

# REVENIREA LA VIAȚĂ

Oliver Sacks s-a născut în 1933 la Londra, într-o familie de medici, și a studiat medicina la Queen's College, Oxford. La începutul anilor '60 s-a stabilit în Statele Unite, la San Francisco, iar din 1965 la New York, unde a și murit la sfârșitul lunii august 2015. Oliver Sacks a îmbinat activitatea medicală cu scrisul, iar cărțile în care prezintă publicului larg cazurile sale clinice s-au bucurat de o uriașă notorietate internațională – au fost traduse în peste 25 de limbi, în tiraje de milioane de exemplare. În plus, opera lui Oliver Sacks a avut un mare impact asupra intelectualilor umaniști și asupra artiștilor. Cartea sa *Awakenings* a stat la baza filmului cu același titlu (cu Robert De Niro și Robin Williams, film nominalizat la Premiul Oscar) și a inspirat piesa lui Harold Pinter *A Kind of Alaska*. După *The Man Who Mistook His Wife for a Hat*, regizorul Peter Brook a pus în scenă un celebru spectacol de teatru.

Cărți: *Migraine* (1970), *Awakenings* (1973, trad. rom. *Revenirea la viață*, Humanitas, 2012), *A Leg to Stand On* (1984, trad. rom. *Un picior de sprijin*, Humanitas, 2013), *The Man Who Mistook His Wife for a Hat* (1985, trad. rom. *Omul care își confundă soția cu o pălărie*, Humanitas, 2005), *Seeing Voices* (1989, trad. rom. *Văzând glasuri*, Humanitas, 2013), *An Anthropologist on Mars* (1995), *The Island of the Colorblind* (1996), *Uncle Tungsten* (2001, trad. rom. *Unchiul Tungsten*, Humanitas, 2017), *Musicophilia* (2007, 2008, trad. rom. *Muzicofilia*, Humanitas, 2009), *The Mind's Eye* (2010, trad. rom. *Ochiul minții*, Humanitas, 2014), *Hallucinations* (2012, trad. rom. *Halucinații*, Humanitas, 2016), *On the Move: A Life* (2015, trad. rom. *În mișcare: O viață*, Humanitas, 2015), *Gratitude* (2015, trad. rom. *Recunoștință*, Humanitas, 2017), *The River of Consciousness* (2017, trad. rom. *Fluviul conștiinței*, Humanitas, 2020), *Everything in Its Place* (2019, trad. rom. *Toate la locul lor: Primele iubiri, primele povești*, Humanitas, 2021).

# OLIVER SACKS

## REVENIREA LA VIAȚĂ

Traducere din engleză de  
Mihaela Doagă

 HUMANITAS  
BUCUREȘTI

În memoria lui W.H. Auden și A.R. Luria

*...și-acum, o naștere ce-i mai presus de fire  
când revenim la viață după boală — Donne*

# Cuprins

<i>Mulțumiri</i> .....	9
<i>Prefață la prima ediție</i> .....	13
<i>Prefață la ediția din 1990</i> .....	17
<i>Cuvânt înainte la ediția din 1990</i> .....	21
PROLOG .....	39
Parkinson și parkinsonismul .....	41
Boala somnului ( <i>encephalitis lethargica</i> ) .....	51
Perioada ce a urmat bolii somnului (1927–1967) .....	60
Viața la Mount Carmel .....	64
Apariția L-DOPA .....	68
REVENIREA LA VIAȚĂ .....	79
Frances D. ....	81
Magda B. ....	113
Rose R. ....	121
Robert O. ....	136
Hester Y. ....	143
Rolando P. ....	166
Miriam H. ....	180
Lucy K. ....	192
Margaret A. ....	200
Miron V. ....	214
Gertie C. ....	218
Martha N. ....	223
Ida T. ....	229
Frank G. ....	233
Maria G. ....	236
Rachel I. ....	241

Aaron E. ....	243
George W. ....	252
Cecil M. ....	256
Leonard L. ....	257
PERSPECTIVE .....	275
Perspective .....	277
Revenirea la viață .....	291
Suferința .....	300
Adaptarea .....	325
Epilog (1982) .....	339
Post-scriptum (1990) .....	377
ANEXE .....	381
O istorie a bolii somnului .....	383
Medicamente „minune“:	
Freud, William James și Havelock Ellis .....	387
Baza electrică a revenirii la viață .....	391
Dincolo de L-DOPA .....	397
Spațiul și timpul parkinsoniene .....	402
Haosul și revenirea la viață .....	415
<i>Revenirea la viață</i> pe scenă și pe ecran .....	432
<i>Glosar</i> .....	457
<i>Bibliografie</i> .....	465

## Prefață la prima ediție

Subiectul acestei cărți îl constituie viețile și reacțiile unor pacienți aflați într-o situație unică – precum și implicațiile pe care le pot avea acestea pentru medicină și știință. Acești pacienți fac parte dintre puținii supraviețuitori ai mării epidemii de boală a somnului (*encephalitis lethargica*) survenite acum cincizeci de ani, iar reacțiile lor au fost produse de un medicament inovator cu efect de „trezire“ (dihidroxi-L fenilalanină sau L-DOPA). Viețile și reacțiile acestor pacienți, care nu au precedent în întreaga istorie a medicinei, sunt prezentate sub forma unor studii de caz sau biografii mai extinse: acestea constituie nucleul cărții de față. Ele sunt precedate de o introducere legată de natura bolii lor, de viața pe care au dus-o de la declanșarea bolii și de medicamentul care le-a schimbat viața. S-ar putea crede că un asemenea subiect se adresează unui cerc restrâns sau foarte specializat, dar, după părerea mea, lucrurile nu stau deloc așa. În ultima parte a cărții, am încercat să subliniez câteva din implicațiile mai profunde ale acestui subiect – implicații ce ridică probleme generale legate de sănătate, boală, suferință, îngrijire și condiția umană în sine.

În scrierea unei asemenea cărți – despre oameni adevărați –, apare o problemă spinoasă, poate chiar insurmontabilă: problema redării unor informații detaliate fără a trăda secretul profesional și uman. A trebuit să schimb numele pacienților mei, numele și locul unde se află spitalul în care trăiesc aceștia, precum și alte detalii. Am încercat să păstrez însă ceea ce e important și esențial – *prezența* autentică și întregă a pacienților, „trăirea“

vieții lor, a personalității lor, a bolii și reacțiilor lor – trăsăturile definitorii ale straniei lor situații.

Stilul general al acestei cărți – alternanța dintre narațiune și reflecție, abundența de imagini și metafore, remarcile, repetițiile, digresiunile, notele – mi-a fost impus de însăși natura subiectului abordat. Scopul meu nu este acela de a alcătui un sistem sau de a percepe pacienții ca pe niște sisteme, ci de a reprezenta o lume, o diversitate de lumi – peisajele existențiale în care trăiesc acești pacienți. Iar reprezentarea unor lumi nu presupune o formulare statică și sistematică, ci o explorare activă a imaginilor și viziunilor, un salt continuu și o imaginație în *mișcare*. Problemele stilistice (și epistemologice) cu care m-am confruntat au fost exact acelea descrise de Wittgenstein în Prefața la *Cercetări filozofice*, când vorbea despre necesitatea de a reprezenta peisaje (mentale) cu ajutorul imaginilor și „remarcilor“:

Iar acest lucru era, desigur, legat de însăși natura cercetării. Căci ea ne obligă să cutreierăm, de-a lungul și de-a latul, în toate direcțiile, un teritoriu întins al gândirii. Remarcile filozofice din această carte sunt, ca să spunem așa, o mulțime de schițe ale unor peisaje, care au luat naștere în cursul acestei lungi și întortocheate peregrinări. Aceleași puncte, sau aproape aceleași puncte, au fost tot timpul atinse din nou din direcții diferite și au fost schițate mereu noi imagini [...]. Astfel, această carte este de fapt doar un album.\*

O temă metafizică revine de-a lungul acestei cărți – ideea că nu e suficient să concepi boala dintr-o perspectivă pur mecanică sau chimică; că trebuie s-o abordezi totodată din perspectivă biologică sau metafizică, cu alte cuvinte, din perspectiva organizării și a configurației. În prima mea carte, *Migraine (Migrena)*, am sugerat necesitatea unei asemenea *duble* abordări, iar în lucrarea de față dezvolt această temă. O astfel de idee e departe de a fi inovatoare – ea era înțeleasă foarte limpede de medicina clasică. În medicina contemporană, în schimb, accentul se pune aproape în exclusivitate pe

---

\* Ludwig Wittgenstein, *Cercetări filozofice*, Editura Humanitas, București, 2003. (N. red.)



dimensiunea mecanică sau chimică, ceea ce a dus la progrese importante, dar, în același timp, la un regres intelectual și la pierderea din vedere a nevoilor și sentimentelor pacienților. Cartea de față e o încercare de a regăsi și a reface această dimensiune metafizică.

Procesul scrierii ei s-a dovedit neașteptat de dificil, deși ideile și intențiile sale sunt simple și directe. Dar nu poți merge în linie dreaptă decât atunci când vezi limpede în fața ta și când drumul e *liber*. Te zbați să găsești perspectiva, centrul de atenție și tonul potrivite – iar apoi le pierzi, fără să-ți dai seama. Trebuie să te lupți mereu să le regăsești, să-ți menții luciditatea. Nu pot exprima mai grăitor problemele cu care m-am confruntat, și cu care cititorii trebuie să se confrunte și ei, decât citând minunatele cuvinte ale lui Maynard Keynes din Prefața la *Teoria generală*:

Scrierea acestei cărți a fost pentru autorul ei o îndelungată luptă de eliberare, iar tot astfel trebuie să fie lectura ei pentru majoritatea cititorilor, pentru ca asaltul autorului asupra lor să fie încununat de succes – o luptă de eliberare față de modurile obișnuite de gândire și expresie. Ideile care sunt exprimate aici cu atâta efort sunt extrem de simple și ar trebui să fie evidente. Dificultatea nu ține de noile idei, ci de eliberarea de cele vechi, care se ramifică, la cei crescuți precum cei mai mulți dintre noi, în fiecare cotlon al minții noastre.

Puterea obișnuinței și rezistența la schimbare – atât de mari în toate domeniile gândirii – își ating apogeul în medicină, în studiul celor mai complexe suferințe și dezechilibre ale ființei; căci aici suntem obligați să scrutăm cele mai adânci, mai întunecate și mai înfricoșătoare părți ale noastre, acelea pe care ne străduim să le negăm sau să le ignorăm. Gândurile care sunt cel mai greu de înțeles sau de exprimat sunt cele legate de acest teritoriu interzis, iar ele ne trezesc cele mai vehemente negări și cele mai profunde intuiții.

O.W.S.  
New York  
Februarie 1973

## Prefață la ediția din 1990

*Revenirea la viață* a avut mai multe ediții și formate de la publicarea sa în 1973. Au apărut, de-a lungul anilor, tot soiul de adăugiri, tăieturi, revizuiți și alte modificări, care stârnesc uneori confuzii în rândul bibliografilor și al cititorilor. Scurta istorie a acestor ediții prezentată mai jos poate contribui de asemenea la înțelegerea evoluției ediției de față.

*Revenirea la viață* a fost publicată prima dată în 1973, la Editura Duckworth, în Anglia. Prima ediție americană a fost publicată de Doubleday în 1974. Aceasta includea un material suplimentar: vreo zece note de subsol și o scurtă continuare a poveștii lui Rolando P. (care s-a stins din viață în timp ce ediția britanică era în curs de publicare).

O ediție broșată a fost publicată în 1976 de Penguin Books în Anglia și de Random House (Vintage Books) în Statele Unite. Ea conținea un volum considerabil de note noi, unele de lungimea și formatul unor mici studii, care reprezentau *in toto* o treime din ansamblul cărții. (Acestea fuseseră scrise într-o perioadă de imobilizare involuntară, în toamna lui 1974, când am fost eu însumi pacient – perioada despre care vorbesc în *A Leg to Stand On.*)

La a treia ediție, publicată în 1982 de Pan Books în Marea Britanie și în anul următor de Dutton în Statele Unite, am adăugat, sub forma unui epilog, relatări detaliate despre toți pacienții (între timp, văzusem aproape 200 de pacienți cu sindroame post-encefalitice, majoritatea cărora fuseseră tratați cu L-DOPA timp de 11 sau 12 ani) și un fel de meditație privind natura generală a sănătății, bolii, muzicii etc., precum și elemente particulare legate

de L-DOPA și parkinsonism. Am adăugat de asemenea o anexă legată de câteva observații recente efectuate prin EEG asupra pacienților noștri. Alte observații și reflecții apăreau sub forma notelor de subsol (preferată de mine) – dar am acceptat la rugămintea unui editor să scot toate notele de subsol și a le încorpora, pe cât posibil, în text, transformând orice va fi rămas (adesea, mult prescurtat) în note de final. Circa 20 000 de cuvinte din notele de subsol au fost eliminate. (În 1987, într-o nouă ediție broșată publicată în Statele Unite de Summit Books, am adăugat un amplu cuvânt înainte, fără a aduce alte modificări.) Această ediție se spunea că e în general mai îngrijită decât cea din 1976, dar (după părerea mea și a altora) mai săracă, prin eliminarea unui material atât de amplu.

Nevoia de a corecta acest neajuns și de a reintroduce notele care lipseau, precum și nevoia de a adăuga un volum considerabil de material nou, m-au făcut să modific, încă o dată, radical *Revenirea la viață*, pentru această ediție din 1990. Am readus partea centrală a cărții – *textul propriu-zis* – la forma inițială, transferând toate comentariile noi sau suplimentare în notele de subsol sau în anexă. Ar trebui să menționez că nu am reintrodus *toate* notele din ediția primă; a trebuit să scurtez sau să elimin unele din ele. Nu pot să-mi reprim o senzație de pierdere în privința lor și mă întreb dacă nu cumva (spre a-l parafraza pe Gibbon) voi fi smuls câteva flori alese, flori ale imaginației, împreună cu buruienile. Am mutat de asemenea câteva dintre cele mai lungi note din 1976 (cele legate de istoria bolii somnului și de spațiul și timpul „parkinsonian”) în noi anexe. Nu am rezistat tentației de a adăuga câteva note noi (dar sunt puține) și trei anexe. Materialul nou pe care l-am adăugat se referă la ultimii supraviețuitori din rândul pacienților suferinzi de sindroame post-encefalitice (atât din Statele Unite, cât și din Marea Britanie); la progresul remarcabil înregistrat în înțelegerea și tratamentul bolii Parkinson în ultimii șase sau șapte ani; la câteva noi formulări teoretice pe care eu le-am descoperit abia în ultimele luni; și, în fine, la impresionanțele adaptări – pentru scenă și ecran – ale cărții, care au fost

realizate și lansate în ultimii opt ani, culminând cu filmul artistic *Revenirea la viață* din anul acesta.

Anumite dificultăți pândesc încercarea de actualizare a unei cărți – cel puțin, în cazul unei cărți extrem de personale, care se bazează în mare măsură pe observație și reflecție, pe procesele conștiinței –, deoarece subiectul este în continuă evoluție în mintea noastră. E posibil să conțină formulări în care nu mai credem sau în care nu ne mai regăsim, formulări învechite, într-un fel; și totuși, aceste formulări – unele poate extravagante, unele ce par neizbutite, dar și altele cu adevărat profetice, purtând sămânța noului – ne-au condus acolo unde ne aflăm astăzi. Așadar, deși există în *Revenirea la viață* formulări cu care nu mai sunt de acord, le-am păstrat, din dorința de a rămâne fidel procesului prin care se naște o asemenea carte. Și, în același timp, cine știe ce viziuni și revizuri vor aduce anii '90? Continui să studiez pacienții care suferă de Parkinson cu infinită uimire, cu sentimentul că n-am atins decât primul strat al unei situații extrem de vaste, că ar putea exista perspective cu totul diferite asupra ei.

Au trecut, între timp, 21 de ani de la revenirea la viață a pacienților mei și 17 ani de când a fost publicată pentru prima dată această carte, dar subiectul mi se pare inepuizabil – din punct de vedere medical, uman, teoretic și dramatic. De aceea e nevoie mereu de noi adăugiri și reeditări, iar subiectul rămâne veșnic viu și proaspăt pentru mine – și, sper, și pentru cititorii mei.

O.W.S.  
New York  
Martie 1990

## PROLOG

## Parkinson și parkinsonismul

În 1817, doctorul James Parkinson – un medic londonez – și-a publicat faimosul studiu intitulat *Essay on the Shaking Palsy* (Studiu asupra paraliziei cu tremur) în care prezenta, cu o putere de pătrundere și o însuflețire care n-au fost depășite nici acum, afecțiunea răspândită, gravă și unică pe care o numim astăzi maladia Parkinson.

Simpptome și caracteristici izolate ale bolii Parkinson – tremurul specific și festinația sau accelerarea involuntară a mersului și a vorbirii – fuseseră descrise de medici încă din vremea lui Galen. Descrieri detaliate apăruseră și în literatura nemedicală – de pildă, în descrierea de către Aubrey a „paraliziei cu tremur“ a lui Hobbes. Dar Parkinson a fost cel care a văzut pentru prima dată fiecare simptom și aspect al bolii ca parte a unui întreg și care a prezentat-o ca pe o afecțiune sau ca pe un *comportament* distinct.<sup>5</sup>

---

5. Este adevărat într-un anumit sens că Parkinson a avut mulți „predecesori“ (Gaubius, Sauvages, de la Noë și alții), care au observat și au clasificat diverse „semne“ ale bolii. Dar a existat o diferență radicală între Parkinson și aceștia – una mai radicală, poate, decât ar fi recunoscut Parkinson însuși. Cei care observaseră boala înaintea lui Parkinson se mulțumiseră să „urmărească“ diverse caracteristici (cam la fel cum unii „urmăresc“ trenurile sau avioanele) și apoi să le clasifice (ca un pasionat de fluturi sau un entomolog în devenire care și-ar aranja speciemenele după formă și culoare). Astfel, predecesorii lui Parkinson au fost preocupați exclusiv de „diagnostic“ sau de „nosologie“ – un diagnostic și o nosologie arbitrară, preștiințifice, bazate în întregime pe caracteristici și relații superficiale: hărțile zodiacale ale lui Sauvages și ale altora reprezintă un soi de pseudo-astronomie, primele

Între 1860 și 1890, lucrând în mijlocul mării mase de pacienți cronici de la Salpêtrière din Paris, Charcot a completat conturul trasat de Parkinson. Pe lângă prezentările bogate și detaliate ale bolii, Charcot a perceput relațiile și afinitățile importante dintre simptomele maladiei Parkinson și cele ale depresiei, catatoniei și

---

încercări de a înfrunta necunoscutul. Observațiile inițiale ale lui Parkinson însuși au fost, de asemenea, „din exterior“, am putea spune, pornind de la observarea bolnavilor pe străzile Londrei, studiindu-le mișcările specifice de la distanță. Dar observațiile sale au fost mai profunde decât ale predecesorilor săi, cu baze mai adânci și mai strâns legate. Parkinson amintește de un adevărat *astronom*, iar Londra devine câmpul observațiilor sale, și, în acest moment, privind prin ochii lui, vedem bolnavii de Parkinson ca pe niște corpuri cerești în mișcare, trecând asemenea cometelor sau stelelor. Mai mult, curând a ajuns să înțeleagă că anumite stele formează constelații, că multe fenomene aparent fără legătură alcătuiesc o „configurație de simptome“ bine definită și invariabilă. El a fost primul care a recunoscut această „configurație“, această constelație sau acest sindrom pe care acum îl numim „parkinsonism“.

Aceasta a fost o mare realizare clinică, iar parkinsonismul este unul dintre primele sindroame neurologice care a fost recunoscut și definit. Dar Parkinson nu era doar talentat – era un om de geniu. El a înțeles că strania „configurație“ pe care o observase era ceva mai mult decât un sindrom – că părea să aibă propria sa ordine și logică interioară, că acea constelație era un soi de *cosmos*... Intuind acest lucru, el și-a dat seama atunci că observa-re-de-la-distanță, oricât de atentă, nu era de ajuns dacă dorea să înțeleagă natura fenomenului; era necesar să interacționeze cu pacienții, să inițieze o întâlnire clinică și dialogică. Odată cu această revelație a adoptat o poziție cu totul nouă și un limbaj diferit. A încetat să-i mai vadă pe bolnavii de Parkinson ca pe niște corpuri îndepărtate pe orbită, percepându-i în schimb ca pe niște pacienți și ca pe semenii săi; a încetat să vadă parkinsonismul ca pe o „configurație de simptome“ și a început să-l conceapă ca pe o formă stranie de *comportament*, un mod particular și caracteristic de a fi-în-lume. Astfel, în comparație cu predecesorii săi, Parkinson a fost un radical, un revoluționar din două puncte de vedere: în primul rând, prin introducerea unui veritabil empirism – o știință bazată pe „fapte concrete“ și relațiile dintre acestea; în al doilea rând, operând o schimbare încă și mai radicală în parcursul său intelectual, trecând de la o poziție empirică la una existențială.

isteriei: de fapt, tocmai pornind de la aceste relații frapante Charcot a numit parkinsonismul „o nevroză“.

În secolul XIX, maladia Parkinson nu apărea aproape niciodată înaintea vârstei de cincizeci de ani și era considerată de regulă efectul unui proces de degenerare sau al nutriției insuficiente a anumitor celule „slăbite“ sau vulnerabile; dat fiind că această degenerare nu putea fi demonstrată la momentul respectiv și că nu i se cunoștea cauza, maladia Parkinson a fost numită o idiosincrazie sau „idiopatie“. În primul sfert al secolului XX, odată cu marea epidemie de boala somnului (*encephalitis lethargica*), a apărut o „nouă“ formă a bolii Parkinson, care avea o cauză limpede și specifică: spre deosebire de boala idiopatică, acest tip de parkinsonism encefalitic sau post-encefalitic afecta persoane de toate vârstele și putea căpăta o formă și o intensitate mult mai grave decât în cazul bolii idiopatice. O a treia cauză importantă a parkinsonismului s-a făcut simțită abia în ultimii douăzeci de ani și este o consecință involuntară sau un „efect secundar“ (și de regulă pasager) al medicamentelor pe bază de fenotiazid și butirofenonă – așa-numitele „tranchilizante puternice“. Se spune că numai în Statele Unite există două milioane de persoane care suferă de Parkinson: un milion cu forma idiopatică de parkinsonism sau Parkinson, un milion cu parkinsonism indus de medicamente și câteva sute sau mii de pacienți cu parkinsonism post-encefalitic<sup>6</sup> – ultimii supraviețuitori ai mării epidemii. Alte cauze ale parkinsonismului – intoxicarea cu gaz de mină, intoxicarea cu mangan, sifilisul, tumorile etc. – sunt deosebit de rare și e puțin probabil ca un medic obișnuit să se confrunte cu ele în cursul carierei sale.

Maladia Parkinson este numită „paralizia cu tremur“ (sau echivalentul latinesc – *paralysis agitans*) de câteva secole încoace. Trebuie să spunem de la început că tremurul nu e neapărat un

---

6. Termenul „post-encefalitic“ este folosit spre a denumi simptome care au apărut ca urmare a unui acces de *encephalitis lethargica* și ca o consecință directă sau indirectă a acestuia. Astfel de simptome pot apărea și la mulți ani după accesul respectiv.



simptom constant în cazurile de parkinsonism, nu e niciodată un simptom izolat și este adesea problema cea mai mărunță cu care se confruntă pacientul. Dacă apare tremurul, aceasta se întâmplă de obicei în timpul repausului și încetează odată cu mișcarea sau încercarea de a se mișca<sup>7</sup>; uneori tremurul e limitat la mâini și afectează cu precădere degetul mare și arătătorul, prinse într-o mișcare specifică de „rotire“ sau (folosind cuvintele lui Gower) „similară aceleia prin care orientalii bat darabanele“; în alte cazuri, în special la pacienții post-encefalitici, tremurul poate fi extrem de violent, poate afecta orice parte a corpului sau pe toate și este accentuat, de regulă, de efort, emoție sau oboseală. Al doilea simptom menționat frecvent, pe lângă tremur, este amorțeala sau rigiditatea; aceasta are un straniu caracter plastic – comparat adesea cu îndoirea unei țevi de plumb – și poate fi extrem de severă.<sup>8</sup> Trebuie subliniat însă că nici tremurul, nici rigiditatea nu sunt trăsături definitorii ale parkinsonismului; ambele pot să lipsească, mai ales la formele post-encefalitice ale bolii, care vor constitui obiectul atenției noastre în această carte. Trăsăturile definitorii ale parkinsonismului, care apar la toți pacienții și ating maxima intensitate în formele post-encefalitice ale bolii, sunt legate de tulburări motorii și de pulsiiune.

Primele trăsături ale parkinsonismului care au fost descrise au fost *festinația* (accelerarea) și *pulsiiunea* (impulsul). În primul caz e vorba de o accelerare (și, odată cu aceasta, o simplificare) a pașilor, mișcărilor, cuvintelor sau chiar gândurilor – care dă impresia de nerăbdare, de impetuozitate și râvnă, ca și cum pacientul ar fi în criză de timp, iar la unii pacienți e însoțită de o *senzație*

---

7. Există mulți actori, chirurgi, mecanici și muncitori calificați care suferă de tremurul specific parkinsonian când sunt în repaus, dar la care acesta dispare fără urmă când ei se concentrează asupra muncii lor sau când sunt activi.

8. Charcot și mulți pacienți parkinsonieni au observat că această rigiditate poate fi atenuată considerabil dacă pacientul este suspendat în apă sau înotă (a se vedea cazurile lui Hester Y., Rolando P., Cecil M. etc.). Același lucru se aplică, într-o oarecare măsură, și în cazul altor forme de rigiditate și „încordare“ – spasticitate, atetoză, torticolis etc.

de nerăbdare, deși alții am putea spune că se trezesc zoriți fără voia lor.<sup>9</sup> Mișcările asociate cu această accelerare sau pulsivune sunt rapide, bruște și de scurtă durată. Aceste simptome și strania „nerăbdare motorie“ (acatizie) care le însoțește adesea au fost tratate cu atenția cuvenită de autorii mai vechi: astfel, Charcot vorbește despre „crudul neastâmpăr“ care-i afecta pe mulți dintre pacienții săi, iar Gower despre „agitația extremă [...] care le solicită [...] să-și schimbe infimitezimal poziția la fiecare câteva minute“. Accentuez aceste aspecte – intensitatea, presiunea și precipitarea în mișcări – deoarece ele reprezintă, dacă pot spune astfel, „fața nevăzută“, mai puțin cunoscută a parkinsonismului, parkinsonismul la punctul de fierbere, parkinsonismul în forma sa expansivă și explozivă, și ca atare au o mare relevanță pentru multe dintre „efectele secundare“ ale L-DOPA care au apărut la pacienți.

Efectul opus – o neobișnuită încetinire și dificultate în mișcare – este mai frecvent evidențiat și e cunoscut sub numele general și relativ opac de „akinezie“. Există multe forme diferite de akinezie, dar forma care e exact opusul accelerării sau pulsivunii este una caracterizată prin *încetinire* sau *rezistență* activă, care îngreunează mișcarea, vorbirea și uneori procesele de gândire, și le poate chiar paraliza complet. Pacienții afectați de aceasta descoperă că, de îndată ce „inițiază“ mental, intenționează sau încearcă să facă o mișcare, se confruntă cu o „contra-intenție“ sau „rezistență“. Se trezesc prinși, imobilizați chiar, într-o formă de conflict fiziologic – forță/contra-forță, voință/contra-voință, comandă/contra-comandă. În cazul unor asemenea pacienți aflați într-o luptă lăuntrică, Charcot scrie că „nu există armistițiu“ – considerând tremurul, rigiditatea și akinezia lor drept deznodă-mântul zadarnic al unei astfel de lupte lăuntrice și punând tensiunea și oboseala de care pacienții bolnavi de Parkinson se

---

9. Astfel e descrisă această tendință de accelerare (*scelotyrbe festinans*) în secolul XVIII de Gaubius: „Apar cazuri în care, sub impulsurile transmise de voință, cu o neașteptată agilitate și purtați de un elan irezistibil mușchii se pun în mișcare înaintea minții ce li se opune.“