depășește zece secunde de la prezentarea lui. Testele destinate investigației memoriei imediate sînt mai ales auditive și vizuale. Bolnavii cu leziuni cerebrale nu pot răspunde acestor probe. Dimpotrivă, bolnavii cu sindrom Korsakov pot obține performanțe normale la acestea, în timp ce la „memoria recentă“ (în care se cere reproducerea sau recunoașterea materialului după un interval de cel puțin 10" de la prezentarea lui), rezultatele sînt foarte slabe.

„*Memoria recentă*“ se măsoară prin repetarea unor povestiri, a textelor unor lecturi, liste de cuvinte sau forme abstracte. Ea poate fi alterată de asemenea în leziuni cerebrale, dar mai ales în afecțiunile organice ale vîrstei înaintate.

„*Memoria evenimentelor îndepărtate*“ este tulburată mai ales în stări demențiale și traumatisme craniene.

Intrucît calitatea răspunsului la probele de memorie depinde de sollicitudinea, sinceritatea, capacitatea de efort psihic, posibilitățile prosexice și de gîndire în general, examinatorul trebuie să facă cu atenție corelațiile, înainte de a califica răspunsul deficitar ca evidențiind o hipomnezie sau amnezie. Din aceste motive, cît și datorită faptului că testele zise „de memorie“ măsoară în realitate aspecte psihice variate (ele avînd strînse corelații cu testele de inteligență), cercetătorii moderni au renunțat la probele clasice de memorie. Aceasta cu atît mai mult, cu cît analiza factorială ilustrează faptul că numai cuplurile de silabe sau de litere pot explica fidel forța mnezică sau „memoria brută“, desprinsă de implicațiile sale în sfera gîndirii și de interferențele atenției. Intrucît însă clinicienii cer probe care să exploreze funcția mnemică, se utilizează de obicei scala Wechsler pentru memorie : W.M.S. (Wechsler Memory Scale), care este cea mai completă și cuprinde mai multe probe : de informație generală, de orientare, de „control mental“ (repetarea alfabetului sau memorarea în sens invers), memorarea unui paragraf, memorarea imediată a cifrelor, memorarea perechilor de silabe ș.a.

INVESTIGAREA GÎNDIRII ȘI LIMBAJULUI

Testele destinate investigației gîndirii, vizează în manieră exclusivă forma acesteia. Conținutul ei ideativ se explorează de obicei prin testele de personalitate. Cunoscută sub denumirea paradoxală de „teste de inteligență“ (P. Pichot, Delay și colab., Piotrowski), acestea sînt utilizate în scopul evidențierii deteriorării mentale.

Conceptul de deteriorare mentală, așa cum vom arăta mai jos (vezi Cap. Clasificarea bolilor psihice), trebuie diferențiat de deficitul global de dezvoltare (rezervat oligofreniilor). De asemenea, cînd ne referim la psihoze sau stări reactive, trebuie să distingem eficiența intelectuală actuală, care poate fi scăzută, de potențialul intelectual, care rămîne de obicei intact.

Măsurarea eficienței intelectuale (inițiată de Binet și Simon la sfârșitul secolului trecut) a pus bazele testării psihologice moderne. Întocmită de primii autori, „Scala de inteligență Binet-Simon“ a fost revizuită de Terman (1925), de Probst (1948) și de Stanford-Binet (1960), stabilindu-se sarcini tip pentru fiecare nivel de vîrstă, în vederea selecționării copiilor ce trebuiau să intre în clasele de perfecționare.

Binet a introdus conceptul de „vîrstă mentală“ (dată de nivelul mediu intelectual la o anumită vîrstă) și conceptul de „vîrstă cronologică“. Raportul $\frac{\text{vîrstă mentală}}{\text{vîrstă cronologică}} \times 100 = \text{Q.I.}$ (coeficientul intelectual). Această probă și-a propus să stabilească nivelul de reușită al unui copil în raport cu copiii de aceeași vîrstă.

Scala a fost criticată pentru caracterul său pur verbal (ceea ce favorizează pe copiii proveniți dintr-un mediu intelectual). Datorită acestui fapt, cît și pentru că după 12—13 ani, nu se mai constată progrese notabile în dezvoltarea inteligenței (conceptul de vîrstă mentală pierzîndu-și semnificația), David Wechsler a imaginat în 1939, scala care-i poartă numele: W.A.I.S. (Wechsler Adult Intelligence Scale). Revizuită în 1958, scala nu mai este construită pe niveluri de vîrstă ca în cazul Binet-Simon, ci din 11 subtexte (6 verbale și 5 neverbale), fiecare din acestea cuprinzînd probleme în ordinea dificultății progresive. Subtextele cuprind: informații generale; înțelegere generală; raționament aritmetic; memoria cifrelor; similitudini; vocabular; completări de imagini; clasare de imagini; asamblare de obiecte; construcții cu cuburi, cod. Fiecare subtext e cotate după numărul răspunsurilor bune, iar rezultatul se transformă în Q.I.

Testul elaborat în scopuri clinice, este unul din cele mai utilizate astăzi, oferind indicii prețioase în oligofrenii, demențe și stări de deteriorare cerebrală organică de natură infecțioasă, toxică, traumatică, prin uzură de vîrstă sau postprocesuală.

Subtextele verbale de la W.A.I.S., dar mai ales testele „de fluentă verbală“, pot evidenția tulburări subtile în înțelegerea limbajului oral, fiind aplicate în investigarea afaziilor subclinice sau latente. Această investigație este deosebit de importantă întrucît, în afara „afaziilor pure“, la foarte mulți bolnavi cu arterioscleroză se întîlnesc și tulburări afazice izolate, care pot fi confundate cu o demență.

„Testele verbale“ sau „de vocabular“ pot ajuta distingerii unei demențe senile de una arteriosclerotică cu același grad de deteriorare cognitivă.

Astfel, Delay și colab. (p. 44) arată că bolnavii cu demență arteriosclerotică au mult mai frecvent și într-o măsură mult mai mare manifestări afazice decît bolnavii cu demență senilă. Aceasta datorită faptului că bolnavii cu demență senilă, au leziuni difuze, iar cei cu demență arteriopatică, au leziuni predominant temporo-occipitale. În mod similar putem explica și componenta afazică din boala Alzheimer și Pick. Se constată, de asemenea, că așa-zisa demență epileptică este mult mai sensibilă la testele verbale. Menționăm faptul că rezultatele obținute la testele verbale sînt mult influențate de nivelul cultural și baza educa-

țională și de aceea interpretarea lor, precum și aprecierea clinică, trebuie să țină seama de această variabilă.

De construcție similară, dar mai simplu (alcătuit din 6 subteste) este „Testul analitic de inteligență” Meili (T.A.I.); el renunță la probele verbale (care interferează atât de mult posibilitățile cognitive native) și se impune utilizării curente, prin posibilitatea prezentării grafice a rezultatelor obținute, sub forma unui „Profil al inteligenței”.

Testul este compus din :

- serii de cifre ce trebuie continuate ;
- imagini de aranjat în ordinea procesului pe care îl reprezintă ;
- analogii geometrice (pereche de figuri cu primul membru al perechii următoare ce trebuie completată) ;
- lacune : imagini în care trebuie găsit elementul esențial care lipsește ;
- combinații de figuri : patru elemente, care prin combinare pot da „forme bune” ;
- fraze de construit, plecând de la trei cuvinte date.

Răspunsurile celor 6 subteste, exprimate în procente sînt trecute pe cele 6 raze (fiecare diviziune a razei corespunzînd la 10 procente).
Ex. : profilul unui tînar subdezvoltat intelectual (după Meili) :
1 : cifre (30), 2 : imagini (30), 3 : analogii (10), 4 : lacune (30),
5 : desene (10), 6 : fraze (10).

Subliniem faptul că nu numai conservarea limbajului și clișeele glozice, dar și clișeele gnozice, joacă un rol esențial în influențarea rezultatelor acestor teste, menținîndu-le ridicate.

Tocmai de aceea, mulți bolnavi cu boli cerebrale evidente clinic, cu deteriorări intelectuale decelabile la o anamneză minuțioasă, pot face față probelor W.A.I.S. sau T.A.I. la care obțin un Q.I. satisfăcător. De aceea, pentru a exclude handicapul limbajului, cît și al clișeelelor achiziționate prin existența într-un mediu socio-cultural mai elevat, se recomandă folosirea unor teste independente de orice balast verbal sau achiziție culturală.

Astfel, *testul mozaicului* este caracterizat prin aceea că bolnavul trebuie să reproducă modele cu 4—9 sau 16 cuburi. Meili (1964) consideră tehnica specifică acestui test ca una dintre cele mai bune (se referă la cele neverbale) pentru investigarea inteligenței.

Testul labirintului constă în a găsi drumul pentru a ieși din labirinte de dificultate crescîndă. Deși este unul din cele mai vechi teste de inteligență (imaginat de Porteus, 1914), își păstrează actualitatea (întrucît este ușor maniabil și independent de orice cunoștință), fiind considerat ca „foarte bine adaptat pentru cazurile clinice” (Meili, 1964, p. 65).

Testele din această categorie permit investigația bolnavilor inhibați și inhibabili, a bolnavilor a căror deteriorare cognitivă evoluează sub o depresie, a celor puțin cooperanți. De asemenea, sînt utile la bolnavi fără tulburări neurologice evidente, cu integritatea limbajului, dar cu atingeri de lob frontal, sau cu o boală cerebrală difuză incipientă în faza subclinică.

Testele de gândire conceptuală sînt teste ale căror rezultate nu pot beneficia de o estimare cantitativă. De fapt, investigația vizează în primul rînd dinamica gândirii bolnavului și mai puțin rezultatul. Se consideră că această abordare a bolnavului este cea mai eficace din întreaga psihopatologie experimentală.

Deși denumite „Teste de formare de concepte” (Pichot, 1963, p. 200) sau „Teste de gândire conceptuală” (Delay și colab. 1966, p. 75), ele sînt și le putem denumi probe de alegere sau de clasare, întrucît rezultatul nu este cantificabil. Bolnavul trebuie să claseze obiecte cu caracteristici diferite după un criteriu considerat esențial (formă, culoare, utilizare, aspect estetic etc.).

În plus, se constată dacă bolnavul a) poate trece de la un model de grupare la altul, b) dacă poate verbaliza criteriul sau criteriile utilizate.

Aceste teste pot fi alcătuite din material concret (testul de clasare a obiectelor — Goldstein-Scheerer); material „simbolic” cunoscut sub denumirea de teste de clasare a culorilor (Weigl). În testul formă-culoare Weigl se dau 12 figuri geometrice (din lemn) avînd trei forme și 4 culori. Acestea pot fi clasate fie după formă, fie după culoare, fie după ambele criterii (de formă și culoare).

Testul Wisconsin precum și testul Brody constau în clasarea unor cărți de joc care au 1—4 figuri de 4 forme și 4 culori. Bolnavul este solicitat să claseze cele 64 de cărți în 4 categorii corespunzătoare celor 4 cărți stimul.

Aceste teste sînt utilizate în primul rînd la bolnavi cu leziuni de lob frontal (formațiuni expansive, boala Pick), în formele de insuficiență dezvoltare cognitivă (grupa oligofreniilor), în pierderi cognitive după traumatisme cranio-cerebrale, encefalopatii, leziuni cerebrale organice de etiologii diverse, stări de involuție, demențe specifice, afazii etc. Amplu aplicate în schizofrenii, ar pune în evidență atît modul de funcționare a gândirii, cît și măsura deteriorării. Astfel, majoritatea autorilor, consideră că acești bolnavi n-au pierdut aptitudinea pentru generalizare, deși pot include în rezolvarea temei, elemente ce nu au raport cu aceasta. Alții, susțin dimpotrivă, că gândirea (conceptuală) a schizofrenilor nu diferă calitativ de gândirea bolnavilor cu psihoze organice.

B. INVESTIGAȚIA PERSONALITĂȚII

Constituie una din preocupările pe deplin actuale în psihologia clinică și experimentală. Astfel, dacă în anul 1940, existau doar cîteva lucrări referitoare la principalele metode proiective uzuale atunci (metoda asociativ verbală și Rorschach), numărul lucrărilor referitoare la aceste metode în anul 1964 se ridică la zeci de mii după aprecierile lui Cogan și Rogovin. Se menționează, de asemenea, că peste 74% dintre tehnicile de explorare a personalității au fost elaborate în ultimii 20 de ani.

Dezvoltarea deosebită de care se bucură în ultimul deceniu tehnicile de explorare a personalității (în special cele proiective), ca metode

de investigație al aspectului global, sintetic și prin excelență individual al personalității, se datorește și unei reacții împotriva analitismului excesiv și interpretării acontextuale, ce caracterizează testele psihometrice. Medicii, mai mult decât psihologii, au simțit nevoia comprehensiunii totale, unitare, a bolnavului, deoarece chiar dacă o afecțiune evoluează oligosimptomatic, ea are răsunet net și imediat, asupra ansamblului vieții sale psihice. Poate tocmai de aceea primele tehnici proiective au fost imaginate în clinică, iar domeniul de elecție al aplicării lor, îl constituie clinica.

Interesul cercetătorilor pentru investigația aspectelor patologice în ansamblul personalității este explicat și de convingerea conform căreia, prin urmărirea modului patologic de degradare a personalității, se pot obține date despre alcătuirea ei, despre „legile care explică cum se formează originalitatea individului“ (Allport, 1937, p. 6).

În linie de maximă generalitate, metodele de investigație a personalității pot fi sistematizate astfel :

I. *Metode subiective*, în care persoana vorbește despre sine, își expune opiniile pe care și le-a formulat asupra sa, oferind astfel informații despre trebuințele, tendințele și interesele sale. Acestea pot fi deduse de altfel din expunerea anamnezei (a istoriei sale individuale), din scalele de apreciere sau prin metoda chestionarelor.

II. *Metode obiective*, prin care se urmărește și se apreciază comportamentul, făcându-se observații directe asupra atitudinilor, reacțiilor, deprinderilor și obiceiurilor și în general asupra activității și conduitei. Acestea pot fi realizate prin intermediul observației psihologice directe în condițiile obișnuite de viață, prin reproducerea unor situații reale, prin măsurători psihofiziologice ca de exemplu reflexul psihogalvanic, modificări bioelectrice cerebrale în situații emoționale etc.

III. *Metodele proiective* oferă posibilitatea confruntării subiectului cu diverse situații la care el răspunde în funcție de sensul sugerat de acea situație și de ceea ce el resimte în legătură cu ea.

Din multitudinea de metode (tehnici) proiective, ne oprim la următoarele :

- a) Tehnici asociative (ex. Testul asociativ verbal, Rorschach).
- b) Tehnici constructive (Testul apercipției tematice).
- c) Tehnici de completare (Testul Rosenzweig).
- d) Tehnici de ordonare (Testul Szondi).
- e) Tehnici expresive (Testul arborelui, desenul, figuri mimate).

Din prima grupă face parte anamneza, care oferă studiul persoanei în dinamică și istoria evoluției sale longitudinale. Ea părăsește laboratorul și intră în clinică, se desprinde de tehnică și tinde spre artă, investind clinicianul (medic sau psiholog) cu puteri deosebite. Anamneza depășește domeniul mijloacelor investigatorii, interferând sfera terapeutică. Condiție a unei bune relații medic-bolnav, anamneza este primul element psihoterapeutic.

La rândul lor, scalele de evaluare (rating scales) sînt destinate estimării cantitative (standardizate) a comportamentului, fapt pentru care au cunoscut o mare dezvoltare în ultimele două decenii. Această dez-

voltare se datorește mai ales utilității lor în aprecierea mai obiectivă a efectelor psihofarmacologice a diferitelor substanțe psihotrope. Evaluatorul apreciază fiecare simptom (somatic sau psihic), în funcție de intensitatea lui, cu o cifră care este supusă unei prelucrări statistice, obținându-se în final un profil clinic al bolnavului respectiv.

Sînt adaptate nozologic (ex. pentru nevroze, psihoze sau sindromologic (pentru depresii, anxietate etc.).

Cele mai cunoscute sînt scalele Lorr, Hamilton, Wittenborn, pe care de altfel le-am utilizat și în clinica noastră în special pentru aprecierea comparativă a efectelor terapeutice a unor medicamente (de ex. Fluvoxolul, Oxipertină, Clorpromazină, Oxazepam).

Chestionarele în formă simplă sînt probe psihologice compuse dintr-un număr de întrebări (itemuri) la care persoana trebuie să răspundă prin „da“, „nu“, sau „nu știu“.

Întrebările diverselor chestionare vizează personalitatea în ansamblu, un aspect, sau numai o trăsătură a personalității. Cunoscute de la începutul secolului nostru, chestionarele au luat o mare dezvoltare în timpul celui de-al doilea război mondial, cînd au fost aplicate în armata americană în vederea eliminării tinerilor bolnavi. Un grup de medici și psihologi de la Universitatea Cornell au elaborat atunci un chestionar din 101 întrebări, care impun un răspuns forțat: „da“ sau „nu“. Întrebările, grupate sindromologic, vizează tulburări somatice, psihice, ca și aspecte comportamentale. Astfel, primele 18 întrebări, investighează frica și dificultățile adaptative, următoarele 7 întrebări sînt afectate timiei (dispoziției), apoi în ordine 7 întrebări pentru anxietate și nervozitate, întrebări pentru tulburări neurocirculatorii, gastro-intestinale, hipocondrie și astenie, sensibilitate și neîncredere excesivă, simptome psihopatice etc.

Cotarea se face prin adunarea numărului de întrebări la care s-a răspuns patologic, obținându-se astfel o notă ce poate fi de la 0—100. Cei care obțin un punctaj mai mare de 23, sînt considerați bolnavi. De asemenea, se poate ține seama de așa-numitele „întrebări stop“ la care, un răspuns afirmativ, este considerat patologic.

Inventarul de personalitate multifazic Minnesota (Minnesota Multiphasis Personality Inventory) MMPI. Imaginat de Hathaway S. R. și McKinley în 1941, este considerat actualmente ca cel mai complet, mai valoros și mai răspîndit inventar. Datorită celor 550 întrebări (itemuri) ce investighează cele mai variate aspecte ale personalității, de la starea fizică la cea psihică, de la direcționări motivaționale la atitudini etico-morale, chestionarul tinde spre evaluarea completă și relativ corectă a profilului personalității insului. Valoarea lui însă se limitează la distingerea cazurilor patologice de cele normale. Cele 550 de itemuri pot fi clasate în 26 de categorii, care au o importanță variabilă pentru deducerea profilului personalității (starea generală, simptome neurologice generale, nervi cranieni, motricitate și coordonare, sensibilitate, sistem vaso-motor, tulburări trofice, sistem cardio-respirator, sistem gastro-intestinal, sistem genitourinar; obiceiuri, familia și viața conjugală, profesiunea, educația, viața sexuală, comportament social, depresiune, afecti-

vită, manie, tendințe obsesive, idei delirante, iluzii, halucinații, fobii, tendințe sadice și mazochiste, morală, masculinitate etc.

În aplicarea individuală, persoana de investigat este rugată să clasifice cele 550 întrebări în trei categorii: „adevărat“, „fals“, „nu știu“. Răspunsurile oferite sînt apreciate în funcție de patru scale de validare („?“, „L“, „F“, „K“) și nouă scale clinice (hipocondrie, depresie, isterie, deviație psihopatică, masculinitate-feminitate, paranoie, psihastenie, schizofrenie, hipomanie). De menționat că, deși denumirea scalelor amintește un sindrom psihiatric, ele vizează trăsături ale personalității normale. Astfel, rezultatul fiecărei scale este edificator pentru domeniul respectiv al personalității, iar un scor înalt la o anumită scală, arată atingerea patologică a secțiunii vizate de itemurile acelei scale. Scala „?“ este în legătură cu numărul de itemuri, la care persoana răspunde „nu știu“. O notă relativ crescută aici, indică o personalitate inhibată psihastenică sau deprimată. O notă prea mare însă (un număr prea mare de răspunsuri „nu știu“), va avea implicații asupra rezultatului global al testului, putînd să-l invalideze.

Scala „L“ (lie — minciună) apreciază în ce măsură persoana investigată încearcă să falsifice rezultatele prin răspunsuri care ar pune-o într-o lumină favorabilă. Scorurile sînt ridicate la subiecții rigizi, la psihopați, sau la inși cu tendințe interpretative.

Scala „F“ apreciază validitatea întregului test, scorurile mari ilustrînd inatenția sau incapacitatea unui răspuns corect, în timp ce un scor scăzut constituie o indicație asupra pertinentei răspunsurilor.

Scala „K“ are un rol corectiv asupra întregului chestionar, măsurînd atitudinea persoanei față de răspunsurile sale. Un scor mare (exprimînd tendința de a realiza un profil normal) indică atitudinea de apărare a persoanei față de propriile sale slăbiciuni; el semnifică în același timp un bun prognostic pentru bolnav, ilustrînd capacitatea lui de a-și rezolva propriile-i probleme. Un scor mic, indică un ins cu spirit autocritic, permeabil influențelor corective, dar și cu ușurință în adoptarea unor simptome. Un „K“ foarte scăzut, poate ilustra dorința persoanei de a obține rezultate slabe, de a face o impresie proastă. Scala „K“ ilustrează în același timp stilul de viață, coborînd în manieră personală profilul personalității, indiferent de boală sau sindrom.

Interes mai deosebit se poate aprecia că are semnificația așa-ziselor „scale clinice“.

1. *Scala „H“* pentru hipocondrie (Hs.) măsoară interesul insului pentru aspectele și funcțiile somatice. Un scor ridicat, exprimă tendința spre acuze somatice lipsite de un raport organic, neliniște în legătură cu sănătatea proprie, neîncredere în medic, o proastă relație terapeutică, imaturitate psihică. Scala diferențiază bine hipocondria și cenestopatia de maladia organică la care scorurile Hs. rămîn normale.

2. *Scala depresiei* (D) foarte sensibilă la apariția depresiei și anxietății, crește nu numai la pacienții depresivi, ci și la persoanele aflate în zona normalului, dar care sînt cuprinse de sentimentul inutilității, lipsei de speranță, la cei blazați, sceptici, lipsiți de inițiativă, puternic intro-

vertiți. Importanța în clinică e conferită de posibilitatea detectării depresiei subiacente și disimulate.

3. *Scala isteriei (Hy)*. Scorul crescut indică o imaturitate psihică, atitudini sociale naive, egocentrism, precum și tulburări funcționale de ordin general. Scala are nu numai posibilitatea indicării comportamentului isteric și a simptomelor isterice, dar poate reliefa și potențialitatea isteroidă (actualizată clinic în momente de contrariere și constrângere).

4. *Scala derivației psihopatie (Pd)* ilustrează superficialitatea trăirilor emoționale, inaptitudinea de a folosi experiența proprie, indiferența față de normele sociale și etico-morale îndeobște admise, rea credință, potențial toxicomanic, tendința spre imoralitate și perversiuni sexuale. Scorurile ridicate nu indică numai prezența acestor trăsături, dar și potențialitatea lor, precum și un spirit narcisic (lipsit de penetranță socială), fără previziune, aflat în căutarea unor scopuri imediate.

5. *Scala de masculinitate-feminitate (Mf)* este legată de structura intereselor. Un scor mare, indică o deviere a structurii intereselor în direcția sexului opus. La bărbat, un Mf mare, e corelat mai degrabă cu inteligența și nu cu homosexualitatea (așa cum se credea). Tendința homosexuală poate fi incriminată numai atunci când există o creștere concomitentă a scorurilor la Mf, Pd și Pa. La femei, un Mf ridicat indică tendința dominatoare, lipsă de inhibiție, agresivitate.

6. *Scala paranoiei (Pa)* evidențiază subiecții caracterizați prin neîncredere, suspiciune, hipersensibilitate, moralitate excesivă, tendințe interpretative.

7. *Scala psihasteniei (Pt)* indică personalități cuprinse de fobii, obsesii, cu tendințe compulsive, dar și pe cei a căror personalitate psihiatrică se manifestă doar prin depresie, disprosexie, neîncredere în sine, neliniște.

8. *Scala schizofreniei (Sc)* nu este ilustrativă pentru personalități schizoide sau pentru schizofrenici, întrucât schizofrenia are o multitudine de forme clinice.

9. *Scala hipomaniei (Ma)* ilustrează tumultul ideativ, tahipsihia, polipragmatismul, ambiția, entuziasmul incorrigibil, nonconformismul, sfidarea convenienței.

Semnificația unor asociații de scale: Pd (ridicat) asociat cu Pa (ridicat) indică o personalitate hipersensibilă, vulnerabilă, agresivă, ostilă.

Pd asociat cu Ma (ridicat) ilustrează o imaturitate a conduitei, toleranță scăzută la frustrare, ostilitate, impulsivitate, agresivitate, comportament delictual.

Scoruri mari la D, Hy și Hs indică personalități pasive, resemnate, dependente, dar și iritabile, în tensiune. Asocierea ilustrează de asemenea, prezența unei maladii psihosomatice, sau a unei nevroze.

D, Hy, Hs în asociere cu Pt ridicat indică de obicei un alcoolic inveterat, mai ales dacă subiectul este bărbat.

Personalități cu Pt și D ridicat, pot obține rezultate bune și constante într-o activitate rutinieră, deși sînt lipsite de inițiativă, curaj și simț de răspundere.

Scor înalt la Pt, D și Mg indică o personalitate inhibată, nevrotică.

Considerăm că valoarea MMPI-ului nu constă doar în revelarea unor trăsături de personalitate (normale sau patologice) sau în realizarea unui inventar simptomatic (fapt ce i-ar conferi caracterul unui act constatativ), ci în reliefaarea unor potențialități și tendințe patologice.

Valoarea rezultatului chestionarelor este condiționată de veridicitatea răspunsului și de posibilitatea persoanei examinate de a oferi un răspuns fidel.

Beneficiind de o ușoară aplicare, corectare și interpretare, chestionarele prezintă inconveniente indiscutabile :

— În raport cu anamneza, flexibilă și dinamică, chestionarul, rigid și static, are dezavantajul monologului față de dialog.

— Sînt ușor trucabile, răspunsul fiind la aprecierea persoanei și modelat de impresia pe care aceasta vrea s-o ofere.

— În ciuda bunelor intenții răspunsurile sînt superficiale și cu un grad variabil de autenticitate și subiectivitate, întrucît persoana se descrie cum crede că este sau, proiectează (inconștient) în răspunsuri, dorința sa de a fi într-un anumit fel.

— Vizînd probleme precise, răspunsurile sînt tributare unei psihologii atomiste, fiind scoase (abstrase) din ansamblul (unitar) al persoanei.

Metodele proiective. Spre deosebire de metodele subiective, în care insul exprimă opiniile asupra lui însuși, evidențiind „conduita opiniei“ (Andrews, 1952), metodele obiective care oferă conduita (exterioară) a subiectului, metodele proiective oferind posibilitatea investigației conduitei intrinseci, implicit ar putea permite un sondaj mai fidel al personalității.

Tehnicile proiective se deosebesc însă și de testele cognitive, întrucît :

1. Spre deosebire de testele cognitive, unde la un excitant se pot da răspunsuri limitate, în tehnicile proiective numărul răspunsurilor poate fi considerabil.

2. Dacă în cazul testelor cognitive are loc o interpretare univocă a răspunsului, în tehnicile proiective apare necesitatea unei interpretări complexe — a considerării factorilor în interacțiunea lor —, un răspuns determinat neputînd avea o semnificație universală.

3. Multiplicitatea răspunsurilor, ca și necesitatea unei interpretări contextuale, sînt marile impedimente în aplicarea metodelor cantitative și estimării statistice a rezultatelor tehnicilor proiective. Deși există interes pentru standardizarea diferitelor tehnici proiective, acest obiectiv „făcînd parte din statutul psihologiei ca știință“ (Coetsier L., 1963, p. 3), eforturile cercetătorilor respectivi rămîn neconvingătoare. Dificultatea constă în aceea că „o variabilă se manifestă sub forme atît de diferite și incomensurabile, se combină atît de divers“ (Murray A. H., 1953, p. 58), încît nu poate fi apreciată cantitativ. Într-adevăr, detașînd un răspuns din contextul său și dîndu-i anumite valori, integrîndu-l în anumite limite — după unele etaloane formate la rîndul lor prin aprecieri subiective —, înseamnă a-l lipsi de valoarea lui calitativă. Tocmai de aceea, tehnicile proiective „reunesc o serie de probe conform unei concepții globale sau sincretice a personalității. Personalitatea unui

individ este un tot ireductibil, unic, pe care-l putem înțelege dar nu-l putem cantifica. Rezultatul unei tehnici proiective va fi deci elaborarea unui portret descriptiv, calitativ al personalității (Delay J. și colab., 1955, p. 231).

4. Aspectul global abordat de tehnicile proiective, deși creează dificultăți standardizării, se impune prin aspectul descriptiv ce permite înfățișarea individualității.

Din cauza imposibilității estimării cantitative a rezultatelor este preferabil ca aceste metode de investigație a personalității să nu fie denumite „*teste proiective*“, ci „*tehnici proiective*“, evitând astfel o analogie inadecvată.

5. Spre deosebire de testele cognitive (psihometrice), care abordează analitic explorarea subiectului, tehnicile proiective operează sintetic explorarea insului, desprinzând aspecte globale și definitorii pentru el.

6. Pentru testele cognitive, încărcarea afectivă și distracția (disprosexia) scad eficiența rezultatelor; pentru tehnicile proiective, dimpotrivă, participarea imaginației și un înalt nivel afectiv, facilitează transpunerea, oferind date mai fidele.

7. În testele psihometrice materialul este structurat, întrucât este modelul a multiple situații problematice; modul lor de rezolvare solicită funcția pe care o investigăm. În tehnicile proiective este invers: plecând de la un material dat nestructurat, subiectul va produce situații diverse prin conținut, dar analoage din punct de vedere al configurațiilor universului său afectiv. Răspunsurile obținute sînt extrem de structurate, în timp ce materialul este nestructurat.

8. În testele cognitive se urmărește modul de rezolvare a problemei, gradul de corectitudine a soluției; acest aspect este cercetat poate în ultimul rînd în tehnicile proiective.

Din aceste motive, testele psihomotrice pot oferi cel mult un profil al personalității, în timp ce tehnicile proiective ne înfățișează personalitatea sub forma unui „portret“ (Delay).

Tehnica asociativ-verbală — este prima tehnică proiectivă imaginată în 1879 de Galton Fr., care, pentru experimentarea ei, s-a luat pe sine ca subiect. El a pregătit 75 de stimuli verbali și a cronometrat timpul necesar pentru a da — la fiecare cuvînt inductor — un cuvînt indus (de răspuns), primul care-i vine în minte. A notat relația cu cuvîntul stimul conchizînd că natura răspunsului nu aparține hazardului, ci reprezintă „drumuri bătute ale spiritului“. Jung G. (1904) a dezvoltat sistematic această tehnică și a utilizat-o în construcția tipurilor psihologice ale teoriei sale asupra personalității. Astfel, extravertitul reacționează în special la semnificația obiectivă a cuvîntului inductor, în timp ce introvertitul este mai permeabil la rezonanța subiectivă a cuvîntului respectiv.

Fiind unul din promotorii psihanalizei, Jung utilizează testul (ca un veritabil detector de complexe) în diagnosticul și tratamentul nevrozelor. La atingerea unor astfel de „complexe“ printr-un cuvînt inductor, Jung presupunea că se va produce o tulburare sau blocare a răspunsu-

lui manifestată prin lungirea timpului de reacție sau uitarea cuvântului indus.

Ca mijloace suplimentare pentru edificarea naturii emoționale a răspunsului, pot fi folosite, după el, modificările reflexului psiho-galvanic, ale ritmului și amplitudinii respirației, modificările mimicii etc.

Tehnica asociativ-verbală intens utilizată astăzi, își găsește aplicarea de elecție nu numai în domeniul nevrozelor, dar și al tuturor bolilor cu coeficient psihopatogenetic, precum și în stările depresive unde poate oferi date revelatoare asupra potențialului suicidal.

Tehnica Rorschach este cea mai utilizată din întreaga psihologie experimentală, este tehnica pentru al cărui studiu sînt afectate cursuri de luni și ani și căreia i s-a destinat o publicație specială „Rorschachiana“.

Introdusă de Herman Rorschach în 1921, tehnica readuce în discuția psihologilor semnificația „petelor fortuite“ de care vorbește Leonardo da Vinci citînd, la rîndul său ca precursor al metodei pe Boticelli.

Spre deosebire de marii și numeroșii săi predecesori, Rorschach, prin standardizarea celor 10 planșe, are meritul de a fixa modul de cotare al răspunsurilor și modul de interpretare, oferind astfel o tehnică a cărei valoare depășește semnificația unei probe de imaginație sesizînd ansamblul personalității.

Tehnica, simplă, constă în prezentarea (într-o anumită ordine și poziție) a seriei de 10 planșe simetrice (5 alb-negru ; 2 cenușiu-roșii ; 3 multicolore). Se recomandă persoanei investigate să relateze ceea ce vede sau ceea ce își poate reprezenta. Pentru fiecare planșă, răspunsurile pot fi multiple (la cele 10 planșe, se pot obține pînă la 250 răspunsuri). Ele sînt cotate urmînd partea petei care este interpretată. Pentru investigator „mai importante sînt caracteristicile formale, decît conținutul interpretărilor“ (Andrews, 1952, p. 53). Se notează astfel : a) utilizarea ansamblului sau detaliului de pete ; b) raporturile în care intervin formele și culorile ; c) conținutul (forme umane, animale, plante) ; d) originalitatea sau banalitatea răspunsurilor.

Caracteristicile de formă, mișcare, culoare etc., sînt considerate ca exprimînd diferite funcțiuni ale personalității (forță cognitivă, exteriorizarea emoțiilor, spiritul practic etc.). Trebuie acordată atenție raporturilor între diferiții factori în expresia personalității (totale), întrucît prezența sau absența unui factor poate avea semnificație asupra ansamblului.

Beck S. J. descrie cu ajutorul tehnicii Rorschach, trei arii centrale ale personalității : a) activitate intelectuală ; b) emoții exteriorizate ; c) viață emoțională înăscută.

Perceperea predilectă a amănuntelor de formă — dovadă a clarității percepției — constituie un indicativ al bogăției activității intelectuale.

În aria vieții emoționale exteriorizate, se analizează culorile și umbrele. Culoarea reprezintă un mijloc de proiectare a stărilor afective obișnuit pozitive. Buna asociere a culorii cu forma sugerează un

temperament sociabil. Răspunsul pe umbră (în care sînt folosite elemente de lumină și întuneric) sugerează mai ales emoțiile negative: anxietate, depresie, inadecvare. Folosirea spațiilor albe arată încăpăținare, perseverență, ostilitate. Viața interioară apare mai central, reflectată în răspunsuri de mișcare, acestea fiind elementele semnificative ale emoției interiorizate.

Cînd răspunsurile de mișcare depășesc numeric răspunsurile de culoare, gîndurile predomină acțiunile, iar simptomele sînt mai ales pe plan ideativ. Cînd răspunsurile de culoare, depășesc pe cele de mișcare, simptomele sînt predominant somatice și motorii.

Tehnica evidențiază aspecte ale personalității normale și, după majoritatea opiniilor, posedă o mare valoare pentru diagnosticul personalităților patologice. Astfel, testul este util în evidențierea unor trăsături de personalitate ale bolnavilor cu afecțiuni somatice și un adjuvant diagnostic, în toate bolile psihice. În mod obiectiv însă, nu se pot distinge tipuri precise de maladii mentale bazate doar pe semnele calitative și cantitative ale testului Rorschach. Apreciem de asemenea că evidențierea (prin această metodă) a semnelor unor boli poate aduce doar un plus de certitudine, în timp ce absența unor astfel de semne (rezultate din aplicarea metodei) nu poate infirma diagnosticul clinic. Avînd în vedere această limitare și incertitudine diagnostică, rămînem oarecum intrigati de afirmația lui J. Delay, care consideră că Rorschachul ar fi mai util în epilepsie decît examenul EEG.

În plus, interpretarea Rorschach-ului, ca de altfel a rezultatelor tuturor tehnicilor proiective, s-a făcut pe baza unor simbolistici freudiene. Aceasta nu trebuie să ducă la concluzia că testul este freudian sau că această interpretare ar fi singura posibilă; dimpotrivă, așa cum afirma Pichot, „testul Rorschach nu datorează nimic psihanalizei și nici psihologiei gestaltiste“ (Pichot P., 1963, p. 216).

Tehnica apercepției tematice — T.A.T. (Thematic Apperception Test).

Plecînd de la tehnica Asociativ-verbală, Brittain (1907) a avut ideea de a înlocui ca stimul, cuvîntul, printr-o imagine. El a conceput 9 imagini și a cerut celor investigați să povestească istorii sugerate de acestea.

Imaginată de Morgan C. D. și Murray H. A. (1935), tehnica „Apercepției Tematice“ ocupă astăzi locul doi — ca valoare și utilizare — după Rorschach. Ea constă în 30 de tablouri reprezentînd una sau mai multe persoane într-o situație incertă. Tehnica se bazează pe posibilitatea proiectiei și identificării subiectului cu unul din personajele reprezentate în gravură, prin intermediul unor povestiri. În fiecare povestire, se identifică personajele, se explică raporturile lor reciproce, se apreciază situația anterioară scenei prezente, se dau indicații asupra desnodămîntului situației. Investigatorul face atît o analiză a elementelor formale din povestire (lungimea ei, gradul de organizare, forța narativă, bogăția detaliilor, plasticitatea limbajului), care oferă informații asupra posibilităților cognitive ale celui investigat, cît și o analiză a conținutului (eroul din gravură cu care se identifică subiectul, ten-

dințele, trebuințele și motivațiile acestuia, forțele care acționează — favorabil sau nefavorabil asupra lui, tema de bază a scenei, finalul — optimist sau pesimist —, perspectivele eroului preferat etc.), care oferă informații mai ales asupra sferei afectiv-motivationale. Astfel, în afecțiunile somatice și în unele stări reactive de intensitate nevrotică, se pot distinge următoarele :

1. Atitudinea perceptivă a bolnavilor (starea de recepție senzorio-afectivă) este extrem de permeabilă față de influențele exterioare. Ipoteza perceptivă este prelucrată de bolnav și elaborată sub forma schemei perceptivă. Pe baza acestei scheme, imaginația bolnavului este angajată cu dezinvoltură pe calea propriilor preocupări, temeri, trebuințe.

2. Relatarea este întotdeauna saturată emoțional, după coloritul vieții afective a persoanei.

3. Gravurile — deși diferite — redau deseori același aspect al personalității, întrucât acesta este dominant în perioada respectivă.

4. Bolnavii dau o rezolvare favorabilă situației conflictuale prezentate în gravură, exprimând astfel speranța depășirii propriilor dificultăți.

În psihoze, aplicarea T.A.T.-ului, nu aduce date deosebite examenului clinic decât în formele incipiente sau cu manifestare clinică discretă, constând în următoarele :

1. În aceste situații, ca o consecință a transformării pe care o trăiește bolnavul, se notează apeluri adresate examinatorului, pacientul dorind parcă să verifice transformarea lui sau autenticitatea realității.

2. În descrierea gravurilor, bolnavul lasă impresia unei lumi paralele, cu alte criterii de apreciere, cu alte sisteme de referință.

3. Uneori, ideile prevalente sau dominante străbat circumstanțele, impunându-se chiar și atunci când nu sînt sugerate de gravură.

4. Alteori, bolnavii renunță la tema prezentată, impunînd pe prim plan, conținutul propriilor trăiri.

În bolile vîrstei înaintate, de obicei acțiunea prezentată în gravură este amplasată în trecut dînd astfel ocazia reluării posibilităților reprezentative — mai bine conservate decât cele imaginative. La bătrîni apare apelul la cazul individual, ce are o anumită pregnanță conferită de încărcarea lui afectivă. În descrierile acestora apare atitudinea bănuitoare, revendicativă, uneori protestatară, datorită conștiinței bolnavului că se află pe versantul descendent al evoluției sale psihice.

În general, la ei clișeele gnozice, glozice și uneori emoționale apar ca expresie a „fațadei“ psihice și pot pune în dificultate un investigator mai puțin experimentat.

La sfîrșitul examenului se recomandă o discuție în care examinatorul poate cere lămuriri asupra unor aspecte prezentate în povestiri. Alți autori susțin că această discuție este necesară după fiecare planșă.

Tehnica Rosenzweig (Picture Frustration Study = P—F, Test). Imaginată în 1934, bazată pe o teorie generală despre frustrație dezvoltată de același autor, tehnica — deși proiectivă — explorează un

aspect mai restrîns al personalității și anume: toleranța și modul de reacție la stress-urile cele mai variate ale vieții zilnice.

Se compune din 24 de schițe, fiecare reprezentînd două personaje aflate într-o situație de frustrare; în primele 16, un obstacol oarecare (personaj sau obiect) este cel care produce situația frustrantă, iar subiectul trebuie să ia atitudine exprimată spontan, prin cîteva cuvinte sau o frază. În următoarele 8 situații, subiectul trebuie să răspundă unei acu-zări sau injurii. După administrarea probei, bolnavul citește răspun-surile pe care le-a dat, iar examinatorul notează mimica, inflexiunile vocii clarifică eventualele ambiguități ale răspunsurilor etc.

Fiecare răspuns al subiectului este apreciat din două puncte de vedere:

1. Al direcției agresiunii, cînd răspunsul poate fi:

- extrapunitiv (situație în care agresiunea e dirijată spre exterior);
- intropunitiv (agresiunea este dirijată spre sine);
- impunitiv (agresiunea este evitată, situația frustrantă fiind descrisă ca lipsită de importanță).

2. Al tipului de reacție, cînd răspunsul poate indica:

- predominanța obstacolului (obstacolul este menționat în răs-puns și evaluat);
- apărarea persoanei (subiectul face referiri asupra culpabilității);
- persistența trebuinței (răspunsul este dirijat spre soluționarea problemei).

În practica clinică, tehnica evidențiază în primul rînd tendințele revendicative nu numai ale psihopaților, ci și ale bolnavilor cu orice afecțiune, în special cronici, aflați în situația frustrantă realizată de boală.

Nota de ostilitate a bolnavului (gradul, orientarea și proiecția ei) cunoscute, va dirija medicul în relația interpersonală cu bolnavul, îl va înarma cu circumspecție în conduită și în evaluarea mai atentă a riscurilor intervențiilor exploratorii sau terapeutice. De asemenea, teh-nica frustrației poate oferi un bun mijloc în selecționarea bolnavilor pentru psihoterapie.

Tehnica Szondi, imaginată de autor în 1939, vizînd explorarea pulsionilor intime ale insului, este — după Delay — proba ce a dat naștere la controversele cele mai pasionate (Delay și colab., 1966, p. 298).

Bazată — formal — pe noțiunea de preferință estetică, proba este alcătuită din 48 de fotografii de bolnavi psihici. Cele 6 serii cuprin-zînd fiecare 8 fotografii (cu reprezentanți din 8 entități nosologice) sînt date subiectului spre a alege din fiecare serie: 2 fotografii care-i plac cel mai mult și 2 fotografii care-i displac în cea mai mare măsură.

Deci, fiecare bolnav va alege în total 12 fotografii (considerate ca simpatice) și va respinge 12 fotografii (considerate ca antipatice). Proba se repetă de mai multe ori, la interval de 1—2 zile.

Alegerile sînt considerate ca reprezentînd trebuințe aprobate de persoană, iar respingerile, ca reprezentînd trebuințe reprobate, refulate, toate manifestîndu-se „gonotropic“ (Szondi), respectiv în toate domeniile vieții omului : profesiune, prietenie, dragoste, boală.

Bazată pe o metodologie psihologică originală (numită de Szondi „Analiza Destinului“), ce explorează „inconștientul familial“ (situat între inconștientul personal al lui Freud și inconștientul colectiv al lui Jung), tehnica — destinată investigației vieții pulsionale — are ambiția (nemărturisită) de a formula diagnostice psihiatrice, sfidînd clinica. Astfel, Moser U. (1954 p. 626) comparînd pe 40 de cazuri rezultatele tehnicii cu diagnosticul clinic, găsește o corespondență în 86⁰/₀. După cum arată același autor, tehnica vizează mai departe, anume, de a sesiza procese pulsionale în fundalul tabloului clinic. Totuși, Arnold O. H. și Kohlmann Th. (p. 90) arată că numai epilepticii au putut fi distinși (pe baza tehnicii) de bolnavii altor grupe nosologice.

Tehnica Szondi — cu cele mai directe și profunde implicații freudiene din toate probele proiective — nu și-a putut extinde domeniul de aplicare dincolo de explorarea personalității bolnavilor psihici.

Tehnica arborelui imaginată de Koch (1958) simbolizează nu numai stadii de evoluție a personalității, dar și distorsiunile acesteia prin intervenția bolii. Astfel, bogăția și finețea ramificației ilustrează o mare permeabilitate afectivă, sensibilitate, impresionabilitate, imaginație și înțelegere vie, dar în același timp un prag senzorio-afectiv coborît cu mare potențial reacțional. Ramuri împletite sub aspect de rețea arată introversie, dar și o personalitate psihastenică, în pendulare obsesională, incapabilă de a ajunge la fapte.

Ca și în Desenul figurii umane (Machower K., 1948), există o mare variabilitate a semnificațiilor. În alegerea semnificației corecte, predicția este atît de mare, încît impune o cunoaștere clinică minuțioasă, fapt pentru care se renunță adesea la acest mijloc de investigație.

Într-o apreciere de ansamblu asupra aplicării tehnicilor proiective în psihopatologia clinică, se poate afirma că rezultatele lor nu concordă întotdeauna, putînd fi uneori contradictorii. Aceasta este o deficiență aparentă, întrucît nu este vorba numai de faptul că rezultatele contradictorii pot exprima „natura contradictorie a psihicului uman“ (Roquebrune G., 1955, p. 209), ci poate afirma că fiecare tehnică explorează alte aspecte ale personalității, după cum fiecare analiză de laborator, explorează alte funcții ale organismului.

De aceea, discernămintul necesar în alegerea medicamentului eficace va trebui să conducă pe medic și în aplicarea tehnicii psihologice adecvate împreună cu psihologul. Ele în fond reprezintă metode adjuvante clinicii, de aceea sistemul de referință este pentru medic observația clinică, pe care testele o îmbogățesc, dar pe care nu o pot înlocui.

Examenul psihologic al copilului. Întrucît problemele generale legate de examenul psihologic au fost expuse în capitolul anterior, ne vom opri numai la unele aspecte specifice investigației copilului și adolescentului.

În examinarea sistematică a diverselor funcții sau procese psihice la copilul cu tulburări psihice, trebuie să ținem seama de intricarea sistematică a aspectelor legate de dezvoltare cu cele ce țin de perturbarea funcțiilor respective. Aceasta impune o evaluare aproape obligatorie a gradului de dezvoltare psihică a copiilor, indiferent de sindromul psihopatologic pentru care au fost aduși la medic.

Criticile aduse tendinței de simplificare și matematizare a rezultatelor obținute la diverse teste în legătură îndeosebi cu definirea gradului de dezvoltare a psihicului infantil, coeficientul de inteligență global etc. au dus la apariția a o serie de completări, care permit corectarea erorilor inițiale din perioada anilor 1920—1930.

Astfel a fost evidențiată importanța factorilor perturbatori, ceea ce a determinat pe majoritatea psihologilor să dea o mare atenție modului în care se desfășoară procesul de examinare. Dinamica acestuia, incidente și particularitățile consemnate în buletinele de examinare, oferă azi clinicianului posibilitatea interpretării rezultatelor la diferite probe, în funcție de contextul clinic în care ele au fost obținute.

Tendința clinică de a analiza copilul și tulburările sale în cadrul familiei sau a mediului său, s-a reflectat și în psihologie. În acest sens, J. Lickorisch consideră că „rezultatele testelor vor fi apreciate în raport cu particularitățile sociale, economice și culturale ale familiei copilului, ele neputînd fi apreciate drept simple măsurători ale unui individ izolat“ (John Lickorisch „Modern Perspectives in Child Psychiatry“, 1967, p. 562—586).

Testele de inteligență (denumire improprie, fiind vorba de teste care apreciază nivelul mental general). În scopul aprecierii nivelului de dezvoltare, la copil au fost create o serie de teste diferențiale în raport cu vîrsta.

Pentru perioada 0—3 ani se utilizează testele de dezvoltare psihomotorie. Cele mai cunoscute sînt testul Gesell, Bühler-Hetzer și Brunet-Lézine. Ele pornesc de la principiul că la această vîrstă dezvoltarea psihică a copilului oferă relativ puține criterii pentru o apreciere concludentă. De aceea sînt luați în considerație și indicii referitori la motricitate, care pot oferi informații prețioase asupra modului de desfășurare a maturării sistemului nervos. Gesell a grupat probele în 4 serii: 1. dezvoltarea motorie-posturală; 2. a activităților de prehensiune și manipulare a obiectelor; 3. limbajul; 4. aspecte de sociabilitate și de personalitate (numeroase probe din testul respectiv au fost expuse în tabelul recapitulativ). Celelalte două teste sus menționate sînt realizate după schema acestui test. Rezultatele obținute sînt sintetizate în coeficientul de dezvoltare (QD). Aceste teste pot discrimina copiii cu o dezvoltare alterată în mod grosolan de cei normali, iar copiii sănătoși crescuți în instituții ar obține scoruri ceva mai reduse decît cei crescuți în familie. Ele pot scoate în evidență și deficiențele specifice parțiale ale copilului (motorii, de limbaj etc.). Capacitatea lor predictivă este totuși relativă. Testele date la un an arată o corelație de 0,25 cu inteligența măsurată în adolescența tîrzie (18 ani). În schimb, la 2—3 ani

corelația crește către 0,50, ceea ce ne permite să considerăm că odată cu vârsta valoarea lor pronostică crește în mod similar.

Testele de inteligență. În perioada 3—8 ani sînt utilizate la noi fie testul Binet-Simon (adaptat de către prof. Ștefănescu-Goangă), fie variante ca Terman-Merill, Stanford-Binet (o serie din aceste probe au fost expuse mai sus). El constă într-o serie de întrebări sau teme de efectuat grupate în raport cu vârsta. În desfășurarea examinării se pornește totdeauna de la vârsta cronologică a subiectului, dar în anumite cazuri, acesta nereușind să efectueze satisfăcător majoritatea probelor, se coboară treptat pe scala respectivă pînă se ajunge la vârsta la care pacientul reușește să răspundă corect la cel puțin 5—6 din întrebările respective.

Testul WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children) reprezintă adaptarea pentru copii a bateriei W.A.I.S., descrisă anterior. El se utilizează între 8—16 ani oferind posibilitatea unei analize sistematice, care poate fi redată sub formă de profil. Conține 11 probe, 6 verbale și 5 de performanță. Numărul mare de probe neverbale permite obținerea unor informații mai subtile în raport cu testul Binet-Simon. Deși probele verbale sînt criticate, deoarece ar fi „contaminate“ (influențate profund) de către factorii culturali, educaționali, posibilitatea analizei capacității operatorii neverbale, care e puțin influențată de factorii amintiți mai sus, corectează în bună măsură aceste defecte.

Rezultatele omogene (un coeficient verbal relativ apropiat de cel de performanță — decalajul dintre ele nedepășind 20 de puncte) traduc de obicei cu exactitate nivelul de dezvoltare mentală. Rezultatele dispersate, cu o diferență de peste 20 de puncte între cele 2 categorii de teste permit să se ajungă la următoarele ipoteze de diagnostic: QI verbal inferior ar corespunde întârzierii simple în limbaj, afaziei, surdității, inhibiției, pseudodebilității mintale, iar QI de performanță mult inferior ar putea semnifica existența unui „sindrom de leziune cerebrală“, unui deficit motor, miopie necorijată, ambliopie, sau debut de schizofrenie. Fetele ar avea mai frecvent QI verbal superior, în timp ce băieții pe cel de performanță.

Se mai utilizează o serie de probe neverbale cum ar fi: proba cuburilor Kochs, labirintul Porthaus, bateria Grace-Arthur și Alexander. Desenul omulețului (F. Goodenough) analizează capacitatea copilului între 3—12 ani de a desena un om, exprimînd gradul de dezvoltare a structurilor vizuognozice, grafomotorii și schema corporală. El implică în mod proporțional și inteligența oferind posibilitatea unei analize rapide a gradului de dezvoltare psihică a copilului, deoarece a fost cotelat foarte riguros. Se poate obține vârsta de desen, care e corespondentă cu cea intelectuală, determinată prin celelalte teste. Proba poate furniza de asemenea informații suplimentare la bolnavii cu leziuni cerebrale.

Examenul psihologic al copilului presupune și analiza sistematică a altor funcții cognitive cum ar fi percepția, atenția, memoria, limbajul.

Pentru analiza percepției, este necesară o evaluare prealabilă a stării funcționale a analizatorilor respectivi (îndeosebi a văzului și auzului). Există o serie de probe sau materiale referitoare la percepția

culorilor, formelor, mărimilor, greutateii. Un aspect particular este oferit de *testul vizuo-motor*, creat de Lauretta Bender, care permite studierea atât a structurării percepției vizuale, gnozice, cât și a proceselor motorii, de praxie vizuoconstructivă. În acest scop sînt date o serie de desene, care trebuie să fie executate după model. Testul permite depistarea unor aspecte de deficit perceptual și instrumental ce se găsesc fie în cadrul sindromului psiho-organic, fie în procese dismaturative cerebrale, cum ar fi unele cazuri de dislexie, disgrafie. Perturbări importante se semnalează și la debutul schizofreniei. Un test asemănător, folosit și pentru aprecierea memoriei, este acela al figurii complexe Rey.

În studiul atenției și al memoriei se utilizează aceleași probe ca și la adulți, ținînd seama de baremurile specifice fiecărui an de vîrstă.

Un aspect important e constituit de analiza limbajului. Întrucît nu există încă în limba română teste etalonate cum ar fi Borel-Maisonny în Franța sau Neale, Schonell în Anglia, vom expune tehnica examinării sistematice a limbajului la copil (vezi și examenul clinic).

Analiza limbajului la copil cuprinde următoarele aspecte: înțelegerea, vorbirea spontană, repetată, cititul și scrisul. În general se consideră că înțelegerea limbajului depinde de auz, de atenția auditivă și de centrul receptiv cortical. Calitatea auzului poate fi apreciată fie prin probe empirice, cum ar fi vorbirea șoptită sau producerea de zgomote de diferite intensități în spatele copilului și urmărirea reacțiilor sale, fie prin metode exacte ca audiometria. Atenția auditivă se evaluează prin observarea comportamentului general al copilului față de stimulii sonori, conversație, muzică sau prin stimularea cu zgomote nediferențiate aplicate separat la fiecare ureche și definirea capacității de localizare a acestora. Pentru studiul înțelegerii cuvintelor, probele vor fi adaptate vîrstii copilului; de obicei se începe cu o probă de recunoaștere a obiectelor. Se așază în fața subiectului un șir de obiecte uzuale, pe care le denumim verbal pe rînd și îi cerem bolnavului să ni le indice în mod corespunzător, apoi se urmărește înțelegerea ordinelor. În acest scop, se dau ordine simple: să deschidă gura, să închidă ușa, să ia o carte de pe masă etc. În interpretarea rezultatelor trebuie să ținem seama de eventualitatea existenței unor tulburări praxice, care ar putea împiedica executarea ordinelor date.

Examenul părții expresive a limbajului se referă la vorbirea spontană. Aceasta va fi analizată din punct de vedere fonetic, apreciindu-se modul de pronunțare a cuvintelor, modul de utilizare din punct de vedere gramatical și bogăția vocabularului. În legătură cu vocabularul, interesează nu numai numărul de cuvinte, ci și aspectul semantic și cunoașterea sensului corect al expresiilor folosite.

Vorbirea repetată trebuie examinată gradat, astfel copilul va trebui să repete: sunete simple, silabe izolate, cuvinte, propoziții și fraze.

Examenul cititului, după Busemann, A. Tertu și colab., se desfășoară în mai multe etape și e menit să depisteze dislexiile. De obicei se începe cu cititul spontan, pentru a avea o idee de ansamblu asupra gradului de însușire a deprinderii. Apoi subiectului i se cere să recunoască literele și cifrele dintr-un text la indicația verbală a examinato-

rului. În etapa următoare se trece la analiza fonetică a cuvintelor auzite, cerându-se copilului să pronunțe, după ce aude câteva cuvinte date de examinator, în mod separat fiecare sunet din cuvintele respective, apoi unele cuvinte întregi și ulterior să prezinte aceleași cuvinte, divizate în silabe. Pentru examinarea în amănunt a cititului, el va fi pus să citească cuvinte separate, un text corespunzător vârstei, urmărindu-se în același timp și gradul de înțelegere a materialului respectiv.

Analiza scrisului cuprinde următoarele probe: scris spontan, sub dictare și copiere. Scrisul spontan se realizează cerind subiectului să efectueze diverse teme pornind de la numele propriu, notarea locului și datei, consemnarea unei întâmplări din viața sa, pînă la descrierea stării sale afective din timpul examinării. Scrisul sub dictare, cuprinde propoziții foarte simple, neologisme, fraze complicate. Copierea include silabe, cuvinte și expresii de complexitate crescîndă. Pentru diferențierea elementelor agnosice și apraxice, care stau la baza disgrafiilor este necesară și definirea gradului de stabilire a dominanței emisferice, a lateralității, examinarea desenului spontan și după model, utilizîndu-se în acest scop eventual proba omulețului (F. Goodenough) și testul L. Bender. În final se vor efectua probe de praxie și se va evalua ritmul motor.

Numeroase studii din ultimul deceniu, pornind de la importanța defectelor instrumentale în procesul de învățare, îndeosebi în achiziția scrisului și cititului, au încercat să găsească metode de depistare timpurie a acestora în perioada preșcolară, pentru a obține corectarea lor înainte de intrarea copilului în școală. Cel mai cuprinzător este cel interpretat de către K. Hirsch, E. Jansky în 1966, care au utilizat la copii de 5 ani un număr de 37 de teste perceptivomotorii și verbale, stabilind că 20 dintre ele au o valoare predictivă. Cei mai valoroși indicatori sau probe ar fi, în ordine, după autorii sus-menționați, pentru aspectele perceptivomotorii: gradul accentuat de hiperactivitate, distractibilitate și dezinhibiție, evidențiat prin proba care măsoară ritmul, viteza motorie (pegboard speed), modul în care ține copilul creionul în mîină, testul omulețului (F. Goodenough), testul L. Bender etc., iar dintre cele verbale: capacitatea de a imita secvențele auditive, bogăția limbajului expresiv, capacitatea de a generaliza. În schimb, coeficientul intelectual *QI*, ar fi abia al 12-lea ca valoare.

Testele de motricitate. Cel mai cunoscut este testul Ozerețki, care permite aprecierea gradului de maturizare motorie, dezvoltarea praxiei și servește la depistarea dispraxiilor, a debilității motorii și la orientarea profesională.

Din bateria de teste pentru depistarea sindroamelor lezionale cerebrale ale copilului, menționăm pe cele mai recente ale lui H. Bakwin și R. Bakwin. Acesta constă în asocierea testelor vizuo-motor L. Bender, omulețul (Goodenough) și WISC. Existența în același timp a unor modificări semnificative la primele două teste sus-amintite, cu o diferență de peste 20 de puncte între coeficientul verbal și cel de performanță din cadrul testului WISC, sugerează existența unui sindrom de „leziune cerebrală”. Toate aceste probe analizează funcțiile de „performanță”

legate de capacitatea practo-gnozică, motricitate ca și de inteligență operatorie.

Testele referitoare la personalitate. Testele proiective (de tip asociativ) pentru copii sînt derivate din T.A.T.-ul destinat adulților. Astfel pentru adolescenți se utilizează testul Symonds, care constă din 20 de planșe prezentînd fie adolescenți singuri, fie împreună cu părinții, cu surori, în diferite situații de viață caracteristice vârstei. Interpretarea rezultatelor este similară cu cea a T.A.T.-ului din care a fost inspirat.

C.A.T. (Children Apperceptive Test) este varianta pentru copii pînă la 10—12 ani, realizată de către Bellak, și constă din 10 planșe înfățișînd animale, scene de familie sau o serie de acțiuni umane reprezentate grafic. Tehnica permite să se cunoască trăsăturile personale ale copilului și relațiile sale cu restul familiei.

Completările de fraze reprezintă o tehnică (adaptată la copii de către Bonnet-Stein) similară cu cea expusă la adult. În fapt e vorba mai curînd de un interviu structurat decît de un test formal.

Testul Rosenzweig reprezintă varianta pentru copii a aceluiași test descris în capitolul anterior, în care conținutul planșelor prezintă situații frustrante, umilitoare, avînd drept victime copii. Tehnica de interpretare e similară.

În același grup poate fi considerat și *testul Düss*. Acesta cuprinde un număr de 10 fabule reprezentînd situații-limită din viața unei familii de animale. Expunîndu-i-se testul, copilul trebuie să indice o variantă de rezolvare a situației, care este conformă cu opinia sa față de diverse personaje din familia proprie. E util la preșcolari, însă interpretarea sa este relativă.

Testele expresive sînt reprezentate de un număr de tehnici aproape specifice copilului. Cel mai cunoscut e desenul familiei. Subiectului i se cere să deseneze familia sa, fără a i se oferi alte indicații. În acest desen se reflectă în bună măsură, componența familiei, coerența sa (după distanțele dintre personaje), raporturile copilului cu părinții și frații săi. Ea oferă un material care sugerează teme de discuție ulterioare cu copilul (figura 22).

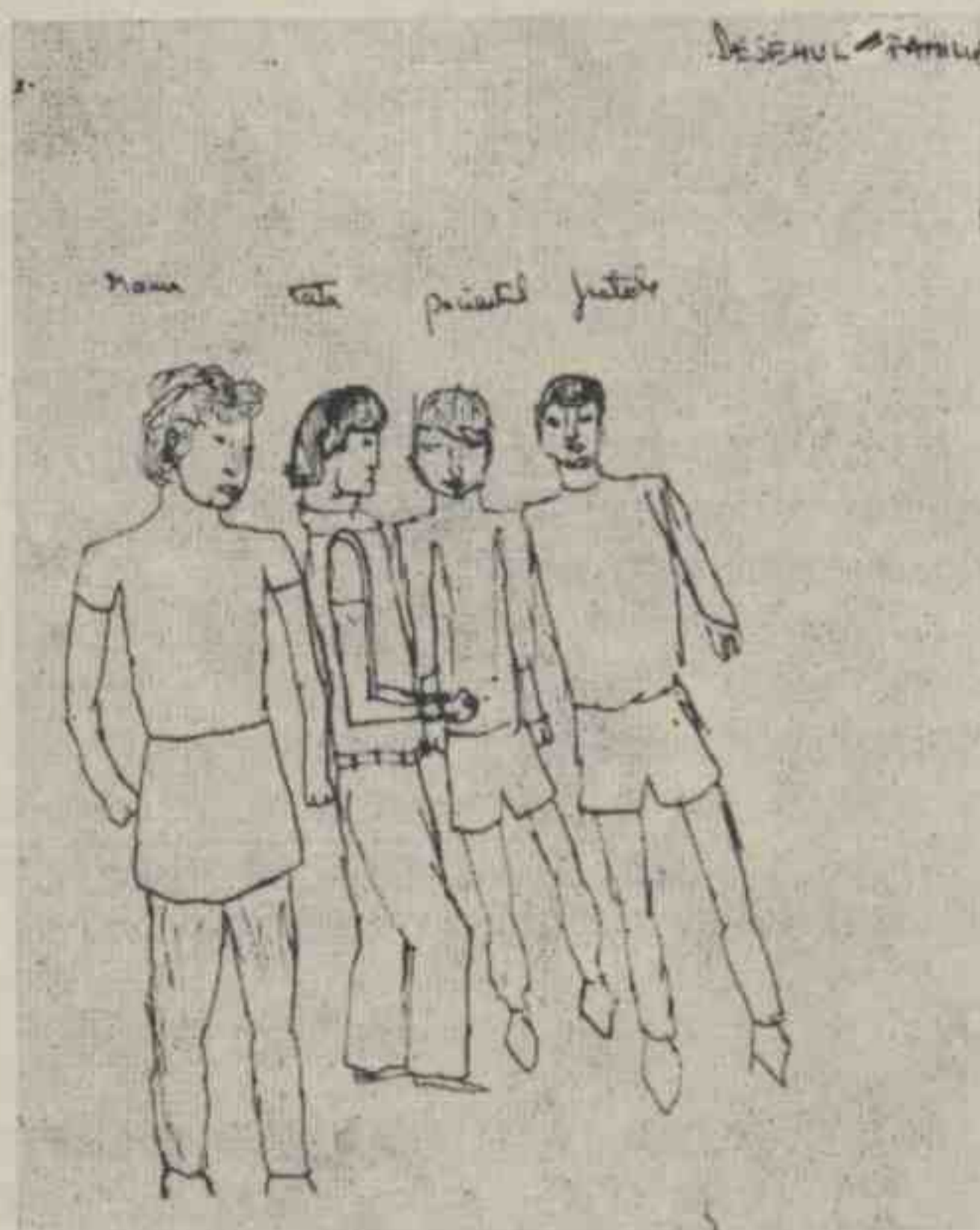


Fig. 22 — Desenul familiei, efectuat de un băiat de 13 ani, cu nevroză motorie, ticuri, retracție, timiditate, frică de contacte sociale, inapetență. Personajul dominant este mama, masculinizată, nemulțumită, tensivă; alături e tatăl, proporțional mai mic, însă agresiv, lovindu-l pe pacient, care este înghesuit între acesta și fratele său.

Educație severă, lipsă de afecțiune și pedepse fizice grave.

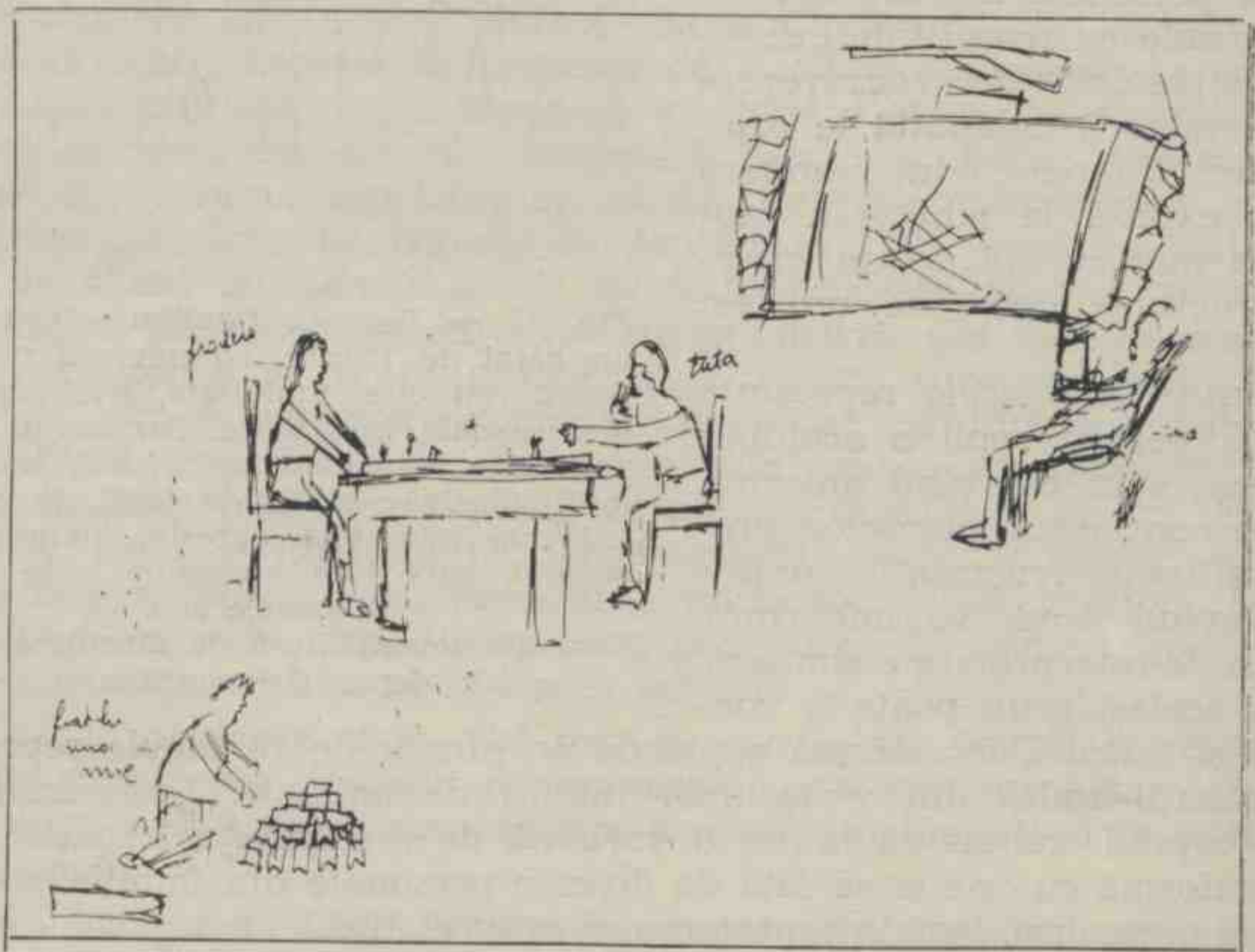
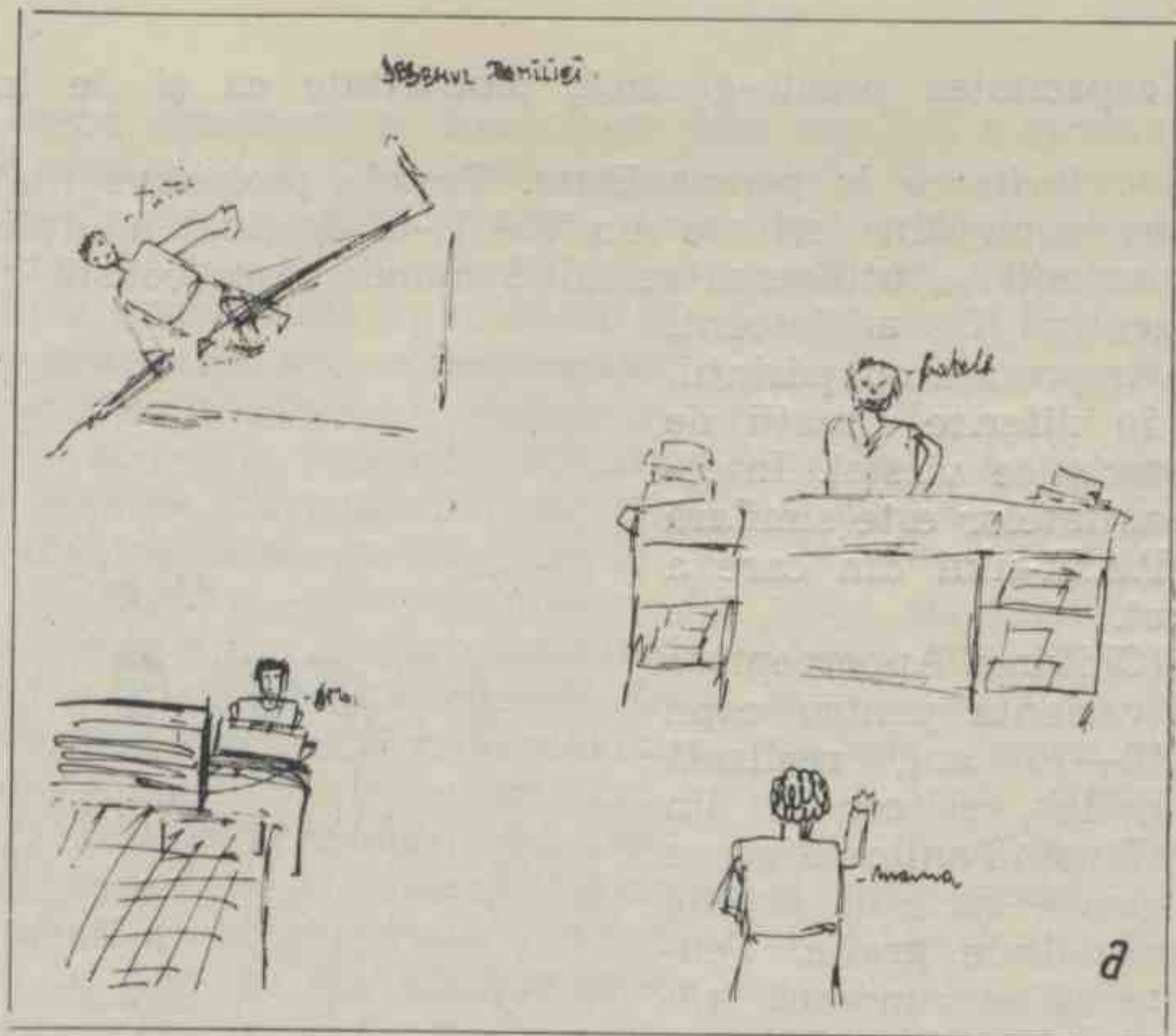


Fig. 23 a, b — Desenul familiei, efectuat de o fată de 14 ani cu travestitism, venită la consultație pentru a cere schimbare de sex. Încă de mică dorea să fie băiat. Din figura 23 a, reprezentând familia sa reală, reiese disocierea și perturbarea atmosferei familiale: tatăl este exclus, iar mama se subordonează fratelui mai mare, care devine personajul principal. Pacienta adoptă o pieptănătură și o ocupație masculină „ca și fratele ei”.

În figura 23 b, imaginată ca „familia ideală”, rolul tatălui e restabilit, dar dispare „sora”, care devine „frate mai mic” (inexistent în realitate). Cele 3 dorințe: să zbor pe o farfurie zburătoare, după moarte să ajung în iad și să mă fac arheolog, evidențiază dorința de evaziune și culpabilitatea intensă față de tendințele sale sexuale, aberante.

Alți autori folosesc plastilina pentru a înfățișa figurile membrilor familiei — cu sau fără direcționare prealabilă din partea examinatorului.

Testul Arthus conține toate elementele constitutive (fabricate din lemn lăcuit) ale unui sătuc. Copilului i se cere să construiască un sătuc după dorința sa. În același sens se folosește diagnosticul prin joc (play-diagnostic), oferind copilului materiale adecvate: păpuși, mobilă corespunzătoare și un cadru care să înfățișeze o cameră-jucărie, în care acesta aranjează toate jucăriile în raport cu concepțiile sale despre sine și despre familia sa.

O tehnică interesantă este expusă de Kanner sub numele de *testul celor 3 dorințe*. După o introducere atractivă, sub formă de joc sau basm, copilul este invitat să spună 3 dorințe, cele mai frumoase, indiferent cât de fanteziste ar fi ele. Copiii normali își doresc de obicei jucării banale. Copiii cu probleme conflictuale, își doresc „să învețe bine“, „să nu supere pe părinți“, exteriorizând astfel problematica specifică. Copiii schizoizi își doresc să zboare singuri, să locuiască singuri, pe o farfurie zburătoare ș.a. (figura 23).

Chestionarele sînt puțin utilizate la vîrsta copilăriei. Cele mai cunoscute sînt chestionarul Woodworth-Mathews, Vineland Maturity Scale și varianta pentru copii a cunoscutului chestionar a lui Eysenck (Junior Personality Eysenck Inventory). Ele se adresează copiilor școlari de inteligență aproximativ normală, avînd aceleași obiective ca și testele similare descrise la adulți.

3. INVESTIGAȚIA ELECTROENCEFALOGRAFICĂ ÎN BOLILE PSIHICE

Electroencefalografia culege, înregistrează și analizează activitatea bioelectrică transcraniană a generatorilor cerebrali. Ea reflectă numai o parte din totalitatea fenomenelor electrice cerebrale rezultate din activitatea metabolică și funcțională a neuronilor și formațiilor cerebrale cortico-subcorticale. După Fessard, EEG ar fi expresia variațiilor lente de potențial de la nivelul neuronilor piramidali corticali ale căror dendrite apicale orientate radial și perpendicular pe scoarță formează dipoli electrici alterni somato-dendritici. Biopotențialele lente de la nivelul dendritelor și potențialelor postsinaptice străbat mediul conductor eterogen și ajung mult diminuate și distorsionate la nivelul scalpului, de unde sînt culese, apoi amplificate de un milion de ori și înscrise pe hîrtie sub forma unor curbe sinusoidale.

Activitatea bioelectrică cerebrală spontană se desfășoară ritmic și se menține constantă, datorită unor mecanisme de sincronizare locală, care sumează activitatea funcțională a milioane de neuroni ce descarcă cu aceeași frecvență, în aceeași fază și în același timp.

Formațiile subcorticale: sistemul reticular activator ascendent și talamusul difuz nespecific acționează asupra activității bioelectrice corticale, adaptînd-o stimulilor intero- și exteroceptivi și influenței metabolitelor și hormonilor din curentul circulator.

RITMURILE EEG

Pe un grafic EEG se descriu unde caracterizate prin morfologie, durată, amplitudine, frecvență și reactivitate. Pentru ușurința citirii unei electroencefalograme ritmurile au fost denumite cu litere grecești și clasificate după frecvență :

ritm alfa α 8—13 c/s ; ritm beta β 14—30 c/s, ritm teta θ 4—7,5 c/s, ritm delta Δ 0,5—3,5 c/s.

Ritm alfa este format din unde sinusoidale, având o frecvență medie de 10 c/s și o amplitudine de 50—100 μ V. El este mai amplu de partea emisferei nedominante și se înscrie grupat în fusuri cu durată de 0,5—3 secunde, sincrone și simetrice în ariile posterioare ale celor două emisfere (occipital, temporal posterior, parietal). Stimulii vizuali, concentrarea atenției, calculul mintal duc la diminuarea amplitudinii sau la dispariția ritmului alfa, fenomen cunoscut sub denumirea de reacție de blocare.

Ritm beta exprimă activitatea bioelectrică particulară a regiunilor frontale și rolandice, are o frecvență medie de 18 c/s și o amplitudine de 5—30 μ V. Cu o continuitate greu de stabilit, acest ritm apare în forme variate, uneori însă poate și el îmbrăca aspect sinusoidal și se blochează în timpul pregătirii sau efectuării unei activități motorii.

Ritm teta are o morfologie sinusoidală cu frecvență de 4—7,5 c/s, o amplitudine de 50 μ V și provine din regiunile temporale, temporo-frontale, temporo-parietale, predominând uneori în derivațiile temporale ale emisferului dominant. Nu se blochează la stimuli vizuali, iar stările emoționale determină exacerbară lui.

Ritm delta este caracterizat printr-o frecvență de 0,5—3,5 c/s, are o morfologie sinusoidală sau polimorfă și o amplitudine variabilă, fiind întâlnit ca ritm fiziologic la sugar în stare de veghe, iar la adult în stare de somn profund.

ASPECTELE MORFOLOGICE ALE TRASEULUI ELECTROENCEFALOGRAFIC NORMAL AL ADULTULUI ȘI COPILULUI

Traseul EEG al adultului aflat în stare de veghe, în condiții de repaus psihosenzorial, este compus morfologic din ritm alfa exprimat în fusuri pe o întindere de 2/3 a regiunii posterioare a scalpului, din ritm beta mai evident reprezentat în derivațiile frontale și rolandice și, în sfârșit, din ritmul teta, căruia îi revine în medie sub 10% din totalitatea undelor bioelectrice ale traseului, acest ultim ritm fiind mai bine exprimat în derivațiile temporale și temporo-frontale și mascat de obicei de activitatea mai amplă alfa.

La copil, aspectul normal al traseului este în strînsă relație cu procesele fiziologice de maturare a creierului și prezintă o mare variabilitate individuală dependentă de factori ereditari sau cîștigați în decursul dezvoltării sistemului nervos al acestuia. Astfel, la sugar ritmul

dominant este delta sinusoidal medio-voltat, cu asimetrie interemisferică, cu slabă diferențialitate regională. La vârsta de un an se instalează simetria între emisfere, ritmul delta tinde să predominie posterior, frecvența sa se apropie de limita superioară de 3 c/s. De la 2 la 4 ani se observă înlocuirea progresivă a ritmurilor lente din banda delta, cu ritmuri mai puțin lente din banda teta (4—6 c/s). La vârsta de 4 ani ritmul teta devine ritm dominant; totodată poate să apară hipersincronismul lent la hiperpnee. Între 4 și 8 ani ritmul teta se intrică cu ritm alfa, care tinde să înlocuiască ritmurile lente. La început ritmul alfa are o frecvență lentă de 8 c/s și o extindere mai largă aproape pe toată suprafața scalpului. Cele două ritmuri sînt în proporții aproape egale între 5 și 6 ani, apoi treptat indicele de alfa crește și ritmul teta scade, persistînd în regiunile temporale și temporo-frontale.

Reacția de blocare a ritmului alfa devine evidentă în regiunile posterioare, iar răspunsurile la alcaloză hiperventilatorie se intensifică. De la vârsta de 9 ani traseul suferă mai puține remanieri, constînd în creșterea indicelui de alfa, frecvența lui se fixează către 10 c/s, amplitudinea la 50—70 μ V și în sfîrșit gruparea lui este mai marcată în cele 2/3 posterioare ale scalpului. La pubertate, traseul suferă remanieri pasagere în sensul apariției unui indice crescut de teta în regiunile anterioare. La vîrstele de 15 ani la fete și 16—17 ani la băieți, procesul fiziologic de maturație a electrogenezei este considerat terminat, ritmurile bioelectrice se apropie de cele întîlnite constant la adult.

Vîrstele înaintate (peste 60 ani) antrenează scăderea frecvenței ritmului alfa sub 10 c/s, creșterea incidențelor rapide difuze și a ritmului teta în regiunile temporale.

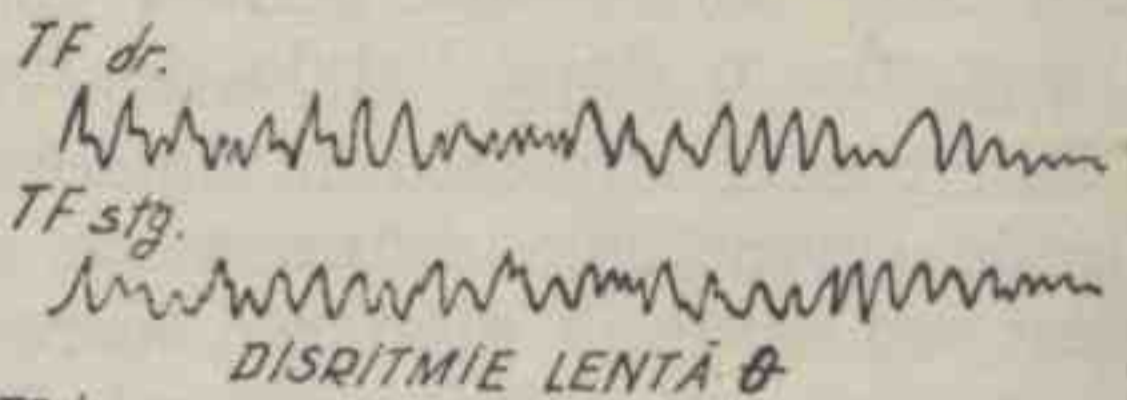
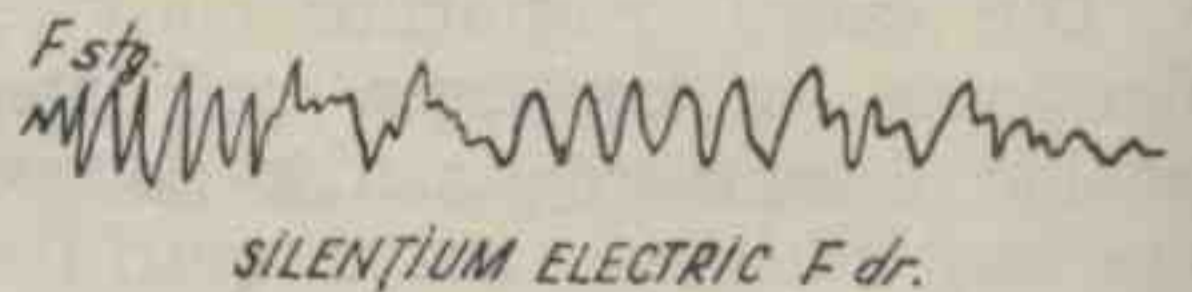
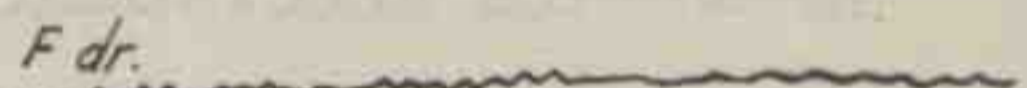
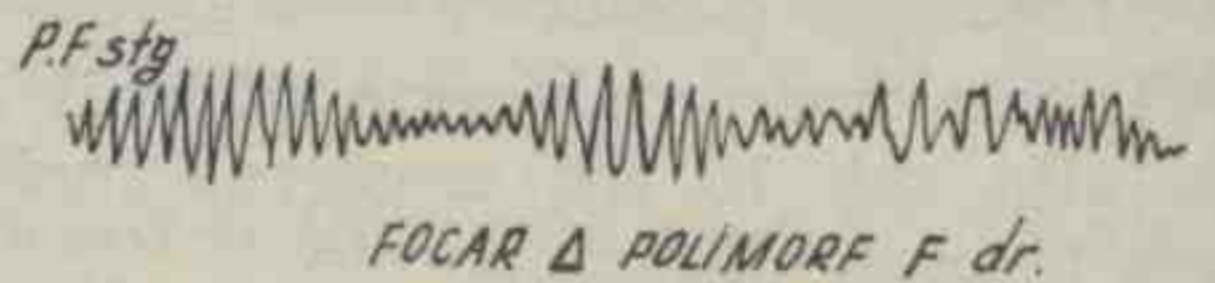
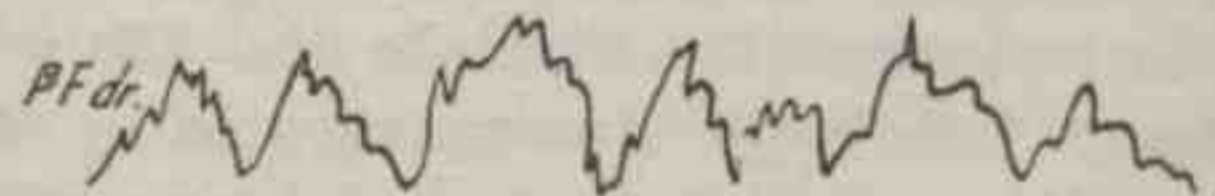
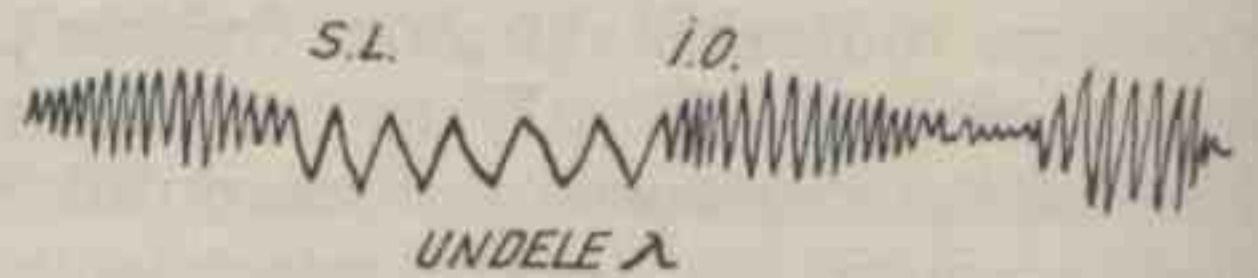
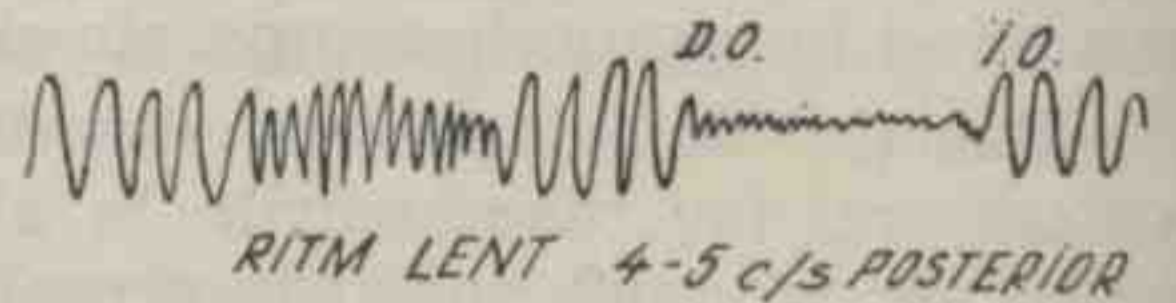
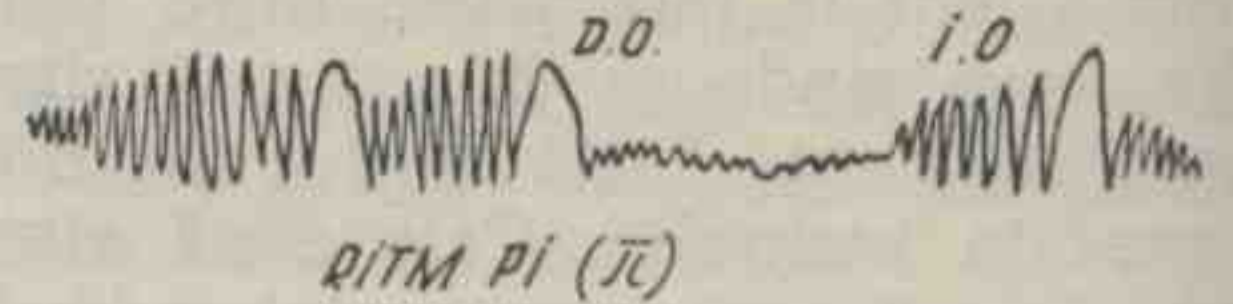
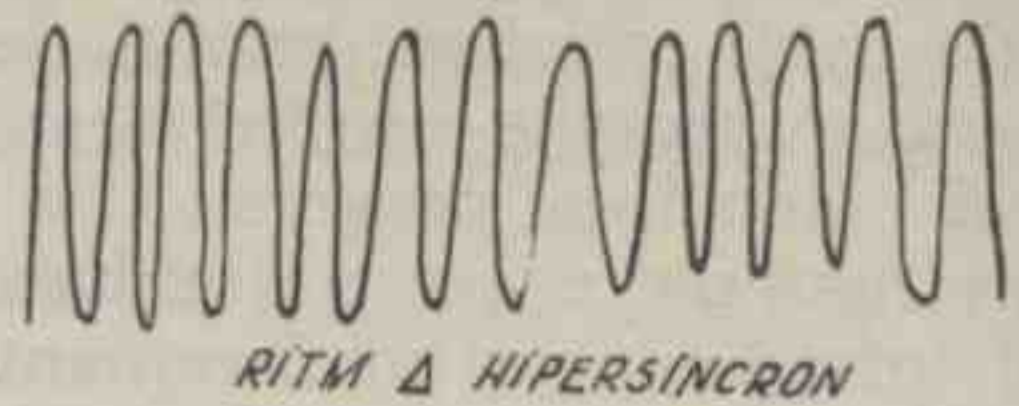
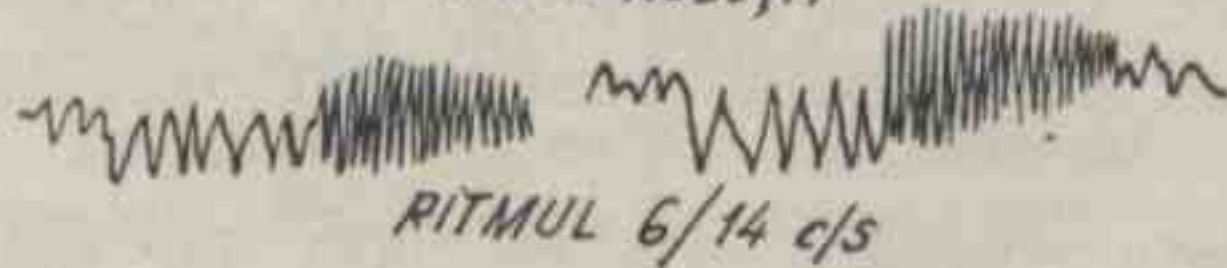
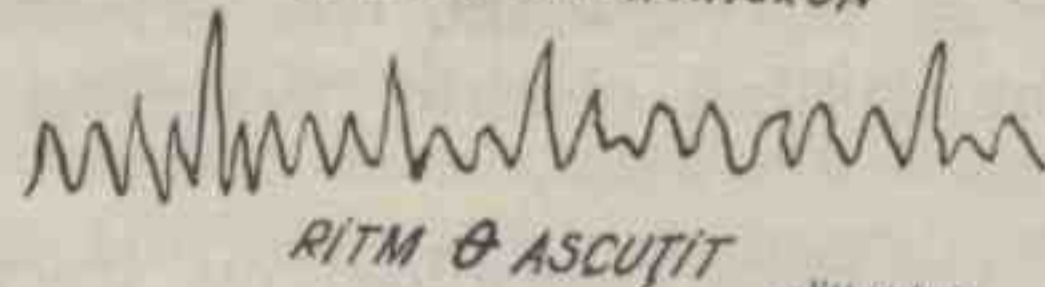
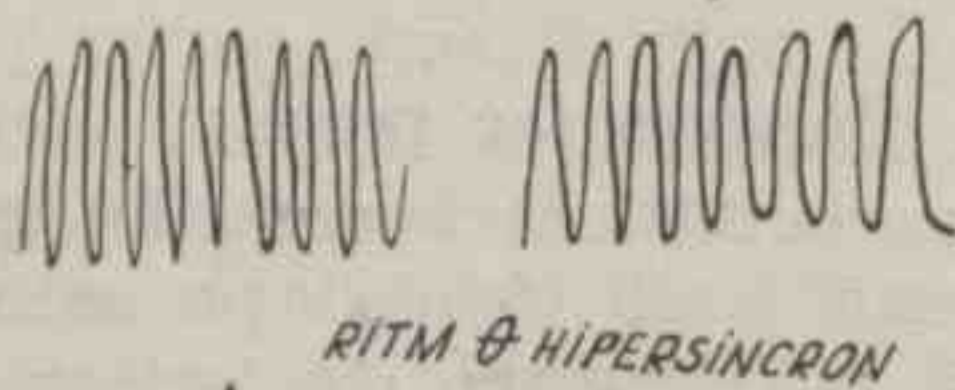
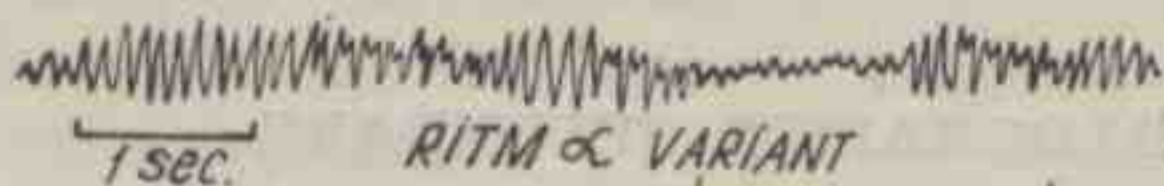
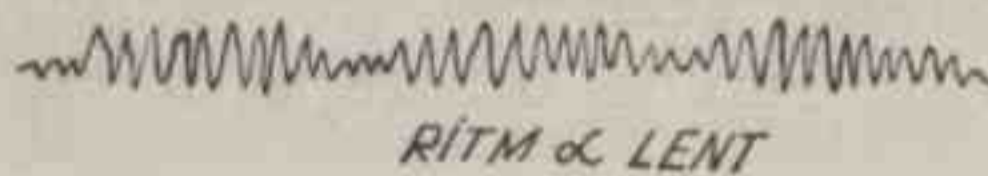
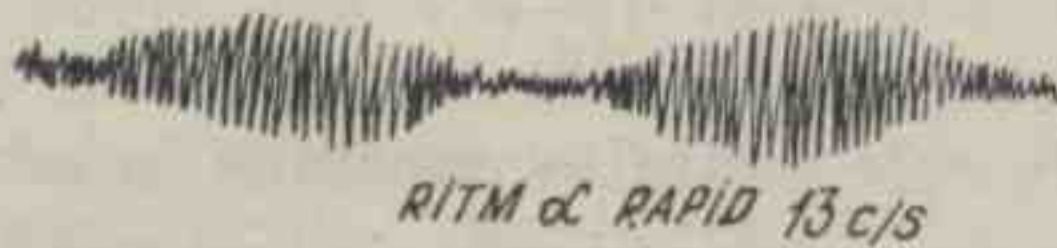
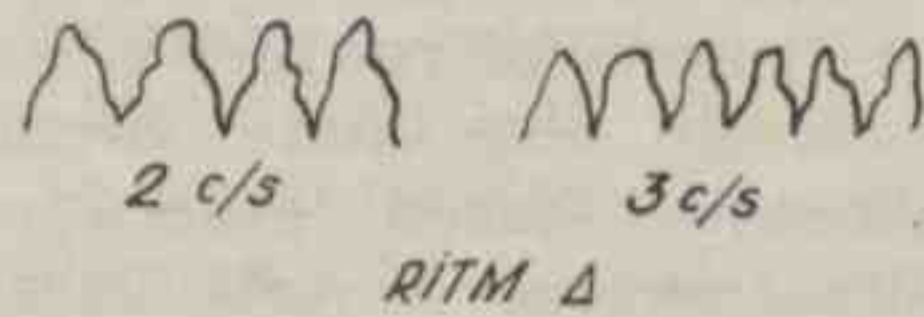
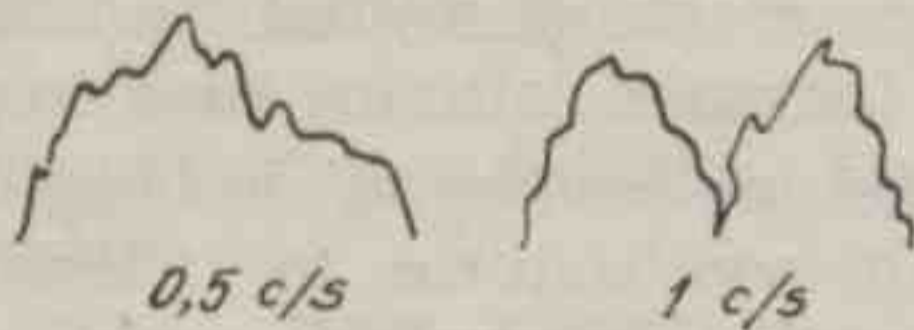
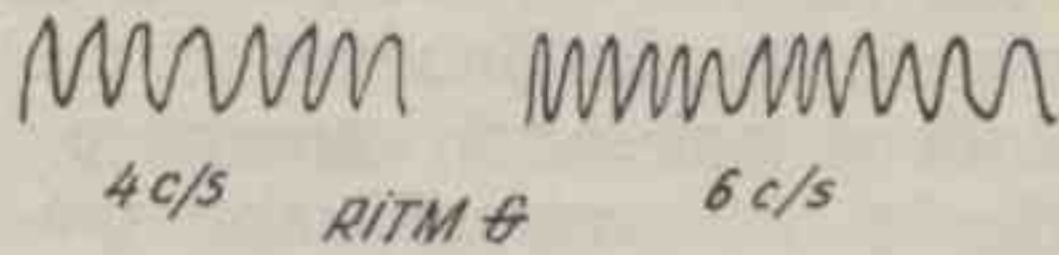
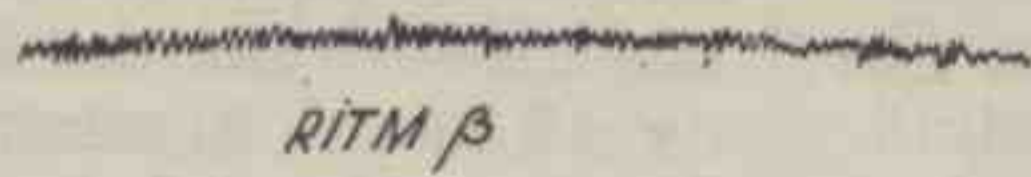
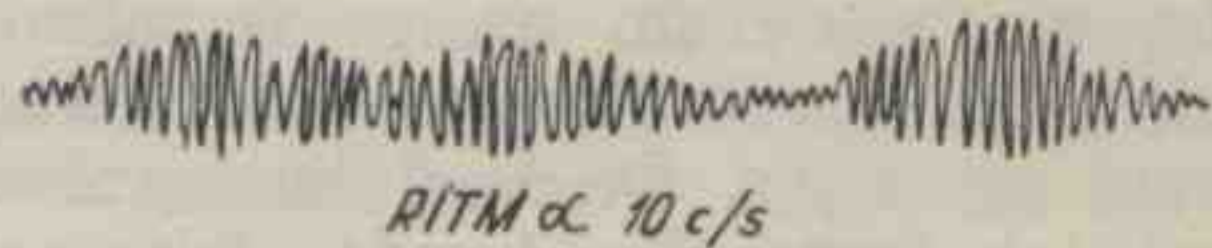
RITMURILE ELECTROENCEFALOGRAFICE SECUNDARE

Din cadrul ritmurilor clasic descrise, în urma unor cercetări mai minuțioase cu corelarea mai atentă a datelor clinice cu morfologia undelor, folosirea tehnicilor poligrafice și a analizatorului de frecvență, s-au individualizat noi ritmuri, care au o deosebită importanță și o semnificație particulară pentru psihiatrie. În scop didactic ele ar putea fi sistematizate după banda de frecvență din care fac parte.

Din banda alfa reamintim : a) „alfa variant“ lent format din grupe de unde sinusoidale asimetrice cu frecvență joasă (5 cicli pe secundă) intricat cu ritmul alfa din care derivă în regiunile posterioare, ce are o frecvență mai mare ; ambele ritmuri fiind blocate în același timp de stimuli luminoși ;

b) alfa variant rapid (20 c/s) este un ritm sinusoidal cu frecvență dublă a ritmului alfa de fond localizat occipital și caracterizat prin dispariția lui la deschiderea ochilor ;

c) ritmul alfa ascuțit are frecvența ritmului alfa de bază, iar morfologic undele sînt ascuțite, ample și intercalate printre undele sinusoidale ;



Grafioul 1

d) ritmul Mu (μ) „en arceaux“ are frecvența de ritm alfa 7—9 c/s, e localizat în regiunea motorie rolandică, iar reactivitatea este asemănătoare ritmului beta, dispăre la stimulii proprioceptivi din hemicorpul opus. Morfologic se înregistrează ca un ritm în dinți de pieptene, ale cărui unde situate sub linia izoelectrică sînt ascuțite, iar cele de deasupra rotunde și ancoșate.

În banda teta se pot cuprinde : a) teta ascuțit, format din unde izolate sau grupate avînd frecvența de 4—7 c/s și terminate la vîrf, în unghi ascuțit ;

b) teta hipersincron format din frecvențe medii 5—6 c/s de formă sinusoidală, amplitudine mare și repartizare bisincronă ;

c) ritmul Iota sau «14/6» c/s descris de Gibbs, apare în timpul somnului ca grupe de unde lente ascuțite, pozitive, de 6 cicli pe secundă amestecate cu grupe de unde sinusoidale cu frecvența de 14 c/s localizate în regiunea temporală.

În banda delta se descriu : a) ritm delta hipersincron, format din unde lente (2—3 c/s) sinusoidale, ample, ce apar în hiperpnee (amplitudine 200—300 μ V) ;

b) ritmul π se înregistrează mai des în regiunile occipitale și reprezintă o undă lentă de 3 c/s intricat cu ritm alfa amplu ; dispăre ca și acesta la stimuli luminoși ;

c) ritmul lent posterior de 3—4 c/s este format din grupe de unde sinusoidale localizate în derivațiile posterioare uni- sau bilateral și prezintă blocare asemănătoare cu aceea a ritmului alfa la deschiderea ochilor ;

d) undele lambda, sînt unde lente pozitive, ascuțite, dispuse în dinți de pieptene, în regiunea occipitală, fiind sinerone cu mișcările sacadate ale globilor oculari, determinate de examinarea atentă a unor obiecte contrastante.

VARIAȚIILE EEG ÎN RAPORT CU DIVERSE STĂRI FIZIOLOGICE ȘI ÎN CONDIȚIILE DEREGLĂRII UNOR CONSTANTE BIOLOGICE

Economia limitată a acestui paragraf expus într-un manual de psihiatrie ne obligă să expunem doar succint factorii și condițiile în care modificările ritmurilor bioelectrice indică un anumit grad de semnificație pentru interpretarea și aprecierea valorică a acestui examen chemat și el să-și aducă aportul în elucidarea diagnosticului, în orientarea terapiei sau în stabilirea unor corelații între tulburările psihice și funcțiile substratului morfofuncțional cerebral. Aceste modificări însă pot prezenta o serie de variații în activitatea bioelectrică chiar în cazul unor subiecți normali.

Astfel, în funcție de constituție, traseele normale, global asemănătoare între ele, prezintă unele caractere particulare ușor diferențiabile proprii fiecărui individ. Elementul cel mai variabil este procentul de ritm alfa, care poate fi cuprins între 20—90% din totalitatea ritmurilor bioelectrice care compun un traseu normal. Mai puțin variabilă este

amplitudinea și modularea ritmului de bază alfa, elementul cel mai constant rămânând frecvența lui.

Unele caractere EEG individuale, normale sau patologice se pot transmite urmașilor, astfel că la gemenii univitelini traseele normale sînt identice în proporție de 85%, la gemenii univitelini epileptici traseele asemănătoare se întîlnesc în 82%, în timp ce la gemenii bizigoți traseele identice se găsesc descrise mult mai rar. În clinică însă, în unele cazuri de psihopatii, tulburări de comportament și epilepsie, sînt menționate la părinții, copiii și rudele apropiate bolnavilor, trasee EEG alterate cu disritmii lente și frecvente anomalii paroxistice.

Maturizarea bioelectrică determină, așa cum am văzut, importante diferențe ale traseelor EEG. Se recunoaște că în dinamica ei, determină o trecere de la frecvențe mai lente de tip delta către ritm alfa, pasajul cuprinzînd faze intermediare de teta și alfa lent. Acestea sînt urmate de delimitarea zonelor de geneză a diferitelor ritmuri și diminuarea progresivă a traseelor ample (observate la copiii mici) către valori de 50—100 μ V, precum și scăderea reactivității la hiperpnee la adult. Multe trasee patologice descrise în psihiatria adultului și adolescentului reprezintă întîzieri în maturarea bioelectrică cerebrală și se întîlnesc în special în tulburările de comportament, crize de afect, balbism, maladia ticurilor, precum și la o serie de psihopați agresivi, excitabili și de delincvenți.

Modificări bioelectrice în funcție de activitatea conștientă apar mai ales în timpul desfășurării actelor voluntare. În situația de vigilență crescută, atenția intens concentrată, efortul mental crescut determină, ca și stările de alertă sau stimulările senzoriale, diminuarea amplitudinii sau blocarea ritmului alfa și creșterea ritmurilor rapide generalizate (traseul EEG este plat, desincronizat, cu ritm β difuz, probabil datorită acțiunii formației reticulate activatoare ascendente).

Cînd nivelul vigilității conștiinței scade, cum se întîlnește în somnolență sau somn, traseul de repaus se dezorganizează și activitatea bioelectrică este dominată de unde lente teta și delta și scăderea amplitudinii ritmurilor. În somn au fost sistematizate, după gradul de profunzime al acestuia, mai multe stadii :

În stadiul A (relaxare) Loomis a descris modificări bioelectrice de tipul hipovoltajului, cu scăderea sectorizată a ritmului alfa.

În stadiul B după Loomis, sau stadiul I al somnului, după Dement și Kleitman, se remarcă dispariția ritmului alfa, traseul devine plat, sărac în activitate bioelectrică.

În stadiul C (Loomis) sau stadiul II (Dement și Kleitman) apreciat ca stare de somn ușor, traseul este format din ritm lent teta (4—6 c/s), fusuri de somn (14 c/s amplitudine 50 μ V), vîrfuri de vertex și complex K (format dintr-o undă lentă pozitivă urmată de o undă lentă mai amplă, negativă, pe a cărei pantă descendentă se înscriu frecvențe de 14 c/s).

Stadiul D (Loomis) sau stadiul III (Dement și Kleitman) reprezintă faza de somn stabil în timpul căreia apar unde lente generalizate teta și delta, cu păstrarea fusurilor de somn și a complexelor K.

În stadiul E (Loomis) sau stadiul IV (Dement și Kleitman) de somn profund cu activitate delta dominantă, dispar fenomenele evocate: virfurile lente de vertex, complexul K și fusurile de somn.

În timpul așa-zisului somn rapid „de activare”, „somm paradoxal”, „faza mișcărilor globilor oculari”, „P.M.O.”, sau „R.E.M.” care întrerupe somnul lent, mai ales după stadiile II și III, reapare o activitate mai rapidă, cu unde nedefinite ca ritm, având o frecvență peste 7 c/s și chiar mai rapidă, de mică amplitudine, intricată cu unde lente în pieptene sau în dinți de ferăstrău în regiunea vertexului. Pacienții treziți în această fază de somn relatează aproape în 80% din cazuri, o stare de vis. Somnul cu vise se repetă de mai multe ori pe noapte, ocupând 1/5 din totalitatea somnului.

Au fost de asemenea remarcate o serie de variații EEG în decursul unei zile; dimineața traseul e mai bogat în activitate alfa, pentru ca apoi, după desfășurarea efortului cotidian să crească incidentele rapide.

Diferențele EEG în raport cu sexul sînt exprimate printr-o maturizare cronologic mai rapidă la fete decît la băieți. Femeile, de asemenea, pot prezenta modificări ale frecvenței și incidenței ritmului alfa în raport cu ciclul catamenial. Astfel, în perioada premergătoare ciclului, ritmul alfa are o frecvență mai rapidă, crescînd totodată incidentele rapide beta, iar după ciclu ritmul alfa devine mai lent și crește incidența de unde lente teta. În timpul sarcinii se descrie o încetinire a ritmurilor de bază. La menopauză cresc poliritmiile rapide, incidența ritmului beta și a ritmului „en arceaux”.

În raport cu factorii emoționali, în stările de indiferență se descrie un indice crescut de alfa, iar în stările de neliniște, de frică și anxietate, este adesea menționată desincronizarea traseului; momentul destinderii psihice se exprimă bioelectric prin reapariția ritmului alfa. Stările emoționale cronice mențin traseul plat, desincronizat continuu. Reacțiile de furie, de mînie, se reflectă bioelectric prin bufeuri de teta localizate în regiunea fronto-temporală.

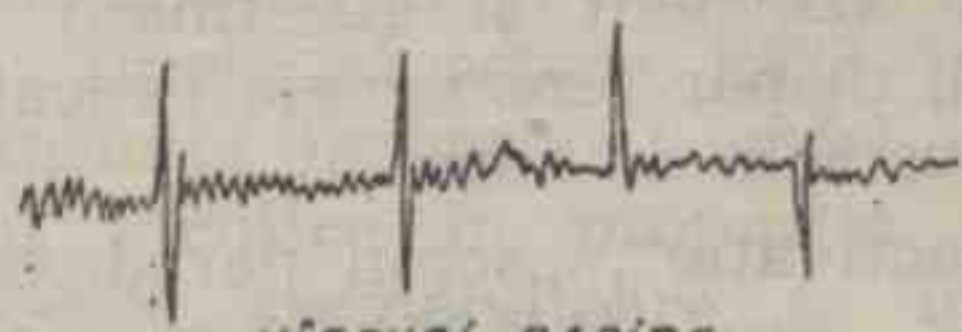
Creșterea temperaturii aduce frecvențe rapide, iar hipotermia diminuează amplitudinea traseului, crescînd indicele de unde lente.

Hipoglicemia sub 60 mg% scade incidența ritmului alfa, care este înlocuit cu ritmuri lente teta și delta și în același timp crește reactivitatea la hiperpnee, obiectivizată bioelectric prin frecvente paroxisme de unde lente.

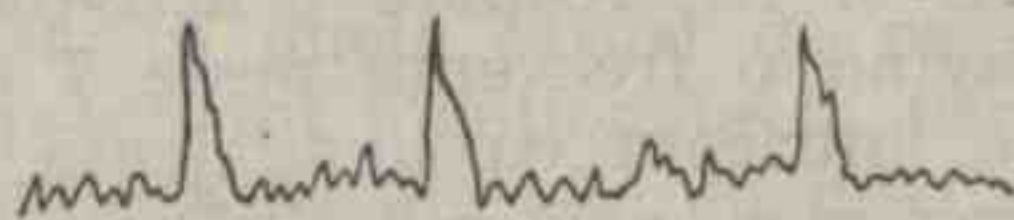
Hipocalcemia antrenează dezorganizarea traseului de fond, făcînd să apară unde lente teta, precum și paroxisme de virfuri și unde lente ascuțite pe traseul spontan și mai ales în hiperpnee.

Alcaloza hiperventilatorie are o influență importantă asupra traseelor copiilor, adolescenților și a traseelor imature și mai mică asupra electroencefalogrammei adulților sănătoși.

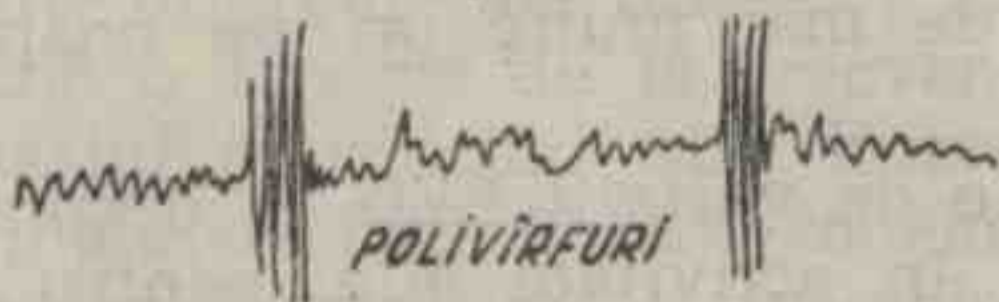
Glandele cu secreție internă pot influența activitatea bioelectrică cerebrală atît în sensul scăderii reactivității cît și în sensul creșterii ei. În hipertiroidism și hipercorticism se descriu frecvențe rapide difuze,



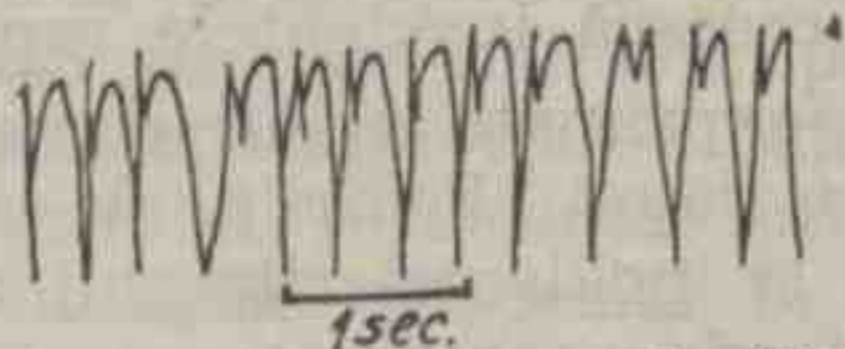
VÎRFURI RAPIDE



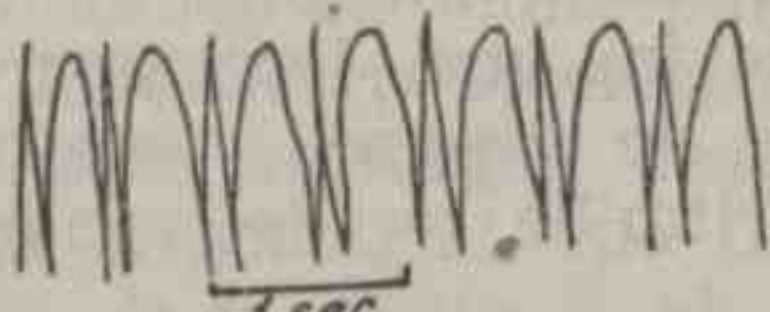
UNDE ASCUȚITE LENTE



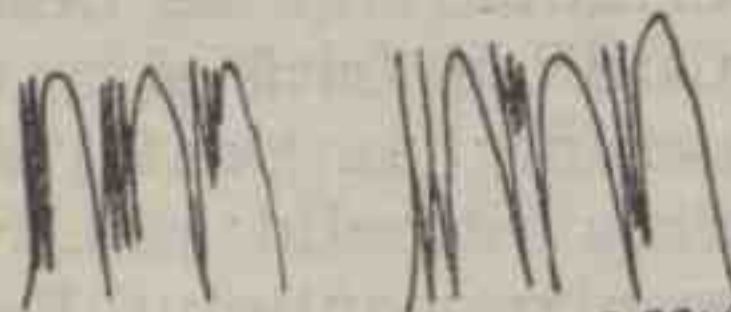
POLIVÎRFURI



COMPLEXE VÎRF-UNDĂ TIPIC. 3 c/s



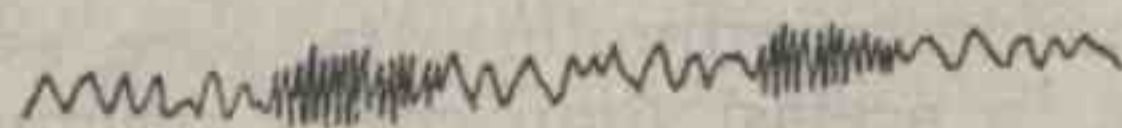
COMPLEXE VÎRF-UNDĂ VARIANT



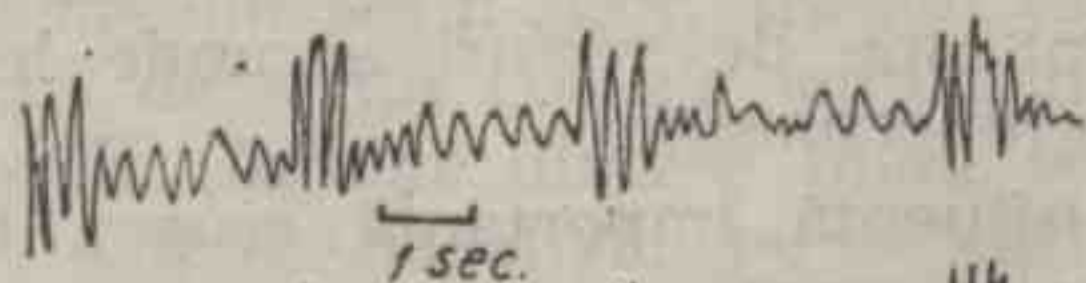
C. POLIVÎRF-UNDĂ



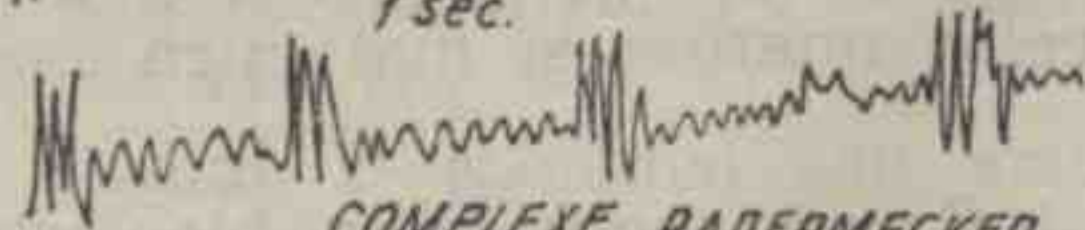
COMPLEX K.



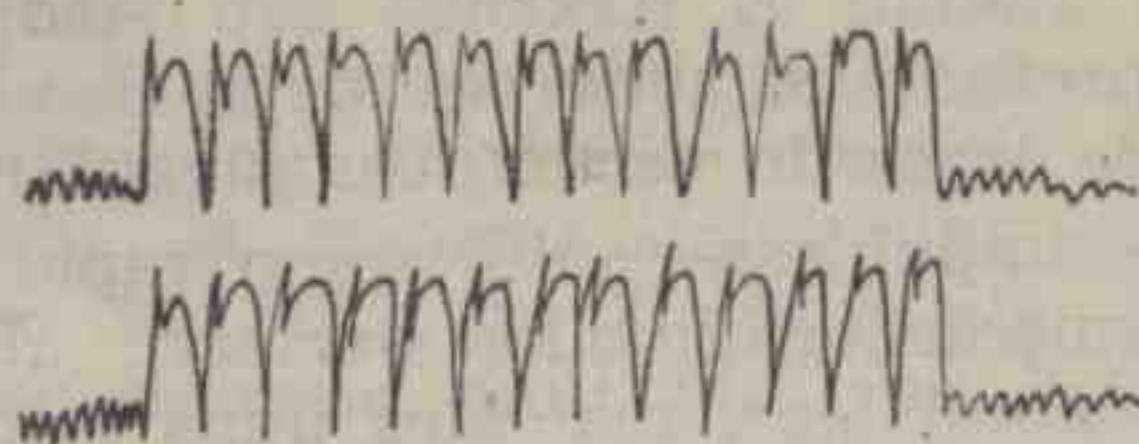
FUSURI DE SOMN



1 sec.

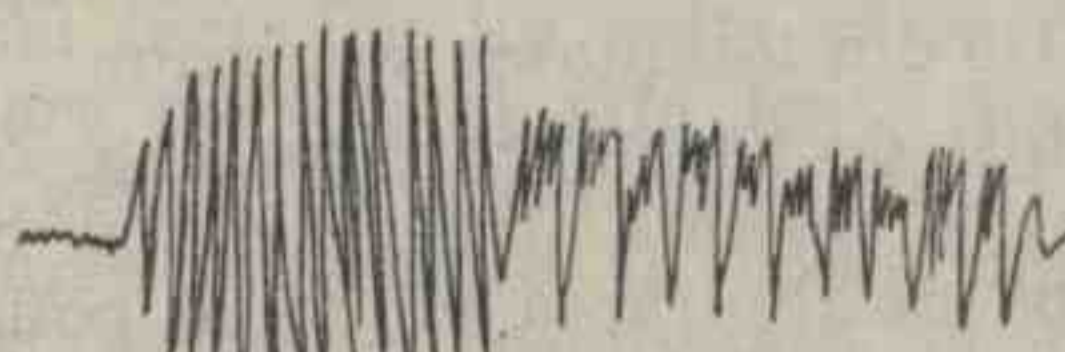


COMPLEXE RADERMECKER
(12 complexe pe minut)



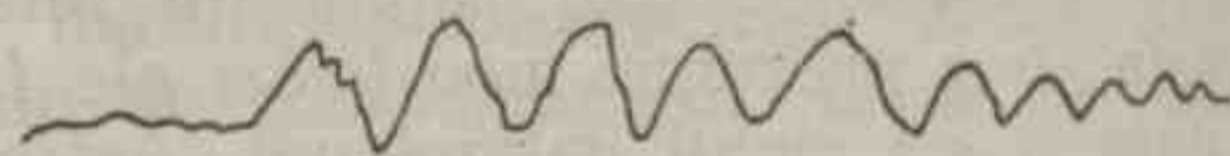
1 sec.

CRIZĂ PETIT MAL
(c.v.u. 3 c/s)



F. TONICĂ

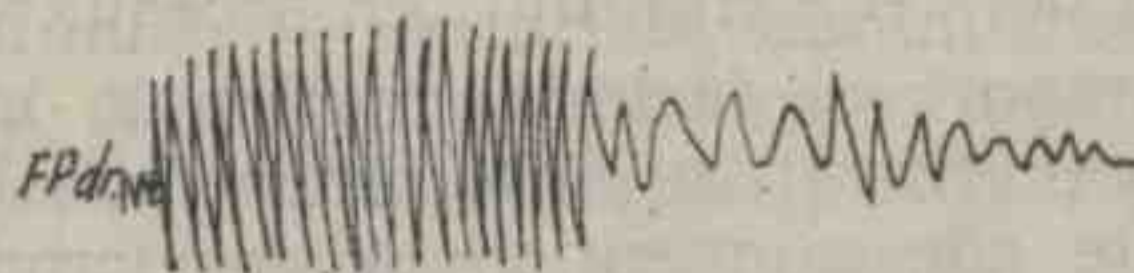
F. CLONICĂ



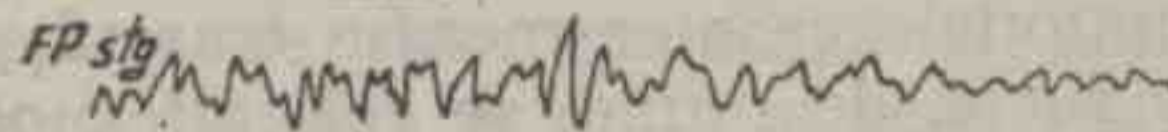
SILENȚIU

F. POST-CRITICĂ

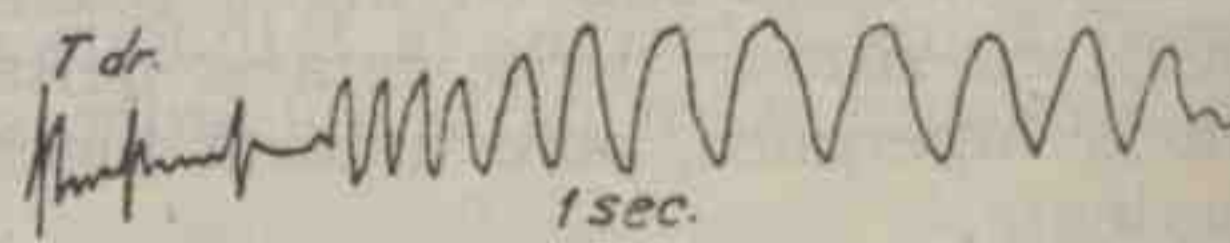
CRIZĂ GRAND MAL



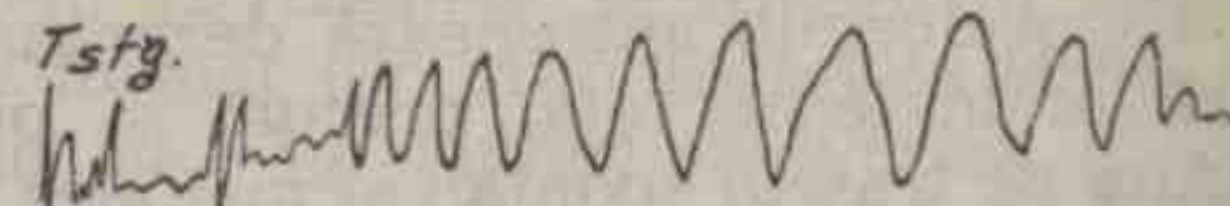
1 sec.



CRIZĂ EPILEPSIE FOCALIZATĂ



1 sec.



CRIZĂ EPILEPSIE PSIHOMOTORIE

Graficul 2

iar în hipotiroidism unde lente generalizate de tip teta. Elemente bioelectrice de tip paroxistic sînt frecvent menționate în hipoparatiroidism, hiperinsulinism, hipertiroidism.

SEMILOGIE E.E.G.

Modificările electroencefalogramei pot fi împărțite în trei grupe: modificări funcționale, anomalii lezionale evolutive sau sechelare și anomalii paroxistice.

A. Modificările funcționale sînt expresia unor tulburări ale ritmurilor bioelectrice determinate fie de stări de tensiune psihică tranzitorie (emoții intense, neliniște, frică, anxietate), fie de oboseală, surmenaj sau somnolență. Acestea mai pot fi induse de unele perturbări endocrinometabolice (hiper- sau hipotiroidie, hiperfoliculinemie, hipoglicemie etc.), de afecțiuni psihosomatice: astm, hipertensiune arterială, de hipoxia din anemii și afecțiuni cardiorespiratorii etc. Unele modificări bioelectrice pot apare în decursul terapiei cu substanțe psihotrope și psihotone. Aceste modificări bioelectrice sînt pasagere și se mențin atît timp cît durează cauza care le-a produs; ele dispar în momentul relaxării psihice sau în urma corectării perturbărilor metabolice sau endocrine. Dintre modificările bioelectrice funcționale, o semnificație binecunoscută o au ritmurile alfa și teta ascuțit, care exprimă o stare de hiperexcitabilitate corticală, precum și focarele de unde lente teta sinusoidale și ascuțite localizate în regiunile temporale stîngi, care se descriu în unele stări depresiv nevrotice, în depresiile dominant endogene sau reactive și în psihopatii. Se presupune că aceste tulburări bioelectrice sînt expresia unor disfuncții ale rinencefalului, care se proiectează bioelectric pe scalp, apărînd mai ales în derivațiile temporale ale emisferului dominant.

Întîrzierea procesului de maturare a electrogenezei cunoscută ca „traseu EEG sub limita de vîrstă” — este caracterizată bioelectric prin incidența crescută de unde lente generalizate, ritm alfa variat, ritm π , ritm lent posterior de 3—4 c/s, care dispar la deschiderea ochilor. Se mai evidențiază de asemenea în aceste stări, unde lente în regiunile temporale posterioare uni- sau bilaterale și hipsincronismul lent ce apare în timpul hiperpneei. Toate aceste modificări sînt considerate de majoritatea autorilor ca expresia încetinirii fiziologice a dezvoltării ritmurilor bioelectrice și nu ca modificări lezionale, deoarece dispar odată cu vîrsta, prin maturizarea progresivă a activității bioelectrice cerebrale. În acest sens, se poate explica de ce ele apar mai ales în psihopatii și tulburări de comportament, în care se presupune o insuficiență maturizare a sferelor emoțional-volitive.

Unele modificări bioelectrice mai pot fi induse de diverși stimuli senzoriali în anumite arii de proiecție corticale cum sînt vîrfurile de vertex provocate de zgomote sau de alți excitanți inopinați. Undele lambda din regiunea occipitală sînt considerate de asemenea ca potențiale fiziologice evocate.

B. Anomaliile lezionale exprimă suferința generalizată sau localizată a neuronilor corticali, fără a se putea preciza natura leziunii cerebrale respective. Morfologic, cele mai dese anomalii sînt: 1) ritmul teta neregulat, amplu, de frecvență joasă 4—5 c/s; 2) ritmul delta mono- și polimorf; 3) lipsa oricărei activități bioelectrice denumite silentium electric generalizat sau focalizat; 4) traseul „nul” care exprimă moartea ireversibilă a creierului; 5) traseul plat, deprimat, cu înlocuirea ritmurilor fiziologice cu unde lente de mică amplitudine; 6) disritmii lente, care arată dezorganizarea activității bioelectrice cerebrale; 7) lipsa ritmului alfa dintr-o arie posterioară; 8) bufeuri de teta și delta sinusoidale, monomorfe, ample, bilaterale, ceea ce exprimă indirect semne de suferință cerebrală, fiind ritmuri transmise la distanță de focarul lezional situat în profunzime, de obicei la nivelul formațiilor mezodiencefalice.

C. Anomaliile paroxistice (grafic nr. 2) arată o stare de hiperexcitabilitate ce duce la hipersincronism neuronal, cortical sau cortico-subcortical și sînt exprimate morfologic prin: 1) vîrfuri rapide (unde ascuțite cu durată mai mică decît undele alfa); 2) unde ascuțite lente de durată ritmului teta, sau delta ample, cu panta ascendentă abruptă și ramura descendentă mai lină (onde à front raide); 3) polivîrfuri (grupe de vîrfuri rapide, ample); 4) complexul vîrf-undă tipic (format dintr-un vîrf rapid și o undă lentă amplă ce apare cu o frecvență de 3 c/s); 5) complexul vîrf-undă atipic — variant (vîrf lent amplu bifazic urmat de o undă lentă cu frecvența 1—4 c/s); 6) complexul polivîrf-undă (mai multe vîrfuri rapide grupate, precedînd o undă lentă); 7) complexul Radermecker (grupă de vîrfuri și unde lente, ample 300—400 μ V, sincrone în toate derivațiile, ce apar cu o frecvență repetitivă de 6—12 complexe pe minut).

În general anomaliile bioelectrice nu au o specificitate și foarte puține dintre ele constituie semne patognomonice pentru anumite afecțiuni. În această categorie se înscriu: a) complexul vîrf-undă 3 c/s, în petit mal; b) complexul Radermecker în leucoencefalita sclerozantă subacută Van Bogaert; c) hipsaritmia, traseu complet dezorganizat în sindromul West (epilepsie cu spasme în flexie a sugarului). Deci, numai după aspectul morfologic al grafoelementelor nu se poate preciza de obicei diagnosticul unei anumite maladii neuropsihice. Aceste date însă ajută diagnosticul psihiatric într-o serie de cazuri numai în măsura în care ele sînt corelate cu datele clinice și cu alte examene de laborator.

Tabelul sinoptic prezentat poate sugera tipurile de anomalii întîlnite mai frecvent în unele afecțiuni psihice.

Apreciind importanța electroencefalografiei, R. Jung afirmă că ea întregeste mai mult partea de investigație a implicațiilor neurologice a psihiatriei, fiind necesară în cazurile îndoielnice de diagnostic sau pentru a elimina eventualitatea organicității.

În bolile psihice indemne de leziuni organice, EEG rămîne în esență după unii autori, numai ca instrument de cercetare nefiind utilă diagnosticului (M. Dongier și Gastaut). Alții (Csyki și colab., Predescu și

Roman) subliniază importanța acestui examen atât pentru „chestionarea creierului”, cât și pentru orientarea și aprecierea efectului terapeutic.

Electroencefalografia psihiatrică se dezvoltă în trei direcții : electrodiagnostic, corelații între EEG și afecțiunile psihice și controlul și supravegherea tratamentului.

1. ELECTRODIAGNOSTIC

EEG aduce date în sprijinul diagnosticului de tumori cerebrale, epilepsie, leziuni infecțioase meningo-encefalitice, leziuni vasculare, traumatisme craniocerebrale, demențe presenile și senile etc.

Astfel în tumorile cerebrale cu penurie de semne neurologice și cu simptomatologie psihiatrică dominantă reprezentată prin aspecte moriatice, depresive, confuzive, manifestări pseudodemențiale, tulburări de comportament, fenomene isterice, examenul EEG se impune. La acești bolnavi, el pune de obicei în evidență focare lezionale cu ritm delta polimorf, exprimat dominant în derivațiile regiunii afectate (frontal polar anterior, temporale drepte, parietale) în cazul tumorilor cerebrale situate în așa-zisele zone mute. Tumorile localizate în trunchiul cerebral cu tulburările în menținerea stării de vigilență, somnolență, confuzii acute sau subacute, mutism akinetic etc. pun de asemenea probleme de diagnostic psihiatric, iar anomaliile bioelectrice generalizate pot aduce date orientative.

De asemenea este recunoscută importanța examenului EEG în descoperirea unei epilepsii necunoscute clinic, cu manifestări simptomatice de esență psihotică nespecifice. În echivalențele psihice, diagnosticul este în mod esențial sprijinit prin evidențierea paroxismelor de vîrfuri, complexe vîrf-undă localizate temporal uni- sau bilateral. De asemenea EEG poate elimina epilepsia în cazurile unor manifestări psihice paroxistice cu suspiciuni sau pierderi de cunoștință îndoielnice datorite unor mecanisme neepileptice, unor tulburări neurovegetative sau vasculare lipotimii, sincope etc.), sau în cazul convulsiilor de natură toxică, metabolică, endocrină, febrilă și din insuficiența circulatorie cerebrală etc. La unii bolnavi de epilepsie cu manifestări psihice, EEG nu evidențiază totuși nici spontan și nici în urma folosirii repetate și seriate a activărilor farmacodinamice (Bemegrid, somn provocat prin barbiturice) elemente tipice de comițialitate, diagnosticul rămînînd în primul rînd clinic (Predescu și Roman). Examenul EEG este de mare ajutor în argumentarea criteriilor de diagnostic diferențial între epilepsie și psihopatia epileptoidă și impulsivă (Predescu și Roman), poriomanii, dipsomanii, beții patologice, istero-confuzii, depresii organice (Csiky și colab.). De asemenea, EEG aduce date importante în stabilirea etiologiei unei epilepsii simptomatice, unde decelarea unui focar electric patologic pune problema unui proces expansiv sau a unei leziuni vasculare, evitîndu-se astfel tratamente inutile și ineficiente cu anticonvulsivante.

În maladiile infecțioase cu manifestări neuropsihice (crize comițiale de debut, stări delirante, confuzii acute, agitații psihomotorii) examenul EEG arată suferința encefalului exprimată prin anomalii delta

polimorfe generalizate în meningoencefalitele acute, focare de subdelta polimorf în abcesul cerebral și complexe Radermecker în leucoencefalita sclerozantă subacută.

Leziunile vasculare din accidentele vasculare acute, determină în general modificări electroencefalografice frecvente, care tind să se amelioreze în funcție de evoluția bolii. În arterioscleroza cerebrală cu manifestări psihice de tip nevrotic sau psihotic, modificările bioelectrice sînt puțin marcate, dar destul de frecvente, fiind însă greu de diferențiat modificările funcționale de cele lezionale (Predescu și Roman). În demențele vasculare și mai ales în cele cu manifestări trombotice în antecedente, anomaliile EEG sînt mai evidente. Corelațiile clinice, electroencefalografice, reoencefalografice, datele fundului de ochi și testele de dislipidemie au o utilitate recunoscută în tranșarea diagnosticului de leziune vasculară cerebrală.

În fazele acute ale traumatismelor craniocerebrale cu sindrom post-comoțial, sindrom Korsakov, stări confuzionale onirice, examenul EEG arată gradul de interesare și suferință cerebrală prin importante modificări bioelectrice difuze, uneori cu predominanța undelor lente delta în zonele de proiecție legate de sediul impactului și totodată aduce date obiective utile în urmărirea evoluției bolii și stabilirea prognosticului (Roman și colab.).

Tulburările psihice cronice din encefalopatia posttraumatică, nu sînt însoțite în toate cazurile de modificări bioelectrice evidente ce ar putea sprijini diagnosticul clinic.

Cerebrastenia (sindromul subiectiv posttraumatic) nu are o reflectare specifică electroencefalografică, de cele mai multe ori aspectele bioelectrice fiind apropiate de normal (trasee plate cu frecvențe rapide și ritm alfa sărac).

Examenul EEG poate da unele indicii în legătură cu tipurile de demență. Astfel, în demența senilă traseul EEG este puțin modificat (alfa lent, teta difuz), în demența presenilă Pick traseul este subvoltage, fără diferențe semnificative între diversele derivații sau normal cu bună reactivitate la hiperpnee, în timp ce în maladia Alzheimer se întâlnește delta generalizat, amplu predominant frontal, de obicei areactiv la diverse tipuri de stimulări. În demența Jacob-Creutzfeld se remarcă prezența unor paroxisme de vîrfuri generalizate, ritmice, repetitive.

2. CORELAȚII ÎNTRE DATELE E.E.G. ȘI AFECȚIUNILE PSIHICE FĂRĂ FOND LEZIONAL DOVEDIT

În afecțiunile psihice fără fond lezional dovedit, electroencefalografia nu este o metodă de diagnostic. Nu se poate pune diagnosticul de nevroză, schizofrenie, psihoză maniaco-depresivă etc. după aspectul morfologic al traseului.

Modificările bioelectrice ce se întîlnesc în aceste afecțiuni reprezintă deseori variații ale ritmurilor fiziologice. Multe trasee sînt normale, o bună parte prezintă modificări funcționale și un număr restrîns din cazuri au trasee ușor sau moderat alterate fără a fi în relație cu pato-

genia bolii ; extrem de rar anomaliile sînt grave datorită stărilor confuzionale sau amprentei terapiei intensive folosite. Întrucît pentru diagnostic și nosologie, aportul EEG este de mică importanță, examenul se face din următoarele motive :

a. elimină uneori fondul organic sprijinind indirect susținerea afecțiunii psihogene ;

b. dă relații utile asupra stării funcționale a encefalului, a dinamicii funcțiilor cerebrale ;

c. ajută în selecționarea bolnavilor pentru psihoterapie, deoarece numai bolnavii care au un traseu normal sau modificări funcționale răspund mai eficient la aceste mijloace terapeutice ;

d. în unele cazuri poate da informații folositoare asupra prognosticului imediat al bolii în raport de modificările, în dinamică ale traseului la examene seriate.

Astfel, traseele fixe nemodificate de terapie în schizofrenie (Predescu și colab.), depresie endogenă relevă prognostic mai puțin bun.

Traseele normale sau hiperemate din schizofrenia copilului sau adolescentului sugerează un prognostic mai defavorabil în comparație cu traseele alterate.

În psihopatii, balbism, tulburări de comportament, traseele imature sînt considerate ca fiind mai favorabile decît cele normale, în care evoluția electrogenezei este terminată și tulburările psihice fixate.

e. Poate ajuta în aprecierea eficienței medicamentelor prin urmărirea în dinamică a aspectelor morfologice și reactivității traseului.

3. CONTROLUL ȘI SUPRAVEGHEREA TRATAMENTULUI

Electroencefalografia a găsit o largă aplicabilitate în psihiatrie, în conducerea tratamentelor de șoc sau în curele prelungite cu neuroleptice.

a) Eficiența electroșocului controlat după administrarea de Baytinal și Miorelaxin (pentru a se înlătura complicațiile contracțiilor musculare) este urmărită și prin EEG. Anomaliile EEG produse de electroșoc sînt asemănătoare unei crize comițiale generalizate. Astfel, după electroșoc persistă pe traseu unde lente difuze și anomalii paroxistice ce se mențin pe grafic timp de peste 3 săptămîni după terminarea tratamentului. Unii cercetători au stabilit corelații între procentul de unde lente pe traseu și rezultatele terapeutice obținute. Cînd undele lente ocupă peste 40% din totalitatea traseului, rezultatele de cele mai multe ori, au fost foarte mulțumitoare în depresia endogenă și schizofrenie. De asemenea, controlul EEG este indicat înaintea aplicării electroșocului în unele stări depresive sau melancolice, unde examenul EEG poate arăta focare tumorale sau paroxisme epileptice contraindicînd această terapie.

b) În tratamentul hipoglicemiant examenul EEG ajută în stabilirea contraindicațiilor, în orientarea terapeutică combinatorie (ex. asocierea barbituricelor la pacienții cu fenomene bioelectrice de iritație), și în același timp aduce indicii atît în ceea ce privește eficiența terapeutică (creșterea reactivității), cît și în ceea ce privește necesitatea întreruperii

procesului terapeutic în cazurile în care apar complicații care sugerează scăderea pragului convulsivant (Predescu și Roman).

c) Psihofarmacologia socotită ca marele progres al psihiatriei moderne, antrenează importante modificări ale electrogenezei corticale. Se știe astfel că majoritatea neurolepticelor reduce frecvența ritmului alfa, acesta fiind înlocuit cu ritmuri mai lente și chiar cu anomalii paroxistice de aspect comițial. Așa de exemplu Haloperidol-ul modifică traseul în sensul unei suferințe cerebrale generalizate cu oarecare paralelism între ameliorarea clinică și agravarea traseului. Tranchilizantele întrerup ritmurile fiziologice prin aducerea unei activități rapide sinusoidale, asemănătoare fusurilor beta descrise după administrarea de barbiturice. Timolepticele, în unele cazuri, au efect activator exprimat prin apariția unor anomalii iritative: vîrfuri rapide, paroxisme lente și chiar complexe vîrf-undă generalizate sau localizate.

Pentru continuarea tratamentului, în asemenea cazuri se impune administrarea unor neuroleptice sedative bazale, în asociere cu tranchilizante în special din seria clordiazepoxidului sau barbiturice.

În prescrierea mai multor medicamente în același timp, EEG exercită un veritabil control în ceea ce privește toleranța la dozele maxime individuale, depășirea acesteia impunînd fie scăderea dozelor, fie întreruperea tratamentului.

4. EXAMENUL POLIGRAFIC

Odată cu extinderea indicațiilor examenului electroencefalografic a apărut necesitatea completării lui și cu alte metode bioelectrice capabile să exploreze mai amplu substratul biologic al bolilor psihice și neurologice asociate cu suferințe ale întregului organism. S-a constatat astfel necesitatea și limitele unor investigații poligrafice capabile să detecteze atât perturbările bioelectrice cerebrale, cît și răsunetul lor periferic realizat prin intermediul sistemului neurovegetativ și neuromoral. Astfel, EEG se poate asocia cu cercetarea reflexului psihogalvanic (electrodermograma), a biocurenților de la nivelul retinei (electroretinograma), a ritmurilor cardiace (electrocardiograma), a ritmului respirator (pneumograma), a contracțiilor stomacului (gastrograma), a modificărilor circulației periferice (pletismograma digitală, arteriopiezografia, jugulograma), a circulației cerebrale (reoencefalograma), a activității și tonusului muscular (electromiograma, actograma), a mișcărilor globilor oculari (oculograma și nistagmograma) și chiar cu unele constante biochimice (glicemia, oximetria etc.).

Examenul poligrafic reprezintă o metodă de explorare dinamică, funcțională cu largi posibilități de cercetare, complexă și utilă în rezolvarea unor probleme de diagnostic atât în psihiatrie, cît și în alte domenii ale medicinei. El evidențiază prin înregistrarea grafică diferențiată complexul de tulburări bioelectrice centrale și periferice oferind posibilitatea corelării acestor date în vederea aprecierii sintetice și unitare a stării de funcționalitate a creierului și a celorlalte sectoare ale organismului, atât în stare de sănătate, cît și în cazul proceselor morbide.

Acest examen oferă multiple posibilități de investigație într-o serie de condiții experimentale de obicei asociate tot în scop explorator clinic (teste și tehnici proiective, stimulări diverse, condiționări, activări medicamentoase, studiul somnului : faza de somn rapid și faza intermediară și relațiile cu epilepsia și unele afecțiuni psihice).

Poligrafia poate de asemenea studia acțiunea farmacodinamică a unor neuroleptice și neurostimulatoare. Multiple date obținute pot fi utilizate pe baza analizei cu ajutorul tehnicilor moderne (autoanaleisere, computere).

Reflexul psihogalvanic sau electrodermograma se obține fie prin înregistrarea efectului Tarchanoff la stimulări psihosenzoriale (fără curent) prin plasarea electrozilor de culegere într-o zonă bogată în glande sudoripare, ca regiunea palmară, tibială etc., fie prin studierea efectului Féré (1888) sau al lui Veraguth (1919) prin utilizarea curentului continuu de mică intensitate și determinarea variațiilor de potențial a impedanței și conductibilității cutanate.

Reflexul R.P.G. face parte dintr-un complex funcțional ce se declanșează când bolnavul este supus unei stimulări verbale sau de altă natură, care induce stări emoționale ale căror componente somatice și neurovegetative se manifestă prin tahicardie, tahipnee, midriază, creșterea secreției glandelor sudoripare. El apare ca o consecință a acțiunii sistemului autonom simpatic, care în condițiile amintite determină creșterea secrețiilor glandelor sudoripare și a conductibilității suprafeței cutanate la curent electric. Relația dintre mecanismele de producere ale acestui reflex și acțiunea sistemului nervos simpatic este demonstrată prin dispariția R.P.G. în urma administrării unor substanțe cu efect simpaticospasmodic.

Grafic se înregistrează sub forma unor curbe variabile ca amplitudine și durată. După tipul deflexiunilor s-au descris : a) marele R.P.G. apare critic în emoția șoc, în efectul de surpriză, ajunge rapid la o amplitudine crescută pe o durată de 5—10 secunde ; b) R.P.G. mijlociu are o amplitudine mică, o durată de 20—30 secunde și este interpretat drept expresia unui comportament activ, receptiv la diverse percepții ; c) R.P.G. de amplitudine stabilă este de durată scurtă (4—5 secunde) și apare mai ales la emoții intelectualizate de ordin estetic.

Modificări ale reflexului R.P.G. au fost descrise în neurastenii, melancolie, isterie, cerebrastenii, etilism cu tulburări nevrotice, epilepsie, hemiplegie infantilă, mixedem, fiind explicate prin creșterea rezistenței cutanate la curent electric continuu.

În afecțiunile psihice cu simpaticotonie și creșterea metabolismului bazal se observă dimpotrivă valori de conducere crescute la curent continuu.

R.P.G. a fost folosit în efectuarea unor studii complexe a acțiunii unor substanțe psihotrope și catecolamine, permițând o mai bună cunoaștere a locului și mecanismului de acțiune a acestor substanțe.

Electromiografia înregistrează biocurenții musculari sub forma unor potențiale trifazice sau polifazice cu amplitudine 500 μ V și durată de 4—6 milisecunde. E.M.G. are o mare valoare diagnostică pentru unele

afecțiuni neurologice. În psihiatrie electromiografia este folosită pentru diagnosticarea spasmofiliei de etiologii diverse și în studiul și determinarea fazei de somn oniric, somnului de activare, precum și în urmărirea obiectivă a terapiei intensive cu neuroleptice.

ALTE TEHNICI DE EXPLORARE A CREIERULUI

Reoencefalografia înregistrează modificările circulației cerebrale sincrone cu pulsul, prin determinarea variațiilor de impedanță cerebrală la trecerea unui curent alternativ.

Grafic se înscrie o undă monofazică, pozitivă, asimetrică cu panta ascendentă abruptă, terminată într-un vîrf ascuțit sau ușor rotunjit, urmată de o pantă descendentă mai puțin înclinată pe care se înscrie un mic vîrf, unda dicrotă.

Reoencefalografia aduce date utile care, judecate în contextul clinic și corelate cu cele oferite de examenul fundului de ochi și cu probele de dislipidemie, ajută la orientarea diagnosticului către tablouri clinice consecutive unor leziuni vasculare cerebrale (V. Predescu și I. Roman). Curba reoencefalografică apare modificată în arterioscleroza cerebrală, maladia Bürger, demențe senile și vasculare, demențe presenile Pick și mai ales demențe Alzheimer.

Gammaencefalografia (scintigrafia cerebrală) se realizează prin utilizarea de izotopi radioactivi (serum albumina marcată cu I^{131} (RISA), Neohydrinul marcat cu Hg^{203} , Pertechnetatul Tc^{99}) care manifestă o preferință de stocare în regiunile lezionale active ale creierului. Izotopii se concentrează de 20—30 ori în leziunile cerebrale datorită creșterii permeabilității barierei hematoencefalice, leziunea devenind sursă de radiații gamma. În psihiatrie scintigrafia cerebrală și-a găsit utilizarea în diagnosticul tumorilor cerebrale cu tulburări psihice manifeste, în diagnosticul etiologic al epilepsiilor simptomatice (tumorale), precum și în encefalite, abcese cerebrale, hematoame intraparenchimotoase.

Rezultate mai puțin concludente au fost obținute în P.G.P., demențe presenile Pick și Alzheimer, iar încercările de explorare în schizofrenie au rămas practic neconcludente.

Ecoencefalografia investighează integritatea sistemului nervos central prin folosirea ultrasunetelor. Ultrasunetele de frecvența 1—6 megacicli emise de o sondă emițătoare-receptoare cu cristal piezoelectric străbat pielea capului, osul, meningele, substanța cerebrală și sînt reflectate sub forma unui ecou median de către structurile subiacente (pereții ventriculului III, complexul pineal, septum pelucidum, coasa creierului). Deplasarea structurilor mediane de către un proces lezional duce la deplasarea ecoului median.

Ecoencefalografia se utilizează curent în diagnosticul etiologic al tulburărilor psihice din cadrul proceselor expansive intracraniene și ajută la delimitarea focarului lezional cerebral în cazul suspiciunii de afecțiune psihică pe fond organic.

α rapid (13 c/s)	α lent (8 c/s)	α ascușit	α variant lent (5 c/s)	Ritm Mu (μ)
Nevroză obsesivă-fobică Nevroză anxioasă Hipertiroidism Parkinsonism postencefalitic Manie	Nevroze 3% Psihoze 6% Imaturitate: — tulburări de comportament — psihopatii Sindrom astenic ASC Demență vasculară Etilism cronic Delincvență adulți Delincvență minori	Hipertensiune arterială Tetania latentă ASC Stări nevrotice Migrenă Cefalie Vertij Angiomatoză Epilepsie	Psihopatii Tulburări de comportament Isterie	Nevroză anxioasă Hipermotivitate Conflictualitate, agresivitate Migrenă Hipertireoză Distonii neurovegetative Hipertensiune arterială Eczemă Urticarii Prurigo
β difuz:				
Nevroză astenică Nevroză obsesivă-fobică Sindrom afectiv ASC Acces maniacal Etilism cronic Delirium tremens Hipertiroidism Hiperorticosuprarenalism Sindrom subiectiv în traumatism cr. cerebral Tumori trunchi cerebral Schizofrenie	β localizat:	β medicamentos (fusuri):	β activități „choppy”	
	Cicatrice cerebrală Aneurism cerebral Astrocitom cu tulburări psihice Schizofrenie (frontal bilateral)	Barbiturice Napoton Valium Librium	Schizofrenie Agitație maniacală Psihoza mescalinică Traumatism cr. cerebral	
θ difuz				
ASC Intoxicații diverse Etilism cronic Traumatism cr. cerebral Hipotiroidism Spasmo filie Tumori hipofizare Neurinoame Meningo-encefalită	θ localizat:	θ ascușit	θ hipersincron:	ritm tola 14/6 c/s
	Tumori benigne Aneurisme Angioame Meningioame Traumatism cr. cerebral Sechele accident vascular Epilepsie temporală Tumori parietale	Leziuni vasculare Leziuni traumatice Tumori cerebrale benigne Epilepsie Sindr. involutive Depresii (temporal)	Tumori ventricul III Tumori talamice Adenoame hipofizare Craniofaringioame Sechele encefalită Sechele meningo-encefalită	Epilepsie talamică Epilepsie hipotalamică Psihopatii excitabile Psihopatii epileptoide Criminali Schizofrenie Oligofrenie

Tulb. de comportament
Delincență minori
Psihopatii
Schizofrenii
Epilepsie intercritice
Demență

Δ difuz :

Meningită
Meningoencefalită
Come cerebrale
Metastaze cerebrale
Hipertensiune intra-ran-
niană
Tumoare cerebrală fosă
posterioară
Hemoragie-meningee
Maladia Alzheimer
Schizofrenie catatonică
Sechele encefalopatie
Encefalopatie portală

Δ focalizat :

Tumori cerebrale
Abcese cerebrale
Ramolism cerebral
Embolii cerebrale
Contuzii cerebrale
Hematoame subdurale
Hematoame extradurale
Atrofie corticală

film π (pi)

Tulb. de comportament
Tulb. de caracter
Tr. cranio-cerebrale
Delincență
Psihopatii

film posterior 4 c/s :

Instabilitate emoțională
Tulb. de comportament
Isterie

Δ hipersincron :

Hiperpnee copil
Hiperpnee adult
Hiperpnee nevroze
Hiperpnee spasmofilie

traseu plat (disincronizat
cu blocare α) :

Nevroze
Sindroame depresive
Anxietate
P.M.D.
Hipertiroidism

traseu plat (nemodificat
la hiperpnee) :

Schizofrenie
Tr. cr. cerebral acut
Neurinoame acustice
Hipertiroidism
ASC
Cerebrastenie posttrau-
matică

Traseu plat deprimat
(alterații EEG grave)

Comă cerebrală
Ischemie cerebrală
Encefalită terminală
Traum. cr. cerebrale
acute grave

silentium electric global : Silentium focalizat :

Ischemie acută
Comă depășită
Postcritic epilepsie grand
mal

Tumori cerebrale mari
Glioblastoame dense
Hematoame subdurale
Hematoame extradurale
Hemat. intraparenchi-
matoase
Tumori chistice mari
Porencefalie posttraumatică

<i>disritmie rapidă :</i>	<i>disritmie lentă :</i> (în banda delta) :	<i>disritmie leta :</i>	<i>disritmie majoră :</i> (hiperaritmie)
Tr. cr. cerebrale ASC Tumori fosă posterioară Schizofrenie	Tumori cerebrale Hipertens. intracraniană Encefalite Meningo-encefalită Sechele encefalopatie Hemoragie meninge	Tulb. de comportament Sechele meningo-encefa- lită Encefalopatie vasculară ASC Tr. cranio-cerebrale Psihopatii Stări psihopatoide	Spasm infantil în flexie (epilepsia sugarului)
<i>vrșuri rapide :</i>	<i>unde ascușite lente :</i>	<i>complexe vrș-undă :</i>	<i>descărcări repetitive :</i>
— difuze :	— difuze :	— c.v.u. 3 c/s: P. Mal	„Complex Radermecker”
Epilepsie Meningită TBC Encefalită Encefalopatii degene- rative Tr. cr. cerebral Hipertens. arterială Psihopatii Stări psihopatoide	Epilepsie centrencefalică Sechele encefalită — localizate :	G.Mal P. Mal variant — c. polivrș-undă :	Leucoencefalita sclero- zantă subacută van Bo- gaert Encefalita Dawson Encefalita Pette-Döring
— localizate	<i>vrșuri trifazice :</i>	P. Mal mioclonic Epilepsie mioclonică G.M.	— <i>delta amplu ascușit :</i>
Epilepsie parțială Epilepsie temporală ASC Tr. cr. cerebral Schizofrenie	Encefalopatie portocavă	— c.v.u. lent :	Demența Heindenheim Demența Jacob- Creutzfeld Encefalopatia porto- cavă Hematom cronic Epilepsie postcritic

4. ASPECTE NEURORADIOLOGICE ÎNTILNITE ÎN AFECȚIUNILE PSIHICE

Examenul radiografic simplu al craniului executat în incidența de față și profil aduce în unele cazuri elemente ajutătoare în elucidarea etiologiei unor manifestări psihopatologice, în alte cazuri ne fiind suficient însă pentru precizarea diagnosticului.

Simptomatologia radiologică poate cuprinde semne directe sau indirecte ale unor procese intracraniene.

Semnele directe sînt reprezentate de calcificări și hiperostoze. Calcificările pot fi fără semnificație patologică (calcificarea coasei creierului, cortului cerebelos, glandei pineale, glomusurilor intraventriculare, ale corpusculilor Pacchioni, ligamentelor clino-clinoidiene, sfenopietroase, cortului hipofizar) sau pot avea o semnificație patologică. Calcificările intracraniene cu semnificație patologică sînt :

1. Vasculare — arteriale — cel mai frecvent la nivelul sifonului carotidei interne și al poligonului Willis ; venoase — la nivelul sinusului longitudinal, fie în pereții acestuia, fie sub formă de fleboliți ; anevrismale — în special anevrismele arterelor carotidă internă, sylviană, bazilară, sau ale poligonului Willis.

2. Ale hematoamelor intracraniene (superficiale sau profunde).

3. Calcificări congenitale — boala Stürge-Weber-Krabbe cu imagini caracteristice, asemănătoare „elementilor de calorifer“ localizate predominant parietal, boala Bourneville în care se observă calcificarea formațiunilor gliomatoase.

4. Calcificări inflamatorii — meningoencefalitice, ale tuberculoamelor, abceselor sau extrem de rar ale gomelor sifilitice.

5. Calcificări parazitare — cisticercoză, echinococoză, trichinoză și toxoplasmoză.

6. Calcificări tumorale — glioame care se calcifică în proporție de 80% și meningioame.

7. Opacifieri ale nucleilor de la bază — prin depuneri de săruri de fier, în boala Fahr.

Hiperostozele calotei craniene sînt : a) *generalizate* (acromegalie, boala Paget) și b) *localizate*, așa cum se întîmplă în hiperostoza frontală internă, care se asociază frecvent cu manifestări psihopatologice.

Semnele indirecte sînt cuprinse în :

a) *Sindromul radiologic al hipertensiunii intracraniene*, cuprinzînd semne de modificare : a) ale calotei craniene, care se instalează de obicei în următoarea succesiune : accentuarea vascularizației diploice și a impresiunilor corpusculilor Pacchioni, accentuarea impresiunilor digitale, subțierea calotei, dehiscenta suturilor, mărirea de volum a cutiei craniene și b) semne la nivelul bazei craniului : osteoporoza sau erodarea dorsului selar, aplatizarea șei turcești și dehiscenta sincondrozei sfenoccipitale (la copii).

b) *Deplasările calcificărilor intracraniene*, determinate fie prin pulsivitate (proces expansive), fie prin tracțiune (proces cicatriceale). Cel

mai frecvent se descriu deplasări ale glandei pineale calcificate și mult mai rar ale coasei cerebrale sau ale plexurilor coroide.

Examenul radiologic al conținutului cranian se realizează prin contrast, utilizând fie tehnici de mărire a transparenței (sau de clarificare): encefalografia și ventriculografia, fie tehnici de opacifiere (angiografia cerebrală).

Encefalografia este o metodă de largă aplicabilitate în psihiatrie și mai ales în explorărilor neurologice, neurochirurgicale. Preconizată de Dandy (1918) și Bingel (1919) este o metodă de evidențiere radiografică a sistemului ventricular, a spațiilor subarahnoidiene și a cisternelor cerebrale, prin înlocuirea cu aer a lichidului cefalorahidian evacuat prin puncție lombară sau suboccipitală.

Encefalografia totală, care constă în evacuarea întregii cantități de lichid cefalorahidian, de obicei 140—150 cc și înlocuirea lui cu aer este o tehnică greu de suportat și a fost practic părăsită.

Encefalografia subtotală în care cantitățile de lichid înlocuite cu aer sînt în medie de 100 cc, este aplicată și ea din ce în ce mai rar.

Encefalografia dirijată este o metodă mai modernă, fiind în prezent folosită curent în investigarea bolnavilor cu afecțiuni neurologice și cu unele afecțiuni psihice. Ea constă din introducerea unei cantități de 25—30 cc aer, capul fiind în flexie ventrală și corpul în poziție șezîndă; în această poziție cantitatea de aer injectată umple sistemul ventricular. Apoi după ce capul a fost flectat dorsal se introduce o cantitate de aer egală cu prima (25—30 cc). Dorsoflexia capului împiedică pătrunderea aerului în sistemul ventricular prin gaura Magendie, a doua cantitate de aer fiind dirijată în spațiile subarahnoidiene. Prin această metodă se evacuează deci în total 40—60 cc de lichid cefalorahidian și se introduce aceeași cantitate de aer, asigurîndu-se evidențierea satisfăcătoare a sistemului ventricular și a spațiilor subarahnoidiene.

Encefalografia fracționată și dirijată constă în introducerea fracționată a unor cantități de 5—15 cc aer după fiecare modificare a poziției capului în scopul dirijării aerului către diferitele segmente ventriculare sau sectoare ale spațiilor subarahnoidiene. Dinamica accesului pătrunderii substanței de contrast (aerul în acest caz) este surprinsă în punctele sale nodale în circa 15—16 incidente encefalografice. Investigația se face în condițiile laboratoarelor de radiologie care dispun de aparatura necesară și în special de stativ Lysholm.

Encefalografia selectivă sau diferențiată realizează orientarea unor mici cantități de aer introduse spre spațiile care prezintă interes pentru investigație. Această orientare selectivă se obține prin modificări ale poziției capului. Este o tehnică ușor suportată, cantitățile de aer introduse fiind minime, în jur de 25 cc și este indicată în special în tumori ale fosei posterioare sau leziuni supraselare.

Indicația acestei investigații o constituie în general orice suspiciune de proces organic cerebral, care duce la modificarea aspectului normal al conținutului cranian.

Contraindicațiile generale ale encefalografiei sînt constituite de procesele expansive intracraniene, hemoragiile cerebrale recente, procesele

acute inflamatorii menigiene, stările de comă, cașexia și stările febrile acute.

Tehnica acestei investigații începe prin puncția suboccipitală sau lombară. Puncția lombară se utilizează în special în metoda dirijată. În prealabil bolnavului *à jeun* i se administrează un sedativ ușor, asociat cu o medicație parasimpaticolitică. În cazurile mai dificile, encefalografia se efectuează sub anestezie generală, aceasta fiind indicată în special la sugari și copii mici. De menționat că la pacienții cu acnee sau furunculoză a tegumentelor în zona puncției, atunci când investigația se impune, se încearcă sterilizarea zonei respective prin aplicarea de radiații ultraviolete în doze eritem.

Între incidențele mai obișnuite sînt: cefaleea, reacțiile neurovegetative (transpirații, paloare, modificări de ritm cardiac, greață, vărsături, hipersalivație, hipersecreție bronșică). Lipotimiile sau crizele comitiale apar rareori și necesită întreruperea imediată a examenului. Riscul de deces este de 1—3‰ sau chiar mai mic.

Complicațiile sînt variabile și țin în mare măsură de stabilirea justă a indicației. Modificările imediate la nivelul lichidului cefalorahidian constau într-o pleiocitoză moderată asociată cu o creștere discretă a albuminorahiei și glicorahiei. Aceste modificări sînt fără relații evidente cu manifestările clinice și revin la normal în 36—48 ore.

Modificările de tip inflamator, cu redoare de ceafă și febră care pot urma acestei investigații, dispar aproximativ în 72 ore. În acest interval, pentru ușurarea stării bolnavului, se recomandă administrarea de analgezice, cofeină natriubenzoică, eventual i.v. cu apă distilată. Unii autori recomandă în toate cazurile oxigenoterapia la o oră după efectuarea examenului.

Complicațiile care țin de modificările tensionale (hemiplegie, hemoragie subarahnoidiană, edem pulmonar, ocluzie coronariană), potențialul traumatizant al manevrei (hemoragie subarahnoidiană, subdurală etc.) sau de existența unui proces expansiv intracranian (hernieri amigdaline, transtentoriale, retrosfenoidale, hernieri de girus rectus) sînt în general foarte rare.

Dacă la o examinare efectuată corect nu se obține umplerea ventriculară cu aer, se poate presupune cu probabilitate de 50% existența unei formațiuni tumorale. Dacă același rezultat se obține și la a doua examinare, această probabilitate crește la 70%.

Resorbția aerului se face în medie într-un interval de 4—7 zile.

Semiologia radiologică obținută prin encefalografie evidențiază:

— *atrofia corticală* ce poate fi dedusă din lărgirea spațiilor subarahnoidiene și eventual crearea de noi spații (vezi figura 24);

— *hidrocefalia internă* care presupune dilatarea sistemului ventricular secundar unor atrofii de substanță albă, prin obstrucția căilor de circulație a lichidului cefalorahidian sau prin hipersecreția de lichid cefalorahidian;

— *hidrocefalia externă* exprimată prin dilatarea cisternelor, mai accentuată de obicei la baza craniului;

— *porencefalia* care reprezintă comunicarea sistemului ventricular cu spațiul subarahnoidian ;

— *deplasări ale sistemului ventricular*, prin tracțiune sau pulsiune ;

— *deformarea conturului normal* al ventriculului sau spațiului subarahnoidian, care indică prezența unui proces înlocuitor de spațiu.

Prin acest examen radiografic se pot pune în evidență : malformațiile sistemului ventricular, absența septului pelucid, agenezia de corp

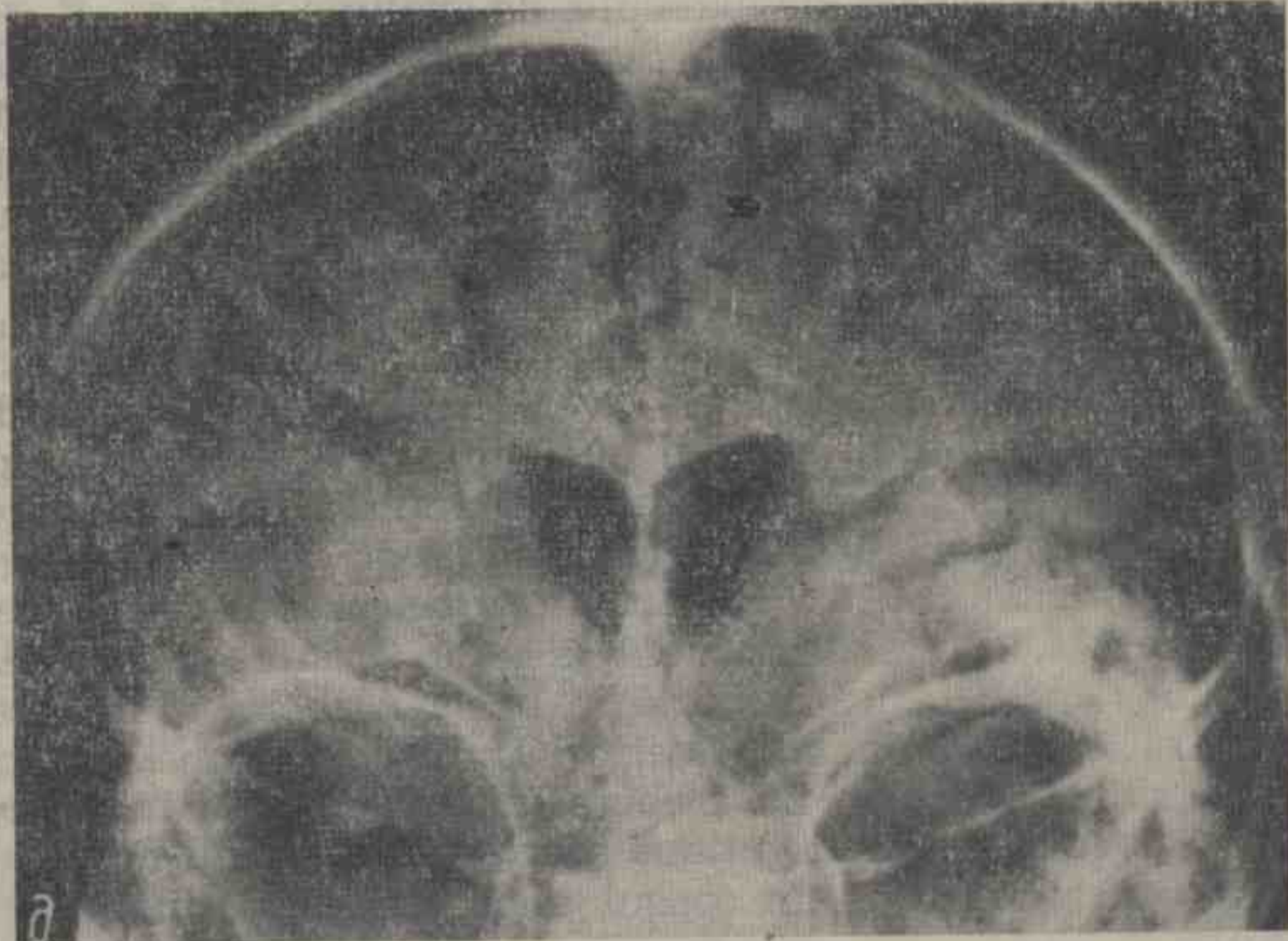


Fig. 24 a, b — *Atrofie corticală* [pneumoencefalografie totală, față (a) și profil (b)]. D.C., 32 de ani, meningoencefalită în antecedente. Radiologic : sistemul ventricular de dimensiuni normale. Marcată atrofie corticală fronto-parietală bilaterală, cu zone lacunare importante în regiunea retrobregmatică, paramedian, parasagital predominant pe partea dreaptă.

calos, prezența unui ventricul suplimentar între foițele septului denumit ventriculului Verga etc.

În practica psihiatrică encefalografia se efectuează în scop diagnostic în cazul unei simptomatologii care sugerează o interesare organică cerebrală, în cazul unor afecțiuni de tip demențial, în care encefalografia precizează localizarea atrofiilor corticale. Această metodă este de asemenea folosită pentru evaluarea relativă a gradului de modificare a conținutului cranian, în funcție, de exemplu, de evoluția bolii.

Encefalografia este folosită în diagnosticul de demență presenilă. În boala Alzheimer aspectul este caracteristic prin dilatare globală a ventriculilor cu predominanță în porțiunea lor posterioară, la nivelul carefurului ventricular și a cornului occipital. În fazele de debut poate apare dilatația carefurului în contrast relativ cu restul sistemului ventricular, de aspect cvasi-normal.

În boala Pick, aspectul este diferit. Astfel, se observă o dilatație simetrică a coarnelor frontale ale ventriculilor, care prin dispariția uneori completă a reliefului capului nucleului caudat, iau un aspect globulos. Aceasta se asociază cu o dilatare ampulară a cornului temporal, în special a extremității sale anterioare. Uneori se observă o dilatare simultană a ventriculului al III-lea. Imaginea radiografică de atrofie cerebrală localizată, destul de evident la polul frontal, contrastează deosebit cu imaginea radiografică întâlnită în boala Alzheimer, în care atrofia este generalizată, predominant posterior. Unii autori consideră că aspectul spațiului subarahnoidian nu trebuie luat în discuție în interpretarea imaginilor radiografice la aceste două afecțiuni, dat fiind faptul că modificările sînt necaracteristice, în sensul unor leziuni atrofice dispuse neregulat, difuz.

În demențele vasculare se poate evidenția în unele cazuri o dilatație asimetrică ventriculară, predominant posterioară, la nivelul carefurului și a cornului occipital, avînd semnificația unei atrofii focale vasculare.

În etilismul cronic se constată relativ frecvent atrofii corticale și hidrocefalie de întinderi variabile cu dilatarea în special a ventriculului III, care ia formă de pară.

În tulburările psihice posttraumatice apar aspecte foarte variabile de atrofii corticale, hidrocefalie cu asimetrie ventriculară, uneori porencefalie.

În paralizia generală imaginea radiografică în stadiile avansate prezintă o atrofie corticală masivă cu hidrocefalie internă.

În schizofrenie pot fi decelate semne radiografice în cazurile cu evoluție îndelungată, sub forma unor atrofii corticale de întindere variabilă. Huber a descris schizofrenia cenestezică cu imagine radiografică caracteristică, constînd în dilatarea evidentă a ventriculului al III-lea. Toate aceste elemente de leziuni organice nu au primit însă acțiunea unanimă a autorilor, punîndu-se frecvent în discuție aspectele de tehnică, de interpretare a unor tablouri schizofreniforme cu etiologie variată sau de eventuală omisiune a unor afecțiuni organice concomitente cu schizofrenia, care pot afecta aspectul encefalografic.

Alte metode radiografice: ventriculografia, iodoventriculografia, arteriografia etc. sînt aplicate în general în clinica neurochirurgicală,

dar economia acestei lucrări nu ne permite relatarea lor; sumară a fost de altfel și expunerea pneumoencefalografiei, însă asupra unor aspecte particulare ale ei vom reveni în cadrul expunerii diferitelor afecțiuni psihice în special organice.

BIBLIOGRAFIE

- Allport G. W. — „Personality; a psychological interpretation“, Holt, New York, 1937.
- Anastasi A. — „Psychological testing of children“ în „Comprehensive Textbook of Psychiatry“, ed. A. Freedman and H. Kaplan, Williams & Wilkins Company, Baltimore, 1967.
- Andrews T. G. — „Methodes de la Psychologie“, PUF, Paris, 1952.
- Arajärvi T., Louhivouri K., Hagman H., Syvälahti R., Hietanen A. — „The role of specific reading and writing difficulties in various school problems“, în Ann. Paediat. Fenn., 1965, 11, 138.
- Arnold O. H., Kohlmann T. — „Kritik und Verwendbarkeit des Szondi-Tests in der klinischen Psychiatrie“ în Wien. Z. f. Nervenheilk. u Grenzgeb., 1952, 5, 90.
- Asperger H. — „Heilpädagogik“, ed. a III-a, Springer Verlag, Wien, 1965.
- Ayd F. — „Les dépressions et leur diagnostic“, PUF, Paris, 1965.
- Bakwin H., Bakwin R. — „Clinical Management of Behavior Disorders in Children“, ed. a III-a, W. B. Saunders Company, Philadelphia, London, 1967.
- Barton Hall M. — „Psychiatric examination of the school child“, Edward Arnold, London, 1947.
- Beck S. J. — „The Rorschach test; a multidimensional test of personality“ în H. H. and G. L. Anderson ed. „Introduction to projective technique“, Prentice Hall, New-York, 1951.
- Bellak L., Bellak S. — „Children's Apperception Test (C.A.T.)“, C.P.S., New-York, 1949.
- Bender L. — „A dynamic psychopathology of childhood“, Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, 1954.
- Bender L. — „Un test visuomoteur et son usage clinique“, PUF, Paris, 1957.
- Biermann G. — „Zur Geschichte der analytischen Kinderpsychotherapie“, în Monatschr. Kinderheilk., 1968, 116, 349.
- Bonnet D. — „Le méthode des phrases a compléter appliquée a l'étude de la personnalité“, thèse, Paris, 1954.
- Bräutigam W. — „Reaktionen, Neurosen, Psychopathien“, ed. II-a, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1969.
- Brunet O., Lézine I. — „Le développement psychologique de la première enfance“, PUF, Paris, 1951.
- Boven V. — „L'examen psychologique en psychiatrie infantile“, în Acta Neurol. Psychiat. Belg., 1964, 64, 9, 948.
- Coetsier L. — „La standardization d'un test de personnalité“, Rev. psychol. appl., 1963, 13, 3, 289.
- Cogan V. M., Rogovin M. S. — „Metodele proiective în patologia străină a personalității și în patopsihologie“, J. Nevropatolog. Psichkiat. S. S. Korsakova, 1964, 4, 146.
- Delay J., Pichot P., Perse J. — „Méthodes psychométriques en clinique“, Masson et cie, Paris, 1966.
- Delay J., Pichot P. — „Abrégé de psychologie à l'usage de l'étudiant“, Masson et cie, Paris, 1964.
- Delay J., Verdeaux G. — „Electroencéphalographie clinique“ Masson et cie, Paris, 1966.
- Egan F., Illingworth R. S., Mac Keith R. C. — „Developmental Screening 0—5 years“, Spastics Int. Med. Publ. & Heinemann, London, 1971.
- Ey H., Bernard P., Brisset Ch. — „Manuel de Psychiatrie“, III-ème éd. Masson et cie, Paris, 1970.

- Eysenck S. G. B.** — „Manual of the Junior Eysenck Personality“, University of London Press, London, 1965.
- Flagey M.** — „L'entretien avec l'enfant“ in *Acta Neurol. Psychiat Belg.*, 1964, 64, 9, 942.
- Frankl L.** — „Die Bedeutung der klinischen Interview für die Diagnosestellung in der Kinderpsychiatrie“, in *Schweiz. Z. Psychol. Anwend.*, 1965, 15, 4, 300.
- Freedman A., Kaplan H.** — „Comprehensive Textbook of Psychiatry“, Williams & Wilkins Company, Baltimore, 1967.
- Gesell A., Amartruda C.** — „Developmental diagnosis“, ed. a II-a Harper & Row, New York, 1969.
- Ginott H.** — „Play therapy; the initial session“, in *Am. J. Psychother.*, 1961, 15, 73.
- Ghiliarovski V. A.** — „Psihiatria“ (traducere din limba rusă), Ed. medicală, București, 1956.
- Goodenough F.** — „Measurement of Intelligence by Drawing“, Yonkers, World Book Company, New York, 1926.
- Hammar S. L., Holterman V.** — „Interviewing and counseling adolescent patients“ in *Clin. Pediatrics*, 1970, 9, 1, 47.
- Hamilton M.** — „The Scientific Bases of drug Therapy in Psychiatry“, a Symposium, London, 1964.
- Hirsch de K., Jansky J.** — „Early prediction of reading, writing and spelling ability“ in *Brit. J. Dis. Comun.*, 1966, 1, 99.
- Kanner L.** — „Child Psychiatry“, ed. a III-a, Charles Thomas, Springfield, Illinois, 1962.
- Koch K.** — „Le test de l'arbre“, Vitte, Paris, 1958.
- Kujath R.** — „Kinderpsychiatrische Diagnostik“, J. Barth, Leipzig, 1964.
- Levin H., Wardwell E.** — „The research use of doll play“, *Psychol. Bull.*, 1962, 59, 27.
- Lickorisch J.** — „The contribution of psychological tests to child psychiatry“ in „Modern Perspectives in Child Psychiatry“ (J. Howells ed.), Oliver & Boyd, Edinburgh, London, 1967.
- Lorr M.** — „Rating scales and check lists for the evaluation of psychopathology“, *Psychol. Bull.*, 1954, 51, 119.
- Lustin J. J.** — „Le médecin, les parents et l'enfant débile et psychotique“, in *Rev. Hyg. Med. Soc.*, 1970, 118, 1, 141.
- Lutz J.** — „Psychiatrie infantile“, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1968.
- Machower K.** — „Personality projection in the drawing of the human figure“, Springfield, 1948.
- McCandless B.** — „Children and Adolescents, behavior and development“, Holt, Rinehart and Winston, New York, 1967.
- Meilli R.** — „Manuel du diagnostic psychologique“, PUF, Paris, 1964.
- Minjoia Zani L.** — „La famiglia, ricerca delle modalità espressive di norme attraverso il disegno“ in *Arch. di psicol. neurol. e psichiat.*, 1969, fasc. 2-a, 211.
- Moor L.** — „La pratique des tests mentaux en psychiatrie infantile“, Masson et cie, Paris, 1967.
- Morgan C. D., Murray H. A.** — „A method for investigating phantasies; the thematic apperception test“, *Arch. Neurol. Psychiat. (Chicago)*, 1935, 34, 289.
- Moser U.** — „À propos du test de Szondi“, *Ann. Méd. psychol.*, 1954, 1, 626.
- Murray A. H.** — „Exploration de la personnalité“, PUF, Paris, 1953.
- Neimann N., Pierson M., Vidalhet M., Siest G., Badonnel Y., Humbel R., Roos F.** — „Dépistage systématique des encéphalopathies métaboliques héréditaires“, in *Sem. Hôp. (Paris)*, 1968, 44, 40, 10, 2403.
- Nestor I. M.** — „Examenul evoluției psihologice a copilului de la una zi la șase ani“ (metoda Ch. Bühler-H. Hetzer), *Soc. Română de cercet. Psychol.*, 1, București, 1940.
- Notes on psychiatric history-taking for child patients, the Bethlem Royal Hospital and the Maudsley Children's Department, London, Sept. 1970, nepublicat.

- Osterrieth P. A., Cambier A.** — „Essai d'investigation rigoureuse du dessin chez l'enfant“, *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1969, 7, 6—7, 393.
- Penrose L. S.** — „Measurement in Mental Deficiency“ in *Brit. J. Psychiat.*, 1970, 116, 369.
- Pichot P.** — „Les psychologiques en psychiatrie“, in „Psychiatrie der Gegenwart“, Band 1/2, Springer Verlag, Berlin, 1963.
- Piotrowski Z.** — „Psychological Testing of intelligence and personality“ in „Comprehensive Textbook of Psychiatry“ (ed. by A. Freedmann, K. Kaplan), Williams & Wilkins Company, Baltimore, 1967.
- Predescu V., Roman I., Bengulescu P.** — „Importanța examenului electroencefalografic în bolile psihice“, *Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia* (Buc.), 1964, IX, 1—2, 163.
- Predescu V., Roman I.** — „Importanța activărilor medicamentoase în psihiatrie“, *Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia* (Buc.), 1964, IX, 375.
- Predescu V., Roman I.** — „EEG investigation on the actions of Chlordelazine, Oxipertine and Fluaxol in chronic Schizophrenia“, *Electroenceph. Clin. Neurophysiol.*, 1969, 27, 630.
- Predescu V., Roman I.** — „Studiul clinic și electroencefalografic în arteroscleroza cerebrală cu tulburări psihice de ordin nevrotic și psihotic“, *Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia* (Buc.), 1963, VIII, 1, 97.
- Predescu V., Roman I.** — „EEG aspects in psychopathy and psychopathoid states“, *Electroenceph. Clin. Neurophysiol.*, 1971, 30, 361.
- Predescu V., Roman I.** — „A comparison of electroencephalography, rheoencephalography and tests of dislipidemia in affective syndrome of late onset“, VIIIth Int. Congress Electroencephalography and Clinical Neurophysiol., sept. 13—19, San Diego-Calif., 1969.
- Predescu V., Roman I., Vianu I.** — „Unele aspecte ale corelațiilor între ritmurile bioelectrice corticale și metodele terapeutice și tipurile de remisiuni în schizofrenie“, *Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia*, 1966, XI, 1, 53.
- Rey A.** — „L'examen psychologique dans le cas d'encéphalopathie traumatique“, *Arch. Psychol.*, 1942, 28, 112.
- Roman I., Maretsis M., Nedelcu A.** — „Aspects électroencéphalographiques dans les troubles psychiques aigus posttraumatiques“, *Encéphale*, 1972, 1, 67.
- Roquebrune G.** — „Étude de la conduite du récit chez l'enfant à partir d'un test projectif“ *Enfance*, 1955, 3, 209.
- Rosenzweig S., Flemming E., Rosenzweig L.** — „The children's form of the Rosenzweig P-F Study“, *J. Psychol.*, 1948, 26, 141.
- Roșca M.** — „Metode de psihodiagnostic“, Ed. didactică și Pedagogică, București, 1972.
- Schonell F. J., Schonell F. E.** — „Diagnostic and Attainment Testing“, Oliver & Boyd, Edinburgh, 1960.
- Shapiro M.** — „Psychiatric Examination of the child“, *Ment. Hyg.*, 1969, 3, 1, 32.
- Smollen E.** — „Nonverbal aspects of therapy with children“, *Am. J. Psychother.*, 1959, 13, 4, 872.
- Ștefănescu-Goangă P.** — „Măsurarea inteligenței — revizuirea, adaptarea și completarea scării de inteligență Binet-Simon“, Ed. Institutului de Psihiatrie al Universității din Cluj, Cluj, 1945.
- Symmonds P. M.** — „Adolescent fantasy; an investigation of the picture story method of personality study“, Columbia Univ. Press, New York, 1949.
- Terman L. M., Merrill M. A.** — „Measuring Intelligence“, Harrap, London, 1937.
- Wechsler D.** — „Wechsler Intelligence Scale for Children“, Psychological Corporation New York, 1949.
- Werkmann S.** — „The psychiatric diagnostic interview with Children“ in *Am. J. Orthopsychiat.*, 1965, 35, 4, 764.
- Wittenborn J. R., Mettler F. A.** — „Practical correlates of psychiatric symptoms“, *J. Cons. Psychol.*, 1951, 15, 505.
- Yarrow L. J.** — „Interviewing children“ in „Handbook of Research Methods in Child Development“, (P. Mussen ed.), ed. a III-a, John Wiley, New York, 1966.