

AUREL ROMILA

*Profesor de psihiatrie
Universitatea de Medicină și Farmacie
„Carol Davila” BUcurești*

PSIHIATRIE

Ediția a 2-a revizuită

Editat de Asociația Psihiatrilor Liberi din România
București, 2004

Tehnoredactare computerizată: **dr. Victor Marinescu**

Trezorier: **dr. Dumitru Scorțescu**

Management și distribuție: **dr. Marian Popa**

ISBN: 973-0-03617-9

Prefață la ediția a II-a

Cartea a fost completată cu noutățile psihiatriei biologice și adăugită cu anumite subcapitole și scheme didactice. Ea reprezintă o sinteză a 40 de ani de psihiatrie și sperăm să ajute în formarea viitorilor psihiatri și psihologi.

Prof. Dr. AUREL ROMILA

București, 2004

Prefață la ediția I

A scrie azi o „psihiatrie” poate fi considerat un demers prezumțios fie și numai pentru că domeniul s-a diversificat enorm și greu ar fi de cuprins chiar în zeci de volume.

Cu toate acestea, bazat pe o experiență de o viață (din care peste 20 de ani de învățământ în specialitate) am îndrăznit să elaborez o lucrare de sinteză – similară mai curând unui breviar, unui lapidarium – în dorința de a pune la dispoziția tinerilor mei colegi (și nu numai psihiatri) un instrument cu care să identifice și să depășească mai ușor maleza existenței.

În această carte, pe lângă noțiunile de bază ale psihiatriei clinice, am abordat atât concepțiile importante privind boala psihică cât și câteva jaloane terapeutice și limitele lor (pentru că nimic nu poate fi mai nociv în medicină decât fetișizarea unui medicament sau a unei metode): terapiile biologică și psihologică, inclusiv noile achiziții psihoterapeutice precum resocializarea, demers modern căruia i-am dedicat aproape întreaga mea activitate profesională. Ultimul capitol se adresează atât psihiatrilor, cât și medicilor legiști, angajați în interpretarea comportamentului bolnavului psihic în raport cu normele juridice.

Mulțumesc celor care m-au ajutat efectiv să exist și să rezist în condițiile unui prelungit „Ev Mediu” și să public această carte. Printre aceștia, la loc de cinste se numără membrii Asociației Psihiatrilor Liberi din România cu precădere dr. V.Țuculescu și Comitetul de Sprijin al aparținătorilor (mai ales familiile Onu și Marinescu), cei care au susținut organizarea unei psihiatrii resocializante, comunitare, înțelegându-i valoarea.

Cuprins

PSIHIATRIA GENERALĂ (PSIHOPATOLOGIA)

I. Concepții în psihiatrie.....	1
Concepții clinice	2
Resocializarea	2
Organo-dinamismul	4
Concepția clinico-nosologică	15
Concepții analitice	24
Psihanaliza; disidența freudiană; neopsihanaliza	24
Psihosomatica	47
Antipsihiatria	51
Concepții filosofice	57
Fenomenologia	57
Structuralism	75
Existențialismul	83
II. Psihicul normal	101
Sistemul ontologic uman	103
Natura și cultura	106
Asupra unei structuri fundamentale a psihicului	110
Sex și altersex	114
Bazele logico-filosofice ale psihiatriei	120
Psihologie normală	125
Sistemul psihic	131
Structura conștiinței	131
Personalitatea	132
Bazele cerebrale ale comportamentului (psihiatrie biologică) .	133
III. Psihicul patologic	159
Normal, anormal, boală mintală	159
Normalitate	159
Tulburarea psihică	161
Problema bolii mintale și a anormalității	162

Expresia bolii mintale	164
Definiția și obiectul psihiatriei	164
Clasificarea bolilor psihice – criterii psihopatologice de sistematizare	167
Semiologia și sindromologia bolilor psihice	168
Semiologie	168
Semiologia cunoașterii (cognitivă)	170
Semiologia atenției	171
Semiologia percepției	175
Semiologia memoriei	181
Semiologia gândirii	183
Semiologia afectivității	195
Semiologia voinței și activității	202
Sindromologie	209
Conștiința normală și patologică	210
Sindromologia personalității	220

PSIHIATRIE SPECIALĂ: ORGANOGENII, ENDOGENII, PSIHOGENII

IV. Organogenii	237
Dependențe	238
Dependența de droguri și medicamentoasă	238
Alcoolismul	244
Patologia neurologică, somatică și de maternitate	250
Patologia de maternitate	250
Patologia neurologică și somatică	252
Bolile neurologice	256
Tumorile cerebrale	257
Traumatismele craniocerebrale	259
Epilepsia	260
Bolile autoimune	262
Bolile interne	263
Tulburările psihice în endocrinopatii	263
Efectele unor toxice din mediu	268
Interferența psihiatriei cu bolile interne	268
Involuția	269

V. Endogenii	279
Sistemul psihozelor endogene	279
Psihoze afective (mood disorders)	282
Deliruri cronice sistematizate (tulburări delirante)	309
Paranoia	309
Parafrenia	320
Schizofrenia	329
Tulburarea schizoafectivă	329
Schizofrenia	331
VI. Psihogenii (tulburări de stres)	375
Reacții și dezvoltări	376
Reacțiile de șoc	376
Reacțiile de subșoc	377
Nevroze	380
Psihopatologia nevrozei	380
Neurastenia	386
Nevroza anxioasă	391
tulburarea de panică fără agorafobie, agorafobia fără tulburare de panică, agorafobia cu tulburare de panică, fobii specifice, fobii sociale, tulburarea obsesiv – compulsivă, tulburarea de stres posttraumatic, tulburarea de stres acută, tulburare de anxietate generalizată, anxietate adatorată condițiilor medicale generale și anxietate indusă de o substanță	
Tulburări somatoforme	398
tulburare de somatizare, tulburarea somatoformă nediferențiată, tulburarea conversivă, tulburarea algică (de durere), hipocondria, tulburare dismorfică corporală	
Tulburările disociative	400
amnezia disociativă, fuga disociativă, tulburarea de identitate disociativă, tulburarea de depersonalizare	
Tulburări ale conduitelor alimentare	402
anorexia nervoasă, bulimia nervoasă	
Tulburări primare de somn	430
dissomnii (insomnia, hipersomnia primară, narcolepsia, tulburare în legătură cu respirația, tulburarea ritmului circadian) și parasomnii (coșmarul, teroarea de somn, somnambulismul)	
Tulburările factive (suprasimulare sau tulburări superficiale) ..	430
cu semne și simptome psihologice, cu semne și simptome fizice, combinate	

Psihopatii	430
Tulburări impulsive	452
tulburarea explozivă intermitentă, cleptomania, piromania, jocul patologic, tricotilomania	
Tulburările impulsului sexual	453
tulburarea dorinței, tulburarea excitației, tulburarea orgasmului, tulburări algice sexuale; disfuncțiile sexuale datorate unei condiții medicale generale; parafilii - exhibiționismul, fetișismul, froteurismul, pedofilie, masochismul sexual, sadismul sexual, fetișism transvestit, voyeurism	

PSIHIATRIE APLICATĂ

VII. Psihiatria medico-legală	455
VIII. Terapeutica generală	479
1. Psihoterapii	481
2. Socioterapii	536
3. Psihofarmacologie	551
IX. Arta psihopatologică	601
Anexă. Interpretare la „IF” de Rudyard Kipling	605
Triade	610
Bibliografie selectivă	627

PSIHIATRIA GENERALĂ (PSIHOPATOLOGIA)

Capitolul I

Conceptii în psihiatrie

Introducere

Psihiatria este o disciplină medicală, deci s-a dezvoltat mai mult decât celelalte pentru că a profitat de progresul pe care l-au făcut științele biologice (creier, enzime, medicație psihotropă) cât și de progresele făcute în științele sociologice (Geisteswissenschaft: psihologie, sociologie, economie, politică, filosofie, religie).

În mod nedorit, progresele societății contemporane cresc complexitatea și riscul de dezordine socială și adeseori aduc în primul plan prin media întrebarea dacă societatea nu este în primul rând „nebună“. Este evident că personalitatea umană nu poate rămâne absolut independentă și că ea se găsește întotdeauna într-un context socio-cultural determinant sau cel puțin influent. De nebunia socială se ocupă sociologia (Merton, Parsons). Rezolvarea acestei dileme se face pe baza clarificării noțiunii de normal și patologic, atât la nivel social cât și la nivel individual. Noi am prezentat stadiul actual al acestei probleme. Noi credem că aceste noțiuni nu pot rămâne la nivelul unor discuții. Pentru noi psihicul normal este capacitatea subiectului de a supraviețui independent, de a juca un rol social pozitiv, de a se autoîntreține, de a avea discernământ, de a fi liber, de a face bine și toate aceste caracteristici sunt cuprinse în concepția noastră despre resocializare.

Aceste idei depășesc diferențierea politică de stânga, dreapta, sistem fascist, comunist, capitalist, este un patern mai bazal. În mănunchiul de polarități și contradicții ale omului normal am subliniat contradicția dintre existență și esență, adică dintre sex și spirit. Normalitatea presupunând un echilibru al acestor două componente, care pot fi prelungite cu sinonimiile: afectiv – cognitiv, inconștient – conștient, instinct și rațiune. Saltul de la normalitate la patologic este calitativ și presupune armonia, sau dizarmonia și disocierea acestor doi factori. În practica reală, un subiect nu este alb sau negru dar poate fi și alb și negru, depinde de proporții și de concluzia calitativă, care este diagnosticul de normalitate, responsabilitate, sau amestec cu sau fără responsabilitate (vezi discernământ – capitolul medico-legal).

Întâlnim chiar situații când subiectul e chiar relativ normal însă contextul social este anomic. Acesta este un caz social (din păcate cu o frecvență în

creștere) care ocupă locul bolnavului mintal. De altfel între sistemul medical și cel de prevederi sociale trebuie să existe nu numai o colaborare ci și un echilibru de care depinde până la urmă sănătatea societății. Psihiatria de altfel tinde să devină din individuală comunitară, adică să își dezvolte sistemul extraspitalicesc prin crearea unei echipe medico-sociale. Probabil că una din deosebirile esențiale dintre națiunile contemporane stă și în armonizarea normalității individuale cu cea socială.

O problemă actuală este realitatea diferențelor nu numai sociale, economice și politice ci este problema diferențelor ideologice care au ajuns la fanatismele și la războiul antiterorist. Noi milităm pentru ca sistemul psihic al individului să se transforme într-o personalitate pozitivă, comunitară și suficient de tolerantă ca să poată să coexiste cu diferențele ideologice, bineînțeles păstrate în proporții rezonabile.

Concepții în psihiatrie

Concepțiile reprezintă o privire globală asupra întregii profesii, asupra sensului ei, a relațiilor cu celelalte discipline medicale, asupra poziției psihiatriei în ansamblul întregii culturi.

1. resocializarea
2. organodinamismul
3. concepția clinico-nosologică
4. psihanaliza; disidența freudiană, neopsihanaliza
5. psihosomatica
6. antipsihiatria
7. fenomenologia
8. structuralismul
9. existențialismul

Concepții clinice

Resocializarea

Resocializarea este o concepție nouă, originală, o sinteză neeclectică care asimilează critic tot ce poate fi păstrat din celelalte concepții și dă în mod unitar o orientare în psihiatria contemporană românească.

A început prin anii '70 ca o dezvoltare în cadrul orientării clinico-nosologice, ca un progres în diagnosticul și tratamentul bolilor mintale. Astăzi există în lume o anumită răspândire dar nu se poate încă vorbi de o recunoaștere universală.

Postulatele resocializării

1. Bolile psihice au un potențial de normalitate (Navratil), un rest de capacitate economică care poate contribui la menținerea demnă a bolnavilor în comunitate și în mod utopic, la posibilitatea unei vieți autonome și sociale.
2. Resocializarea se opune stigmei (Sartorius) printr-un antrenament de resocializare zilnică și à la long.
3. Este o psihiatrie antisegregaționistă, de integrare, un umanism practicat de minoritatea normalilor.
4. Resocializarea pune bazele comunității terapeutice care ajută eficient handicapații
5. Resocializarea oferă o perspectivă, un sens bolnavului mental cronic, este un antidot al însingurării și mai ales al mizeriei materiale
6. Este un factor de meliorism diagnostic și de forță terapeutică care antrenează tot arsenalul terapeutic și îi dă un sens.
7. Resocializarea nu exclude ci presupune celelalte concepții, se bazează pe clinică dar îi adaugă activitatea în ateliere, acceptă concluziile organodinamismului (H. Ey) căruia îi adaugă un program practic de supraviețuire. De fapt transformă organodinamismul în sexo-spiritualism.
8. Aplică freudismul, disidența și neofreudismul, acceptând rolul inconștientului în viața psihică și rolul egoului în controlul inconștientului, menținând o topică rațională.
9. Este o concepție structuralistă care ține cont de fenomenologie, existențialism și hermeneutică, văzând în fiecare bolnav psihic o ființă unică cu un potențial de recâștigarea a libertății.
10. Resocializarea ia din freudism sexul și din ontologie spiritul ființei și formează o concepție originală, comprehensivă spirit – sex.
11. Resocializarea combină științele biologic-medicele cu cele social – umaniste spirituale, depășind antropologiile și ajungând la Dasein-ul lui Heidegger pe care îl aplică.
12. Întâmpină rezistența propriu-zisă a antipsihiatriei cât și a psihiatriei conservatoare și oportuniste care încearcă demagogic să folosească alți termeni pentru resocializare – rehabilitare, recuperare.
13. Resocializarea a realizat prima contribuție teoretică și practică de la înființarea Spitalului 9 de către Obregia. Nici o concepție nu s-a impus ușor sau de la sine ci cere un timp pentru maturare și o confruntare cu monopolurile oportuniste și comerciale ale psihiatriei internaționale.
14. Resocializarea este o etică a psihiatriei. Ea concepe normalitatea ca valoarea estetică și etică.
15. Resocializarea aduce o logică în sindromologie și semiologie.

16. Resocializarea impune psihiatria biologică ca substrat pentru psihofarmacologie.

17. Resocializarea ia din sociologie tema muncii, banului și finalitatea colaborării.

18. Resocializarea a impus artterapia, comunitatea terapeutică, psihoterapia familială, autonomia psihiatriei și a demascat greșelile comise de puterea politică pe seama bolnavilor mintali.

19. Ea conferă valoarea APLR-ului ca for teoretic și de dezbateră a celor mai importante probleme din psihiatrie.

20. Ea are sistemul didactic cel mai consistent și substanțial formând noile generații de psihiatri ai resocializării.

Organo-dinamismul

Pentru resocializare, este modelul cel mai apropiat fiind o concepție validată clinic și foarte aproape de experiența psihiatrică. Are de fapt trei calități care o impun:

- reprezintă o codificare verificabilă a faptelor;
- este coerentă, inteligibilă, transmisibilă;
- are un interes practic de cea mai mare însemnătate în varietatea ideilor.

H. Ey ia cunoștință în 1928, la lecția lui Guiraud, despre problematica concepțiilor în psihiatrie. Atunci el află pentru prima dată de numele lui Huglin Jackson, neurolog englez, autorul teoriei unitare asupra activității neurologice, în mod inexplicabil, neacceptată de neurologi. Teoria lui Jackson se referea la modelul epilepsiei ca modalitate de organizare și de dezorganizare a sistemului nervos. Atunci, Ey are revelația aplicării acestui model și în psihiatrie – hazardul era foarte mare, modelul nefiind cunoscut nici în neurologie. Prima expunere o face în 1936, cu Rouart, fapt ce condiționează o serie de evenimente ce vor edifica această concepție:

- un colocviu în 1947, care va separa psihiatria de neurologie
- un deceniu fructuos, 1950-1960, în care Ey publică 3 volume de *studii*, cartea *Cunoștința» și Manualul de psihiatrie*
- în 1960 are loc al 2-lea colocviu, la care invită personalități din mai multe discipline și precizează noțiunea de *Inconștient*
- Publică două volume despre halucinații, (încheierea operei lui) deși în ele dezbate întreaga psihiatrie (nu știu de ce i-a dat un limitativ; probabil că i-a trebuit un fenomen indiscutabil de boală în acea lume – ocean de antipsihiatrie, dar care este o ultimă revizie a concepției sale despre psihiatrie).

Firesc ar fi fost – și lumea aștepta – să urmeze volumul 4 din Studii, în care să se refere la patologia cronică a personalității; o reia în «Halucinații», dar cine nu este familiarizat cu Ey, va fi surprins de densitatea cărții, și, probabil, sub presiunea bolii și a sfârșitului, a dorit să lase o operă relativ încheiată.

Care sunt precursorii concepției organo-dinarnice? Sunt o mulțime de nume pe care le-am amintit în cadrul concepțiilor prezentate până aici. Capul de afiș desigur însă că este ținut de **Jackson**. El aplică în medicină și neurologie ideea secolului XIX, formidabilă prin conținutul ei, și anume ideea evoluției, a dezvoltării, organizării. După Darwin în biologie și Spencer în filosofie, o continuă Jackson în medicină.

Ideea de „organism organizat” (și nu este un pleonasm) – este o teorie – în contrast cu fragmentările din știință ale aceluia secol; medicina se fragmentase deja pe aparate și discipline metafizic închistate și suferiseră disciplinele de sinteză: neuro-endocrinologia și psihiatria; coordonarea nu mai exista. Erai medic dacă te ocupai de incidența microbilor în urină, dar nu să te ocupi și să vorbești despre locul omului în natură și societatea; nu acesta era obiectul medicinei.

Jackson avansează și ideea că neurologia și psihiatria sunt două discipline surori – una mai mare, mai organizată, cu substrat (asta fiindcă el era neurolog) cu organizarea de centri care se pun în valoare, și o soră mai mică, mai fragilă. Dar H. Ey l-a pus la punct în 1947 afirmând că nu este vorba de soră mai mare și soră mai mică, ci de soră inferior organizată (așa este legea evoluției) și o soră superior organizată, dar mai fragilă și mai dezorganizată și trebuie să ținem cont de procesul de evoluție: ce este ultim este mai fin și se pierde mai ușor. De la H. Ey încoace, neurologia este organizarea inferioară, pe centri localizați, pe funcții parțiale, în timp ce psihiatria este organizarea superioară, globală a funcțiilor de relație. Deci, ea nici nu este analizabilă; această analiză se face numai didactic.

Alt precursor care trebuie amintit este **Pierre Janet**; nu am putut-o face anterior pe cât merita, mai ales în legătură cu ideea de slăbiciune sau tărie psihologică. Este la mintea oricui că oamenii nu sunt egali, dar în ce constă tăria sau slăbiciunea psihologică? După Pierre Janet, diferența constă în «forța de control a realității».

Francezii îl revendică pe Pierre Janet și îl consideră chiar egal cu Freud; îl citează cu o serie de lucrări, din 1890, despre inconștient, care au precedat lucrările mari de la 1900. Știți cum este cu revendicatul celebrității, lăsăm istoria să clarifice! Freud a beneficiat de altă soartă, de altă publicitate; o parte dintre lucrările lui Janet se citesc mai greu, nu au seducția lui Freud și iată că Janet trece puțin în umbra lui.

Oricum, Janet a fost foarte conștient de legătura strânsă între structura psihologică a omului și corpul lui, deci a fost un organo-dinamist „avant la lettre” și rămâne foarte actual prin descrierile deosebit de minuțioase și sobre asupra psihasteniei, deși i s-au adus de mulți critici de a nu fi fost decât niște schizofrenii la debut; nu-i putem reproșa însă asta, fiindcă nu se elaborase noțiunea de schizofrenie!

Un precursor celebru este **Freud**, care, sunt sigur, dacă ar fi fost un materialist dialectic, numai urmașii lui considerându-l „în aer”, că se ocupă numai de inconștient, s-ar fi apropiat de psihologia lui Sartre: el a fost extrem de conștient că psihicul nu este decât o suprastructură a organismului, a fost, deci, un organo-dinamist. Dacă îi privim acum schițele pentru proiectul de psihologie științifică, schițe care au precedat știința despre vis, am crede că sunt niște planșe ale lui Danielopolu, ale oricărui teoretician căruia îi place să vadă circuitele totale ale organismului. Exact cum Mendeleev a pus în tablou niște semne de întrebare, tot așa și Freud a pus sub instinct tot un semn de întrebare, fiindcă nu vedea legătura științifică cu corpul. Atunci neurologia era la studiul clinic al afaziei și la stadiul creierelor pentru studiul de focare și de centre; nu dispunea, de pildă, de ideile lui Sherington, de o mulțime de înțelegeri teoretice superioare ale SNC, de metodele de cercetare de astăzi... Freud avertiza că va veni o vreme când medicația va concura foarte puternic procesele psihoterapeutice, ceea ce s-a și întâmplat, bineînțeles, trecându-se în extrema cealaltă.

Alt precursor – **Eugen Bleuler** – impresionează și azi pentru ideea lui de psihiatrie funcțională, pentru optimismul lui fundamental.

În timp ce acum, numai auzind de diagnosticul de schizofrenie, familiile caută să separe părțile – divorț, frica de boală, de această nebunie atât de mare, încât lasă la o parte toate optimisme. Bleuler, fără mijloace terapeutice, se va opune lui Krepelin, considerând nedemențială evoluția celei mai importante boli psihice; el deschide, astfel, perspectivele unei psihiatrii „mai zâmbitoare”.

Urmează **Meyer Adolf** – fondatorul psihiatriei contemporane americane. Deși european, s-a acomodat foarte bine la psihiatria americană, punând chiar în paranteză psihiatria europeană. Nu-l interesează nosologie, clasificare – sunt fără valoare pentru el! Il interesează, în schimb, cum s-a produs boala, ca ultim capitol al existenței subiectului. Apoi, cum poate fi reprimat în societate, ce se poate face; aceasta este, de fapt, și esența resocializării.

De ce nu suntem cu toții mayer-iști? Pentru că teoria lui duce la ignorarea organismului material. De exemplu, Gershwin a luat antinevralgice pentru că era mayer-ist și a murit de tumoră cerebrală. Trăind, trebuie să ținem cont de corp, creier, de toate ale lui; altfel, noi zâmbim iar corpul se duce, bolnavul se duce.

Henry Claude, profesorul lui H. Ey, are meritul de a-1 fi scos din îngustimea franceză, din șovinismul francez. I-a spus lui Ey: „Citește-i pe nemți, sunt cu adevărat dușmanii noștri, dar gândesc foarte profund și nu trebuie să rămânem la o psihiatrie franceză bazată pe speculații“. Aceasta a făcut ca profesorul H. Ey să fie singurul din Franța care a tradus operele germane: monografia lui Bleuler, cartea lui Birnbaum și extrase din Bumke, deci cele mai importante cărți germane de atunci, deschidere care a dus la psihiatria organo-dinamică actuală.

El mai socotește și pe Kretschmer ca fondator, deși nu este întru totul de acord cu el, fiindcă a văzut, a intuit legătura profundă a acestei „spume“ care se cheamă psihic, cu o anumită morfologie corporală.

H. Ey îl socotește precursor și pe profesorul Delay. După moartea lui Claude, în 1934, se cuvenea să vină Ey la catedra de psihiatrie de la Saint-Anne. Nu merg mai departe, doar spun că a venit Delay, de formație neurolog. Delay are și o contribuție esențială în psihiatrie, ideea de organizare a celor trei memorii: memoria comună, care se bazează pe o memorie autistă și o ține în umbră, dar memoria autistă îi joacă feste memoriei comune care se blochează – mintea fuge și te trezești cu alte gânduri decât cele asupra cărora te concentrai. Deci este mereu minată memoria comună de către memoria autistă, minare care la bolnavul mintal este pe prim plan; o idee foarte importantă în acest context este memoria instrumentală, care ne trimite la neurologie; ceea ce atestă că faptele psihice stau în fond pe un soclu – instrumentul neurologic. Putem deosebi aceste lucruri, dar nu le putem separa.

Henri Ey și-a sintetizat opera în 4 teze teoretice și 6 corolare practice care decurg din tezele teoretice.

1. Teza psihologică (teza normalității) – boala mintală este implicată în organizarea ființei umane, psihic normale;
2. Teza fenomenologică – structura bolii mintale este în esență regresivă, negativă;
3. Teza clinică – bolile mintale – psihozele și nevrozile – sunt forme psihice prin structura și evoluția dinamică a nivelurilor de agenzie sau disoluție ale organismului psihic;
4. Teza etiopatogenică – bolile mintale depind de procese organice.

Cele șase corolare:

- a. Distincția între normal și patologic;
- b. Revizuirea problemei nosografice;
- c. Necesitatea unei semiologii a profunzimilor;
- d. Perspective neuro-fiziologice;
- e. Perspective terapeutice;
- f. Perspective de asistență;

1. Teza psihologică

Este și cea mai importantă fiindcă postulează omul normal. Nu este discutabil pentru H. Ey dacă suntem toți normali sau nebuni – ar părea o idee neserioasă. Normalitatea este un fenomen natural și se datorează unei evoluții de milioane de ani. În argumentarea ideii, Ey apelează la două seturi de argumente:

- la datele aduse de studiul pedo-psihiatriei; aici, trebuie menționat în primul rând Henry Wallon pentru etapizarea de care vorbim și apoi Piaget – autoritate mondială pentru organizarea structurilor superioare ale omului (niveluri de inteligență, niveluri afective);
- a doua sursă de date H. Ey o preia din psihologia modernă, mai ales din cea germană – psihologia configurațională (a întregului, Gestalt-ului, formei – sunt sinonime); din teoria straturilor și din ideea de inconștient de la Freud și Moreau de Tours (care a enunțat la vremea lui o idee care părea șocantă iar astăzi este esența psihopatologiei, și anume că „bolile psihice seamănă cu un vis”. Moreau de Tours, fiind în cercul lui Baudelaire și al altor literați care consumau droguri, și urmărind experiențele prin care treceau – de fapt, psihotice, dar temporare, a emis această teorie de mare utilitate și pentru Ey, a organo-dinamismului).

Așa a ajuns H. Ey să afirme că psihicul sau ființa psihică este o suprastructură a organismului unitar, a cărui structură se cheamă corp. Și că organismul = corp + psihic. Nu mai poate fi vorba de un dualism, dualismul empiric al lui Kurt Schneider – o separare de specialități; nu mai este vorba nici de confuzie – omul este indistinct, fiindcă aceste două niveluri sunt distincte.

Ocupându-se de ființa psihică, contribuția lui pentru eternitate este aceea de a fi extras din multitudinea de funcții – deci din funcționalismul „zăpăcitor” al psihd-organicului, 2 funcții de coordonare pe care le-am numit: funcția conștiinței și funcția personalității.

Pentru corpul psihic condiția esențială rămâne ordinea funcțiilor – a conștiinței și a personalității, aceste două funcții majore; ideea, care aparține filosofiei fenomenologice și structuraliste, a fost preluată de H. Ey, permițându-i această separare. Este așa cum s-ar trece de la opaiț la sistemul energetic național, de înaltă tensiune: o corelare cu întregul sistem energetic al organismului. De fapt, dacă s-a produs ceva și în modernizarea cursului de la București se datorează tot lui H. Ey, altfel psihiatria ar fi arătat ca în tratatele clasice, în care studiul ei se face fărâmițat, abord perfect în semiologia de amănunt, dar imperfect pentru înțelegerea modernului în specialitate.

Structura conștiinței, după H. Ey, este rodul luptei ființei psihice cu invazia inconștientului – cu somnul și visul. Deci conștiința ar fi un triumf împotriva somnului și visului. Și în timp, veți deveni – cred – fanatici susținători ai lui Henri Ey!

Prima victorie a conștiinței? *Trezia*. În lipsa ei, numai aparent ești, de pildă, la birou, cei din preajmă realizând că te afli în altă parte. Acest prim nivel se mai cheamă vigilență (vigilitate) și presupune ca funcții elementare capacitatea de concentrare a subiectului, percepția mediului.

Peste acest nivel, superior este *nivelul operațional*, în care schemele logice se pot combina și desfășura. Aici intervine orientarea temporo-spațială a subiectului o coordonată fiind și gradul de școlire: știe să citească, să povestească, să repete. Fără acest nivel chiar subiectul spune – „bine, sunt treaz, dar nu mă pot concentra la nimic, sunt blocat“.

Stadiul 3 cuprinde posibilitățile mai fine – din punct de vedere *axiologic* – adică de apreciere după anumite criterii de *valoare*. Spontaneitate excesivă în acest stadiu trebuie să ne alarmeze pentru că valorile „se cântăresc“. Acest stadiu de conștiință, care individualizează, implică un potențial al personalității. Dacă primul stadiu presupune sistem nervos treaz, substanță reticulată etc., stadiul al doilea – cortex, baza asocierilor elementare, stadiul trei presupune „conturi“ – caractere, valori, o încărcare mnezică care să permită judecarea prezentului prin a percepția trecutului.

Stadiul 4 se ridică pe treapta etică a judecăților morale pentru care fiecare judecată axiologică operează în funcție de răul sau binele făcut celorlalți. La psihopați, unde lipsește treapta etică (la psihopatul impulsiv, mai ales), axiologia devine originală, insolită, chiar și indiferența față de jignirile aduse celor din jur. La această ultimă treaptă (etică) nu ajunge toată lumea, ea presupunând o personalitate matură, armonioasă.

Această structurare trebuie reținută fiindcă în patologie se va coborî de la nivelul axiologic premorbid. Astfel, o anumită patologie va corespunde unui anumit nivel axiologic.

În timp ce prima este structura de moment, sincronă, cea de a 2-a este diacronă. Unii bolnavi observând când le scurtezi anamneză, spun: „dle doctor, dar viața mea este un roman“; într-adevăr, ne găsim în fața sinonimului noțiunii de personalitate – capacitatea de organizare a existenței.

Aceasta i-a permis lui H. Ey să dărâme ușor antipsihiatria. De ce? Fiindcă adultul matur, presupunând o existență, a străbătut și copilăria cu tot freudismul ei – dar a străbătut, după H. Ey, patru etape structurale; deci nu numai niște etape de trecut, care ne leagă de mama, de tata și nu ne lasă să ne atașăm de partener. Nu este vorba numai de atât și aici H. Ey este cu mult mai convingător; este vorba, după el, de creerea unei ființe psihice ca

subiect cu o lume comună, care se identifică unui personaj social și devine cadrul să spună acestui personaj „ești sigur pe picioarele tale. Spre deosebire de unii care te fac să exclami: „nu știu ce este cu ăsta?“ Desigur, căci dacă nu este bine identificat cu un model, aleargă după mulți și frecvent veți auzi „foarte bun băiatul, dar cam necontrolat, să te ferești de el fiindcă atunci când îl apucă“ ... Se referă la structurile de care vă spuneam.

Prin aceasta, H. Ey a demonstrat că există corp – psihic. Dacă venim cu un corp la care avem în esență totul, dar la care ar mai trebui maturări, retușuri – se închid fontanele. Ne interesează suprastructura psihică – care sunt semnele maturității ei. Pentru H. Ey, prima dovadă a construcției este însușirea limbajului și limbii în structurile ei logice; noi nu învățăm cum învățăm, din păcate, limbile străine – rapid și fără sensuri, ci învățăm limba română încet și numai cât o putem cuprinde logic.

Stadiile structurării personalității, care indică trecerea de la stadiul I la 2, au la bază însăși structura gramaticală a propoziției. Și anume, câștigarea pronumelui personal la persoana 1-a.

În faza a doua, subiectul asimilează o lume comună, nu a specialistului, lumea fizică etc.; sunt o mulțime de lumi. Lumea comună este cea românească rurală sau urbană cu diferite niveluri, limbaje, valori și neuniformă în reacții emoționale. Este momentul când copilul ni se pare mai deștept decât noi și generația noastră, iar pe lângă ce îi dăm, el se încarcă cu televizorul; așa află anumite lucruri pe care ți le plasează fără să te aștepți și prin care îți dai seama că ai îmbătrânit și nu știi tot; este în fond și miracol biologic această capacitate de a nu se încurca în „**vechiturile**“ lumii, chiar în generația lui la vârf. Ia toate noutățile, dacă e bine sau rău se va vedea mai târziu; copilul pare mai mult, mai proaspăt și altceva, mai impersonal; nu îți pare că este personal când îți spune ceva care îl depășește ca nivel de cultură. Este lumea grădiniței, în care copiii se îmbibă de informații și aceste lucruri trebuie să le înveți odată cu el, fie că îți place sau nu.

Observați că se pun bazele unor diferențe între generații de timpuriu. Nu este ce se constată curent – „ăsta este un încăpățânat, seamănă cu tine“ ... Sunt diferențe pe care noi le sesizăm tardiv, adică în pragul maturizării, când de fapt ele s-au construit în copilărie. Acesta fază s-a mai numit a micii enciclopedii. Copilul este mai degrabă ca un calculator și dacă avem norocul de un programator de calitate, care să nu intervină prea mult în selectarea informației, ei vor ieși niște mici enciclopedii ale generației; efectul invers se obține în situația controlului excesiv și/sau al suprasolicitării capacității biologice.

Oricum, aici este perioada de socializare și de culturalizare a subiectului. Se vede va dacă ieși un sălbatic sau un ultrarafinat. Este perioada care

corespunde latenței sexuale – l’age de la raison – cea mai pură epocă intelectuală, unde raționamentele sunt impecabile. Dacă tu greșești ceva, primești un răspuns ca din carte. Această personalitate pură este un principiu psihic, un mic academician; și totuși este un copil, fiindcă nu este personal în sensul intelectual al temei. Tot ce se observă ca patologie în această perioadă la copil noi o etichetăm ca foarte personală – deși copilul ar trebui să fie impersonal. Dacă spune – „știi că aia de istorie este o tâmpită” – tu nu trebuie să spui – „vai, ce deștept e, că și eu am observat că este așa”. Imediat ați alunecat împreună într-un univers patologic și te întrebi, apoi, ce te faci cu el; dacă era impersonal, spunea, de pildă, că nu este nimic dacă nu știe toate războaiele și nu ia nota 10.

Urmează a 3-a perioadă de identificare. Acum, copilul își alege cariera; el nu a fost decât un ceva cu multe probleme, dar trebuie să devină cineva și este greu. Dacă este mai puțin inteligent – „tu să faci o meserie ca să poți să-ți câștigi existența”. Familiile cu zece copii spun: „pe ăsta 1-am dat la o meserie; și pe ăla”...

Oricum, la H. Ey identificarea nu înseamnă numai în sens sexual și psihanalitic. Este ceva bazal ca să ai o orientare heterosexuală – fericirea ta -, dar nu aceasta pare să fie esențial pentru H. Ey, ci decisiv i se pare exact ce vrei tu; adică cine vrei tu să fii, fiindcă dacă nu știi singur aceasta, ești compromis. Pentru H. Ey, ești chiar un viitor bolnav mintal.

Dacă citești biografii foarte multe, veți vedea că marii creatori tocmai în această etapă s-au cam încurcat; nu au fost foarte preciși în adolescență să spună că se fac medici sau ingineri; veți afla despre oscilații și conflicte între familie și cel care a ales profesia respectivă. Un exemplu, opțiunea lui Jung. Anume, întâi medicină, în cadrul ei psihiatrie, și așa mai departe; ceea ce s-a dovedit de fericit augur, căci poate nu ar fi ajuns un mare chirurg.

Ultima condiție a ființei psihice, a structurii persoanei este să se maturizeze, să se socializeze; adică să se retragă din prea multe domenii pe care le viza în adolescență, în ceea ce psihanaliza a numit acceptarea principiului realității.

2. Teza fenomenologică

Structurile de la prima teză, psihologică, se pierd, însă, în a doua teză, fenomenologică:

Boala mintală este o regresie din normalitate în boală, o cădere („une chute”). Că boala mintală reprezintă un aspect negativ al normalului nu ni se pare o surpriză. De ce?

Dintotdeauna boala mintală a fost socotită o nonvaloare, în contrast cu normalul, considerat o valoare în sine.

H. Ey vorbește negativ în sens structural și dialectic; este ca la o rămă, căreia îi tai un segment, iar ceea ce rămâne încearcă să supraviețuiască; și se poate tăia în bucățele din ce în ce mai mici, până când experimentul devine de neurmărit.

Conform acestui principiu, în boala mintală se produce regresivitatea, dar subiectul nu moare; după acel nivel inferior se reorganizează și merge mai departe. Iată ce m-a determinat să susțin că este dialectic.

H. Ey subliniază două caracteristici ale bolii mintale:

- Se produce o ruptură a comunicării și a relațiilor de înțelegere; pe scurt, este un moment în care spui «ce vroiai să înțelegi, că eu nu l-am înțeles niciodată»? Și imediat se văd două tipuri de neînțelegeri – a unora cu agenții care nu pot comunica niciodată și alții care au urcat din punct de vedere axiologic, dar din motive deosebite au scăzut în puterea de a-și comunica sufletul. Boala mintală este pierderea înțelegerii de pe platforma comună. Iată o teză contrară antipsihiatriei, existențialismului și chiar psihanalizei, care pretind că totul în terapie este să înțelegi. Dacă îl înțelegi, îl poți ajuta; tu îl poți înțelege; dar știind ce a fost ca om și ce a devenit, nu pătrunzi în structurile lui intime de înțelegere – de pildă, prin modul de a dialoga cu bolnavul, nu-i înțelegi sensul, intențiile, nu prevezi nimic.

- Boala mintală deteriorează imaginea realității, alunecă într-o irealitate subiectivă, într-o proiecție subiectivă, de unde se dezvoltă persecuția urmării, culpabilitatea. Bolnavul mintal, cum spune H. Ey, este un scandal logic, iar pentru neprofesioniști – o bufonerie. În această privință distincția care va urma în teza trei se referă la 2 niveluri naturale de a controla această cădere.

3. Teza clinică

Există situații când poți să-ți dai seama că ai alunecat și faci tot ce poți ca să nu aluneci și mai jos; astfel, nevroza nu ar fi decât o modalitate de apărare la căderea în psihoză, în timp ce în psihoză subiectul este inconștient de căderea sa.

Boala mintală, după H. Ey, este proba existenței inconștientului; deci nici vorbă de acei naivi care neagă inconștientul. El există prin însăși existența patologiei psihiatrice.

Nevrozele și psihozele sunt forme tipice, Ey susținând posibilitatea evoluției sindromologiei, care nu este o chestiune birocratică, formală, ci se edifică pe două niveluri de destructurare psihică. Această concepție stă la baza clasificării bolilor psihice. H. Ey are, de altfel, o clasificare proprie. El împarte bolile psihice în acute și cronice – cele acute formează patologia conștiinței în care intră reacțiile nevrotice reversibile neconstituite în nevroze, patologia conștiinței, în care intră și episoadele maniacale,

melancolice, reacțiile paranoide, paranoiace, stările crepusculare, confuzia mintală cu formele ei.

Acest mare capitol este în contrast cu patologia cronică unde sunt incluse: nevrozele, psihopatiile, psihozele, demențele – toate ca o patologie a personalității, deci o patologie diacronică, lungă existențial, foarte aproape de realitatea clinică.

4. Teza etiopatogenică

Boala mintală depinde de procese organice cerebrale sau corporale. Se taie craca antipsihiatriei și oricăror amatori de psihiatrie „de ora 5”, care nu au o formație medicală. Răspunderea totală nu va fi lăsată unui cutare sociolog pasionat, sau filosof, fiindcă boala mintală este condiționată organic și această teză elimină punctul de vedere al antipsihiatriei – al unui Cooper, de pildă, – că schizofrenia este o boală sociogenetică, intrafamiliară etc.

Articularea organicului la structura psihică a fost o dificultate și pe vremea lui Freud, care nu a știut, la rândul-i, cum se leagă instinctul de corp; a spus că este o expresie, în fond niște vorbe, dar nu a putut dovedi. Și H. Ey păstrează rezervă pentru cei care cer dovezi. El ne previne că există un ecart, o distanță între fenomenologia clinică și procesele cerebrale.

Această distanță este istorică și rămâne de demonstrat. Presupunem teoretic că cefaleea se produce ca o dismetabolie sau tulburare vasculară, dar acest lucru nu-l putem dovedi totdeauna; dacă reușim, după experimentări repetate, putem afirma că în stadiul cutare, există cutare structură biochimică. Iată modul de judecată și de organizare a întregii teorii. Ey nu este deci un organicist care să judece extrem de simplu, ci spune că atunci când se constituie un proces de boală, organicul este implicat, îmi pare singura idee greu de admis de către psihiatri cu formație dinamistă sau psihogenetică modernă. De aceea H. Ey se plânge că este ignorat, nefiind inclus nici la organogeniști, nici la dinamicii.

Psihiatri clasici și de formație clasică îi reproșează lui Ey că susține organicitatea nevrozelor. Totuși, el nu susține că la un nevrotic accidentat de mașină vom găsi la necropsie cine știe ce. Pentru Ey, tulburările sunt atât de fine încât nu le-am putut preciza. Nevroticul când intră pe o traiectorie de nevroză nu mai are niciodată structuri de normal; este de presupus că toate corelatele sunt modificate, deci nu ca la reacția nevrotică și din această cauză el face deosebirea între patologia acută și cronică; ce nu se vindecă în acut trece în cronic – ceea ce presupune, după H. Ey, o organicizare indispensabilă. Este o idee mult diferită de opinia mea; consider că nevrozele sunt boli funcționale, ușoare, reversibile. Condiționate negativ, le putem decondiționa; dar realitatea m-a făcut să admit că printr-un procent relativ mic de nevroze intrăm în niște încurcături pe viață și acestea nu pot fi considerate simple condiționări patologice.

De fapt, dinamismul din tezele 2, 3 se unește cu organicismul din teza 4, și aceasta, a patra teză susține organo-dinamismul.

a. Din aceste aserțiuni vin corolarele: ce se poate admite este că distincția pe care o face H.Ey **între normal și patologic** fondează psihiatria. O apără de improvizațiile antipsihiatrice. Sau de o confuzie normal – patologic, care se face de fapt prin judecăți pripite.

Prin această distincție, nu vom putea confunda ce aparține psihiatriei – unei condiționări organice cu numeroase erori sau judecăți deosebite ieșite din comun. Să spunem că cineva este un religios; este el un nebun? Un activist simplu își spune – „ce, eu mă pun cu nebuna aia?” Ea poate fi nebună, dar și normală în cadrul unor judecăți religioase, care aparțin conștiinței normale. Deci, a nu se confunda numeroasele trăsături din conștiința socială cu psihiatria! Adică unii aproape ne-au desființat ca specialiști, iar alții ne-au extins exagerat domeniul. „Veniți la întreprinderea noastră să vedeți câți nebuni sunt”, Lumea ne confundă; este o inversă confuzie față de antipsihiatrie, Aceia ne calmează și ne spun – „nu, nebunii sunt cei mai valoroși, din ei se vor recolta geniile etc.” – deci pare o invitație la nebunie. Normal dacă ești, nu ai nici o valoare. Reversul, psihiatrizarea totală. Ambele confuzii Ey le înlătură cu primul lui postulat.

b. Al doilea corolar este **revizia nosografiei**; adică lista noastră de boli, de coduri trebuie să aibă o structură și trebuie să fie înțeleasă prin structurile psihologice evaluate sau regresate, altfel vom înțelege la nivelul secretarelor noastre. Dacă spui – dependență alcoolică, secretara știe că este un alcoolic, știe ea, dar superficial. Fiindcă tu cunoști că dependența este o regresivitate a persoanei la nivelul cutare, cu gravitatea ei. Cei din preajma specialității noastre știu și aceasta, fiindcă sunt fără să vrea niște diacroniști; ținând cont dacă bolnavul a mai fost la un moment dat și, fac chiar prognoze, și fără H. Ey: „ăsta aici moare”. Poate și fiindcă s-a răspândit ideea că, după un număr de internări la Central, ca și cu ulciorul – vine un moment ireversibil.

c. Ideea care mi se pare cea mai valoroasă la H. Ey este necesitatea unei **semiologii a profunzimilor**; am impresia că fiecare simptom și funcție este simultan amenințată de un compromis patologic. Fără un control riguros, exact în momentul în care ai de pronunțat patru cuvinte, atunci le încurci dacă nu ești perfect matur. Profunzimile noastre sunt contrastructurile permanente. Neîncetat, fiecare suntem o persoană alături de o nepersoană; suntem o conștiință mereu amenințată de inconștientizare; imaginarul, această forță negativă, nu se poate reduce nici la imaginație, nici la vis, ci este un însoțitor, un alter ego permanent al nostru.

d. **Perspectivile neuro-fiziologice** ne vor apropia de neurologie, de cei care fac neurofiziologie, fiindcă acest determinism cerebral, somatic, al patologiei psihiatrice cere investigație rafinată și dovezi. Superb ar fi să

ajungem la corelații salivă și LCR. Trebuie să ne gândim deci la corelate banale – omul își lasă mai ușor părul, saliva, unghiile etc. la studiat – și să găsim până la urmă corelatul în corelatul din catecolamine, deși nu se știe dacă acest lucru va fi posibil.

e. **Perspective terapeutice.** H. Ey pune bazele complementarității și sfârșitul războiului dintre farmacologi și psihoterapeuți – un conflict care nu are rost și o segregare imposibilă din punct de vedere al concepției. Numai un psihiatru trebuie să-și însușească ambele categorii, fiindcă boala psihică este organo-dinamică, pentru aspectul organic apelându-se la farmacologie, fiindcă influențează structurile neuro-fiziologice, dar nu va fi de ajuns dacă se neglijează alte aspecte. Se știe, de altfel, că accesul la o anumite categorie de bolnavi nu a fost posibilă fără medicație. Din nenorocire, însă, noi rămânem niște organiciști și acumulăm o mulțime de dinamisme, fără să le aplicăm.

f. În perspectivă, asistența, instituțiile de asistență psihiatrică trebuie să fie și să rămână medicale – fără a putea spune că reprezintă un centru de educație al tinerilor. Boala psihică este și o boală organică; ceilalți din echipa psihiatrului vor fi complementari, idee pe care de multe ori am susținut-o.

Progresele terapiei moderne au dus la un câștig sub aspect umanitar al subiectului; nu mai suntem animale numai cu sex, tip darwinian, dar nici Platon în Colocviu cu elevii; existam, simbiotic, pe două planuri. Și în patalogie, catastrofa este că nu crește aspectul umanitar.

H.Ey spune că adultul rămâne stăpânul, cel care își temperează pornirile... Nu întâmplător Bach numește clavecinul bine temperat – de fapt, maestrul care poate stăpâni toate tonalitățile (probă de examen pe vremea lui).

Conceptia clinico-nosologică

Conceptia este un sistem noțional ordonat, coerent, obiectiv despre obiectul studiat. În psihiatrie, concepția este știință, artă și empirie. Astăzi psihiatria este contestată de antipsihiatrie care este un act de apărare pentru a gândi la bazele ei. Psihiatria actuală poate avea două sensuri: unul tradițional, limitat, și unul modern, care a asimilat din alte concepții și încearcă să le aplice (fenomenologia, structuralismul, psihanaliza). Acest adaos substanțial face diferențe între clinicile și psihiatrii de astăzi.

Vom descrie contribuțiile a două secole – XIX și XX. Deci, care sunt personalitățile care au edificat psihiatria clinică și prin ce anume. Cu precizarea că acei psihiatri care, cronologic, încalecă două secole, îi descriem acolo unde au desfășurat cea mai mare parte din activitate.

De la Hippocrate până în secolul XIX, nosografia există, dar e o nosografie primitivă, plină de generalități și cu sensuri care s-au schimbat. De exemplu noțiunea de nevroză, sub a cărei etichetă în secolul XVIII sunt introduse o serie de boli neurologice și, probabil, o mulțime de tulburări psihiatrice.

Psihiatria modernă începe cu Ph. Pinel, prin curajul dovedit de el și de sora șefă Pussin de a scoate, la spitalul Bicêtre, 30 de bolnavi periculoși din cătușe. Este un mare progres în psihiatrie, pentru că e de fapt începutul unei psihiatrii morale; omul nu mai e considerat un animal periculos. Pinel recomandă să se stea de vorbă cu bolnavul, ceea ce scade din agitație, din agresivitate. Lucru perfect actual, de altfel. După milenii de temeri superstițioase față de nebuni, de agitați, se ajunge la ideea că prin discuția aceasta poate fi influențat. E o contribuție valabilă și astăzi – întotdeauna încercăm să stăm de vorbă cu bolnavul chiar dacă păstrăm uneori oarecare distanță.

Această indicație a fost rezolvată mai târziu de Freud astfel – nu stai de vorbă cu bolnavul de la pat la pat, ci așezându-l pe un scaun în fața ta. Deci nu ca la miting sau sindicat, ci să-l lași să vorbească el singur.

Deci schimbarea față de psihiatria medievală și a renașterii este direcția morală, ce s-a dezvoltat în decursul sec. XIX, a dat faliment la sfârșitul acestuia și a recâștigat apoi în importanță nu numai prin psihanaliză, ci și prin introducerea psihotropelor, prin care avem garanția că bolnavul s-a liniștit și avem cu cine sta de vorbă. În prezent avem din nou nevoie de psihiatrie morală, care s-o completeze pe cea chimioterapeutică.

Pinel a avut un elev de geniu, Esquirol, poate mai strălucit ca el. Pinel a trecut de la Bicêtre – o adevărată nenorocire, un fel de depozit al poliției – la Salpêtrière, unde a și sfârșit după vreo 40 de ani. Esquirol a învățat la Salpêtrière și a trecut la azilul Charenton, situat la periferia Parisului, aproape de Jardin de Plantes. Contribuția lui la nosologie e mai mare ca a lui Pinel. Lui îi aparțin acele cuvinte devenite celebre prin care făcea diferența dintre un oligofren și un dement – dementul e un om bogat care a sărăcit, oligofrenul a fost sărac dintotdeauna. Sau dementul a fost și nu mai este, debilul n-a fost și nu este.

În nosografia lui, bolile mintale se împart în patru grupe – demența, idioția, mania și monomania, ceea ce, prin introducerea ultimei grupe, e extraordinar. Deci, la începutul sec. XIX, el face diferența dintre o flacăra, o mare pasiune – mania, față de monomanie, care aduce ideea fixului, a unei îngustări, care e paranoia. Deci vede diferența între risipa, incendiul organizat al maniei și abuziva, extraordinara îngustare a paranoicului. Întregul secol XIX a resimțit influența lui. A fost un mare didact. Bazele nosografiei nu le pune propriu-zis Pinel (mai degrabă bazele terapiei), ci Esquirol.

Printre elevii lui Esquirol s-a nimerit să fie un student, Bayle, care a făcut 6 observații la Charenton. O primă observație a fost că demenții autopsiați au leziuni medulare. El face lucrarea de absolvire despre *arahnitis cronis*, ca substrat al demenței paralitice. Pe moment nimeni n-a sesizat importanța acestei descoperiri, nici chiar el. Abia după 15-20 de ani, când alții își revendicau începuturile organicismului în psihiatrie, el și-a revendicat această prioritate. Deci prin Bayle se introduce primul concept etio-patogenic în psihiatrie, de fapt se introduce sindromul psiho-organic pe care se poate fonda o entitate. El e primul care leagă psihiatria de medicină, unde peste tot se caută substratul, leziunea. Deci psihiatria se poate fonda pe substrat organicist. El umbla cu mâinile libere pe cadavre, fără să știe că leziunile conțin spirochete; nu exista noțiunea de microb, ci de leziune morfologică, de stricare a structurii normale a învelișurilor măduvei.

Reținem deci ideea instituțională (Pinel), ideea nosologică (Esquirol), ideea etiopatogenică (Bayle), pe care le avem de urmărit în continuare alături de ideea terapeutică.

Alt colaborator al lui Esquirol a fost Moreau de Tours. Cum Franța era legată de Magreb (nordul Africii) și de acolo se aduceau țigări și plante care te făceau să te simți bine și să ai idei deosebite. El a studiat ce se întâmpla cu cei care consumau opiu. A făcut un cerc, care-l cuprindea și pe Esquirol, și a invitat pe toți să prizeze; unii au fost pentru, alții contra, Esquirol la mijloc – să vedem. Unii au devenit atât de excesivi încât s-au prăpădit. Reținem de aici o a patra idee – începuturile toxicomaniei dar și ideea destructurării conștiinței. Moreau de Tours e, în domeniul destructurării conștiinței, un precursor, înainte de Bonhoeffer și H.Ey (acesta îi și dedică unele cărți lui Moreau). El a avut o idee genială – bolile psihice sunt un fel de somn patologic. Aceasta a fost deci a patra contribuție.

Alți doi elevi au fost Falret și Baillarger, precursorii lui Krepelin, în sensul că remarcă alternarea maniei cu depresia. Ei nu i-au zis PMD (cum a numit-o Krepelin), dar prin ideea de folie circulaire (deci de periodicitate, circularitate) aduc ideea importanței catamnezei, a studiilor diacronice, lungi (ceea ce noi nu prea facem, vedem numai ce ni se arată la un moment dat). Ei spuneau că trebuie timp pentru a pune un diagnostic (mai ales pentru a spune că e uni sau bipolar, etc.). Deci diagnosticul nu este sincron, diagnosticul sincron e provizoriu. Diagnosticul e catamnestic, diacronic. E un structuralism „avant la lettre”.

O ultimă contribuție franceză în secolul XIX e a lui Magnan și Morel. E faimoasa teorie a degenerescentei. După părerea lor, toate bolile psihice se datorează unui factor ereditar, unei slăbiciuni, degenerări a sistemului nervos și a psihicului, iar când nu se produce boala (psihoza), bolnavul e un seminebun (un psihopat, am zice noi astăzi). Semnele degenerării pot

fi chiar morfologice. Pe baza acestei teorii a apărut Lombroso, care considera că una din condițiile criminalului e degenerarea, idee foarte vecină cu a lui Pritchard, contemporan cu ei, care a numit acest fenomen „moral insanity”. Deci încă înainte de Pritchard cei doi au delimitat foarte bine această categorie de nonpsihopatici, semidemenți. Teoria lor a stat și la baza teoriilor rasiale, cu interpretarea inegalității raselor pe baza trăsăturilor morfologice.

Dar secolul al XIX-lea a primit și contribuții germane, prima și cea mai importantă fiind cea a lui Griesinger. În contrast cu Krepelin și Bleuler care au stat o viață întreagă într-o instituție a lor, Griesinger a migrat; a fost un creier strălucit, plin de idei, teoretic, o personalitate „fantezistonebunatică”, cam izolat însă; pe unde se ducea își expunea ideile, rareori receptate, apoi se muta. A fost primul profesor la clinica Bûrghölzi, în Elveția, precursor al lui Bleuler. Teoria lui Griesinger e că toate bolile psihice sunt boli neurologice, cerebrale, organice. Deci leagă psihiatria cu neurologia – până în anii '60 psihiatria germană a fost unită cu neurologia (erau neuropsihiatri). Griesinger nu a adus delimitarea esențială formulată în colocviul din '48, de la Bonneval, al lui H.Ey, când acesta a spus „neurologia este disciplina tulburărilor parțiale ale creierului, psihiatria e disciplina tulburărilor globale, adesea fără substrat dovedibil”.

Contemporan cu Griesinger este Kahlbaum, care a descris înaintea lui Krepelin catatonia; de asemenea, Heckel, care a descris hebefrenia.

Numele cel mai important al secolului XIX rămâne Krepelin. Om rece, închis, rezervat, fără colaboratori apropiați, foarte sever, dedicat – un tip bismarckian. A avut două ambiții – să facă un sistem nosologic (care a și rămas) și să facă un institut de psihiatrie (Institutul Krepelin – cel mai cunoscut din lume). Krepelin a vrut să facă institutul de psihiatrie în clinica pe care o conducea, la München; după primul război mondial, datorită inflației și mării dezorganizări, nu reușea să termine clădirea institutului. Președintele Wilson, care-și asumase rolul unui pacificator mondial, a dat dolarii necesari și Krepelin a terminat institutul în 1924, după care nu a mai trăit decât doi ani. Ne-a lăsat în schimb sistemul nosologic krepelinian, bazat pe doi piloni – demența precoce și psihoza maniaco-depresivă, cu două derivate – parafrenia și paranoia. Deci patru sateliți ai psihiatriei. Demența precoce a fost structurată de Bleuler în schizofrenie, PMD în psihoza bipolară, parafrenia a fost izolată ca entitate de către francezi, iar paranoia e considerată tot ca entitate independentă, cu componentă psihogenă. Sunt modificările postkrepeliniane ale sistemului inițial. Krepelin a pus bazele concepției clinico-nosologice și poate fi comparat cu Bach al psihiatriei.

De școala și institutul lui Krepelin se leagă marile descoperiri ale substratului demențelor, prin câțiva anatomopatologi și psihiatri în același timp. Aceștia au fost Pick, Wernicke, Meynert, Ziehen și Alzheimer, care

prin descrierile lor macro- și microscopice, au pus bazele psihiatriei organice, ducând mult mai departe contribuția lui Bayle.

Precursorul școlii lui Kleist – Leonhard este Wernicke care a fost cel mai mare psihiatru „organic” cu formație de anatomo-patolog. Pentru el, boala psihiatrică este o boală cerebrală localizată – o tulburare de centru sugerând o anumită plasare a simptomului respectiv.

Analizând aplazia Wernicke, Kleist a dus mai departe ideea de localizare și a considerat că toată complexitatea umană poate fi redusă la localizări precise corticale și astfel a considerat că există un centru al eu-lui, un centru religios, un centru moral, un centru al simțirii, etc. Dar ideea lui Kleist nu a fost verificată.

Soții Old au descris experimental centrul plăcerii. Cercetările farmacologice se fac tot după principiul lui Kleist. Leonhard a făcut corespondentul clinic al hărții cerebrale a lui Kleist. I s-a reproșat sistemului că duce la o fărâmițare excesivă.

O contribuție engleză în ceea ce privește instituțiile este reprezentată de familia Tuke din York. Au fost patru generații – nu erau doctori, doar ultima generație a avut un psihiatru. Cu caracterul lor, cu religia lor puritană și-au dat averea pentru a face un „home”, un cămin-azil în care să adăpostească bolnavii din York și să vadă dacă nu cumva se vor simți mai bine decât cei internați în spitalele oficiale. Deci, independent de azilul de la Charenton, al lui Esquirol, se va introduce și în Anglia un tratament moral. Aceasta idee a fost reluată de antipsihiatru David Cooper, după un secol, de introducerea „non-constraint”-ului (non-constrângerii) ca și introducerea factorului religios. Protestanții și puritanii englezi consideră că cel mai important lucru în religie e ca fiecare să ajungă la o legătură personală cu D-zeu, prin tot ceea ce face, zi de zi. Ideea a rămas și e reluată azi în lume, e actuală. Azi, în York, mai e doar un azil de bătrâni. Culmea e că aproape de York, la Rampton, există unul din cele mai feroase spitale din Anglia, un fel de spital închisoare. Prin acest stabiliment ajungem la concluzia că psihiatria morală a secolului XIX dăduse faliment; se aducea acuzația că nebunii sunt lăsați prea liberi, comiteau crime și lumea nu putea trăi liniștită. Pentru această liniște s-a început construcția spitalelor fortărețe, introducerea forței, din nou, a violenței, a personalului de tip călău, a experiențelor dure, a ideii că bolnavul trebuie disciplinat prin orice mijloc, mai ales prin teamă (bătaie, apă caldă – apă rece, șocuri psihice mari, etc.). S-a aplicat, deci, un stil de cazarmă, în care factorul permanent și principal era cadrul mediu și infirmierul.

Tot în secolul XIX e important un psihiatru american, Beard, care a descris neurastenia (nevroza americană – se numea atunci), adică goana, lupta pentru existență, epuizarea în eforturile de supraviețuire, de exemplu

ale imigranților. Lucrul e valabil și azi și un model extraordinar e Japonia, unde efectiv se moare de epuizare.

În 1911, Bonhöeffer introduce noțiunea de confuzie mintală. În acel an, Bonhöeffer, care lucra într-o secție de alcoolici, descrie reacțiile de tip exogen; confuziile mintale sunt deci boli cu tablou comun dar cu etiologii variate (alcool, infecții, traumatisme). El dă deci noțiunea de exogenie.

Hoche zice: „are dreptate Bonhöeffer că indiferent de agentul patogen, noi avem o modalitate unică de răspuns, dar și în cadrul ei pot fi sindroame diferite”. El e întemeietorul sindromologiei. A introdus acea idee a registrelor de orgă (sindroamele cuprinzând cel puțin 4 octave, registre). Tot el a descris sindromul axial. Totul se învârtește în jurul acestui sindrom axial, dat de scăderea inteligenței. Termenul modern de sindrom psihopatoid se deosebește de sindromul psihopatic tocmai prin sindromul axial (scăderea inteligenței). Când cineva devine „axial”, asta vrea să zică: „se tâmpește”. Această scădere, tocire a inteligenței te face un nesimțit, te conduce spre demență.

Tot în 1911, Eugen Bleuler scrie, în tratatul lui Aschaffenburg, despre grupa schizofreniilor. El aduce o viziune optimistă, pe care ne bizuim și azi, în tratamentul schizofreniei. Schizofrenia este cel puțin parțial curabilă. A urmărit catamnestic zeci de ani, observații continuate de fiul său, constatând că din masa de schizofreni 1/3 se vindecă spontan, iar restul de 2/3, oricât am lupta, 1/3 se resocializează iar 1/3 merg spre demență. El dă și prima interpretare dinamică schizofreniei, nevăzând-o ca o psihoză neinteligibilă, ci o descrie cu noțiunile colegului său Jung (complexele din schizofrenie). Se bazează și pe partea bună, sănătoasă, din schizofrenie, care trebuie dezvoltată, de aici psihoterapia la psihotici, idee ce îl va completa pe Freud (care formal indica psihoterapia doar la nevrotici), idee care s-a dovedit viabilă. Tot E. Bleuler a mai adus și ideea rezidențială – echipa terapeutică trebuie să locuiască în aceeași instituție cu bolnavul.

Jaspers va fi descris pe larg la existențialism. Este cel care introduce în psihiatrie metoda fenomenologică. În 1913 apare „Psihopatologia generală”, considerată nedepășită și încă actuală. Era cardiac, n-a mai practicat și atunci a scris această carte, pe model filosofic german, neokantian. El a descifrat diferența dintre psihogenie și endogenie, diferență care până la el nu se descriesese clar. Insistă că este o obligație metodologică să se noteze ce spune bolnavul. *Învățați să descrieți*. Jaspers consideră că patologia psihiatrică majoră este cea în care nu putem înțelege, lipsește explicația (principiul comprehensiunii – Verstehen). Fundamentul filosofic al lui Jaspers este de inspirație husserliană.

Kretschmer are două contribuții importante – delirul senzitiv de relație, la oameni sensibili (handicapați, domnișoare bătrâne, călugărițe, etc. – deci oameni cu o existență ieșită din comun) și care cu aceasta noțiune a salvat

pe mulți ce puteau fi etichetați ca schizofreni (pentru că orice delir echivala cu schizofrenia); la cazuri cu astfel de contexte, mai păstrăm optimism. Nu orice idee de relație e începutul unui delir primar și al unei schizofrenii (uneori există fragmente delirante clare și totuși nu se pune imediat diagnosticul de schizofrenie).

A doua contribuție este legătura între expresia morfologică corporală globală și cei doi poli: schizofrenia și PMD, deci constituția astenică ce favorizează schizoidia și schizofrenia și cea picnică, ce favorizează PMD. Tot el a vorbit și de tipul athletic (displastic) care favorizează epilepsia.

Kurt Schneider are două contribuții. Prima este sistemul psihopatiilor. După părerea lui, psihopatiile sunt oscilații, în sus sau în jos, ale normalului, sunt extreme ale acestuia (astenia e o psihopatie slabă, cea paranoică e o psihopatie puternică). Ar rezulta un cerc cu douăsprezece spițe, având în centru normalul, iar la capete două psihopatii complementare.

A doua contribuție e teoria dualistă; după el, noi suntem condamnați să nu încercăm explicații prea vaste, să rămânem la descrierea clinică a fenomenologiei psihiatrice. El nu permitea să se facă legătura între afecțiunea somatică și psihică, ci să mențină două registre separate. S-a vorbit deci de o rigoare, de o îngustare, însă de bun simț.

P. Janet stă, după mulți, alături de Freud (ceea ce psihanalistii nu admit). E și psihiatru și psiholog. Drept contribuții sunt descrierea psihasteniei și descrierea automatismului psihologic de tip isteric (celebra noțiune de îngustare a câmpului conștiinței, pentru înțelegerea căreia trebuie multă intuiție); pe noțiunea de automatism și-a făcut el teza de doctorat; abia Charcot i-a dat dreptul să-și vadă bolnavii și să aibă un laborator al său, de unde a fost imediat înlăturat după moartea lui Charcot. Apoi noțiunile de simț al realului și tensiune psihologică.

După Pierre Janet, între normal și patologic există o diferență în perceperea realității, diferență ce se explică prin diferența de tensiune psihologică. Oamenii nu sunt egali din punctul de vedere al simțului realității. Diferența categorică și indubitabilă e dată în primul rând de oboseală, care scade simțul realității. Deci la o extremitate e această prezență bine diferențiată a formei (tu ca persoană) pe fondul realității. Aceasta se obține prin maxima tensiune psihologică care, la rândul ei, are ca subcomponente concentrarea, atenția voluntară, motivația, voința, diferențele de inteligență, de personalitate (lucruri descrise ulterior, ca decurgând din intuiția lui Janet).

Atunci, boala descrisă de el, psihastenia, nu este nici demență, nici senilitate și totuși nu stai în realitate, în concret, ci mai mult în abstracții, amintiri, gânduri, oscilații (să fac – să nu fac) – o boală a dubiilor. Omul de realitate e un om de voință, poate chiar de impulsivitate („gata, d-le!”). Realul

se înscrie între impulsivitate și psihastenie (oscilație), lucru care este luat în considerație la fiecare caz în parte.

Pierre Janet a vorbit de subcoștient, de dinamica psihică, în același timp cu Freud. Ginerele său, psiholog, și-a dat seama că socrul său face o operă paralelă cu Freud, ba chiar era el însuși psihanalist. Freud, însă, a refuzat întâlnirea cu Janet; Janet își revendicase, față de Freud, anumite priorități. Era epoca priorităților.

Charcot era neurolog și numele său este legat de descrierea isteriei – marele și micul acces, cazurile celebre, pavilionul special de cucoane de la Salpêtrière, demonstrațiile de marți. La el a învățat trei luni și Freud. Tot la el a fost și Babinski, neurolog, care a dat celebra definiție a isteriei – boala care se provoacă prin sugestie datorită sugestiei și care tot prin sugestie se vindecă – demolând astfel toată demonstrația lui Charcot. Babinski a pus și bazele unei semiologii organice (semnul Babinski este un indiciu sigur de leziune organică). Deci începutul unei separări organice între neurologie și psihiatrie, pentru că paralizările, parezele, tulburările de sensibilitate puteau avea natura mixtă.

Chaslin, un burlac psihiatru, un azilist de altădată, un „alienist“, a descris psihoza discordantă. Perrin a descris cele cinci trăsături ale psihopatiei paranoice. Clérambault, venerat de francezi ca un creier strălucit, a descris micul și marele automatism; el stă la baza unei concepții speciale în psihiatrie, de tip neurologic, adică punctiform. El considera că bolile psihice încep printr-un focar, ca o sămânță, ca un fitil de dinamită. De aici se răspândește și dacă excitația e mică, dă micul automatism, iar dacă e mare dă marele automatism. Rămâne ceea ce el a descris ca sindrom (Kandinski-Clérambault). A funcționat 40 de ani la Bicêtre, care era un fel de centru pentru poliție. În 1934 s-a sinucis.

Lui Monakow și Mourgue le aparține ideea nivelurilor de destructurare, idee sublimă preluată de H.Ey.

Baruk a avut aport în demonstrația intoxicației interne în catatonie, prin studii experimentale și ideea că ar putea fi vorba de o intoxicație digestivă. Starea catatonică malignă e considerată o autointoxicație. ECT scoate din această stare.

Cele mai importante contribuții ale lui Delay sunt „cele trei memorii“ – memoria instrumentale (afazia, agnozia, apraxia). Ceea ce e la vârful neurologiei e la baza psihiatriei, idee genială care arată granița dintre cele două discipline. Memoria e componentă atât a conștiinței prezente, cât și a fondurilor de personalitate. Tot el are și o descriere superbă a demențelor (împreună cu Brillouin). A fost înlăturat de studenți în 1968. E singurul psihiatru membru al Institutului.

Deniker a scris împreună cu Delay „Metode chimioterapeutice în psihiatrie“, aducând faimoasa clasificare a psihotropelor (psiholeptice, psihoanaleptice, psihodisleptice). Despre H.Ey va fi o lecție specială.

Dauméssein e întemeietorul, alături de Bailly-Sallin, al staționarului de zi (al psihiatriei de sector). Ei au salvat psihiatria de antipsihiatrie, făcând de fapt din psihiatria de sector o moderată antipsihiatrie franceză. Conrad a descris în debutul schizofreniei trăirea unei catastrofe, în care subiectul se simte în centrul universului care se prăbușește, lucru de o intuiție excepțională. Mayer-Gross a transplatat pe Krepelin și pe K.Schneider în lumea anglo-saxonă și SUA descoperă abia acum valoarea lui Krepelin. Tratatul lui rămâne cel mai echilibrat și circulat tratat. Weitbrecht a impus sistemul lui Kurt Schneider la nivelul psihiatriei actuale din Germania.

Completarea concepției clinico-nosologice (eclectism clinic) a fost făcută de autorii existențialiști Minkowski, Wyrsh, Matushek . Ei au sintetizat concepțiile lui Krepelin, Jaspers, analizând starea de conștiință, principiul comprehensiunii extinse, care a dus la înțelegerea trăirilor schizofrene (Eingenewelt – lumea proprie a schizofrenului).

Matushek și Benedetti au distins halucinoza alcoolică de cea schizofrenă – vocea paranoidului este la persoana a doua, iar în halucinoza Wernicke la persoana a treia.

Kaplan, împreună cu 200 de colaboratori, au creat o concepție panoramică totală, de lărgire cu toate științele conexe. Au considerat că psihiatria nu poate fi studiată și cuprinsă de un singur om, ci trebuie studiată pe bucățele.

Bumke a sintetizat cel mai important tratat de psihiatrie din prima jumătate a secolului XX, Huber a dat un manual util și a încercat să lege noțiunea de schizofrenie cenestezică de dilatarea ventricolului trei; Lemke a dat manualul de bază pentru RDG. Scharfetter a dus mai departe ideile lui Bleuler, considerând schizofrenia ca o infiltrare a ego-ului.

Și acest capitol cunoaște un progres continuu, care se reflectă în aparițiile succesive ale DSM-ului, în apariția și dispariția anumitor entități (ex. paranoie, parafrenie, neurastenie) și apariția altora (distimia, tipurile de bipolaritate, PTSD, extensia conceptului de schizofrenie afectivă, schema pozitiv – negativ în sindromologia schizofreniei). Un trend puternic al clinicii este dezvoltarea psihiatriei biologice prin diferențierea neurotransmițătorilor și a corelației cu diferitele entități cât și cu impactul psihotropelor asupra neurotransmisiei. Așa că imaginea alienistului de altădată și a azilului au rămas istorice fiind înlocuite cu ideea unei echipe multidisciplinare (medic – psiholog – sociolog – biolog – genetician, etc.). Clinica se dezvoltă, nu dispăre și este indispensabilă și în viitor chiar dacă psihiatria va deveni comunitară.

Concepții analitice

Psihanaliza; disidența freudiană; neopsihanaliza

Psihanaliza

Practic, ne referim rezumativ la viața și opera lui Freud. Psihanaliza clasică a fost întemeiată de Sigmund Freud ca o teorie asupra structurii și funcțiilor psihicului uman și ca metodă de psihoterapie. Dintre toate concepțiile, psihanaliza exercită cea mai mare seducție, pentru că ea se referă în mod strict la o etiopatogenie a bolii psihice. Ea încearcă o interpretare globală a bolii psihice și prin extensie a normalității, a societății și a culturii. Psihanaliza pleacă în mod faptic de la bolnavul psihic și ajunge la ontologie (culturală, filosofică).

Această performanță ar putea s-o aibă oricare filosof, dar acesta nu a avut și nu are privilegiul studiului clinic, al intimității bolnavului. De aceea el rămâne un om abstract. Freud nu a vrut să rămână filosof și totuși a ajuns până la urmă un filosof al culturii.

Ipoteza fundamentală a doctrinei psihanalitice o constituie postulatul după care psihicul uman este determinat de anumite forțe de motivație inconștiente. Deși noțiunea de inconștient fusese elaborată de Eduard von Hartmann cu 30 de ani înainte (1869), Freud este primul care consideră drept conținut esențial al inconștientului instinctul sexual, libido-ul. Acesta ar fi izvorul energiei psihice și factorul motivațional de bază în jurul căruia s-ar centra comportamentul uman. Prin metoda asociației libere el constată că bolnavul își amintește experiențele copilăriei pe care le considera demult uitate, dar care erau de fapt doar inhibitate pentru că implicau experiențe sexuale. Freud postulează astfel existența unei forțe active inconștiente care exclude din conștiință aceste trăiri neplăcute, pe care le numește mecanism de represiune (refulare) și care se exprimă și în rezistența pe care o opune bolnavul în mod inconștient când trebuie să se refere la aceste evenimente. Astfel ajunge să emită una din ideile care au scandalizat epoca și anume că sexualitatea nu este un atribut exclusiv al adultului și ea începe din cea mai timpurie copilărie. Prin urmare, inocența copilului este un mit. Freud a descris ontogenia acestei funcții în mai multe faze (vezi mai jos – dezvoltarea psihosexuală).

Viața, biografia lui Freud, o putem împărți în trei perioade:

- prima copilărie. Freud s-a născut în 1856 la Freiburg (Moravia) în familia unui negustor de lână evreu. Prima copilărie e semnificativă doar ca ereditate, adică origine și religie iudaică, cu rude, obiceiuri,

ritualuri, anumite aplicări ale mozaismului, fapt ce l-a influențat, deși el nu era un habotnic. El a aplicat metoda psihanalitică în primul rând în studiul religiei mozaice. Tot acest lucru explică și aspectul etic foarte ridicat în care și-a conceput sistemul. S-a vorbit de puritate și rigorism. Toți s-au mirat cum el a examinat cele mai celebre cazuri de nevroze și totuși nu a fost niciodată acuzat de nimeni. A fost un om de familie, foarte legat de familie, de nevestă și de copii. Lucrurile aceasta el le-a teoretizat și le-a văzut ulterior ca o rezolvare bună asupra superego-ului și ca o armonie, ca o condiție a normalității. Dacă-l întrebați ce înțelege prin normal, ar fi spus ca aceasta este o armonie a instanțelor descrise de el.

- perioada vieneză, cea mai lungă, de formare, maturizare, chiar bătrânețe
- perioada a treia, foarte scurtă, de exil la Londra; perioada de amărăciune, de bilanț foarte precipitat

E de subliniat formația sa conform sec.XIX, adică materialist-positivă, medicală în sensul cel mai bun al cuvântului. Educația medicală era dominată în acel timp de concepția pozitivistă asupra științei, de autoritatea ideilor asupra legilor naturii formulate de Darwin, Helmholtz și Meyer. El a fost crescut așa cum obliga și Pavlov pe elevii săi, să nu interpreteze nimic, să descrie numai ce vede (foarte behaviorist).

A fost un student foarte bun, foarte curios, cu aplicare pentru disciplinele fundamentale (de exemplu, a studiat fiziologia în laboratorul lui Bruke). Practică metodele timpului (Claude Bernard – fiziologia experimentală), pregătit la maximum pentru o eventuală neurologie, nu pentru psihiatrie. Psihiatria atunci era azilară, abia se constituia sistemul lui Krepelin.

Deci prima trăsătură a lui – *mozaismul*, a doua – trăsătura *scientifică, pozitivă, rațională, raționalistă*, adică fapte, demonstrație, fantezie în anumite limite, asta a fost chintesența lui Freud, pentru că foarte mulți elevi de-ai lui nu l-au putut depăși tocmai pentru că au fost prea fanteziști. El i-a dominat întotdeauna prin puterea faptelor, a ceea ce a constatat în mod direct.

În cadrul acestei formații de fiziolog-neurolog, el ia cunoștință de hipnoză și face un stagiul la Charcot, la Salpêtrière. Cunoaște și școala de la Nancy a lui Bernheim, care practica de asemenea hipnoza. El nu intră printre apologeții lui Charcot, deși a fost apreciat de acesta. Își păstrează spiritul critic (nu chiar ca Babinski) și nici nu e prea încuiat. El învață de la toți.

În formația sa putem distinge două influențe: modul de gândire științific rațional, bazat pe fapte de observație clinică, însușit la școala din Viena și ideea ca psihicul poate fi înțeles prin forțe profunde din afara conștiinței, idee pe care o capătă de la Bernheim. Se întoarce la Viena și încearcă să intre întâi în învățământ, să practice medicina. Obiectul însă (hipnoza,

nevroze) îl marginalizează, forțându-l să practice particular. Fiind abia la început, admite o colaborare cu Breuer, câțiva ani buni, iar ca rezultat principal e cartea din 1895 „Studii asupra isteriei”.

Toată doctrina și concepția lui se vede cum se degajă progresiv prin studiul de caz. Cazul cel mai celebru a fost cazul d-rei Pappenheim, care a făcut o conversie isterică după moartea tatălui, de care era foarte legată. Sub hipnoză ea avea anumite descărcări emoționale (pe care Freud le-a numit mai târziu abreacție sau catharsis), și se simțea bine după acestea. Și pentru că Breuer se retrage (avea o nevastă cam geloasă), Freud va continua singur analiza acestui caz. Ce descoperă el? El descoperă de fapt metoda și embrionul concepției, adică descoperă că tabloul clinic este încifrat, este o semiologie care are un al doilea plan, este inconștient. Descoperă el inconștientul? Nu, se știa de mult că omul are și această parte mai ascunsă (noțiunea de inconștient fusese elaborată de Eduard von Hartmann în 1869). El descoperă însă că conținutul acestui inconștient e în primul rând o problemă sexuală, pe care a numit-o libido. Acesta ar fi izvorul energiei psihice și factorul motivațional de bază, în jurul căruia s-ar centra comportamentul uman.

Al doilea lucru pe care-l descoperă este așa-numitul transfer, adică manifestarea d-rei față de el, care era o proiecție (alt mecanism) a încărcăturii afective (alta noțiune, numită complex). Deci el era un substitut de tată. Doctorul e un substitut de autoritate (paternă în acest caz) și substitutul se numește transfer. Această întâmplare, a doua, este nevroza de transfer pe care o face față de doctor (prima fiind nevroza veche). Dar și doctorul are o anumită atitudine față de bolnav, care e pentru sau contra transferului, transfer care poate fi pozitiv sau negativ. De ce nu se comportă la fel toți bolnavii? Pentru că există o rezistență, o variabilitate a rezistenței și asta pentru că sunt instanțe care reușesc să lupte cu inconștientul. Prima instanță este cenzura (care e Superego-ul sau rușinea, la cei care au fost educați să fie rușinoși). Al doilea e chiar forța conștientă pe care mai târziu o va numi Ego (1920), care considera că trebuie să poarte o mască, să pară importantă, să-și ascundă dorințele intime. Deci el descifrează că adultul în nevroză este un copil, deci descoperă noțiunea de regresie infantilă. Deci bolnavul psihic este un copil, din punct de vedere afectiv.

Freud și-a dat seama că nu poate afla ceva profund dacă direcționează conversația și atunci a încurajat bolnava să spună orice-i trece prin cap, ignorând orice fel de cenzură și renunțând la întrebări (metoda fundamentală în psihanaliză – metoda asociației libere).

Din experiența cu isteria, din primul deceniu de activitate psihiatrică, se mai desprind următoarele idei. Una ar fi ideea experienței traumatice

recente sau infantile. Inițial el a considerat experiența traumatică infantilă ca originară și care printr-un traumatism recent poate fi reactualizată (reactualizarea engramelor, spune el). Acest traumatism originar (unii se refereau chiar la traumatismul nașterii, dar Freud se referea la complexul Oedip și experiențele traumatice sexuale infantile) e incompatibil cu dezvoltarea ego-ului. Incompatibilitatea se constată în rezistență, prin mecanismul de represiune sau refulare.

Dacă experiența este foarte puternică și reincidentă, bolnavul este invadat de amintirile neplăcute și forțat să facă ceva cu ele. În isterie se produce frecvent conversia – transpunerea din plan psihic în plan neurologic, vegetativ, intern, etc.

Descifrarea terapeutică se numește psihanaliză, ea implică atât abreații, deci descărcări brutale, cât și scurgeri care trebuie interpretate, pentru că materialul e frecvent indirect, deghizat, simbolic. Și dacă se reușește acest ceva, se obține vindecarea, termen ca în medicină, pe care noi în psihiatrie nu îl folosim.

O bună ilustrare a ideilor căpătate în studiul hipnozei o are Freud în studiul viselor, în primul rând al celor proprii. Studiul propriilor vise a fost autopsihanaliza lui Freud. În corespondența cu un amic, el de fapt dezvoltă ideile căpătate în prima perioadă și își va da seama că aceasta e calea regală a psihopatologiei, adică studiul viselor ca material inconștient și a cărui aparență ascunde un conținut latent. Freudologii socotesc „Interpretarea viselor” (1900) cea mai importantă carte din vasta sa operă. Este și momentul când Freud face un proiect de cercetare pentru viitor, proiect de studiu științific în care schițează și prima structură – se cheamă aparatul psihic – structura I. El a dat două imagini ale aparatului psihic. Acest prim aparat conține trei instanțe – inconștientul, subconștientul și conștiința. Structura a doua, pe care o dă după 20 de ani, în 1920, este inconștient (Id), Superego și Ego (Eu), care de altfel se păstrează și astăzi (vezi mai jos – structura psihicului).

După această a doua structură se vorbește despre principiul topic (adică se referă la loc, instanță). Deci aparatul psihic este structurat (Freud este un structuralist fără să o spună) și este ierarhizat. Dar această topică nu este fixă, este mobilă, are o circulație în scopul de a se menține în echilibru (o homeostazie). Acest echilibru este al doilea principiu, care se numește principiul economic (de siguranță, de echilibrare, de securizare interioară). Al treilea principiu – circulația afectivă între cele trei instanțe poate fi antagonică, conflictuală. Este principiul dinamic; adică jocul de forțe interioare care explică conflictul intern.

Dezvoltarea psihosexuală

Adultul deci este rezultatul unei evoluții ontogenetice, al maturării aparatului psihic. Fazele acestei maturări sunt de fapt fazele dezvoltării și depășirii (concepție filosofică germană de tip hegelian, adică acumulări și depășiri) a unor faze ale libidoului. El spunea că ne naștem inconștienți (succesorii lui descriu încă de la naștere prezența Ego-ului), iar primul an se încadrează în faza orală (libidoul centrat în jurul gurii și buzelor – supt, mestecat, muscat). Suntem legați de lumea exterioară prin sânul mamei, obiectul lumii exterioare e sânul mamei, care gratifică, cu o economie relativ simplă; plânge, îi dai să sugă și tot așa.

O a doua etapă, faza anală, e cea de dresaj sfincterian (după 1 an), în care se obține controlul anal și uretral; pentru acest dresaj se produce o deplasare de libido, dacă a reușit e începutul Superego-ului, adică a introjecției ordinilor parentale. Deocamdată și aici mama joacă rolul nr.1; relația este tot binară, copil – mamă.

Dacă în primele două faze există un autoerotism față de propriul corp, în faza următoare – faza genitală (falică) – care începe în al treilea an de viață, copilul descoperă obiectul iubirii în afara lui. Începe faimosul complex Oedip, în care copilul străbate variate relații afective cu părinții. La băiat relația de obiect cu mama se continuă din faza orală, peste faza anală, în faza falică, când el este atras de mama lui și când dorește să-și elimine rivalul, care este tatăl lui, dar se teme că drept pedeapsă ar putea pierde penisul, frică ce cu timpul devine mai puternică decât iubirea pentru mamă și care duce la stingerea ei. Acum băiatul se identifică cu tatăl său, însușindu-și interzicerile acestuia și intră cu acest complex de castrare într-o fază de latență sexuală până la pubertate. Și fata se atașează de mamă în stadiul preoedipal, dar descoperă surprinzător de repede diferența sexuală anatomică față de băiat și capătă un sentiment de frustrare și invidie față de acesta. Ea devine ostilă față de mamă, pe care o socotește răspunzătoare și se îndreaptă către tatăl său. Complexul se rezolvă prin diminuarea iubirii fetei față de tatăl său, care nu-i poate satisface cerințele imaginare cât și datorită fricii de dezaprobarea mamei. Freud acordă complexului Oedip o mare importanță în formarea viitoarei personalități, nedepășirea și fixarea în această fază explicând după el multe anomalii tardive.

Între 4 – 11 ani este faza de latență, fază ce nu trebuie concepută la modul naiv, cu absența fantasmei libidoului. Ele există și acum și se regăsesc în conflictele de mai târziu ale nevroticilor după care, odată cu pubertatea, se produce o recrudescență a sentimentelor incestuoase oedipale la ambele sexe, acum punându-se importanta problemă a retragerii libidoului de la părinți și atașarea de ceilalți; deci pubertatea, faza propriu-zis sexuală, unde intervin reprimările sexuale, în funcție de fiecare societate.

Urmează perioada de adult și apoi restrângerea, retragerea (andro- și menopauza), dar omul rămâne un „geronto” tot cu sexul în cap. Se retrag uneori, dar rămâne Freud.

Teoria instinctelor leagă fenomenele psihologice de cele biologice. Freud definea instinctul (1915): „este un concept de frontieră între mental și somatic, ca reprezentare psihică a stimulilor originari din interiorul organismului care câștigă psihicul, ca o măsură la cererea făcută psihicului de a lucra în consecința conexiunii sale cu corpul”.

Un instinct are patru caracteristici principale – sursa, impulsul, ținta și obiectul. Sursa oferă stimulul, care are o anumită forță (impuls) și care determină o acțiune cu scopul de a-și apropia obiectul care aduce satisfacție. Dacă la început el s-a limitat doar la instinct sexual, în a doua schemă, din 1920, el complică teoria libido-ului. deci a inconștientului (care e laitmotiv, o monovoce sexuală) cu un al doilea instinct fundamental, cel al morții. El a clasificat instinctele în instincte de viață (instinctul de autoconservare și instinctul sexual) și instinctul morții. Aici e ceva nemaipomenit, în sensul că viața și moartea stau ca probleme fundamentale în fiecare existență și lucrurile se împart în topică, economică și dinamică, conform jocului acestor două forțe. În etapele timpurii predomină libidoul, în ultima parte instinctul morții. Aceste instincte ar fi guvernate de anumite principii reglatoare, cum ar fi principiul constanței (1895), adică tendința organismului de a menține un echilibru prin descărcarea tensiunii interne la un nivel de repaos, fapt care s-ar realiza printr-un al doilea principiu, al plăcerii și al realității (1911). Tendința la descărcarea tensională dictată de principiul plăcerii e modificată de principiul realității odată cu maturarea funcțiilor ego-ului.

Deci pentru Freud orientarea psihicului uman și adaptarea la mediu nu e motivată, așa cum susținea gândirea filosofică și științifică de până la el, de către conștiință, ca funcție de reflectare supremă, ci de către forțe de motivație inconștiente, în care rolul predominant îl joacă libido-ul.

Imaginea despre structura psihicului a lui Freud e după o concepție aproape fizică. Ceea ce socotește el determinant (și asta e criticabil) e concepția despre inconștient ca rezervor de energie, ca expresie a energiei totale a corpului și mesagerii, vectorii acestei energii se numeau până la el instincte, iar de la el încoace se numesc pulsuni. Instincte, trebuințe, nevoi, dorințe, impulsuni, pulsuni, sunt noțiuni care se pot confunda. Freudistii țin strict la noțiunea de pulsuni, căreia îi descrie obiect, sursă și scop.

Pentru întregul inconștient sensul principal ar fi căutarea plăcerii și evitarea durerii. Această sursă energetică, fără celelalte structuri, ar face din om un animal, un sălbatic, un nesățul, un dezinhibat, un nesimțit (sub aspect moral). El e modelat de dresajul educațional și condiționat într-un

lanț de reflexe ce rămân inconștiente și se numesc Superego, care e cenzorul moral al persoanei, al judecăților noastre, care ne dă sau nu o satisfacție completă (pentru că există fenomenul vinovăției, al culpabilizării). Ceva din inconștient vine și problematizează și poate strica din satisfacție. Din acest conflict de instanțe, între inconștient (Id) și Superego rezultă un Ego puternic sau slab. Un Ego puternic ia cunoștință de toată problematică, o satisface, dar cum se poate, adică adaptat la realitate, conform realității. Deci stăpânul normal e un om adaptat la realitate, la principiul realității.

Structura psihicului

Prima schemă a psihicului cu conflictul conștient – inconștient (și cu o derivație preconștientă) nu l-a satisfăcut pe Freud, care și-a reformulat teoria concepând de data aceasta psihicul ca o structură compusă din regiuni funcționale (nu trebuie confundat cu o anatomie topografică). Psihicul s-ar compune din Id, Ego și Superego.

Id-ul este total inconștient și locul pulsionilor instinctuale de care am vorbit mai sus. Este rezervorul de energie primordial, este complet neorganizat și se conduce după principiul plăcerii în contrast cu Ego-ul, care se conduce după principiul realității și organizează contactul cu mediul.

Tot de Id sunt atașate și visele. Astfel, în somn se produce o relaxare a cenzurii prin care Id-ul devine predominant. După Freud, visul ar avea tocmai această structură și funcție complexă de a păzi somnul, moderând excitația Id-ului, iar pe de altă parte de a deghiza aceste impulsuri sub o formă simbolică, descifrabilă prin tehnica psihanalitică. Freud a numit visul drept calea regală de studiu al inconștientului subliniind astfel valoarea metodologică. Această interpretare a fost punctul de plecare pentru arta suprarealistă și onirică.

Ego-ul reprezintă o organizație coerentă, cu sarcina de a evita neplăcerea și durerea, reglementând descărcările Id-ului, conform cu cerințele lumii externe. Freud descoperă Ego-ul în cursul fenomenului de rezistență și îl concepe ca o organizație strâns legată de conștiință și realitatea externă și concomitent operând inconștient asupra instinctelor. Deci conștiința la Freud este doar una din funcțiile Ego-ului. Ego controlează motilitatea, percepția, contactul cu realitatea și inhibă instinctele primare ale Id-ului.

Studiind dezvoltarea ontogenetică a Ego-ului, Freud constată că la naștere copilul nu are Ego ci doar Id și de aceea este total dependent de Ego-urile părinților. Contactul și schimbul cu lumea exterioară modifică Id-ul și formează Ego-ul, în care se substituie progresiv principiul plăcerii cu principiul realității. Dacă conflictul era la început între Id și lumea exterioară, acum este între Id și Ego.

Mai recent, Hartmann, Kris și Lövenstein au postulat coexistența Ego-ului cu Idul chiar de la naștere, numindu-l ego autonom primar. Acesta ar coordona copilul față de obiectele satisfacerii instinctuale. Mediarea pe care Ego-ul o realizează între Id și lumea externă se realizează printr-o listă de funcțiuni, din care menționăm:

- relația cu realitatea, adaptarea la ea prin percepție, memorie, înțelegere și acomodare;
- controlul și reglarea pulsiunilor instinctuale prin care se realizează trecerea de la plăcere la realitate;
- dezvoltarea relațiilor de obiect de la narcisism la relații sociale în interiorul familiei și apoi în grupul social;
- sinteza, integrarea, coordonarea tuturor funcțiilor psihicului;
- apărarea față de semnalele periculoase din exterior sau interior printr-o serie lungă de mecanisme (vezi mai jos – mecanisme de apărare).

Superego-ul reprezintă forța inconștientă care imprimă Ego-ului și Id-ului anumite scheme morale însușite în copilărie de la părinți (și prin aceasta de la societatea în care au trăit părinții). Se constituie odată cu rezolvarea complexului Oedip, când se încorporează forțele inhibitorii ale lumii externe (internalizare) și când se constituie un model ideal care va călăuzi în mod inconștient individul, model de Ego ideal care va impune conștiinței ceea ce a rezultat din sinteza imaginii părinților și a altor autorități exemplare. Deci este conceput ca o forță prohibitivă, autocritică. Normalul ar fi prin urmare cel al cărui psihic ar menține un echilibru armonios al Ego-ului față de Id și Superego. Deci tratând bolnavii psihici, Freud a constatat fapte psihopatologice noi, pe care nu le putea înțelege cu noțiunile de psihologie și psihopatologie ale vremii lui și pentru care a elaborat o teorie comprehensivă atât pentru psihologia omului normal cât și pentru bolnavul psihic.

Psihanaliza are o concepție proprie asupra nevrozelor și psihozelor. Freud observase că istericul sub hipnoză relatează amintiri inconștiente și admite că boala apare la indivizi care au suferit anumite traume psihice. Apoi descoperă prin metoda asociației libere că aceste traume sunt foarte precoce și sunt legate de ceea ce a descris ca sexualitate infantilă, adăugând la etiopatogenia nevrozelor ideea unui conflict sexual precoce între Eu și viața impulsivă (Id). Simptomul ar fi expresia compromisului pe care îl face Ego-ul când reprimă pulsiunea Id-ului. Nevroza este deci expresia unei frustrări care împiedică o satisfacere pulsională adecvată, Eu-l regresând la o treaptă de organizare inferioară, infantilă.

Același fel de explicații și pentru psihoze. Schizofrenia ar fi expresia unei slăbiciuni constituționale sau psihogene a Ego-ului, care ar determina

o regresiune a psihicului la un nivel primitiv, asocial, narcisic, când individul sacrifică Eu-l și adoptă puncte de vedere ale Id-ului.

Studiind cartea scrisă de un bolnav de paranoia (cazul Schreber), Freud explică delirul de persecuție printr-un puseu de libido homosexual, care intră în conflict cu Ego, din care rezultă delirul de persecuție. La paranoia, după Freud, se produce o regresiune în stadiul pregenital – stadiile infantile fiind toate pregenitale și la nivelul unei furii narcisice.

De la aceasta afirmație Freud dezvoltă ideea de narcisism. De la mitul lui Narcis – iubirea exclusivă de sine, el se caută în toate suprafețele lucitoare, ale apelor și, plecând de la acest mit, Freud consideră ca psihoza este o alunecare în narcisism – este o pierdere foarte profundă a sentimentului de atașare la obiect.

Încă din stadiul dezvoltării inițiale pregenitale este o atașare la obiect – sânul mamei, dacă se pierde asta – toată energia libidinală se fixează pe sine însuși, se produce acest narcisism; este vorba de fenomenul de fixare pe ceva care se cheamă catexis.

Mecanisme de apărare

Partea cea mai importantă pentru noi este lupta dusă de Ego pentru menținerea normalității. Normalitatea e o luptă interioară de refulare în inconștient a ceea ce depășește principiul realității. Lupta aceasta se numește apărare, mai exact apărări. Avem mai multe feluri de apărări, de propriul nostru pericol (noi fabricăm nevoia de plăcere „am văzut și am înnebunit“). Faptul acesta n-a fost exact observat de Freud ci mai bine de Anna Freud, fiica lui, care în 1936 a descris mecanismele de apărare ale Eu-lui.

Normalul e totuși un om asediat, vai de capul lui. Există apărări reușite, dar și nereușite sau patologice, descrise de Jones ulterior (a fost un freudist ortodox). Psihanaliza ajută la descifrarea diferenței dintre normal și patologic. Diferența e că în boala mintală mecanismele de apărare sunt depășite. Boala mintală e un război continuu, iar simptomele ce apar sunt de fapt compromisuri ale acestei lupte dintre propriul Eu, inconștient și Superego. În mecanismul psihopatologic, în refacere și psihoterapie ne bazăm tocmai pe întărirea acestor apărări, în scopul unei maturizări, ceea ce Freud numea vindecare. Lista apărărilor: ambivalența, ambivalența oscilațională, evitarea, conversia, denial (negarea), derealizarea, deplasarea, exagerarea, fixarea, introjecția, izolarea, negarea, proiecția, formațiile reactive, refularea (represiunea), răsturnarea în opus, întoarcerea asupra subiectului (asupra propriului sine), undoing (a face invers sau a nu face), condensarea, investirea, identificarea. Acest curent electric, energie, produs de inconștient prin principiul economic, trebuie bine repartizat astfel încât topica să fie totdeauna cu energia deasupra.

Deci maturul normal reușește această performanță după o ontogenie fericită și ajunge la următoarele 6 apărări ale adultului normal: altruism, anticipare, ascetism, umor, sublimare, supresie. Pentru apărările nereușite, care ne fac să-i denumim psihopați, există 9 apărări proprii: acting out, blocarea, hipocondria, introjecția, comportamentul pasiv – agresiv, proiecția, regresia, fantezia schizoidă. Apărările nereușite ale nevroticului sunt 11: controlul (supercontrolul, supercenzura), deplasarea, disocierea (nu a lui Bleuler, ci cea nevrotică, pitiatcă), externalizarea, inhibiția, intelectualizarea, izolarea, raționalizarea, formația reactivă, represia (refularea), sexualizarea. Apărările psihotice sunt 4: proiecția, negarea, distorsiunea, mortificarea narcisică. În apărările nereușite, unele dintre ele (ex. proiecția, regresiunea, refularea) sunt comune psihopatului, nevroticului și psihoticului. Rămâne totuși să le stabilim niște diferențe calitative. Deși par foarte multe, majoritatea sunt legate de mecanismul fundamental care este cel de refulare, sunt variante de refulare. Chiar mecanismele maturului sunt refulări reușite, adică soluții fericite, găselnițe pentru o derivare, o înălțare, pentru a nu regresa, ci a urca.

Procesul terapeutic

Pe Freud l-au interesat în fond 3 lucruri:

- cunoașterea de către doctor a motivațiilor inconștiente ale bolnavului
- comunicarea acestei cunoașteri bolnavului
- înțelegerea ei de către bolnav; înțelegerea ar echivala în românește cu recunoașterea unui defect al bolii de către conștiința individului (insight).

Nu se știa deoarece psihoterapia rațională contând pe un om rațional crede că dacă îi explici motivele pentru care nu ești de acord cu conduita lui, el trebuie rațional să se modifice, să accepte și să se corecteze, dar după un timp reia. Deci nu este vorba că omul nu ar avea suficientă forță rațională ca să înțeleagă defectul de conduită dar ea este înrădăcinată în afectivitatea, în instinctivitatea lui – să descoperim procedee care să meargă mai departe decât acest stadiu de conversație rațională. Formula lui Freud este – unde a fost Id să devină Ego.

Să-l urmărim pe Freud în indicațiile lui de a aplica psihanaliza.

Selecția bolnavului. Are un interviu cu bolnavul și îl interesează dacă bolnavul vrea sincer să lupte cu defectele sale. Dacă nu are această dorință în mod profund, Freud îi contraindică tratamentul. Se poate întâmpla uneori ca istericele să exprime o dorință nu profundă ci superficială, dar insistentă, de a intra în acest tratament. Freud atrage atenția asupra acestui lucru. De fapt poate fi vorba de o contraindicație.

Criteriile după Freud de a intra în psihanaliză ar fi următoarele:

- capacitate de gândire logică fiindcă schizofrenii, marginalii intelectuali nu pot intra în această terapie
- un minim de Ego care are conștiința bolii (insight), își dă seama de un defect al lui
- persoană care să accepte pentru un timp o agravare a nefericirii fiindcă cura psihanalitică presupune un moment sau o perioadă de agravare
- vârsta de 20-30 de ani – a spus să fie o elasticitate mintală, dacă este un suficient care crede că le știe pe toate nu are ce căuta
- pacientul să dea dovadă de un scepticism onest, să nu se aștepte la prea mult de la psihanaliză dar să nu o denigreze; nu este nici ceva mistic, nu este un fenomen Lourdes – dar nu este escrocherie fiindcă în această situație se contraindică psihanaliza.

Psihanaliza se pune când este vorba de o boala profund fixată în caracter. Noi când vedem că persistă o cenestopatie, o cefalee, cu pensionare de 15 ani spunem – este o dezvoltare. La Freud este invers, dezvoltarea nu succede ci precede; este o dezvoltare patologică a caracterului infantil și ceea ce succede adică aparenta neurastenii, stând pe un asemenea fond, atinge noțiunea de borderline – de graniță între nevroză și psihoză. Caracteristica graniței este rezistența la tratament – deci nu pericolul unei decompensări psihotice, ci mai degrabă imposibilitatea de a zdruncina acest pivot caracteristic.

Terapeutică

Are două părți: situația și procesul analitic.

Situația este reprezentată de condițiile preliminare și organizatorice – punctualitatea, canapeaua, încrederea.

Procesul însa psihanalitic, conținutul care se face în psihanaliză, străbate trei perioade:

- prima – în care se consolidează situația psihanalitică și se caută stabilirea unei alianțe între bolnav și terapeut – I / I. Nu se începe cu canapeaua, fiindcă l-ar șoca. Se începe cu încercarea de aliere a lui în această treaba, care durează variabil. Să nu țină prea mult.
- apariția și analiza unei nevroze de transfer; vine un bolnav nevrotic la tratament iar noi în a doua perioadă îi creem nevroza de transfer. Este ceva specific psihanalizei, este o regresivitate a bolnavului suficient de mare care să-i permită depășirea unei cenzuri proprii și care prin asociații libere, povestirea a orice îi trece prin cap, să-i ofere psihanalistului un material suficient de bogat pentru studiul inconștientului bolnavului.

Clasic, analistul să nu intervină în aceasta fază, să lase bolnavul singur; cu timpul, către sfârșitul vieții, Freud a admis ca să se intervină mai ales dacă bolnavul stă pe o situație deosebită și interesantă, să fie rugat să o detalieze acum sau în altă ședință.

De ce este greu de suportat? Regresia duce bolnavul în acest stadiu (de regresie) în situația oedipiană cu psihanalistul, de copil față de părinte, este o relație afectivă de dragoste și ură; analistul nu poate fi într-o situație neutră, această situație purtând numele de contratransfer.

Dacă procesul avansează și se oferă suficient material de interpretare și pacientul acceptă că i se potrivește acest gen de interpretare, în ședințele viitoare el simte o ușurare a simptomelor pentru care a venit și simte o maturizare a sa, o reîntoarcere a subiectului către realitatea sa. Când se va produce acest lucru, se va produce în fond a 3-a fază:

- separația de analist și căpătarea independenței față de el. Bolnavul nu avea o independență fiind fixat de propriile fantome – de data asta scapă de ele și se poate intra în normal.

Eșecuri: în faza a doua – imposibilitatea de transfer, adică o rezistență de neînfrânt, în faza a treia – bolnavul face o gravă depresie, pe fondul faptului că nu se va mai întâlni cu analistul. Este ca la înțârcare – se face treptat – dar sunt și psihanalize pe viață. Nu te poți lega la cap cu atâtea cazuri.

Tehnica propriu-zisă este asociația liberă și tehnica interpretării acestor simboluri. Contribuția lui Freud la teoria visului: el a numit visul „calea regală a cunoașterii inconștientului” și a socotit cu mare rigoare științifică ca visul este un fenomen determinat. El i-a descris aparența lui – anecdotică – care este conținutul manifest și un al doilea plan – conținutul latent, care trebuie interpretat. Cu toată arta și exemplele lui, nu a făcut o carte de visuri – Freud atrăgea atenția că același conținut manifest în diferite ipostaze personale poate să însemne altceva. Freud este până la urma un raționalist, fiindcă arătând latura ascunsă a lucrurilor, a omului, o face pentru ca omul să devină stăpân pe sine, deci completează în fond adagio-ul socratic, deci omul nu este unirațional, nu este un mistic.

În concluzie, psihanaliza a dorit să fundeze o știință asupra psihicului uman, o psihologie asupra interacțiunii dintre procesele conștiente și cele inconștiente. Pornind de la psihopatologie, Freud a formulat legi de funcționare a sistemului mental, pe care le-a extrapolat la omul normal (psihologie) și apoi la omul istoric (antropologie psihanalitică).

În concepția psihanalitică, cauza principală a bolilor psihice o constituie eliberarea inconștientului de sub controlul conștiinței. Inconștientul reprezintă un sistem de forțe afective refulate, care nu se manifestă clinic decât printr-o distorsiune în simptome psihopatologice după modelul

gândirii din vis. Această forță intră în conflict cu forța conștientă a Ego-ului care are sarcina să adapteze persoana la realitate și astfel se produce boala mentală.

Freud și-a propus ca prin metoda psihanalitică să aducă în conștiința bolnavului sensul real al bolii sale, adică faptul că aceasta constituie o producție simbolică și imaginară, descărcându-i astfel și eliberându-i de o povară imatură și întărindu-i sau chiar refăcându-i personalitatea.

Limitele psihanalizei țin în primul rând de ignorarea substratului material, neurofiziologic al bolilor mintale. Datele neurofiziologiei contemporane pun într-o lumină nefavorabilă și desuetă ipotezele psihanalitice. Ceea ce este inacceptabil este caracterul dogmatic pe care îl continuă urmașii ortodocși ai lui Freud, care contrazice cerințe de reînnoire a oricărei teorii conform cu noile descoperiri, fapt care pune sub semnul întrebării pretenția psihanalizei ca teorie științifică. Criticabilă este de asemenea confuzia domeniului socialului și al culturii cu psihopatologia, care duce la ștergerea distincției, de mare importanță socială, între bolnav și normal, ceea ce scade mult din aplicabilitatea practică a psihanalizei și favorizează totodată o scuză pentru orice fel de amoralism. Este și motivul pentru care psihanaliza a fost respinsă de curente ca marxismul dar și existențialismul.

Cu toate aceste scăderi grave, cum ar fi predominanța explicației biologic-sexuale în conduita umană, ca și neînțelegerea valorii societății în formarea personalității umane, psihanaliza are totuși meritul de a fi dat o sinteză unitară asupra funcționării psihicului într-un moment istoric când totul era fragmentat de pozitivismul sec. XIX. Deși nu a fost acceptată de psihologia riguros experimentală și de științele naturii în general, psihanaliza a avut ecouri largi în artă și filosofie, domenii în care subiectivul își are încă importanța sa.

Disidența freudiană

Karl Gustav Jung (1875-1961). Din viața lui, de reținut că are o origine dublă: tatăl lui a fost preot și a vrut să-l facă și pe el preot, iar bunicul a fost medic în Basel, Jung dorind să ajungă ca bunicul. A făcut teologia dar nu a practicat-o, după care a făcut medicina. Această întâmplare a lui este și una din concluziile operei sale, anume ideea fundamentală a operei lui este că orice om trebuie să-și cunoască nu numai partea principală a persoanei lui ci și visurile și opțiunile secundare și dacă vrea să nu devină bolnav mintal, trebuie să caute să-și realizeze acest program original.

În formația lui, e de subliniat că a fost în catedra lui Griesinger de la Bûrgholzli și a fost coleg cu E. Bleuler. Au fost influențați amândoi de Freud. Amândoi au dat lucruri personale și deosebite pornind de la Freud.

A avut o viață fericită și armonioasă, ca puțini alți psihiatri și psihologi. Preocupările lui au fost mult mai largi decât ale oricărui alt psihiatru. A fost un om de cultură (religii comparate, științe oculte, magie, indianistică, parapsihologie). Mircea Eliade a fost la el și s-a considerat influențat printr-o fericită apropiere de Jung.

Jung pornește de la Freud și admite că într-adevăr inconștientul explică normalitatea și boala mintală. Dar diferența și disidența începe când Jung consideră că omul nu se poate explica prin libido, prin instinct sexual, că nu e suficientă aceasta explicație. El descoperă (noțiune introdusă de el) un strat mai profund, cel mai profund, al inconștientului, pe care îl numește inconștient colectiv. Freud e proprietarul doar al inconștientului personal. Inconștientul personal e deci de la naștere la moarte; chiar de la naștere avem engramat un inconștient colectiv. Prin urmare, Jung pune problema eredității, transmisibilității, moștenirii psihologice. Prin inconștientul colectiv, omul nu mai rămâne o individualitate colectivă ci e o parte programată a unei colectivități mai mari și nu numai a familiei ci a neamului, patriei, poate a întregului univers. Jung este deci un universalist.

Acest inconștient moștenit, social, se mai numește și obiectiv, în contrast cu cel personal, subiectiv. Dovada sunt studiile etnografice comparate care arată că comunități fără legături geografice, politice, istorice, etc. au la bază aceeași mitologie, aceleași reprezentări, deci au o mistică comună (tematica lui Eliade). Această lume primitivă folosește deci ca model al comunității universale, ca dovadă a acesteia, iar toate celelalte pedigriuri, linii deosebite, rase, etc. sunt lucruri secundare față de cel primar constat de Jung. La baza lumii ar fi deci un mecanism mistic; de unde și o mulțime de critici de-a lungul anilor.

Acest inconștient colectiv se exprimă prin arhetipuri, adică tipuri vechi, originare. Acestea sunt:

- simbolurile arhetipale
- umbra
- anima și animus
- sinele (self-ul)
- persona

Aproape toate fixările afective ale fiecărui om țin de *arhetipuri*, adică de prototipuri universale. Exemple sunt mama, tatăl; toate mitologiile au un principiu matern și unul patern de origine, precum și explicații pentru geneze, pentru toate genezele, chiar dacă se cheamă foarte diferit. Arhetipurile se leagă foarte mult între ele.

De exemplu, de arhetipul matern și patern se leagă principiul masculin și feminin, hermafroditismul, incompletitudinea unei persoane (descrisă de M.Eliade), toate lucruri atât de vechi și universale. Prin aceste explicații culte, generoase, Jung ne câștigă mult mai mult decât Freud. Sunt el adevărate? Parțial poate că da.

Umbra postulează că în fiecare persoană inconștientul colectiv are o parte inacceptabilă de către persoana respectivă, care se amestecă cu inconștientul personal, parte care poate fi pozitivă sau negativă și a cărei cunoaștere subiectul o poate avea prin vise (dacă și le cunoaște, le studiază și dacă vrea să le înțeleagă) sau în reverii (când se lasă să viseze, relaxat, cu ochii deschiși). De exemplu, partea negativă a umbrei sunt, în viziunea creștină, păcatele. Treburile încurcate ale vieții tale trebuie cunoscute, trebuie cunoscută propria umbră, nu să bei și să uiți. Părțile pozitive sunt planuri, proiecte, dorințe neglijate (de care te jenezi când devii adult). Însă cursul armonios al vieții vine prin a nu socoti că toate acestea sunt prostii, copilării, ci a le da o importanță, importanță care are o valoare pentru activitatea creatoare a omului, de exemplu pentru artă sau pentru un hobby de artă. Tot ce vine din straturile profunde este foarte valoros și original pentru fiecare. Deci Jung încurajează latura creatoare a omului.

În contrast cu umbra, cel mai aproape de concept ar fi *persona* (persoana), care este invers, adică fațada, ceea ce se vede și în care ne forțăm să părem cu un rol social. *Persona*, deci masca socială, se întâlnește cu alte măști sociale și dă această configurație arhetipală, pe care o pot reproduce actorii. Pericolul la *persona*, necunoașterea măștii pe care trebuie să o porți, poate duce către un model alienat (deci îndepărtat de modelul acceptat de societate), care poate fi ori prea serios ori prea neserios.

Anima și animus sunt două configurații arhetipale, una completează masculul (*anima*), cealaltă completează femeia (*animus*). Din punct de vedere psihologic suntem hermafrodiți, dar nu în proporții egale și în diversitate foarte mare. Important este că noi nu suntem cum am crede, adică exclusiv masculini sau feminini. Lucrul acesta e benefic pentru umanitate, mai ales când *anima* și *animus* se dezvoltă în laturile lor pozitive, nu negative. Deci bărbatul are o *anima*, pozitivă sau negativă. *Anima* pozitivă îl deschide către irațional, către iubire, romantism (de exemplu iubește natura); acești bărbați apar generoși, încrezători, competenți, degajați (nu încordați). Dacă au o *anima* negativă sunt invers; răi, predispuși la dezechilibre psihice, la nevroza obsesivo-fobică, la suicid.

Femeia are un *animus*, ai trăsături din partea tatălui, adică atitudini pompoase, e rece deși pe dinăuntru e caldă, încăpățânată, exagerată. Dacă *animus* e pozitiv, trăsăturile masculine îi stau foarte bine: inițiativă, obiectivitate, curaj.

Jung a descris aici patru stadii în dezvoltarea femeii și 4 în dezvoltarea bărbatului. Stadiile femeii sunt:

- stadiul de Evă (de mamă)
- stadiul romantic – idealist (Margareta din Faust)
- stadiul de Maica Domnului
- stadiul de înțeleaptă a familiei

Bărbatul trece prin:

- stadiul samsonic (atlet)
- stadiul de acțiune (guvernamental)
- stadiul teologic
- stadiul de înțelepciune

Self-ul rezulta dintr-o sinteză a Eu-lui cu umbra și cu anima (animus). Combină partea conștientă cu tot ce vine din adâncuri. Ești tu însuși. Deci omul, după Jung, are posibilitatea unui moment de sinteză, nu numai de analiză, în care crede că o poate lua de la început, că a renăscut, că se simte atât de integrat nu numai socio-cultural, ci chiar cosmic (așa cum se întâmplă, însă patologic, la unii deliranti).

Alte noțiuni ale lui Jung, actuale, sunt împărțirea tipurilor umane în introvert și extrovert (plus varietăți). El a pornit de la două observații concrete: lui i s-a părut că Freud e un extrovert, adică iubitor de prieteni, de sociabilitate, de comunicare, de dialog, pe scurt iubitor (nu iubitor de sine, care e ceva narcisic, schizofren). Adler i s-a părut introvert. Freud era orientat către obiect, către realitatea externă, el ne leagă foarte tare de concretețea celuilalt (vezi sânul mamei de exemplu), în timp ce la Adler suntem legați de un factor subiectiv, interior.

Dintre funcțiile psihologice descrise de Jung, patru i se par de bază:

- gândire + afectivitate = rațiune
- senzație + intuiție = irațiune

Contează deci la fiecare tip analizat combinarea și proporția acestor patru factori. El a descris de altfel, matematic, opt posibilități.

Altă noțiune este cea de *sincronicitate*, prin care se referă la ceva de „ghicit în cafea”, adică toate coincidențele trebuie studiate pentru că în sincronicitatea lor ar putea însemna ceva. Ele degajă calea vieții. Fericirea (calea vieții) după el nu e o treabă pur economică, ci e o armonie interioară.

Toată concepția lui Jung se numește *psihologie analitică*.

Alfred Adler (1870 – 1937) are drept concepție psihologia individuală. Freud a ținut foarte mult la amândoi, dar a trebuit să se despartă de ei, pentru că fiecare a făcut idei, sisteme, școli separate și azi sunt separați în

societăți diferite. Adler pornește ca preferatul lui Freud, care îl și considera ca succesori și-l numește președinte al societății de psihanaliză din Viena. Stă însă numai un an, pentru că nu e de acord cu exclusivismul libido-ului sexual al lui Freud.

A fost influențat de Nietzsche și Schopenhauer, după care în inconștient forța numărul unu nu este sexul, ci lupta pentru putere („nu mă clintesc“ e o afirmație adleriană). Deci superioritatea sau inferioritatea unui om vine din conștiința sau inconștiința acestui scop originar. Această luptă pentru existență devine un scop, un plan și un stil de viață. Boala mintală este exact împrăștierea, inconștiința acestui scop fundamental, pe care ar trebui să-l avem foarte clar.

Cele trei mari probleme de viață, după el, sunt:

- ocupația (un scop pentru ocupație)
- relațiile sociale
- dragostea și căsnicia.

Descrierea lui asupra personalității e una unitară, în contrast cu Freud care vede o triadă, apoi încă o alta. Structuralismul, holismul, toate acestea care subliniază că suntem una, că suntem unitari, acest vector unit al voinței de putere (lumea ca voință de putere și reprezentare) face din Adler precursorul psihologiei holiste (a întregului). Valoarea umană, după el, o face sublimarea acestui scop într-un interes social, într-o generozitate pentru ceilalți (înțelegerea profundă că vei fi nefericit dacă nu te dedici fericirii celorlalți, țării, grupului – seamănă a discurs ministerial, tot timpul dedicat celorlalți); acest întreg pune pecetea unui stil de viață social (socializant, sociabil etc.). Ideea primitivă de la care pleacă Adler e următoarea: ne naștem cu un complex de inferioritate și luptăm toată viața împotriva lui, această luptă exprimând tendința spre superioritate, care în extrem duce la dominare, etc. Patologia psihică reprezintă, după Adler, stiluri de viață greșite, mai ales datorită unei educații greșite, lucru care se verifică din plin acum.

Psihoterapia adleriană consideră că esențială este relația medic-pacient. Procesul terapeutic trece prin mai multe faze: întâi o fază afectivă, apoi una cognitivă, deci aceste două categorii de tehnici care acum par separate, el le combină și esența psihoterapiei adleriene e încurajarea. După ce clientul e câștigat, entuziasmat că îl tratezi, se trece la faza cognitivă, adică să se obțină o privire clară asupra existenței lui, asupra a ceea ce a fost greșit în existența lui, în stilul lui de viață. Psihoterapia lui e foarte răspândită azi, mai ales în Austria. Austriei se bazează în primul rând pe doctrina educativă a lui Adler.

Adler a dat o pedagogie; învățătorul, profesorul e în primul rând un educator, e un model de dragoste, de cunoaștere. Adler este adorat de

pediatri. Accentul formării personalității e după ce treci de controlul sfincțerian, de la trei la șase ani, acum e partea cea mai importantă pentru educația unui copil, în care se marchează stilul de viață care rămâne așa pentru totdeauna (sociabil sau nu, introvert sau extrovert, vulnerabil sau nu pentru boala mintală, etc.), e vorba deci de relația cu grupul social care acum se așează. Mișcarea adleriană se continuă prin fiica lui. Dând ideea foarte democratică că fiecare trebuie să lupte pentru afirmare, realizare, superioritate, că poartă la el „bastonul de mareșal“, el a fost foarte prins în mișcarea social-democrată. Dar una din fiicele lui a rămas în URSS, fapt ce avea să-l macine și să-i grăbească sfârșitul (deși a fost unul din marii optimiști ai secolului XX).

În concluzie, disidența menține postulatul valorii inconștiente a personalității, Jung a susținut o posibilă exploatare armonioasă a lui, iar Adler susținând importanța voluntară, adică baza temperamentală a fiecărui om, care trebuie luată din scopul social, originar pe care trebuie să-l avem.

Neopsihanaliza

Cei care continuă linia neabătută de la principiile lui Freud se cheamă psihanaliza ortodoxă, denumire dată de critici și nu de autorii înșiși. Nume mari care rămân în această linie sunt Ernest Jones și Karl Abraham. Ultimul a fost, se spune, elevul cel mai iubit de Freud. În grupul ortodocșilor trebuie introduși și alții cu contribuții originale la psihanaliză – Melanie Klein, H.Erikson, H.Hartman, R.Löwenstein, E.Kris, Anna Freud (fiica lui Freud). Hartman, Löwenstein și Kris au dezvoltat așa-numita psihologie a Ego-ului – socotind că marele maestru s-a atașat prea mult Id-ului și au dezvoltat acest capitol, lucrările lor constituind o contribuție extraordinară, fiindcă au legat psihanaliza de psihologia generală, de normalitate. Până la ei, era o dizolvare a graniței dintre normal și patologic și psihanaliza era consumată cu un fel de plăcere perversă pentru că afla străfunduri din tine, din ceilalți. Odată cu accentuarea funcțiilor ego-ului, deci a funcțiilor realului, se trece accentul firesc pe ceea ce se ocupă și psihologia generală, adică pe laturile raționalului – conștiente, care țin în frâu laturile inconștiente: Id și supraeu.

O altă contribuție a fost adusă de Anna Freud, care a descris mecanismele de apărare ale ego-ului, deci partea inconștientă din Ego. Deci când spunem Ego, în nici un caz nu spunem sinonim conștiință, ci are o parte inconștientă. Jones a dat cea mai autorizată biografie a lui Freud; el a văzut cu ochii lui Freud toată moștenirea. I s-a reproșat că a văzut cu ochi răi pe anumiți disidenți, cum ar fi cazul Ferenczi. Melanie Klein s-a concentrat asupra psihologiei copilului și a studiat stadiile din primul și primii ani de copilărie.

Urmează apoi disidența. Disidența a cuprins prima generație, practic colaboratorii direcți ai lui Freud (Jung, Adler) care au simțit nevoia să critice maestrul și să aducă concepții proprii.

A doua generație se numește și psihanaliza culturalistă (culturală), pentru că în contrast cu doctrina lui Freud care subliniază libido-ul, sexul, deci factorul biologic ca factor determinant al dezvoltării personalității, doctrina neopsihanalitică subliniază că factorul biologic este subsidiar, secundar pentru omul normal. Pentru omul normal, factorul socio-cultural e cel care contează. Pentru acest factor socio-cultural, psihiatrul trebuie să-și adauge nu numai psihologia (e insuficient), ci încă alte specialități: sociologia, etnologia, lingvistica, literatura, filosofia, deci științele umaniste. Un alt sinonim e prin urmare psihanaliza umanistă (în sensul dat de Renaștere termenului de uman). Cea mai importantă dintre științele care au contribuit la psihanaliză este sociologia.

Karen Horney (1885 – 1952) s-a născut în Germania, cu origine foarte complicată: semievreică, cu tatăl norvegian, căpitan de vas (om de inițiativă, de reținut acest tip de virilitate, de animus) și mama daneză. Face studii la Berlin, unde exista un institut de psihanaliză german condus de Karl Abraham și este psihanalizată. Ea face psihanaliză clasică cu Abraham. Se constată din primele studii universitare la Berlin că e cu totul altfel decât ceilalți, o femeie cu totul excepțională, uimitor chiar și pentru psihanalisti. Foarte inteligentă, îi cunoaște pe toți și începe să critice. E începutul, sămânța unui conflict, ceilalți nu știau cum să procedeze; atunci au îndemnat-o să scrie, ea s-a apucat de scris și a dat câteva cărți care și azi rămân modele foarte imitate, de progres în psihanaliză. A căutat s-o exploateze și mișcarea feministă, deși a evitat politica și aceste mișcări, căci argumenta că inteligența nu e o problemă de sex (lucru nu prea bine demonstrat după o epoca victoriană în care rolul subordonat al femeii era de la sine înțeles).

Lovitura de grație dată psihanalizei nu vine cât stă în Germania, ci după 1933, când e nevoită să emigreze în SUA, unde școala de la Chicago o primește cu brațele deschise (F.Alexander – școala psihosomatică). Până își dau seama că e prea deșteaptă și i se dă alt loc, la Institutul din New-York (1933), unde rămâne până în 1952.

Lucrarea de bază se numește „Personalitatea nevrotică a timpului nostru”, în care găsim și critica psihanalizei și contribuția ei originală. Argumentul ei fundamental e următorul: nu înțelege de ce nevrozele în SUA nu sunt la fel cu cele din Germania, pentru că refulați sunt peste tot, dar nevrozele nu sunt la fel. Ceea ce diferă e foarte probabil nu sexul, deci nu constituția genetică, biologică, ci factorul socio-cultural; fiecare are altă viață, alt stil de viață (vezi Adler, care și el observase asta fără a face caz

teoretic) și concluzia e că psihanaliza nu are dreptate, ea e bună pentru bolnav și patologie, când omul regresează într-adevăr din nivelul social în biologic și începe să viseze sex; deci obsedatul sexual nu e un om normal, ci un regresat, vai de capul lui.

Aici Karen Horney ia cunoștință de progresele sociologiei microgrupale americane (diferită de cea europeană, o sociologie de catedră, care se apleacă asupra progresului și regresului social, revoluțiilor, mulțimilor, etc.); ea constată în SUA că totul ține de microgrup și nu atât de cel familial (în care sexul își găsește locul) ci de microgrupul de interese, ca și de conflictele intermicrogrupale. Ea e deci prima care atrage atenția psihiatrilor de a nu rămâne fascinați de psihanaliză, psihologie, interioritate, sondaj al omului, pentru că ne vom scufunda de atâta privire în adânc. Problema e a luptei intermicrogrupale, deci e problema luptei de interese suprapsihologice: economice, de afaceri, de cifre, adică a competiției, concurenței, a conflictului, a războiului (cu sacrificii, dispariții, moarte – vezi Mafia), care nu pot fi explicate prin Oedip, Narcis – mituri frumoase care nu explică realitatea dură a Americii.

Între timp lumea s-a cam americanizat și genul acesta de societate poate fi întâlnit cam peste tot, inclusiv la noi. Deci Karen Horney este foarte actuală. Deci se pune problema că scopul dezvoltării personalității se rezolvă, se satisface numai când cunoscând mecanismele microgrupale, microsociale și în subsidiar cele psihologice (când câștigi niște dolari, nu mai stai să explici marea bucurie care te cuprinde, ci mai bine încerci să câștigi în continuare). Psihologia americanului s-a simplificat astfel, datorită dimensiunii sociale, economice și de aceea ne e greu să-i înțelegem pe americani. S-a propus, ca un compromis, pentru ca teoria ei să fie asimilată și să nu se creadă că a desființat psihologia, sociologia, psihanaliza, un compromis deci psiho-socio-psihanalitic. Ea e deci fondatoarea împreună a acestor trei discipline.

Care este după ea mecanismul: după ea, omul are într-adevăr o parte inconștientă, compulsivă, adică cu tendința la repetiție involuntară a anumitor impulsuri, și bune și rele. Ea consideră că tot ce a făcut Freud a fost să descrie o singură monopulsiune și anume lupta omului pentru plăcere, deci principiul animal de căutare a plăcerii și evitare a durerii. Dacă am rămâne la acest principiu ar trebui să ne condamnăm la un infantilism perpetuu. Maturizarea persoanei, creșterea, evoluția presupun dezvoltarea unei forțe (vector) continue, tot inconștiente, care dă bătălia cu vectorul plăcerii și aceasta se numește tendință către securitate personală (sau către siguranță, echilibrare, stabilitate). În ce constă lupta dintre acești doi vectori: situațiile de viață sunt ambivalente (îți place de cineva, dar începi imediat să faci și calcule materiale – n-are aia, n-are ailaltă și perechea nu se realizează);

principiul plăcerii pare să învingă. E un mecanism universal și al fiecărui om, nu avem critica să putem zice că nu suntem așa. Problema e în ce proporție se dă această luptă pentru ca omul să rămână echilibrat. După ea, creșterea unuia dintre factori, de exemplu al principiului plăcerii, explică traiectoria aventuroasă, plină de victorii și eșecuri, te conduce către marginalizare, eșecuri, psihopatii, excludere, pentru că se produce acea „bad reputation”; e greu să rezisti și să fii acceptat așa de microgrup. Deci din punct de vedere al codului microgrupal, al eticii, nu se poate admite această extremă. Cealaltă extremă (în care stă probabil 80% din Marea Britanie, dar și alții) e o societate stabilă, așezată, care a optat pentru siguranță, securitate și care nu se îmbolnăvește reprimând principiul plăcerii; nu crește angoasa atât de mult încât să simtă nevoia psihanalizei (psihanaliza de altfel e și mai redusă ca practică în Anglia, deși ei sunt prototip de refuțați și reprimați, dar nu se plâng de asta).

Karen Horney socoate că din conflictul nerezolvat al acestor două forțe rezultă personalitatea nevrotică a epocii noastre. Deci atâta luptă duce la dezadaptare, suferință, regresivitate. Dintr-un om de succes devii un om cu multă psihologie dureroasă (cu insomniile, cu filme, scenariile, neîmpliniri, etc., vrei să te scapi, iei pastile, bei, faci ceva pentru a evada din mecanismul nevrozei).

Rezolvarea între plăcere și securitate înlătură anxietatea de bază (sinonim la noi cu simpla anxietate). În cazul acesta, siguranța ne aduce prestigiu, aprobarea celorlalți (după care suntem bolnavi, e o dimensiune colosală a vanității). La anglo-saxoni competiția nu e între puteri, ci între mașini, mașinării, cine le schimbă mai des, etc. Dacă nu reușește această satisfacție, se produce supărarea, iar din ea vine ostilitatea. Trăim într-un mediu ostil (vezi ostilitatea de circulație din București, indicator al unei ostilități generale). Această insatisfacție dă un om rigid, neflexibil și care la obstacol este, pentru celălalt, heteroagresiv, dar intră el în sine în panică și își pierde reperele. O minoritate se retrage. Aceste mecanisme nu ajung la diagnostice gravissime de tip schizofrenie (ca retragere sau închidere), psihopatie cverulentă, impulsivă, epileptoidă, etc. Karen Horney folosește o pronosologie, o psihometrică extrasă din studiul realităților și proceselor socio-culturale, a reacțiilor, atitudinilor și nu a proceselor endogene.

Aceste trei mecanisme de satisfacere a anxietății, dacă se prelungesc, duc la trei tipuri de caractere:

- primul mecanism, în care avem nevoie de aprobare, ne obligă la conformism, rezultând tipul conformist, care se autoșterge, se autoelimină pentru a încăpea mai bine într-un grup. Această conformare cu banalitate ferește de ostilitate, de agresivitate; ba chiar ai șanse să zici ceilalți că e un om bun, cumsecade, care nu a supărat

niciodată pe nimeni și e acceptat într-o grupare.

- al doilea tip, care dă de obicei drumul la mecanismul de agresiune, de ostilitate, e tipul de businessman, cam agresiv, hipermasculin, care vrea să impresioneze prin calități sau altele (ghiuluri, voce puternică, etc.), abordează în forță lucrurile. Ieși mototolit dintr-o întâlnire cu acest tip. Caracteristice acestui tip agresiv sunt lupta și rezistența. Tipul unu se miră de aceasta.
- al treilea tip, din retragere ajunge la tipul resemnat, detașat (nu mai vrea să audă televizor, ziare, să nu mai audă de nimic, etc.). Deci până la a ajunge la schizofrenie poți clădi o mănăstire în tine.

În psihoterapia propusă de Karen Horney, deci de luptă împotriva alienării (care nu e numai psihotică ci și nevrotică, descrisă la modul de mai sus), este în primul rând dezvoltarea mândriei, deci a stimei de sine, curajul de colaborare (trebuie să te bagi). Prin urmare: ea vede un remediu al crizei societății occidentale în dezvoltarea comunicării intergrupale. Face mențiunea că nu crede că vreodată preceptele religioase vor înlocui ura, competiția etc., adică numai predica despre aproape, dragoste, salvare, etc. Ea crede mai degrabă că fiecare individ poate scăpa de propria nevroză prin conștiința mecanismului care l-a băgat în nevroză și printr-o funcție de grup; după ea, psihoterapia nu are prea mult de câștigat în duo (relația medic – pacient).

Erich Fromm (1890-1982) are o biografie medicală, dar și una politico-socială. Apartine școlii de sociologie și filosofie de la Frankfurt (școala de la Frankfurt e un fenomen puțin cunoscut la noi, dar cu importante contribuții la psihiatria sec. XX). În 1933 emigrează în SUA, la New York, se amestecă în politică, ține conferințe socialiste, lucruri foarte amestecate pentru mediul american, e amenințat cu moartea și fuge la New Mexico, unde e primit ca profesor de psihosociologie la universitatea de aici, unde și-a scris și cărțile.

Pretenția lui e mai mare decât a lui Karen Horney. El se vrea un filosof social, a vrut să unească psihiatria cu marxismul (care e foarte apreciat de altfel în SUA). Pretenția lui vine dintr-o considerație istorică. El nu face numai analiza mecanismului capitalismului, ca Marx. El compară capitalismul cu toate societățile care l-au precedat și pe care el le identifică ca tip istoric cu idealul societății medievale, nu în sens mistic, religios, ci în sens sociologic și economic. Pentru el, cea mai stabilă societate a fost cea medievală, pentru că majoritatea oamenilor erau productivi, minoritatea era creatoare; situată ierarhic ca în Republica lui Platon, adică deasupra, era o armonie generală, se practicau din tată în fiu aceleași profesii, la al căror prestigiu se ținea foarte mult. Aceasta soluție și organizarea societății s-a dovedit cea mai fericită, după părerea lui, din istoria umanității.

Lumea admitea traiul în colectiv, traiul pe caste, bresle, superiorități. Deși probabil că erau și nemulțumiri în intimitate, în esență era o societate cu mult mai puțină nevroză decât constatase el la contemporani, pentru că idealul de dezvoltare a persoanei nu era individualist, ci colectivist „avant la lettre” (fără să își zică comuniști, proprietate comună, etc.). Deci el convinge că capitalismul a distrus această societate ideală medievală, dând iluzia libertății, a individualității. Toate oportunitățile sunt deschise. Nu contează cei care cad, ci cei care reușesc. Deci ideea lui e că capitalismul aduce o libertate negativă, idee reluată de școala franceză (Marcuse, Sartre, etc.), e un fenomen de îmbolnăvire, de rupere a coerenței și coeziunii sociale. Mecanismul descoperit de Marx e alienant. El acceptă noțiunea de alienare socială a lui Marx; numai banii contează. Această constatare a unei alienări generalizate în capitalism îl duce la concluzia unui socialism cu față umană, dar care nu se poate realiza decât cu condiția unei psihanalize colective, adică un fel de educație generalizată de a extrage partea de sălbăticiune, de izolare, de nebunie ascunsă care-l împiedică pe om să trăiască cum trebuie. A fost imediat taxat drept utopic și a trebuit să plece la New Mexico.

Fromm a descris nu numai o nevoie îngrozitoare care e libido-ul, ci a descris cinci nevoi fundamentale:

- nevoia de relație – din această formulare a rezultat o psihoterapie de relație, de grupuri, anumite școli ca cea austriacă.
- schema de orientare – într-o anumită situație, omul să intuiască repede o schemă, nu numai spațiu-timp, ci să simtă că în relația stabilită va avea o desfășurare, un plan.
- nevoia de identitate – identitate atât în sine cât și a operei lui („asta e făcuta de mine”, „numai eu am făcut asta”)
- nevoia de transcendență – de sprijin pe ceva mitic, extrauman, care să ne apere de răutatea imediată, de eșecul imediat.
- nevoia de sănătate – sentimentul, iluzia, impresia că ceva sună sănătos, plin.

Fromm descrie patru caractere:

- caracterul receptiv
- caracterul exploatare
- tipul de turmă
- tipul de piață (de marketing)

Jacques Lacan (1901 – 1981). Este socotit principalul reprezentant al freudismului ortodox în Franța. Opera sa, publicată în „Écrits” (1966) și 20 de volume de seminarii, majoritatea publicate postum de Miller, ginerele său, pun în discuție continuitatea operei lui Freud. În contrast cu maestrul de la care se revendică, Lacan e relativ obscur, contradictoriu, discutat și disputat de succesiunea a cel puțin 14 grupuri care îl revendică.

De la Freud el preia noțiunea de inconștient, pe care o interpretează în lumina lingvisticii structurale, afirmând că inconștientul este un limbaj. Nu preia ideea pulsionilor, a pulsionii sexuale și aduce ca o contribuție personală în dezvoltarea persoanei și a narcisismului – stadiul „oglinzii”. De asemenea găsește că psihanaliza poate fi extinsă nu numai la nevroze, cum a făcut-o Freud, ci și la psihoze. Mecanisme nevrotice ca refularea este la psihoze forcluderea (forclusion).

În luptă toată viața pentru păstrarea unei independențe și a unei libertăți de expresie, Lacan a fost pentru unii un geniu iar alții l-au exclus din API. De la el vine scurtarea curei standard, autoformarea psihanalistului, matematizarea interpretării teoretice (mateme și noduri boromeene). A știut să își păstreze independența deși s-a format într-o atmosferă de stânga, cu Koyré și Kojève și evitând și pericolul de dreapta în al doilea război, deși venea dintr-o familie de negustori catolici.

A fost prieten cu Henri Ey, însă drumurile lor s-au despărțit înainte de al doilea război, el intrând în psihanaliza privată. Deși greu de înțeles, are foarte mulți adepți cvasifanatici și a rămas succesorul copil – teribil al psihanalizei (deși e contestat de Anna Freud, Lowenstein, Kris și Hartmann – succesorii ortodocși ai lui Freud).

Psihosomatica

Somatica este legată de medicina internă. Somatopsihice presupune tulburările care însoțesc patologia somatică. Psihosomatica cuprinde patologia din medicina internă care cunoaște în etiologia ei, ca o condiție determinantă, favorizantă sau precipitantă, tulburări psihotice sau afectiv-emoționale.

Istoric. Psihosomatica cunoaște 2 etape istorice și anume: 1920 – direcție hipocratică, medicală, globală și se înțelegea tot ce este din exterior și influența direct corpul. Derivând din psihanaliză și aplicată la domeniul medicinei interne, autori ca Deutsch, Alexander, Dunbar au creat teorii care stau la baza psihosomaticii actuale.

Teoria specificității în care admiterea unui factor emoțional este prea puțin, fiindcă trăim într-o lume emoțională de la naștere. Maturitatea înseamnă puterea de apărare de efectul negativ al emoțiilor. La aceeași excitanți, răspunsul este individual și specific: un tip de om este predispus la cutare vulnerabilitate, cutare boală. Deci există o selectivitate la un anume tip de emoții și specificitate de organ și de aici ideea de predestinare, de fatalitate. Datele epidemiologice probează un procent de ereditate (familii de ulcerosi, de cirofici, de diabetici, etc.)

Conceptiile moderne consideră că trebuie să ținem seama de o multicauzalitate, unde intervin 4 categorii de factori:

- factori sociali – schimbări sociale bruște – urbanizarea sau schimbarea profesiei, standard socio-economic redus.
- factori psihologici – la un stres extrem, răspunsul poate fi normal, nevrotic – apărare ineficace, sau psihotic și psihofiziologic. La început este o reacție neurovegetativă rapidă, care trece într-o linie de durată neuroendocrină – ACTH, MSR (reacția de apărare a lui Selye). Psihanaliza adaugă conversia – scurtcircuit inconștient, un stres puternic la nivel somatic și după un timp se produce rezoluția. Această modalitate de conversie isterică este evitarea procesului psihofiziologic (descărcarea inconștientă a răsnetului conștiinței). Refularea este un mecanism de apărare puternic datorită stimei pentru ei (eu nu sunt nebun, trebuie să-mi impun, nu mă las). Această atitudine de negare determină o tensiune – patologia somatică.
- factorii psihologici – diferența de tip psihologic (depășirea fazei pregenitale) determina vulnerabilitatea individuală.
- factorii biologici – sunt explicați de existențialism. Este atitudinea fundamentală a subiectului față de obiect, încrederea în forțele proprii).

Existențialismul consideră că omul se inundă progresiv, este copleșit de obiect; scade convingerea omului în sensul vieții, omul se corporalizează și corpul îi cere din ce în ce mai mult (atenție, bani, masaj). Aceasta determină ca problemă exclusivă supraviețuirea lui.

Psihosomatica a câștigat mult teren prin fundamentare biologică, teorii îmbunătățite, clinică (prin tranchilizante, antidepressive, blocante adrenergice).

Tulburări psiho-fiziologice ale aparatului cardio-vascular.

Încă din antichitate se știa că inima participă în afectivitate. Astăzi se cunoaște sistemul limbic. Cordul este participantul central. Patologia funcțională a cordului este amestecată imprezizibil cu cea organică de multe ori. Frica de moarte este maximă mai ales în somn – este frica de moarte clinică și de trezire. Simbolica inimii este foarte bogată; ea dă trăiri foarte importante – mi s-a luat o piatră de pe inimă.

Patologia coronariană. Dă 55 % din cauzele de deces; bărbații au o frecvență de trei ori mai mare decât femeile; 25 % din decese se produc în primele două – trei ore de la apariția durerii de infarct.

Care sunt factorii de risc? Schimbarea stilului de viață (factori socio-culturali și socio-economici); ateroscleroza coronarelor (50 % din soldații americani care au murit în Vietnam și la care s-a efectuat necropsia aveau semne biologice de ateroscleroză fără manifestări clinice).

Alexander, Friedman și Roseman (1959) au descris tipul delta de model de comportament predispus la boala coronariană. Sunt persoanele de succes, active, vioaie, care știu că viața este o competiție și vor să obțină succese – titluri, grade. Sunt oameni ambițioși, cu sentimentul că-i presează timpul, își asumă responsabilități. La ei trigliceridele, colesterolul, noradrenalina diurnă sunt crescute.

În conduita lor se observă impulsivitate, violența, agresivitate. Dacă vor face angor pectoris, vor avea un statut mai lung de viață, fiindcă vor trebui să accepte realitatea bolii lor și chiar devin mai hipocondrici, mai anxioși, se retrag din activitate.

Candidatul la infarct de miocard are o strategie inversă, are putere mare de refulare și neagă frustrările. Acceptă conflictul, nu face depresie la eșec, continuă lupta. Tipul delta este candidat la moarte. Modul acesta de luptă este învățat din copilărie, ceea ce duce la ignorarea prevederilor medicale cu toleranța față de dietă, fumat. Inactivitatea fizică îi dă obezitate.

Factorii precipitanți ai tipului delta – moartea unui coleg apropiat (partener, coleg). În SUA, văduvele mai mari de 54 de ani sunt predispușe în primele 6 luni la infarct; sau excitațiile sexuale exagerate, după 50 de ani, cu tendință de minimalizare și nu spune partenerului despre tulburările cardiace.

Cauze mortale: negarea din primele momente a simptomelor. Cei care ajung în secțiile ATI sunt șocați psihologic din cauza tratamentului; cei cu pacemaker au o asigurare destul de bună.

În chirurgia cardiacă s-au descris 4 sindroame: delirium la 3-4 zile de la intervenție; halucinoza, psihoza paranoidă, sindrom depresiv nevrotic și psihotic, invalidare psihogenă. Se adaugă postoperator tranchilizante minore, antidepresive, terapie anticonvulsivantă .

Boala hipertensivă. Riscul cel mai mare o are populația urbană; 50% din populație ignoră boala. Există o predispoziție familială. Alți factori de risc – obezitatea, creșteri de tensiune la efort, tipul pasiv dependent (obsesivo-fobic). Este agresiv, capabil să ascundă și să refuleze ca tipul delta, refulează puternic furia pe care i-o dă viața. Este un tip meticolos, cu responsabilități mari. Apoi la cei cu status economic scăzut, unde sunt densități mari de populație, antisociabilitate și familii neorganizate. Fenomenul obsesivo-fobic este simptomul care însoțește hipertensiunea și este frica de complicații. În SUA ce precede HTA este vulnerabilitatea. profesiile cu eforturi fizice mari.

Aritmiile sunt văzute ca tulburări funcționale. Dacă se combină cu factori (inclusiv WPW), factori organici și sunt după 50 de ani, altul este prognosticul. Azi se insistă pe antrenarea bolnavului în descreșterea

voluntară a bătailor ectopice. Insuficiența cardiacă congestivă este dată de factori precipitanți emoționali prin aritmii.

Patologia organică cerebrală trebuie tratată în comun cu cea cardiacă.

Patologia psiho-somatică ulceroasă.

Din mulțimea de oameni care au hipersecreție și hiperaciditate gastrică, puțini fac boala ulceroasă. Alexander (1950) spune că este vorba de tipul dependent, cu pseudopersonalitate de tip A: tip invidios, imatur, cu nostalgia de a fi un sugar, masca pe care trebuie să o poarte este o povară; tip cu regresii pregenitale orale, vrea liniște, înțelegere în casă, mereu împins de la spate – *bagă-te, că ești mai deștept*. Suferă apoi secundar de ceea ce determină o funcție somatopsihică de întreținere și organicizare.

Colita ulceroasă

Tipologia de fază anală, obsedat de curățenie și de ritualul de scaun. Tratamentul este echivalent cu cel din nevroza depresivă.

Patologia psihosomatică respiratorie.

Boala astmatică: emoția pregătește terenul imunologic. Psihanaliza determină nevoia organică cronică de aer. Sufocarea este cea mai profundă trăsătură somatică.

Astmul este regresivitatea la nivelul dragostei de mamă; frica de a fi separat de mamă – complex Oedip nerezolvat la bărbat. Ar mai fi și tendințe isterice (conversiune). Teatrul presupune manifestare, agitație, răsuflare. Subiecții infantili sunt mai dependenți, mai expresivi în emoții. Tratamentul este reînnoirea cu mama.

Patologia psihosomatică în dermatologie.

Legătura emoțională a pielii cu realitatea este din ce în ce mai acceptată. Sunt citate acneea rozacee, eczemele, psoriazisul, pruritul generalizat. Uneori bolnavului îi place să se rănească – masochism.

Tendințe la accidente.

Tipul este ghinionist, infantil, imatur, cu o identificare incompletă, rămâne un adolescent perpetuu, un aventurier. Are plăceri primare, care duc la imprudențe: mijlocul devine mai important ca scopul. Are tendința de a se dezvinovăți în accident; fac deseori reacții persecutorii la autoritate.

Patologia psihosomatică endocrină.

Obezitatea este tipul oral care se vrea bebe. Plăceri maxime au la ciocolată, cantități necontrolate de mâncare. Anorexia mintală este socotită ca un suicid cronic, un refuz al realului, o specie de narcisism.

În patologia tiroidiană se descrie Schrek – Basedow.

Cefaleea, migrena psihosomatică.

Se pune diagnosticul după ce s-au exclus factorii organici. Ca terapie se dau: anxiolitice, antidepresive, psihoterapie individuală, psihoterapie de grup, meloterapie în perioada de refacere.

Psihosomatica a cuprins atât ginecologia cât și obstetrica. Este vorba de implicarea factorului psihic în dismenoree, în sarcina nervoasă, în menopauză, în sterilitate și avorturi ca și în capitolul durerilor ginecologice. Mai sunt apoi tulburări psihice legate de mamectomie și histerectomie. Tulburările de sarcină, ca și psihozele puerperale, sunt influențate de factorul psihic.

Tulburările sexuale sunt 90% psihosomatice.

Alte implicații sunt în reumatologie și chiar în bolile neurologice (tulburări de somn, ticuri). Alte capitole sunt psihosomatica în oftalmologie și ORL, ca și evoluția variabilă a cancerului în funcție de factori psihologici.

Chirurgia generală și chirurgia plastică au de a face cu tulburări psihice. Ultimul, dar ubicuitar, este aspectul psihosomatic al stomatologiei.

Antipsihiatria

Este o concepție ce se opune programatic psihiatriei și o neagă. Sensul de concepție antipsihiatrică nu trebuie atribuit oricărei păreri deosebite despre practica psihiatrică actuală. În România nu a existat nimeni cu o asemenea concepție ci au existat cel mult păreri ce pot fi considerate ca aparținând antipsihiatriei.

Cine neagă psihiatria actuală?

Concepția a apărut și s-a dezvoltat mai ales vis-à-vis de psihiatria clinică a secolului trecut, pe care o moștenim și noi.

Termenul a fost lansat în 1971 de David Cooper, un englez, în cartea „Psihiatrie și antipsihiatrie”. Este vorba de o concepție insolită, nu insolentă, care nu trebuie privită ca o acțiune izolată contra concepției oficiale, ci trebuie privită în contextul culturii mondiale în care toate domeniile sunt criticate și supuse la curente „anti”.

Între precursori va trebui să-l socotim pe Binswanger, în primul rând, și chiar o mulțime de psihiatri moderni care nu au vrut să se cheme antipsihiatri dar au protestat la vremea lor, în tinerețe, împotriva psihiatriei tradiționale a secolului XIX.

Începuturile sunt în deceniul 7 prin Michel Foucault, care a descris psihiatria în epoca clasică, în secolul luminilor, al apariției ideologiei. Este o carte neobișnuit de atrăgătoare, scrisă de un psihiatru, literat, filosof.

El a emis o serie de idei ce au prins în Anglia și concomitent cu cele două cărți ale sale apare și așa-numita școală de la Londra, reprezentată prin Laing, Esterson și Cooper. A fost o adevărată explozie, pentru că Europa Occidentală și apoi Statele Unite au fost cuprinse de doctrina antipsihiatrică. Ideea de bază a cărții este că societatea așa-zis normală are nevoie de un țap ispășitor sau de un substitut de ciură, pestă, lepră, etc. E nevoie de o distincție între normal și patologic și nu poți pune o ordine socială și un standard de normal fără a face mereu distincție față de marginali. Deci el înțelege necesitatea fabricării nebuniei ca o funcție socială, ca societatea să supraviețuiască. Pe lângă analiza instituțiilor și a procedurilor el face o analiză a culturii acestor secole și arată de ce mitul „corăbiei nebunilor” apare în numeroase titluri și lucrări ale vremii. În cărțile ulterioare, Foucault a întărit ideea că nebunii nu sunt de etiologie organică, cum susține școala krepeliniană, ci sunt un produs social.

Americanii au folosit un procedeu original, studiind din interior problemele – s-au deghizat, s-au internat cu toate mijloacele de înregistrare, pentru a descrie viața unui spital de psihiatrie: agitații, personalul, etc., apoi au scris cărți. Goffman a avut cea mai vehementă poziție, apoi Sasz, Levy. Opinia publică, lumea extrapsihiatrică a fost șocată. Cum este posibil să existe asemenea situații în secolul XX?

În Europa, în preajma anului 1968 (când înflorea și mișcarea hippy) reținem numele italianului Basaglia, un psihiatru cu totul special, care a murit foarte tânăr. El a căutat și a reușit să convingă psihiatrii că instituțiile psihiatrice trebuie pur și simplu desființate, că sunt necesare și trebuie trecut la neo-societăți și comunități psihiatrice pe bază social-liberală. Datorita lui, o mulțime din vechile instituții din Italia au fost desființate, trecându-se la instituții de zi, ambulatorii. Lui i s-a dat un institut la Trieste, pentru cazurile nerezolvate.

După 1970 nu s-a mai prea auzit de destinul acestor oameni. Basaglia a murit, Cooper a plecat în SUA, unde nu a reușit mare lucru, restul s-a pierdut. A rămas noțiunea de comunitate terapeutică, noțiune introdusă de Maxwell Jones (semnificând altceva decât psihiatria comunitară), ca prototip al unei încercări de psihiatrie antipsihiatrică.

Psihiatria a început să fie cel mai tare minată chiar de Freud (care nu a activat în clinici, ci doar în particular). El a acreditat ideea că distincția între normal și patologic este foarte greu de făcut. S-a ajuns repede la concluzia, intens susținută de urmașii lui Freud, că cei mai mari nebuni sunt în afara spitalelor.

Secolul XX a avut parte de particula „anti” în mai toate domeniile – antiartă, antiteatru, antimuzică, antiroman, și se poate merge până la antimorală, și de ce nu antipsihiatrie?

Tezele esențiale ale antipsihiatriei sunt:

- teza antinosografică
- teza antiinstituțională
- teza antiterapeutică.

Argumentele împotriva acestora s-ar putea numi anti-antipsihiatrice, din această alăturare rezultând... psihiatrie. Antipsihiatrii sunt mai mult niște polemisti, ei țin discursuri dar nu sunt foarte bine sistematizați.

Poziția anti-antipsihiatrică a ținut-o Henri Ey, care a creat o platformă, pentru că eram complet descoperiți. Am fost forțați să ne creem o concepție, pentru că am fost negați.

Teza antinosografică. Se bazează pe ideea că nu există boală mintală. Părerea lor e că boala mintală e o noțiune pur și simplu inventată de societatea conformistă, pentru a se delimita, separa de nonconformiști, de adversari.

Nosografia este sistemul pozitivist al psihiatriei de a reifica, de a ștampila, de a eticheta pe așa-ziii bolnavi mintali. De aproape aceștia sunt oameni care ajung la un conflict în primul rând în familia lor (familia e matricea socială a bolii mintale); ei sunt deci niște revoltați care nu mai suportă rutina, ipocrizia, meschinăria și când conflictul izbucnește, familia se adresează unui psihiatru, care îl etichetează ca dezechilibrat și-l aduce la clinică. Deci după concepția antipsihiatrică societatea este o mașinărie de distrus personalități. Nu se realizează decât făcând ceva de care familia nu are habar (eprubete, Tibet, Yoga, etc.). Când însă atacă scheletul social, probleme socio-culturale, conflictul e cel mai grav. La noi, dimensiunea culturală nu e de obicei atât de pregnantă (la noi sunt frecvente, de ex. ca expresii ale conflictului, plecările de acasă).

Dacă este totuși să admitem că e vorba de un dezechilibru, de o boală mintală (adică de o prevalență a subconștientului) atunci boala o are societatea, familia, nu cel incriminat, pentru că familia manipulează, cenzurează, oprează, e totalitară. În cadrul acestei societăți cei mai nebuni sunt psihiatrii. De ce? Pentru că ei și-au construit o instituție specializată, o echipă, un sistem din care bolnavul nu mai scapă.

De ce totuși se produce acest dezechilibru? El are o cauză socio-culturală; oamenii se nasc sălbatici dar buni (Rousseau), ei sunt supuși unei mașini de nebuni care, dacă nu te dai cu ei, te apatizează sau în cel mai bun caz te internează la psihiatrie (o linie a 3-a, un derivat unde te mai odihnești).

Sistemul nosografic e prototipul unei gândiri pozitivistice inumane, care nu mai vede oameni și devine un fișier. Ei ne-au denumit „fișiatri”; îi încadrăm pe toți ca într-un fel de insectar (deci tot un fel de reificare) – afirmație ce are valoarea totuși de a ne trezi din rigidități, din birocrăția la care suntem expuși – de unde concluzia „păzea, feriți-vă de psihiatri”. Chiar lumea consideră că și psihiatrii sunt nițel „loviți”.

Critica antinosografică a dus, în Occident, la un sistem foarte bun de vehiculare a informației psihiatrice, care se cheamă sistem confidențial.

H.Ey s-a opus acestei teze cu două argumente:

- în nici un caz boala mintală nu e cauzată exclusiv de factori socio-culturali, un sfert având cauza organică precisă.
- de ce în această societate de nebuni unii sunt mai nebuni decât alții? Adică de ce unii reușesc să-și mențină o claritate logică în gândire, o rațiune, un echilibru, fără a face acel război cu societatea? Se deduce din această afirmație că există o diferență între normal și patologic care nu trebuie confundată cu diferența dintre normal și anormal. După părerea lui Ey, antipsihiatria a fost posibilă prin tocmai exagerarea ideii de anormal.

Descoperirea lui Ey este că normalul are limite, dar numai limite inferioare (de altfel pentru fiecare caz această limită contează, trebuie să ne străduim să-l aducem la un nivel minim conform mediei). Pentru pragul de sus – criminalul, geniul, sfântul, creatorul din orice domeniu – cu condiția să creeze valoare – nu trebuie băgați la boala mintală doar pentru că au ieșit din media noastră. Deci este un sistem deschis în sus, și așa și trebuie să rămână în societate.

Deci confuzia vine între anormalitate și boala mintală, aici e sursa antipsihiatriei. Ey formulează teza nosologiei flexibile – posibilitatea ca omul să treacă în viața lui prin toate etichetele inclusiv prin cea de normal și să revină la eticheta de normal, deci normal, reacție, nevroză, depresie psihotică și înapoi, nevroză și iar normal.

În cadrul expertizei medico-legale psihiatrice se pune problema confuziei criminalului cu bolnavul mintal, ori criminalul este un sociopat – asta duce la umplerea instituției cu toți violenții.

Deci de ce în această societate dominată de un subconștient colectiv și patogen unii au pretenția de a fi normali? Pentru că după Ey, normalul dispune nu numai de inconștient ci și de o voință liberă și conștientă, care știe să se apere în coexistența cu celălalt și știe să-și susțină autonomia, relativa independență. Lumea nu tinde către societatea de tip hippy (care a eșuat tocmai datorită unui egalitarism, unei frății rău înțelese). Ey atrage atenția că se ajunge la o adevărată schizofrenie socială dacă se menține această teză antipsihiatrică, pentru care ne invadăm fiecare reciproc. Pentru că în afara dragostei reale dintre oameni, persoana trebuie să-și mențină independența. Menținerea structurilor raționale conștiente reprezintă condiția normalității și a statutelor sociale. Bolile psihice, mai ales psihozele endogene și bolile organice, au cauza biologică (genetică, corporală) dar parțial cunoscută.

De argumentul antinosografic profită disciplinele parapsihiatrice și chiar premedicale foarte frecvente, care pur și simplu ne-au invadat (regimuri, ceaiuri bune la toate). Dar cei mai tari adversari sunt sociologii (care vor cabinet, psihanaliză – „pofțiți aici pe canapea”) – în Franța socio-psihologii reprezintă 30% din practică. Sociologii pornesc de la ideea nu că societatea e patogenă, ci terapeutică, motiv pentru care au și înființat un institut de sociologie terapeutic. Părerea lor e că psihiatrii te îmbolnăvesc și sociologii te fac bine.

Psihologii vin cu argumentul că psihiatrul e superficial, el codifică totul în semiologie, nu înțelege sufletul omenesc, dinamica acestuia (pentru ei totul e sex alambicat, încurcat). Ei pornesc de la premisa greșită că există o ruptură definitivă între noi și ei, că am fi categorii diferite – ei cu sufletul, iar noi – chimiatrii.

Teza antiinstituțională. Derivă din prima și susține că dacă individul nu e bolnav mintal, el are șanse să devină prin ceea ce societatea și psihiatrii au inventat ca instituție psihiatrică. Aceasta ar fi o instituție psihogenă, patogenă, pentru că acolo se găsesc cei mai mari nebuni (psihiatrul, echipa, musculoșii cu trucurile, etc.). Această instituție are o putere supraomenească din partea societății. O instituție psihiatrică e substitutul lui Dumnezeu (sau al iadului) pe pământ. Nicăieri violența și agresivitatea nu sunt mai mari. Ai greșit, ești pedepsit. Toate valorile educaționale sunt inversate. Se cultivă un cras oportunism, cea mai mare corupție.

Antipsihiatrii fac aici o distincție. Ei consideră că psihiatrii nu cunosc viața de azil și că cultivă fără să vrea forța, din frica de a nu fi bătuți, suprimați. Ei ajung la concluzia că nu pot trăi fără acei infirmieri teroriști. Deci spitalul de psihiatrie este o realitate carcerală insuportabilă pe care societatea o întreține în mod tacit prin agenții ei medicali sau paramedicali, o expresie a violenței și a unei politici de segregare de stat.

O primă categorie care pare a da dreptate antipsihiatrilor este administrația, neinteresată și plictisită la culme de problema bolnavului mintal. Pentru ea nu prezintă interes decât bunurile bolnavului mintal, mâncarea. Are cel mai mare dispreț față de bolnavi. Administrația amestecă bugetele. Deci un extrem de slab care devine realmente un factor nociv e neintegrarea administrației, iar doctorii habar nu au de administrație.

Al doilea factor instituțional incriminat este autoritarismul crescut al cadrelor medii și infirmierelor, mai ales în turele doi și trei – degeaba facem noi pe democrații dimineața. Se pune deci problema unui statut al cadrelor medii, în care va apărea noțiunea de practică greșită (malpractice) – aici antipsihiatria are dreptate.

Boala mintală nu este rezultatul instituției. Unii stau de ani de zile în spital și chiar închisori și nu ies schizofreni. E adevărat însă că instituția poate prelungi și da o evoluție nefavorabilă bolii mintale. Instituția psihiatrică, azilară, trebuie modificată. Pentru asta au apărut sistemele ambulatorii (gen LSM) care au relativ succes.

Intervine însă o altă nebulă, pentru că instituțiile ambulatorii s-au dat cu antipsihiatrii („în nici un caz să nu te duci la spital” sau „fă tot posibilul să te externezi” etc.). Pentru ca ele să nu fie totuși promotori de antipsihiatrie, trebuie să fie obligate să-și asume răspunderea tratamentelor de întreținere. Ele sunt însă deja minate de rutină și tendințe antipsihiatrice. Ele trebuie să recunoască solidar amenințarea pe care instituția psihiatrică o are în general acum. Trebuie să contribuie la creșterea statutului social al bolnavului mintal, nu numai să selecteze cazurile dificile pentru spital.

Teza antiterapeutică (chimiiatrică). A fost promovată și practică în primul rând de Basaglia, în serviciul căruia nu existau medicamente, ECT, etc. Dar se făceau ședințe; bolnavii care aveau un conflict erau judecați de mai multe prezidii formate tot din bolnavi, mereu altele. Deci această metoda de discutare a cazurilor era socotită ca ducând la lămurire și aplanare.

Terapeutică este asaltată pentru că scade potențialul biologic, vivacitatea, dinamismul și dă iluzia psihiatrului că a ameliorat un caz, când de fapt delirul rămâne, iar după trecerea efectelor neuroleptice ideea delirantă reapare (constatare genială). Psihiatrii ar fi curioși, ar avea un apetit de a vindeca, uitând de „primum non nocere”, folosind metode criminale, biologice.

De ce s-a inventat chimiiatria? Antipsihiatria o consideră arma socială a unor psihiatri – lachei politici, pentru suprimarea adversarilor, în primul rând politici și culturali.

Este însă un abuz să spunem că noi suprimăm prin chimiiatrie eventuale genialități. Această idee a efectului psiholeptic (scăderea activității psihice) e doar 1/3 din intenția noastră și o facem doar la cei ce o au în plus (agitați, bolnavi ce nu dorm cu săptămânile, pericole sociale serioase).

Cea mai criticată metodă e electroșocul, prin care se produce o destructurare, o depersonalizare, o pierdere a capacității de fixare a memoriei (fixarea e afectată circa 2 luni de zile).

Sunt criticate și așa-numitele metode de spălare a creierului, considerate mai ușoare, unde intră metode de tip catartic, de ex. injectarea de amital iv, care produce o ușoară hipnoză (ebrietatea amitalică) și bolnavul mărturisește tot ce vrea și ce nu vrea (de fapt nu e așa).

Noi trebuie să evităm să fim scule ale celor din justiție, e abuziv să scuzi pe cineva de crimă pe baza celor spuse prin dezinhibiție amitalică. Trebuie să ne cunoaștem limitele și să nu le depășim.

Antipsihiatrii mai au dreptate când ne acuză că se dau medicamente fără să fi fost prescrise (de către soră, în turele 2 și 3).

Se mai pune problema dacă nu cumva sub eticheta de terapie se fac tot felul de abuzuri. Nu cumva e posibil ca un anormal să fie luat drept schizofrenic și tratat ca atare? Ba da, dar anormalii nu trebuie să stea internați la psihiatrie, nici noi nu vrem asta, pentru că anormalul e o sursă de corupție pentru bolnavul psihic, care e un naiv.

Concluzii. Antipsihiatria ne-a făcut destul bine, pentru că ne-a criticat din interior. Ne-a forțat să ne construim o concepție independentă. Ne-a forțat să ne modernizăm instituțiile, să le democratizăm. A fost deci o provocare care ne-a folosit. Ne-a atras atenția că nu putem rămâne într-adevăr numai chimiatri, ci trebuie să adăugăm metode socio-terapeutice, pe care încă nu le dă medicina actuală. Să colaborăm cu științele umaniste, antropologice, cu întreaga cultură, fără să socotim că ele ar fi cauza bolii mintale. Pe de altă parte, cercetările etiopatogenice trebuie continuate. De partea antipsihiatriei au trecut și unii psihiatri, mai ales cei care lucrează în sistem privat și care consideră că pot face lucruri mult mai bune decât modul industrial (spitalicesc). Soluția ideală ar fi apropierea și colaborarea cu antipsihiatrii.

Conceptii filosofice

7. Fenomenologia

Dacă în concepțiile expuse până acum legătura cu psihiatria era foarte limpede, începând de acum ea apare mai îndepărtată, pentru că facem de fapt niște concepții de ordin mai general, filosofice, care ar putea avea aplicații și în psihiatrie.

În psihiatrie, primul care a impus fenomenologia a fost Karl Jaspers. El a întrebuițat termenul în sensul cel mai simplu, adică pur și simplu necesitatea de a descrie cât mai fără părtinire ceea ce spune bolnavul. El a atras atenția că psihiatrul deformează, „reifică”, adică ia fragmente și le solidifică. Într-adevăr, psihiatrii reifică în primul rând diagnosticele, apoi simptomele; e un mod prescurtat care nu e întotdeauna foarte bine justificat. Jaspers vine cu o critică amintită și dă prima indicație metodologică în psihiatrie, adică necesitatea ca semiologia să fie descriptivă. Acesta este un deziderat iluzoriu, pentru că de fapt ceea ce noi numim fenomen și lucru simplu, privit de două capete dă naștere la două păreri; după fenomenologie, nu există o identitate obiectivă, nici vorbă absolută, a așa-numitelor fenomene descriptive; noi le descriem conform formației personalității noastre, după cultură, limbajul fiecăruia și chiar le putem deforma după tendințele noastre.

Sensul dat de Jaspers termenului de fenomenologie – o descriere de fenomene – este luat din Enciclopedia Franceză (Lambert), în care se precizează că de fapt știința pozitivă trebuie să se bazeze pe o percepție clară, carteziană, a fenomenului, o descriere așa cum o înțelege cel care emite fenomenul, nu așa cum crede cel care recepționează fenomenul.

Fenomenologia propriu-zisă e legată de numele lui **Edmund Husserl**. Ea pornește de la o critică a psihologiei și psihopatologiei, în sensul că fenomenul este mult mai mult decât pare, decât ceea ce pare și că fenomenul nu trebuie redus la o înțelegere psihologică, este insuficient. Husserl face o critică a psihologiei sec. al XIX-lea, a psihologismului și a teoriei asociaționismului (care vine tot din Enciclopedia Franceză), teorie care trece în secolul XIX prin Berkeley, Hume, Mill, care fondează de fapt exact psihopatologia care o folosim acum.

Din psihopatologia franceză se știe că omul este un complex decompozabil, care se poate descompune în elementele sale ultime – senzațiile, din combinarea cărora rezultă celelalte funcții, adică percepții – reprezentări – concepte – judecăți – raționamente – concluzii. Cunoașterea în totalitate se acordă cu afectivitatea, dar și cu acțiunile insului și rezultă o personalitate cu aptitudini, temperament și caracter. Asta este teoria complexificării în asociaționism. Omul este o armonică în asociere. Boala (cu prototipul care este schizofrenia) este o disociație sau când e doar la nivelul fenomenelor superioare este o dizarmonie. Iată deci cum noi suntem niște asociaționiști.

Husserl se opune acestui punct de vedere. El pornește de la faptul că, cu aceasta teorie, noi nu putem explica gândirea matematică și logică, nu putem spune în ce constă un om logic sau bun la matematică și în ce constă unul absurd. El ajunge la concluzia că psihologia secolului XIX este insuficientă, mecanicistă și ea nu explică funcțiile superioare ale omului normal. Omul normal, după el, e un om logic și intenția lui e să construiască o știință riguroasă, o nouă logică. Această logică este cu un etaj superioară psihologiei și psihologismului și variațiunilor subiectivismului, e o știință curată.

El susține că conceptele fundamentale în logică și în științele ce se bazează pe logică, se bazează pe intuiția esenței (Wessenschau). Această intuiție a esenței pune problema extraordinară, susținută de altfel și de Bergson, că modalitatea de judecată cea mai valoroasă a omului nu e numai calea comună, mediocră, a inteligenței comune (calea inductiv-deductivă a științelor pozitive; calea deductivă fundamentată încă de Aristotel și calea inductivă din empirismul englez). El pune deci problema unei metode prin care să ajungem la esența altfel decât pe calea asociaționistă (cale pe care, schematic, privim obiectul, ne facem o reprezentare a lui, un concept și o judecată despre el). După Husserl, esența nu stă nici în subiect în mod

absolut, nici în obiect; nu este vorba aici nici de subiectivism, nici de obiectivism, ci de o întâlnire, un mariaj unic între acești doi factori; esența, adevărul stă undeva în această excepțională întâlnire. Deci fenomenul nu este doar un fenomen, ci o formă care conține o esență.

Metoda care trebuie aplicată pentru a intui această esență se numește reducere fenomenologică sau punerea în paranteză. Metoda înseamnă că în momentul în care privim un fenomen trebuie să ne abținem de la orice ne trece prin cap în legătură cu acest fenomen, să avem răbdarea să ajungem la intuiția esenței acestui fenomen, fără totalul prejudecăților care-l preced. Această este punerea în paranteze (Abklamerung).

Primul plan care ne apare, cel fenomenal, este aparența și are semnificația unui al doilea plan, care este esența. Primul plan se numește noeza, al doilea noema (în limbaj psihiatric, al foii de observație, noeza este comportamentul, vestimentația, iar noema este cunoașterea, gândirea și tulburările sale, dar și afectivitatea; deci noema o structurăm în două planuri). Această metodă a lui se numește fenomenologie transcendentă, pentru că transcendentul înseamnă tocmai acea pregătire a subiectului pentru a recepționa esența, care să se întâlnească corect cu obiectul. Noi trebuie să procedăm cu pacientul în mod transcendent; tot ceea ce facem ține de depozitul nostru apercceptiv, de puterea noastră de a recepționa tot ceea ce ține de pacientul din fața noastră, deci ne trebuie această pregătire transcendentă pentru o bună recepționare a fenomenului din fața noastră (a nu se confunda cu noțiunea de transcendentă, în care subiectul depășește obiectul; dacă obiectul este fizic, subiectul vine cu o metafizică a obiectului; de ex. dacă noi atribuim pacientului fizic legături cu divinitatea, înseamnă că facem legături transcendente, considerații transcendente asupra psihicului său).

Husserl a preluat noțiunea – în primul rând – de la Kant, în sensul că percepem doar dacă suntem pregătiți să percepem, deci fenomenul percceptiv nu e exclusiv „a posteriori“, ci o combinație între „a priori“ și „a posteriori“. Ceea ce suntem noi pregătiți să percepem este aprioricul din noi (aceasta este transcendentă). Deci din acest punct de vedere, Husserl este un neokantian, un continuator al criticii rațiunii pure. Dar el nu este numai atât, un epigon. El introduce în fenomenul transcendentă (adică în întâmpinarea subiectului cu obiectul) noțiunea de conștiință intențională.

După cum știm, Jaspers a împărțit conștiința în conștiință exterioară și conștiință interioară (de sine). Tot el spunea că întotdeauna conștiința este o conștiință a ceva (un obiect exterior sau o reprezentare despre noi înșine). Amândoi le-au luat de la Von Brentano (profesor de psihologie la Viena) care și el a preluat-o de la Toma d'Aquino, pentru că actul psihic are două

intenții: cea primară, de a percepe obiectul, și cea secundară, adică un scop. Combinarea acestor două intenții dă conștiința intențională. Acest tip de conștiință, cu încărcătură transcendențială, cu încărcătură fenomenologică, duce la cunoașterea obiectului din fața noastră.

Fenomenologia este deci o invitație rațională, nu o invitație la mistică, ci la aprofundarea atât a ceea ce a spus Aristotel despre formă și conținut, Descartes despre evidență, Kant despre apriorism și este o depășire a psihologismului.

O îmbogățire a noțiunii lui Husserl a adus-o Henri Bergson. Aplicând principiul intuiției esenței, el și-a dat seama că științele pozitive (inclusiv medicina, psihiatria) nu sunt capabile să rețină esența vieții, pentru că intelectul nostru este obișnuit, deprins, fixat în a mortifica, a fragmenta. Este o enormă reducere, reducere la lucruri mai simple, până la mecanicism. Bergson s-a revoltat împotriva absolutismului științelor pozitive și a încercat să fundeze filosofia artelor, a creației, a evoluției și a vieții în general. El a criticat definitiv tipul de savant căruia îi scapă tocmai esența vieții, care este fluiditatea, durata, ștergerea contururilor (exact precum artei moderne impresioniste, care nu separă ci unește, fuzionează, dă o curgere). Nu e vorba aici de iraționalism (cum se critică de pe poziții marxiste). Bergson a vrut să introducă o spiritualitate a fluidității.

După el, lumea artei este superioară, deși nu atât de utilă și eficace ca cea a științei, dar e superioară din punct de vedere mintal și filosofic, pentru că dovedește spontaneitate, intuiția vieții, flexibilitate și, foarte important, o căldură, o apropiere (rapprochement) aproape creștinească.

Deci e vorba de un raționalism modern, care se bazează pe introducerea în filosofia științei a unei filosofii a vieții. În această filosofie a vieții (dezvoltată de altfel și de alții, precum Schopenhauer, Nietzsche, E. von Hartman și în care poate intra toată psihanaliza) este o contribuție modernă care a depășit psihologia academică.

Din acest punct de vedere personalitatea umană are privilegiul unei originalități și unicități, pentru că în cursul întregii existențe, în mod fenomenologic, să asimileze esențele lumii și să dea semnificații personale creatoare. Fiecare avem acest privilegiu excepțional. Avem sigiliul filosofic și poate datorită de a încerca o interpretare cât mai adâncă a fiecărui caz cu care intrăm în contact (asta este așa-numita marcarea a subiectului, adică cei care umblă numai și numai după doctorul cutare).

Deci se creează în straturile cele mai profunde ale omului, adică în spiritul uman, niște fuziuni fenomenologice care sunt indestructibile, imperisabile și orice s-ar întâmpla ulterior, nu se poate trece peste impresia unică a unui om.

Fenomenologia stă la originea existențialismului; Heidegger a fost de fapt elev a lui Husserl și a pornit de la adâncirea fenomenologiei. Din păcate, existențialismul nu a dezvoltat direcția raționalistă a fenomenologiei, ci numai unicitatea fiecărui subiect, valoarea lui inconfundabilă și, de aici, universul, existența fiecăruia și deci existențialismul.

A doua însemnătate a fenomenologiei este explicarea unicității creierelor superlogice, matematice, supradotate (copilașii care îi bat pe șahiști). Explicația prin științele pozitive a acestor creiere geniale nu poate porni decât de la fenomenologie, adică o suprapsihologie, adică de la postularea unor fenomene spirituale. Trebuie să facem o delimitare: când spunem spirit, imediat se poate aluneca în divin, în spiritul divin, în teologie. Afirmatia teologică este că spiritul nu poate veni din științele anatomo-fiziologice, de exemplu, ci este un fragment din spiritul universal, divin, deci omul e de natură divină. Această afirmație nu e obligatorie pentru descrierea fenomenologică. Noi ne putem ocupa de cultivarea spiritului fără a deveni preoți. Dar de aici până la a nega existența acestui factor – spiritul – la cel cu care luăm contact și la a nu reuși astfel să reținem ceea ce poate e esențial din el, poate arată că am purtat ochelari de cal.

Aportul în psihiatrie – în primul rând, tendința terapeutului în psihiatrie – boala psihică fiind definită de fapt fenomenologic ca tulburare a spiritului, ca invadare a inconștientului – este de a recâștiga treapta ființei prin care omul își controlează, își integrează, își ține în paranteză propria psihologie (de exemplu, când spui un banc, faci de fapt psihopatologie, deși prin forța logică care menține continuitatea discursului asta este o mică infiltrare a inconștientului, este ieșirea din linia unică, pură – de subliniat acest atribut al fenomenologiei).

Operele lui Jaspers și Husserl sunt practic contemporane: Jaspers – „Psihopatologia generală” 1913; Husserl – „Meditații carteziene” 1927.

Karl Jaspers (1883-1969) este numele cu prestigiul cel mai mare din psihiatria contemporană și din filosofia contemporană, alături poate de Heidegger. O scurtă notă biografică: după absolvirea medicinei la Heidelberg, Jaspers își face stagiul de psihiatrie și își dă seama că pregătirea filosofică de atunci din Germania era foarte serioasă și și-ar fi putut găsi un câmp larg în psihiatrie. Psihiatria de la începutul sec.XX era psihiatria krepeliniană, adică era o psihiatrie academică, în linii mari cam ce se practică acum în clinicile noastre, adică o psihiatrie practică la patul bolnavului, unde bolnavului i se inventariază semnele bolii, se pune un diagnostic, se face un tratament, se fac statistici pe aceste baze, deci o psihiatrie serioasă însă abstractă, care nu are legătură, putând fi considerată o psihiatrie fără suflet, făcută la modul cel mai rece. În această perioadă, deoarece oboșea, unii au interpretat aceste simptome ca o nevroză; se știe că un secundar de

psihiatrie poate să facă în primele luni un fel de nevroză din cauza derutei; a fost văzut și i s-a decelat o leziune cardiacă. I s-a recomandat să nu practice medicina. El deci n-a făcut practică medicală, s-a retras și în decurs de 5 ani a redactat opera fundamentală, apărută în 1913, Psihopatologia Generală. A avut marele noroc să aibă o soție ideală, în sensul că el a putut să se consacre începând de atunci până la venerabila vârstă de 86 de ani scrisului și cititului, soția ocupându-se de toate ale realității, de gospodărie, de aspectele practice ale vieții, așa că tot ce a fost fizic și de efort a fost suplinit. Jaspers și-a dat între timp doctoratul în filosofie, a devenit profesor de filosofie, a avut catedră de filosofie, dar după 1933, fiindcă soția lui era evreică și el german, a emigrat în Elveția, la Basel, unde a avut domiciliul stabil până la moarte. Jaspers are deci două aspecte esențiale – de cel mai mare psihopatolog și de filosof existențialist.

Jaspers, care a aplicat în psihiatrie concepția fenomenologică, are un capitol ce se referă la fenomenologia semiologică. El îndeamnă la a face descrierea tocmai pentru a nu pierde esența din ceea ce spune pacientul; aceste notări minuțioase, mot à mot, nu le facem pentru procuror ci pentru a respecta ceea ce spune bolnavul din trăirea lui, fără să interpretăm. În acest fel, făcând fenomenologie, parcurgem o jumătate de drum, după care în cealaltă jumătate facem interpretarea noastră, bazată pe întreaga noastră cultură psihopatologică, ceea ce presupune o înțelegere exactă a spuselor bolnavului, pentru a nu da naștere la o mulțime de interpretări.

Este o greșeală metodologică fundamentală să credem că simptomele pe care le spune bolnavul sunt lucruri foarte simplu de interpretat. În timp ce psihopatologia clasică dă o importanță disproporționată simptomelor și una scăzută unirii lor în sindroame, fenomenologia psihiatrică dă invers, o importanță plurivalentă, plurisemantică, aceluiași simptom și reclamă respectarea fidelă a spuselor bolnavului și interpretarea posibilă plurivalentă a lor (acesta este de fapt adevăratul diagnostic diferențial, al diferitelor interpretări posibile ale simptomelor spuse de bolnav). Deci să fim programați pentru interpretare (adică să fim transcendentali), care să nu fie formală, ci s-o bergsonizăm, să-i dăm fluiditatea, flexibilitatea vieții reale, astfel vom înțelege esența bolii.

Din complexitatea psihicului contează să rezulte până la urmă un vector, cel al voinței, care trebuie orientat cât mai sus (dacă bate jos, atunci fenomenologic compromitem cazul, pentru că introducem în caz tendințele cele mai joase ale omului). Rezultă fenomenologic că voința este multietajată și trebuie multietajată, atât în interpretare, cât și în pacientul pe care îl examinăm, căruia nu trebuie să-i suprimăm etajele superioare, morale (chiar dacă este un organic, deci deja jos situat, să reconstituim măcar ce a avut pozitiv în personalitatea lui).

Care ar fi pe scurt contribuția lui Jaspers la psihiatrie? Jaspers este fondatorul psihopatologiei, adică a acelei părți din psihiatrie care se cheamă partea științifică a psihiatriei, deci este partea care vrea să creeze în practică, pentru activitatea empirică a psihiatrului, ghidul tehnic. Întocmai ca și neoraționalismul elvețian actual, Jaspers încă din 1913 a precizat că nu vrea să scrie o psihopatologie dogmatică ci să scrie o metodologie pentru psihiatrie. Deci el este foarte apropiat ca concepție, de la început, de Gonsague, de Piaget și de Bachelard, care au creat metodologia științifică a secolului XX, adică idoneismul sau neoraționalismul, cum se zice la noi, adică sistemul științific foarte apropiat de materialismul dialectic. Este de altfel partea cu care suntem cei mai apropiați de toate curentele occidentale.

Jaspers spune: *în locul dogmelor, să ne ocupăm de probleme, de întrebări și de metode*. Nu vreau să vă aduc o închistare ci o ordine pe baza cunoștințelor *metodologice*. Lucrarea lui are șase părți, dar nu vom comenta decât anumite idei din această carte.

Părțile cărții se referă la: fenomenologie, psihologia inteligibilă, cauzalitate în psihiatrie, schema teoretică a clinicii, personalitatea anormală în societate și istorie, despre întregul umanității sau relația psihiatriei cu filosofia.

Jaspers ne previne că toate noțiunile fundamentale ale psihiatriei sunt încurcate, trebuie delimitate de prejudecățile numeroase în care sunt ele încâlcite. Spre deosebire de științele naturii unde savantul se mișcă în teorii relativ bine precizate, în științele spirituale (asta este o delimitare germană care aparține lui Dilthey și pe care și-o însușește Jaspers) teoriile se construiesc deosebit de greu. Este preferabil, spune Jaspers, să avem o metodă cu noțiuni fundamentale care să acopere practica, decât să credem că am putut construi un sistem.

Prima parte deci se referă la fenomenologie. Ce înseamnă fenomenologie în concepția lui? Pentru Jaspers a face fenomenologie în psihiatrie înseamnă două lucruri: o fenomenologie subiectivă și una obiectivă. El subliniază importanța culegerii datelor subiective exact așa cum le descrie bolnavul, citatul. Ca să poți face însă o redare a ceea ce spune subiectul trebuie să te folosești de noțiuni fundamentale care nu vin din psihiatrie și anume: prima noțiune pe care o introduce el este cea de conștiință ca totalitatea actelor psihice la un moment dat. Este exact definiția acceptată ulterior de Henri Ey. Pentru el, conștiința subiectivă are următoarele laturi: este o conștiință obiectuală și a realității exterioare, unde unul din aspecte este realitatea temporo-spațială, altul este al obiectelor concrete și al realității simbolice, apoi o conștiință corporală, după el intră tot în conștiința realității, corpul nostru putând să-l socotim ca un obiect pe care îl pipăim, îl cercetăm, ne uităm la el continuu și o conștiință interioară, în care el descifrează conștiința afectivității și ceea ce el numește conștiința Eului. El este cel care a spus că

în centrul fiecărei conștiințe, în fiecare moment stă eu-l și se realizează conform cu schema lui. Deci dacă sunt sau nu atent acum, dacă percep, dacă îmi reprezintă, dacă gândesc – o fac prin prisma unui centru al meu, care-i dă acestei trăiri particularitate.

Pe lângă această fenomenologie subiectivă, el a mai descris și o fenomenologie obiectivă sau, cum a mai denumit-o, psihologia performanțelor. De fapt aprecierea și măsurarea psihicului de către un psiholog pe bază de tehnici, de metode speciale. În aspectul obiectiv nu ne interesează ce gândește subiectul, noi îl supunem la anumite probe și tragem concluzia că bolnavul are atenție, are memorie sau nu, etc. pe baza faptului că a făcut atât la sută din test.

Deci între metoda clinicianului – subiectivă și metoda psihologului – obiectivă, trebuie să fie un acord. Nu putem scrie de pildă în foaie: „bolnavul nu are memorie” și psihologul să conteste și invers. Pentru că Jaspers a adus titlul acesta de fenomenologie, s-a produs în următoarele decenii următoarea confuzie. În filosofia europeană a câștigat o preferință curentul de filosofie fenomenologică și s-a crezut că și noi când vorbim în psihiatrie de fenomenologie à la Jaspers ne referim la așa ceva. Este o confuzie. Trebuie să aveți în vedere că fenomenologia a avut două sensuri principale înainte de Jaspers și anume: un sens la Hegel în cartea „Fenomenologia spiritului”, în care Jaspers descrie treptele prin care subiectul ajunge să cucerească obiectul, treptele conștiinței deci și un al doilea sens, de data aceasta aparținând chiar curentului autodefinit ca fenomenologie, care aparține lui Husserl și Max Scheller. Pentru filosofi, acesta este sensul de fenomenologie de azi, de la Husserl și Scheler. În ce constă aceasta? Fenomenul nu poate fi înțeles decât prin intuirea esenței lui în momentul în care restul fenomenelor sunt toate puse în paranteză. Este vorba deci de un proces rațional voluntar de abstragere, în care subiectul face o legătură unică cu obiectul. Diviziunea subiect – obiect, care vine de la Hegel și Kant încoace, este depășită, în sensul că nu mai poate fi descris nici un fenomen în afara legăturii lui unice cu subiectul. Ce înseamnă acest lucru pentru psihiatrie? Acest lucru înseamnă că nu există fenomene obiective izolate de psihiatrul care le-a perceput și de condiția lui mintală de moment sau de pregătirea lui. Dacă vrei să spui că un bolnav are halucinații, trebuie să te întrebi ce, când și cum a văzut acel bolnav; adică ce psihiatru l-a văzut, ce pregătire are, în ce situație se află, să descrie exact contextul pentru că altfel fenomenul în sine ca el obiectiv este dubitabil.

Husserl a vrut să introducă o metodă filosofică riguroasă ca singura metodă științifică posibilă (Seine Strenge Wissenschaft) – o metodă riguroasă. Această aplicație s-a făcut în psihiatrie și mai ales în interpretarea psihiatriei expresiei de către Volmat, Rosolato și Wiart. La această fenomenologie

rațională cu o terminologie proprie, o metodă, tot așa destul de greu accesibilă, se adaugă ideea lui Max Scheller că esența este un fenomen de valoare afectivă. În cazul psihiatriei, intuirea esenței bolnavului nu poate fi făcută strict pe calea rațională ci numai empatia, punerea în situația afectivă a bolnavului, poate să-ți dea esența subiectului din fața ta. Deci nu ne interesează, după Max Scheller, halucinația ca fenomen obiectiv ci ne interesează trăirea de moment a bolnavului.

În rezumat deci, fenomenologia o reținem în trei sensuri:

1. fenomenologie descriptivă, în care Jaspers a luat sensul de la Laber, din secolul XVIII.
2. fenomenologia în sensul husserlian, adică fenomenologie de intuiție eidetică, rațională, aplicată în psihopatologia expresiei.
3. fenomenologie în sensul dat de Scheller, adică afectivă, axiologică, de valoare, care este în curs de aplicare în psihiatria modernă.

În perioada în care am fost constrânși de dogmatisme și tot felul de frici și ne era teamă să studiem și să cunoaștem bine psihiatria și concepțiile occidentale, Jaspers era prezentat numai pentru acest prim capitol, adică i se recunoștea ca incontestabil valoarea fenomenologică, adică faptul că el ne-a obligat să facem o descriere curată a bolnavului, așa cum vorbește el, nu cum avem noi schema în cap. Înțelegeți deci că, în concluzie la această primă parte, trebuie să rețineți așa – foaia de observație este cu atât mai bună cu cât nu se vede schema care o aveți voi în cap și care ați preluat-o, ci cu cât se văd bucățile declarate de bolnav la schema care v-o spun eu și ca să fiți și mai fenomenologi, trebuie întotdeauna să spuneți – am întrebat și mi s-a răspuns și întotdeauna puteți face acest lucru. Îi este foarte greu, dar trebuie probabil așa ceva ca să poți reda complet cazul, dar foile către asta vor tinde în viitor, deci către această jumătate, dacă vreți, a foii plină de concret.

De aceea se poate spune că fenomenologia este un drum nou, recuperatoriu, în psihiatrie, care valorizează etajele superioare, spiritul omului, fără să-l mistifice și conferă specificul uman. Este într-adevăr un umanism, fără să fie confundabil cu o etică creștină și în nici un caz cu o mistică.

Acest suflu nou în mortificarea pozitivă a psihopatologiei a fost introducerea noțiunii vitale a lui Bergson, care se numește elan vital. Este vital pentru că este sinonim de viață, e introducerea vieții și este elan pentru că este o aspirație către superior, înalt, pe care el a dat-o acestui vital. Elanul vital este egal cu evoluția creatoare (titlul principalei sale lucrări). Așa cum în artă există artizani, amatori, fără elan vital, există și creatori, cei înzestrați cu elan vital, lucru valabil pentru orice domeniu. Trebuie să accedem la acest elan vital. Problema elanului vital e o problemă transcedentală, de

cunoaștere filosofică și de inventare a unei dispoziții sufletești apte să recepționeze complexitatea cu totul specială a simptomului (în felul acesta, foaia de observație poate deveni un roman).

De asemenea, fenomenologia psihiatrică ne introduce în lecția de structuralism, adică subiectul (subiectivitatea) devine o variabilă structurată. Este variabilă în funcție de conștiința intențională a interpretului (deci încă o noțiune – psihiatrul ca interpret). Noi ne referim deocamdată la psihiatrul care recepționează și interpretează, dar el trebuie să așeze, pentru că fiecare caz îi confirmă sau infirmă o anumită schemă culturală despre om, despre tulburările psihice.

În fine, fenomenologia poate fi socotită și o premisă (una din premise) a doctrinei lui Henri Ey. Acesta a considerat psihopatologia ca o pierdere a libertății interioare; libertatea interioară este un fapt fenomenologic pe care nu-l poate disloca nimeni, niciodată. Poți să omori omul și nu-i vei putea disloca convingerile ultime ale lui. Omul poate minți, disimula, poate zeci ca noi, dar nu poți ști ce zace în capul lui (deși ar trebui să știi de la bun început).

Noi, ca psihopatologi, suntem foarte aproape de epistemologie și putem oferi multe din aceste idei în primul rând celor de la medicină, între care majoritatea sunt dintre cei condamnați de Husserl. Prin aceasta trebuie să aducem în formarea medicului de viitor o nouă dimensiune (așa cum a încercat și etica, și teologia, dar cam fără succes), adică redimensionarea ființei umane, pentru ca noi s-o putem respecta. Indiferent de diferitele profesii pe care le au cei cu care noi venim în contact, până la urmă e vorba de înțelegerea unui om.

(2) Ce facem cu aceste date? Le interpretăm. Aici Jaspers a adus o contribuție. A interpreta, spune el, înseamnă a face o legătură între fapte, sau a acorda un sens, o semnificație faptelor pe care le găsim. El și-a dat seama că în psihiatrie interpretarea este de două feluri și asta este partea genială a lui Jaspers. Este o interpretare pe care el a numit-o legătura inteligibilă și o a doua interpretare pe care a numit-o legătura causală. Jaspers cu pregătirea filosofică, cum v-am spus, și cu orizontul lui Dilthey, adică a împărțirii științelor în biologice și spirituale, și-a dat seama că psihiatria trebuie să uzeze de două metode în interpretarea faptelor. O metodă exact ca în științele naturale, adică metoda deterministă, după care fiecare fenomen poate fi socotit un efect al unei cauze. Aceasta a numit el „legătura causală“.

Încercând să aplice determinismul în psihiatrie și-a dat seama că psihiatria are o porțiune limitată, relativ mică de aplicare a legăturii cauzale. Și atunci s-a întrebat: *bine, dar tot restul patologiei psihiatriei este în afara determinismului?*

A fost deci forțat să se gândească că exact cum și celelalte științe sociale, la istorie de pildă, estetica nu lucrează cu legături cauzale, adică dacă o să spuneți: acesta este un tablou de van Gogh, nu o să-mi puteți spune care e cauza lui. Și întotdeauna se va descrie că pictorul era în soare, dar nu se va putea ști și să spună niciodată care e cauza unui tablou ca efect. Vom folosi o înțelegere. Exact la fel nu veți putea spune de ce, să zicem, la o catastrofă, la un cutremur, care e cauza reală și obiectivă, un șoc psihic, doi vor face confuzie, doi excitație maniacală, doi nimic. Doar cauza a fost aceeași, efectele însă sunt diverse. Prin urmare, spune Jaspers, există o parte a psihiatriei care la ora actuală nu se supune înțelegerii cauzale, mecanice a lucrurilor și trebuie explicate prin înțelegerea inteligibilă, a comprehensiunii. Deci dacă psihiatria până la el este o psihiatrie cauzală și după el rămâne, el aduce psihiatria inteligibilă și împarte de fapt toată nosologia nu la modul krepelinian, ci la modul – psihiatria se împarte în reacții, tot ce este inteligibil și procese, tot ce este neinteligibil, adică cauzal.

Capitolul 2 este consacrat, după cum v-am spus, legăturii inteligibile. Aici Jaspers ne plimbă prin toată filosofia și cultura lumii, ca să demonstreze că tot ce este în afara psihiatriei, tot ce numim normal se bazează pe inteligibil. Numim un om normal atâta timp cât se menține în zona inteligibilului. Noi ne simțim între oameni atâta timp cât comunicăm în zona inteligibilului. Ne simțim în primul rând fără frică, ne simțim luminați atâta timp cât contăm pe oameni, pe conduita lor inteligibilă. Există o inteligibilitate rațională și afectivă a omului, care îl deosebește în primul rând de animal, în al doilea rând de nebuni, adică de bolnavul clinic ininteligibil prin definiție. De ce? Pentru că inconștientul omului este prelucrat. Omul nu rămâne temperamental, el își construiește un caracter. În acest capitol, Jaspers fundamentează noțiunea de normal, ca persoană care a ajuns să-și construiască un caracter. El definește caracterul – prima dată o să vă surprindă definiția – *totalitatea legăturilor inteligibile ale unui om*. Atâta timp cât acestea predomină, omul este de caracter, dacă un om are legături ininteligibile, adică este impredictibil, plin de capricii, nu poți conta, nu poți să prevezi o oră, o zi, ce se va întâmpla cu el, înseamnă că în el predomină nu legătura inteligibilă ci ceva care nu înțelegem, nu-l putem prevedea, ci deci trece de zona normalului, de zona obișnuitului.

În zona normalului, unde Jaspers a descris foarte bine limite, se pot produce reacții. Deci oamenii sunt supuși la numeroase traume și pot să dezvolte, conform cu persoana și constituția lor, anumite reacții. Toate aceste tulburări le socotim inteligibile. El a legat această noțiune, de fapt cele trei condiții postulate (expuse în altă parte) ale reacției, și anume: reacția survine după un dezechilibru al mediului (mai modern asta se numește stres); reacția are o curbă descendentă, adică se șterge în timp; conținutul reacției este în

legătură inteligibilă cu șocul. Prin urmare, dacă șocul este o persecuție, reacția este de persecuție, dacă șocul este o naștere, conținutul psihozei va avea legătură cu nașterea copilului ș.a.m.d. Deodată vedem că după naștere se produce schizofrenie, vă dați seama că nu este în legătură inteligibilă cu nașterea, deși familia va crede toată viața că nașterea a produs această schizofrenie. Dar conținutul psihozei nu are nici o legătură cu nașterea.

Pe ce ne bazăm noi în această inteligibilitate? În primul rând, ne bazăm pe practica culturii, în sensul că noi putem, de exemplu, să înțelegem de pildă cu mult mai bine pe Dostoievski, pentru că are o forță genială de a descrie omul, decât pe un scriitor abscons și voit abstract care nu comunică bine cu noi. În al doilea rând, inteligibilitatea se bazează pe următorul postulat: rădăcina psihicului fiecărui om este reductibilă la o lipsă ierarhizată de instincte, cum ar zice psihanaliza – de pulsioni. Acest pachet, care poartă numele modern de motivație, este în mare comun pentru specialiști și atunci fiecare act este un act cu sens pentru satisfacerea acestui pachet motivațional. Deci omul de la distanță sau îndeaproape, fără să comunice cu celălalt, trebuie să găsească o explicație inteligibilă pentru fiecare act. De ce sunteți aici, de ce scrii, etc. Toate trebuie să ne devină inteligibile. Toate actele care ies din această explicație poartă numele de acte bizare și trebuie interpretate în cadrul celeilalte noțiuni procesuale. Cu alte cuvinte, schizofrenul este schizofren tocmai pentru că noi nu-l înțelegem. Toată lumea crede că este schizofren pentru că psihiatrul l-a înțeles. Deci se produc niște crime. Lumea nu înțelege nimic dar crede că psihiatrul înțelege fiindcă a spus că criminalul este schizofren. Ori din contră, convingerea psihiatrului este că acela este schizofren tocmai pentru că nu se pot înțelege de către nimeni mobilurile, motivația ultimă a acestui fenomen. Deci acesta este un secret al profesiei noastre. Noi descriem ca să ne acoperim dar nu ca să înțelegem. Înțelegem reacțiile așa cum v-am spus.

Legat deci de acest pachet motivațional, noi ne mișcăm într-o lume în care actele inteligibile sunt ori manifestări directe instinctuale ori manifestări ocolite, simbolice. Deci noi trăim într-o lume simbolică, în care interpretăm un act ca inteligibil dacă putem să-l reducem la instinctualitate. Aici pe lângă seria pe care v-am făcut-o la semiologie, foamea, setea, somnul, etc. adică zoo, trebuie neapărat să puneți seria intermediară de instincte, în care intră în principal instinctul puterii, autorealizării, în fine instinctul expresiei, al realizării comunicate. Nemții merg foarte departe, adică ei consideră că în om este și instinctul eternității, dar eu mă jenez să închei lista cu el. Adică absolut în orice om poți să înțelegi anumite lucruri prin instinctul eternității. N-o să știi niciodată de ce un sculptor moare de foame dar își umple curtea cu pietroaie. {i alte lucruri care zarzavagiului, de exemplu, i se par niște nebunii – „dacă-i prost, lasă-l să spargă pietre“.

El nu pricepe pentru că în capul lui nu a încăput lista, nu s-a încheiat cu capitolul eternitate. Dar prin acest ultim instinct o să înțelegi foarte multe lucruri care pot părea ciudățenii, excentricități și absurdități.

De curând, am văzut undeva o placă pusă: *aici și-a desfășurat activitatea X, care a lucrat 50 de ani, a făcut și-a dres*, iar alături e un mormânt cu mozaicuri și întreb, și mi se spune că persoana trăiește dar și-a făcut așa... Vă dați seama că tot cartierul îl consideră caz pentru psihiatrie, dar noi dacă avem schema, o schemă mai largă, nu mai ni se pare un caz, ci este un om care voia să-și încheie absolut toate socotelile și să nu mai lase nepoților treaba. Ceea ce v-am spus instinct și aspect simbolic – Jaspers recomanda că atunci când facem o interpretare să nu ne oprim la o singură motivație. Gândește-te la motivația ei inversă, cum numește el, la contrast. Este de altfel o cerința logică de la Aristotel. Deci nu spune: *crima s-a produs din gelozie*, gândește-te și invers. Exista un invers al geloziei? *S-a produs din aceasta cauză și atunci veți înțelege mai exact fenomenul*, spune el. Prin urmare, când vedem pe cel cu groapa pregătită, nu te gândești neapărat că este un nebun imaginar dar gândește-te exact și invers, nu are probabil pe nimeni și știe că nimeni nu va face nimic din ceea ce va lăsa el și atunci vei înțelege prin contrast conduita unui om.

O altă regulă metodologică pentru inteligibil este introspecția. Caută în psihiatrie să introspecți pe cât se poate. Atâta timp cât o să poți să retrăiești introspectiv anumite lucruri, ești în domeniul inteligibil. Aici nu este vorba că bolnavul declară că și-a pierdut mama, plângi și tu, el vrea 7 zile concediu, tu îi dai 30, nu este vorba de aceasta, ci este vorba ca un om să nu fie nevoit să demonstreze ce suferință are el că și-a pierdut mama. Este de ajuns să fie aceasta nu o minciună ci un lucru real, ca ție să nu-ți mai trebuiască altă demonstrație pentru a-i da concediu, tratament, compasiune, etc. Aceasta scurtează înțelegerea noastră. Nu, de pildă, să îl inviți să ia loc și – să-mi explici o oră ce simți că ți-ai pierdut mama. Este și oarecum inuman.

Nevrozele, reacțiile psihopatice, reacțiile de început și sfârșit ale proceselor (deci și o PGP și o schizofrenie înainte și după pot avea reacții). Tot ceea ce nu numim patologie intră aici. Să zicem o stare de indispoziție provocată de ceva, adică o stare negativă pe care nu trebuie neapărat să o denumim nevroză sau ceva patologic. Jaspers a adus această obligație ca patologia să fie numai ceea ce capătă o structură în sine. Studiind aplicarea acestei legături inteligibile în condițiile penitenciare, eu mi-am dat seama că există o împletire posibilă și chiar, matematic vorbind, patru posibilități între legătura inteligibilă și cea cauzală. Rămâne să exemplificăm odată.

Capitolul trei sau legătura cauzală. Deci boala psihică este produsă de cutare cauză. Tot ce este reductibil la o explicație precisă, la un factor extern precis, poartă numele, după Bonhöffer, de patologie exogenă sau tip exogen

de reacție. Această noțiune este mai ales valabilă pentru tot ce se întâmplă după: toxice, traumatisme cranio-cerebrale, boli somatice, endocrine, de interne, procese cerebrale sau este o exogenitate pe care trebuie să o înțelegeți mai larg – bolile ereditare. Pentru că realmente poți să spui – anomalia genei cutare poate da un anumit fel de oligofrenie. Vedeți, dacă s-ar afla toată patologia în domeniul acesta, noi am fi o știință riguroasă, ar fi cu totul extraordinar, dar am fi o știință naturală, de aceea este puțin de sperat că psihiatria va ajunge ca toată patologia să o rezume la o legătură cauzală.

Ce este mai nou, ce a adus Jaspers în acest capitol este următorul lucru – în variațiile care se produc datorită anotimpului sunt oameni care își cunosc variațiile dispoziției, chiar nu numai la schimbarea de anotimp dar chiar la schimbarea de vreme și chiar la anumite ore ale zilei. Bineînțeles că noi, cât suntem tineri, nu dăm atenție la legătura aceasta. Dar sunt foarte mulți oameni, mai ales în vârstă, care își fixează chiar un anumit program, pentru că știu că la ora 7 au capul clar și la 3 sunt cu nervi, etc., în legătură cu ciclul zilei, lunii, anotimpului, etc. S-a observat chiar că există o legătură între sinucideri și anumite luni din an pe tot globul. Ce este propriu legăturii cauzale este că este ininteligibilă. Prin urmare cineva (să luăm exemplul clasic) este lovit de o mașină și suferă un traumatism cranio-cerebral și după aceea își schimbă caracterul. Toți spunem – este o stare psihopatoidă posttraumatică, dar noi nu înțelegem în zona inteligibilului și nu înțelegem de ce unul își schimbă caracterul, altul în aceeași situație se va apuca să bea, altul se va demenția, etc. Probabil că unul a fost atins mai ușor, altul are lezate alte porțiuni din scoarță, deci aici explicația este din punct de vedere științific naturalist și spunem – probabil că unul are encefalopatie, dar nu este o legătură inteligibilă aceasta. Nu este o chestiune culturală.

O a doua legătură cauzală este reacția omului la oboseală și epuizare. Aceasta este explicația cauzală care o dăm cel mai frecvent și, ca să liniștim de obicei familia, spunem: băiatul este obosit, a muncit mult, a citit noaptea, a băut cafele și tragem o listă de cauze și într-adevăr ni se pare că explicăm cazul și remediem imediat cazul spunând să nu se mai obosească, toate acestea fiind lista de cauzalități posibile, însă știm că peste toată lista aceasta de cauzalități stă ceva care încă nu a fost precizat și care poartă numele în denumirea germană de endogenitate. Deci în legătura cauzală intră și legătura endogenă care este de fapt x-ul nostru, care trebuie descoperit dacă va fi metabolic sau de altă natură.

Ce intră în capitolul de cauzalitate? Intră tot ceea ce Jaspers a numit ca procesualitate, adică ca fenomen natural care se dezvoltă independent de contextul inteligibil. Prin urmare dacă e un schizofren și face o hebefrenie gravă, poți să-l pui în toată cultterapia ta, cu meloterapie și altele, că nu va ieși nimic, fiindcă procesul este independent de inteligibilitate. Cum veți

vedea însă, această delimitare a lui Jaspers în ultimele domenii a căpătat multe posibile flexibilități și combinații, ceea ce ne face să sperăm că chiar evoluția proceselor depinde de un context inteligibil. Tocmai de aceea facem astăzi multă socioterapie. Dacă ar fi după Jaspers, conform acestei chestiuni, socioterapia e nulă. Este un proces independent, poți să-i faci orice, veți auzi pe foarte mulți spunând așa – ești schizofren, n-ai voie să te însori, ești ca o lumânare care se stinge, în timp de 10 ani ești la Bălăceanca și n-ai să știi nici cum te cheamă. Asta este a judeca critic ca un savant naturalist, care independent de orice a pus diagnosticul și s-a terminat și tipii à la Krepelin au acest sadism, veți putea vedea tipi din aceștia, spun așa cu voce tare – este vorba de o schizofrenie, proces al cărui cauză nu-l știm dar știm că evoluează în mod ireversibil cu un stadiu apato-abulic, vă dați seama ce dezolant este, deși el crede că a spus ultimul adevăr. Este un adevăr mult modificat, până la un punct valabil.

Dacă avem aceste două feluri de legături adică inteligibil și causal, înseamnă că datele culese în fenomenologie capătă o interpretare. La sfârșitul acestei interpretări noi putem spune – cazul este reactiv sau procesual. De aici decurg două tactici și două strategii prognostice și terapeutice. Acest lucru îl face Jaspers în capitolul patru, în concepția totalității clinice. Jaspers, ca toți marii filosofi germani, are obsesia întregului (Gesamtheit) – pentru el omul nu este inteligent dacă nu-și dă seama că are de-a face numai cu elemente dintr-un întreg. Prin urmare, după ce ai făcut lista semiologică, fenomenologică, trebuie să ai întregul în fața ta, reconstituit.

Acest întreg poate fi studiat pe o secțiune transversală sau longitudinală – de la el vine celebra secțiune transversală și longitudinală. Întregul este la un moment dat (secțiunea transversală) sau studiul conștiinței de moment care îți dă sindroamele actuale și secțiunea longitudinală sau a biografiei cazului sau a istoriei cazului care îți dă structura personalității. Mă amuz văzând printre diagnostice de la anumite centre și școli mereu cuvântul de structură – sindrom astenic cu anumită structură, de exemplu. Nu știi până la ce punct și ce origine are această folosire a termenului. În orice caz, dacă o are în sensul jaspersian, adică în secțiune longitudinală – tu vezi că este o astenie dar o înțelegi de-a lungul întregii biografii a subiectului, nu pentru că a muncit în ultimele trei luni. De fapt aici, la acest capitol de clinică, intră nosologia așa cum o concepe Jaspers și cum a fost dezvoltată de școala germană care l-a moderat pe Jaspers. El rămâne marele teoretician, elevii lui care sunt mari clinicieni precum Kurt Schneider, Mayer Gross au vrut să facă o împăcare între rigiditatea krepeliniană și mult prea marile înălțimi teoretice ale lui Jaspers. Poate că omul de mijloc în această privință a fost Kretschmer, care a făcut cea mai bună aplicație a concepției pe care v-am spus-o. Nosologia jaspersiană adaugă nosologiei

kremlinene reacțiile și mai recent dezvoltările, adică acele reacții prelungite și structurate. Acesta este sensul dat de Walter. Aduă apoi patologia marginală, psihopatiile, de care se leagă numele lui Kurt Schneider și, mai recent, a lui Petrilovici și aduă apoi dezvoltările nevrotice, în care este un punct de unire chiar cu psihanaliza.

În capitolul 5, psihologia anormală în societate și istorie, Jaspers vrea să explice comportamentul antisocial sau ceea ce s-a numit psihologia criminalului. De ce, spune el, într-un același mediu istoric și social majoritatea este conformistă, se supune și câțivaucid pe ceilalți, nu pot să trăiască după calapodul impus de societate, nu-i interesează valorile, sunt niște dușmani ai aproapelui. Știți că încă de la sfârșitul secolului, explicația principală era că anumiți subiecți sunt inferiori biologic, degenerați. Sunt stigmatizați la Magnan, Lombroso, Morel. Jaspers consideră (și aceasta este o idee adleriană) că comportamentul criminal este un produs de subcultură. Deci nu este un produs biologic, produsul unei epileptoidii în sensul kretschmerian, ci este în primul rând al unor subiecți în care nu s-a putut face nici o legătură cu valorile, cu cultura, cu știința. Preoții ar spune că sunt niște oameni fără Dumnezeu, sunt de fapt fără Dumnezeu dar sunt și imorali, așa cum a observat acum 100 de ani Prichard și acești oameni fac cum zice Jaspers, corp comun cu pachetul instinctual inferior, adică sunt oameni care nu pot fi frustrați de ce este inferior și care este singura realitate principală. Dacă îi este foame, poate să omoare și i se pare motivat, dacă are nevoie de sex, la fel procedează, etc. și mă îngrozește că unele texte pe care le aud în muzica ușoară, care îndrăznesc să le traduc, sunt niște urlete care spun – am nevoie de tine acum, etc. Deci acest cor, acest țipăt pe care îl faci pentru nevoia ta actuală, împotriva la toată lumea, este vecin cu motivația instinctuală. De aceea veți vedea în crime că motivația este de o uimitoare simplitate. *Eu voiam să mă dau jos și el a trecut prin fața mea*, sau celebra motivație – *m-a înjurat de mamă*. Și psihologia umblă cu magnetofone – vai cât de complicată e crima. Dar explicațiile sunt foarte simple. De exemplu, un dosar – unul care și-a omorât tatăl. Noi imediat ne-am gândit că e paricid, al câtelea e, când l-am întrebat pe criminal, a declarat – eu am vrut să mă însor, tata a zis – nu cu asta. Dar de ce?, am întrebat. Era o țigancă și tata nu vrea să-i aduc țigancă în casă și a dat-o afară, iar eu am luat toporul și l-am omorât. În sensul deci jaspersian nu este o oligofrenie, ci un fel de judeca, care nu se potrivește cu a omului complex care filtrează, amână o hotărâre. Comportamentul criminalului este impulsivitatea legată de satisfacerea imediată și de repararea frustrării pe loc. Militianul mi-a spus: „boule“, și eu am băgat cuțitul în el, fiindcă mi-a zis „boule“. Pe când omul cu mai multe etaje culturale înghite un „boule“ și se duce mai departe. Aici nu este vorba de o tipologie psihopatică

ci de un anumit mecanism extrem de simplu care trebuie să-l înțelegeți ca rădăcină a impulsivității. Veți vedea pe unii că dezbrăcându-i sunt plini de tăieturi, iar noi căutăm aici nu știu ce tipologie, poate este omul care dacă nu bagă cuțitul în altul, îl bagă în el și se taie și nu trebuie să cauți psihanalitic să-l înțelegi, are nevoie pe moment de cruzime, este o agresiune care ori este hetero sau auto, dar trebuie rezolvată. Rădăcina comportamentului criminal e o agresiune temperamentală nesubliniată de cadrul socio-cultural.

Un alt paragraf important al capitolului 5 este psihologia maselor. Știți că există două concepții radical deosebite despre mase. Una – „masele fac istoria”, deci nu personalitatea; este concepția de bază a materialismului istoric. Și alta opusă, așa-zisa psihologia maselor. Personalitatea devine solidară sau este influențată la un moment dat de un crez, de un curent al masei care diminuează raționalitatea proprie și acest comportament instinctiv adesea are caracter de apărare. Este foarte util. În momentul în care se îmbulzesc la cinema să iasă, tu nu mai spui că rațiunea mea îmi cere să mă controlez, de unde vine focul și ce proporții are, dacă s-au anunțat pompierii și dai să fugi ca toți ceilalți fiindcă este singura ieșire. Este un exemplu de conduită de masă irațională, în care supraviețuirea depinde de cine e mai iute de picior, cine poate da mai multe coate. Dar există și o psihologie a maselor mai complicată, prin care de pildă omul, indiferent de convingerile lui, împrumută, mimează o anumită conduită; în momentul în care se produce un vacarm de aprobare sau dezaprobare a unei persoane, un slogan a ceva, este imposibil să zici d-ta: *eu acum gândesc, eu am alte convingeri* și se produc niște fenomene pe care Jaspers le numește oportunism momentan, în care te dizolvi ca persoană în masă. Este inteligibil deci ca ulterior să nu judeci într-o poză, te-am văzut eu la mitingul acela, iată ce gură mare aveai și strigai.

El a pornit în studiul psihologiei maselor de la studiul psihologiei prizonierilor de război, din primul război mondial. Această experiență a omului în situație grea de viață, amenințat cu moartea, cu foamea, cu bolile, în care își dovedește laturi nebănuite nici chiar de el ale caracterului său, i-a servit ca material ulterior pentru construcția existențialismului și vă reamintesc ideea de bază, în care caracterul nu se formează decât trecut prin situații limită. Deci omul de seră cu toate condițiile – nu poți să contezi pe el că va fi o personalitate cu un mare caracter. Dar situațiile limită nu înseamnă ca la americani, că își trimit copilul să spele vase, să bată covoare, toate să le facă ca să cunoască prețul dolarului, nu la asta se referă Jaspers, ci la situații existențiale limită, adică situații vitale din care nu știi dacă mai trăiești în momentul următor, participări la catastrofe, molime, situația de a nu trăda în grupul prizonierilor și nu se știe cum vei reacționa când ești cu pistolul la ceafă.

Vă atrag atenția că teza de doctorat a lui Jaspers în psihiatrie a fost descrierea sentimentului și a comportamentului de nostalgie la un prizonier de război. Acesta, ca să ajungă acasă, a făcut o crimă, încât a fost prins și judecat și condamnat ca un criminal obișnuit. Inteligibil era după Jaspers că omul putea fi înțeles prin sentimentul nostalgiei. Aici trebuie să vă spun că nostalgia la nemți este o noțiune pe care nu cred că noi o putem înțelege exact, numai cei care au trăit prin alte părți ale țării lor pot să știe ce este nostalgia, în orice caz am început și noi să auzim de la cei care se întorc și vorbesc, că au luat o cutie de pământ, ducându-se la Londra, iar nouă ne apar cam puerile dar totuși explică unele gesturi de unire cu patria ta, cu mediul tău. Neamțul este unit de comunitatea lui rurală unde s-a dezvoltat, de altfel chiar tipul de filosofie și gândire al lui este pe tip de comunitate rurală, nu este pe tip american de urban (de milioane de locuitori) ci din contră pe tipul de parohie cu două-trei sute de inși care se ajută reciproc.

Ultimul capitol – raportul dintre psihiatrie și filosofie. Ca și Eugen Bleuler, Jaspers a considerat că psihiatria este una din căile regale ale înțelegerii omului și ale construcției filosofice. El însuși a dat cel mai mare exemplu de răsturnare pur și simplu în filosofie, adică de creerea unei filosofii cu totul noi. Noțiunea pe care el a introdus-o și acum vă este pe limbă la toți, aceea de Weltanschauung, deci de univers propriu al fiecărui om, arată raporturile dintre subiectivitate și construcția ei teoretică supremă.

Pentru Jaspers psihiatrul este antropologul practician. Deci este un filosof fără diplomă. Psihiatrul nu poate fi după el numai omul care știe anumite tehnici de științele naturii, acela după Jaspers este cercetător în psihiatrie, este un psihiatru. Psihiatrul după Jaspers combină meseria cu calitatea de psiholog, neurolog, internist, dar trebuie să fie epistemolog, adică să aplice metodologia contemporană la construcția sistemului lui filosofic. Această construcție a psihiatrului clinician se face înlăturând prejudecățile din toate domeniile adică în filosofie, în domeniul medicinei interne, a psihologiei intelectualiste și mai ales în prejudecata tehnicismului. Foarte mulți cred că, cu cât au un aparat mai impresionant, ei pot sta mult mai comod și să vorbească mai puțin cu bolnavul sau bolnavul va fi atât de impresionat încât îl scutește de contactul obișnuit cu el.

Dacă fiecare din voi veți îndrăzni să nu vă lăsați până nu veți înțelege psihopatologia generală și veți merge pe urmele lui Jaspers până unde veți putea merge, eu cred că este metoda cea mai bună de a combate plictisul, deruta și lipsa de concepție în care sunteți forțați să trăiți în grupurile unde vă veți duce.

Aș fi foarte fericit să văd în biblioteca oricăruia dintre voi cartea lui și notele voastre, chinuiala voastră de a înțelege în oricare dintre limbile curente. Dacă, pe lângă psihopatologia generală, aveți și cele trei volume

de filosofie ale lui, atunci ar fi cu atât mai bine, pentru că veți înțelege apoi efortul lui Henri Ey și că acesta este un fericit continuator al lui Jaspers și o fericită combinare a filosofiei germane cu rafinamentul francez.

Fenomenologia a evoluat în două direcții – una către Heidegger, cu existențialismul ateu, din care reținem ideea duratei și eternității, legată de Bergson, cu strălucire ilustrată de Proust în „Timpul regăsit” și a doua direcție, către hermeneutică, prin Paul Ricoeur, care subliniază rolul conștiinței interpretului și al momentului de interpretare. Acest instrument este indispensabil în interpretarea artei psihopatologice (vezi capitolul de arteterapie).

Structuralism

Împreună cu fenomenologia, această concepție constituie premisele unei concepții moderne în psihiatrie. Dacă prin structură se înțelege organizarea internă a unui obiect, aplicarea acestei afirmații ar însemna două lucruri: aflarea structurii psihicului normal – deci un structuralism psihologic și aplicarea acestei idei în psihopatologie.

Structuralismul este intenția de logicizare, formalizare, matematizare a unui domeniu. Deci idealul maxim azi este computerizarea, până la o anamneză și un diagnostic automat. Aceste dezvoltări maxime ne fac să avem oarecare rezerve, noi îl vom folosi în sensul în care această matematizare ne folosește pentru o înțelegere mai rapidă a unor domenii complicate și nu pentru o formalizare maximă. Adică părerea noastră este că psihiatria va fi printre ultimele domenii care vor încăpea pe mâna axiomaticii și a formalismului.

Structuralismul este un curent la modă în știința actuală și pretinde a fi metoda generală a științelor – știința științelor – pretinzând oricărui domeniu să-și construiască un model în care să simuleze realul. Deci știința își poate face un simulator și, cum se știe, psihiatria tocmai de asta duce lipsă, este caracteristica ei: imposibilitatea de a reproduce 2 stări de conștiință – și aici se vede contradicția cu fenomenologia: ea ne ajută să vedem originalitatea ireductibilă a unui moment de conștiință, pe când structuralismul pretinde exact invers – să fie reproductibil un moment de conștiință.

Existențialismul și structuralismul constituie o premisă pentru fundarea persoanei umane. Aplicat la psihiatrie, structuralismul pornește de la următoarea idee de bază – psihicul, deși e un concept fluid, are o structură nevăzută ușor la un moment dat, ci doar intuită și care se constituie pe parcursul existenței unui individ. Deci pe de o parte ni se cere intuiția fluidității psihicului, a ștergerii lui și pe de altă parte în acest psihic trebuie să băgăm niște structuri, cu riscul unor rigidizări. Pentru ca fixarea contururilor unei personalități pare trasarea unor hotare față de celelalte persoane.

S-a spus că prin structuralism se trece de la trăirea existențială la adevărata cunoaștere obiectivă. Este interesant de remarcat că ori de câte ori faci istoria unui curent, faci o întâlnire cu toate numele mari ale umanității și fiecare curent îi revendică ca înaintași. Care au fost precursorii structuralismului?

Structuralismul este socotit acea linie de gândire filosofică numită „morfoloică” sau „statică”, în contrast cu linia „mobilă” sau „dinamică”. Aceste două direcții, funcțională și morfoloică își au obârșia în lumea greacă și în toată istoria filosofiei. Pentru direcția funcțională, ideea că lumea curge, că existența curge vine de la Heraclit. Dar curge întotdeauna tinzând către o unificare, tendința către unitate fiind o idee plotinică. Această curgere către unul prinde tot Evul Mediu și până astăzi. Pentru aspectul de curgere este Sf. Augustin. Freud este înscris la cea dinamică.

În linia statică trebuie numiți întâi filosofii greci eleați, de exemplu – Parmenide. Numele cel mai important este al lui Aristotel, de la care vine ideea de formă. Psihicul poate fi tratat ca formă și conținut (ca și organismul uman, ca și personalitatea). Partea de formă a numit-o idos (intuiția acestui idos esențial este fenomenologia), iar hile este partea corporală, materială (care se studiază la medicină). Acest punct de vedere apare pe linia catolică la Toma d’Aquino. Claritatea și evidența formei o aduce Descartes. Scolastica medievală are ca reprezentant principal pe Leibnitz – monadologia (ideea că lumea este făcută dintr-o mulțime de monade), cea mai importantă fiind monada Dumnezeu, dar fiecare persoană, fiecare ființă și obiect până la urmă este o monadă.

Începuturile formalismului modern le aduce Kant, cu distincția pe care o aduce în obiect, deci o distincție structurală într-o parte cognoscibilă fenomenală și o parte incognoscibilă -în sine (noumenală). O intenție structurală găsim chiar la Husserl – el vrea să reducă multitudinea fenomenală la un număr mai redus al esențelor – este o reducere fenomenologică.

Marx, în *Capitalul*, are ideea fundamentală că societatea ar fi un sistem în care modificările radicale încep cu forțele de producție și forțază chiar prin revoluție, deci revoluțiile umane sunt necesare, să se facă un acord cu relații de producție mai potrivite, mai naturale.

Structuralismul contemporan are începutul în lingvistul elvețian Ferdinand de Saussure. El constată că fiecare cuvânt are două părți: un înveliș, haina care se cheamă „semnificant”, al cui? Al sâmburelui care se cheamă „semnificat” sau sensul cuvântului. Semnificantul este concret, perceptibil. Semnificatul e indus, abstras, adesea nevăzut. Semnificația e o abstracție obligatorie în studiul semnificantului. Iată cum de la el, lingviștii încetează gramatica tradițională – morfoloie / sintaxă – și adaugă a 3-a dimensiune, care este semiotica, știința semnului (semantica).

Cei care se ocupă de aspectul superficial – limbajul bolnavului, se ocupă numai de limbaj; cei care se ocupă de al doilea aspect, se ocupă de limbă. El aduce distincția dintre limbaj și limbă. De aici se poate vedea aplicabilitatea la noi. Bolnavul are un limbaj și noi înțelegem limba noastră – semiotica. El spune „mi se frământă aici“, iar tu îți spui – „nod în gât și angoasă = pitiatism“. Desigur că limba la fiecare este mai coerentă sau mai puțin, dar oricum începem să înțelegem în varietatea descriptivă un al doilea plan. Deci bunicul acestei interpretări este Saussure.

Noțiunile de semnificat – semnificant ale lui Saussure stau la baza structuralismului modern. Ele formează un cuplu simbolic (de unde și definirea psihicului ca legătură simbolică). Această noțiune a fost impusă în filosofia modernă de Cassirer, un neokantian, el a adus logica filosofiei simbolice.

În medicină, H. Jackson a putut vedea în sistemul nervos o organizare structurală cu etaje superioare și inferioare și, mai mult, a văzut în boala neurologică, psihică o răsturnare afectivo-cognitivă (în ordinea normalului, afectivul este un etaj inferior cognitivului, în boală este invers). Sherrington a mers pe aceeași linie. Ambii sunt părinții neurologiei structurale.

De la neurologie la psihiatrie și psihanaliză, Freud a descris structura ternară, în care Eu-l ca structură trebuie să controleze două structuri inconștiente: inconștientul și supraeul.

Lersch a descris organismul în totalitate ca fiind format din trei sau patru niveluri structurale. Lersch a scris „Construcția persoanei – Aufbau der Person“, arătând straturile – carte fundamentală și pentru organo-dinamism și pentru o serie de psihiatri mai recentți – straturile după el:

- stratul vital (biologic) sau corporal
- stratul sufletesc (psihologic)
- stratul spiritual – în ideologia noastră înseamnă un strat dublu – un strat social, de comunicare și un strat al sensului – stratul spiritual universal.

Deci Lersch dă o ontologie a persoanei, tripartită și de câte ori veți auzi în 2, 3, 4, este structură, bucăți mari, în timp ce eu veți vedea că vă voi prezenta o ontologie cuaternară. Contemporan cu el și mergând pe aceeași idee este și N.Hartmann, care a descris ierarhia ființei umane, de la biologic la psihologic, de la psihologic la spiritual, între aceste trei etaje putem situa toată varietatea umană. Personalitatea umană este o combinație structurală a acestor trei niveluri.

Contemporani însă și cei ce au pretenția că ei sunt părinții acestui domeniu sunt: Claude Levy-Strauss, Michel Foucault, etc.

Levy-Strauss a aplicat structuralismul în etnografie, etnologie, în studiul miturilor și a comunităților primitive și care a comparat de fapt științific gândirea primitivă (cartea sa se cheamă „Gândirea sălbatică”) cu societatea modernă. Deci ce făcuse Freud în „Totem și Tabu”, făcuse literar, „după ureche”, iar Levy-Strauss a adus 2 noțiuni care sunt pe buzele noastre fără să i le mai atribuim – ideile de structură sincronă și structură diacronă.

Deci realitatea unui obiect fie el comunitate umană, personalitate umană, este o sinteză între două stări – prezentă și trecut. Așa este de fapt de acum încolo structurată și foaia de observație. Unii studenți întreabă – de ce să mai scriem aici, că reluăm? Fiindcă aici scriem în altă structură – una este când faci diacronia în istoric, antecedente; una este când faci sincronia în examenul prezent; alta este când reiei în sinteza finală combinarea celor două structuri și obții diagnosticul. Deci reluarea anumitor elemente este inevitabilă, dar în altă perspectivă.

Urmează Michel Foucault, cel de care s-a vorbit la antipsihiatrie, el nefiind interesat să fondeze antipsihiatria ci l-a interesat să arate structura culturii contemporane, deci problema cu psihiatria este o anexă – deci pe el asta l-a interesat – structura culturii și civilizației contemporane. El este important fiindcă el este socotit fondatorul tehnocrației contemporane, al antiumanismului tehnocratic. El spune că cine vrea să facă știință să nu umble cu lacrimi în batistă. Adevărul este acesta – societatea modernă prin revoluție tehnico-științifică tinde către o tehnocrație – trebuie să se bazeze pe informatică, calcule care sunt neplăcute pentru fiecare în parte. Din această cauza se cheamă antiumanism.

Din Michel Foucault derivă Althusser (a avut PMD și la bătrânețe și-a sugrumat nevasta) – membru al CC al partidului comunist francez, profesor la Sorbona și care, aplicând această idee, își dă seama de lucruri importante și anume: nu este un Marx, ci sunt doi: unul de tinerețe, un Marx umanist revoluționar și un Marx din Capitalul, care e tehnocrat, un om de calcule, unde totul trebuie să se schimbe conform calculelor și contradicțiilor pe care el le-a descoperit.

Structuralismul a fost aplicat și în psihanaliză, deci azi dacă ești un freudist, un disident, un neofreudist, etc. ești depășit, nu ești primit în cercurile selecte – trebuie să fii un structuralist freudist – un lacanist. Deci Lacan, care a descris structura inconștientului ca un limbaj, o gramatică, textele lui sunt pline de formule, ai putea să crezi că este altceva, era mai mare înghesuială la el ca la Yoga, se intra greu la un curs al lui, cât înțelegeau cei care îl înregistrau pe bandă nu știu.

Jacob – premiul Nobel pentru biologie pentru cartea lui „La logique de l’Etre vivant”, deci biologia se structuralizează și tinde spre formalizare și

ingineria genetică s-ar putea să ne ofere oameni cum îi vrem – mai mici, mai mari, mai deștepți, etc. Este pe cale să devină o armă mai ceva ca bomba atomică.

În structuralism trebuie să integrăm și curentul de psihologie Gestalt-istă, ca și filosofia Întregului (holismul), toate socotind că întregul este mai important ca părțile.

Un nume mare este L. Von Bertalanffy, un ungar plecat de mult în Occident, care este un biolog dar pentru ideea sa de sistem el este un filosof, metodolog astăzi pentru toate disciplinele. Ideea a cuprins și matematicile superioare, unde numărul unu este Burbaky.

Cu o nuanță mai filosofică și umanistă este Taillhard de Chardin, biolog – teolog; sunt unii care luptă pentru două – trei diplome, îi lași fiindcă din toți cei care ratează, rămân câțiva care dau sinteze foarte importante. Este cazul acestuia, care a dat noțiunea de ierarhie a structurilor, situând structura umană foarte sus. Aici ideea se confundă chiar cu teologia, fiindcă radical deosebit omul nu este decât în teologie. În toate științele el este redus la altceva inferior.

În psihologie, trebuie să-l avem în vedere pe Piaget, ideea de psihic care se dezvoltă etapizat, adică psihologia genetică. Omul în diferite momente, copilărie, adolescență, etc. are structuri logico-afective proprii. Structura cea mai mare după Mounier e persoana umană – deci personalismul francez prin el este un structuralism.

Pierre Janet a descris structurile realului psihologic. Oamenii nu trăiesc la același nivel de realitate, pentru că nu au aceeași tensiune psihologică. După tensiunea psihologică ei sunt mai superficiali sau mai profunzi, mai apropiați sau mai îndepărtați, până la depersonalizare sau derealizare, cum este psihastenicul. Noi suntem pentru o creștere a tensiunii psihologice, a realității. Structura psihicului în schema ei completă a dat-o Ey.

Reținem deci că dedesubtul unei varietăți stă o structură. Fluiditatea tinde să te fragmenteze. să te înnebunească, de unde necesitatea structurării ei. Deci structuralismul în orice domeniu actual, științele au urcat la această etapă: în matematică, logică, fizică, biologie, lingvistică, științe sociale; matematica este logică superioară și logica este matematică. De asemenea în filosofie, psihologie, psihanaliză, în științele istorice. Această metodă generală – structuralismul – se mai numește azi și științifică – de știința științelor sau epistemologie. Deci în cadrul teoriei cunoașterii – a gnoseologiei, acea parte care se ocupă de cunoașterea structurală, științifică se cheamă epistemologie. În psihiatrie; psihiatria vulgară ar fi o gnoseologie, o psihologie socială vagă, iar psihopatologia ar fi o științifică, o epistemologie a acestei psihiatrii empirice.

După această introducere, cu nume, vom trece la expunerea logică a subiectului. Este vorba de o logică a cunoașterii noastre; nu trebuie să ne sperie pretenția, mărimea numelor și complicația care este conținută și cu care sunt expuse aceste domenii. Să ne gândim la noi, deci să avem acest egoism profesional și să vedem ce aplicabilitate poate avea aceasta la noi.

De fapt este vorba să unim trei noțiuni fundamentale. Noțiunea noastră cea mai mare este cea de psihic. Trebuie să o unim cu alte trei noțiuni fundamentale din structuralism. Ele sunt: sistem, structură, funcție.

Să le aplicăm. Deci psihicul ca întreg, ca mulțime de elemente, ca obiect distinct de totalitatea obiectelor din această lume este un sistem. El este în legătură mai apropiată sau mai depărtată, mai necesară sau mai puțin necesară – întâmplătoare, teoretic cu toate sistemele lumii. Practic, cum se știe, legăturile acestea nu sunt egale nici afectiv și nici intelectual; suntem cei mai legați, cum am văzut la Freud, de mama, sperăm să ne legăm de partener, în orice caz ne legăm de copil... Deci sistemul acesta se leagă de alte sisteme. Această legătură intersistemică înseamnă „funcția psihicului” și iată cum se aplică a 2-a noțiune, deci după sistem, psihicul este multifuncțional. Funcția lui este de legătură cu mediul; de fapt are multe funcții. A doua noțiune de funcție trebuie să o vedem ierarhizată; deci când psihicul intră în funcție cu un sistem superior, care îl subordonează, el devine un subsistem.

Ce s-a făcut la fiziologie și fiziopatologie nu sunt de fapt decât legăturile acestui organism cu cele exterioare, cu cele naturale – cu atmosfera, efortul, mâncarea, erau funcții biologice pe care le-am învățat altă- dată, de aici prin structuralism noi trebuie să învățăm funcțiile superioare: psihologice la psihiatrie, sociale, ne unim cu muzica – funcții totale – avem funcții „radar”, antene în toate domeniile. A treia noțiune fundamentală este de structură, care dă și numele curentului. Este vorba de organizarea internă a sistemului în care, în cazul nostru, este vorba de psihic. În cazul organismului general este anatomia adică cu aparate, sisteme, etc.

În cadrul psihicului este o structură sincronă tripartită, deci: comportament, cunoaștere, afectivitate și este o structură diacronă, a personalității, care este produsul înmulțirii aptitudinilor cu caracterul. Iată că v-am făcut două formule matematice, să nu ziceți că nu aplic structuralismul.

Formulele au fost și o dominantă a vieții mele, înainte de a ști că aceasta se cheamă structuralism și cred că am o listă mereu neterminată și cu formule din cursul medicinei și acum din psihiatrie. Una din preocupările mele era să văd dacă ceva complicat se poate reduce la trei aspecte, dar aceasta putea fi uneori un formalism și chiar ceva criticabil.

Între aceste trei noțiuni este o legătură, deci o a patra noțiune – interacțiune – deci funcție înseamnă interacțiune intersistemică pe când structură înseamnă interacțiune intrasistemică.

Deci relația obiectului cu subiectul din psihiatrie, care este relația fundamentală, prin structuralism capătă infinite posibilități. Numai un om prost crede că totul se teoretizează, se stereotipizează și mori de plictiseală în orice domeniu. Se pot găsi relativizări și alte relații cu intersistemul la infinit.

Vă dau câteva formule, le socot oarecum personale, care sunt aplicarea a ceea ce v-am spus aici.

Iată afirmația fundamentală a englezilor că personalitatea este natură plus cultură. A devenit în formula structurală:

$$P = N.N. (\text{nature.nurture}) = \frac{A.K. (\text{aptitudine, caracter})}{T(\text{temperament})}$$

Personalitatea este direct proporțională cu dimensiunea caracter – aptitudini și invers proporțională cu temperamentul.

Oligofrenii rămân temperamentalii – când trec pe aici, sar toți să mă ajute, iar cei cu aptitudini nici vorbă să ajute fiindcă alta este formula persoanei lor. Acest lucru se admite inversat numai la artiștii profesioniști care au un temperament formidabil și sunt scutiți de caracter; numai cine vrea să-l pedepsească spune că este homo, că l-a prins, că a făcut... Unul deștept spune că este artist – nu înțelegi că este cu totul altceva? Același formulă aplicată la psihopați admite că aceștia rămân niște temperamentalii.

Structura sincronă sau conștiința se poate băga în formula următoare – psihicul este direct proporțional cu toate nivelurile de conștiință (le-am făcut la Henri Ey, cu toate treptele și invers proporțional cu inconștientul. De aici iese și normalitatea și boala, în sensul că o formulă cumpănită, armonioasă a psihicului dă ideea de normalitate, adică normalitatea este stăpânirea inconștientului. Bolnavul psihic are și el conștiință, dar componenta inconștientă, numitorul, este mare și dezechilibrează formula.

Structura sincronă a conștiinței, deci analiza psihicului la un moment dat, în prezent, poate să stea în formula:

$$\text{comportament} = \frac{\text{proces cognitive}}{\text{proces afective}}$$

Nimic mai simplu când este ceva matematizat. Devine simplu după ce se dă cheia.

Deci avem acum două formule pentru diacronia personalității, care este cea cu aptitudini plus caracter pe temperament și una pentru sincronie care este comportament egal cunoaștere pe afectivitate. Cu aceste formule vedem că avem superioritate față de un cap încâlcit, supracitit și care de atâta citit nici nu știe ce este psihicul, nici în ce relații precise se află aceste componente.

Să trecem la o aplicare în psihopatologie. Dacă socotim sistemul psihopatologic în trei etaje, se pune problema câte elemente sunt în fiecare etaj. La psihopați se aplică cu logică ce am învățat. Deci spui că este un psihopat – trebuie mai departe să spui că este un sociopat și să meargă la pușcărie – problema este gravă. Voi spune sociopat când în formula persoanei prevalează temperamentul și nu s-a dezvoltat caracterul (nurture) din diferite motive – nu au fost condiții, familie numeroasă, cioban, ne-a luat averea – este fenomenal în motivarea unui eșec. În cazul psihopatului biopat, este vorba de impulsivitate, e omul de forță, a sugrumat toți bobocii bunicii, a spart capul unuia la grădiniță și a spart și tabla și nu poate fi ținut în frâu, sau face sport de performanță. Impulsivul de mare forță nu reușește, ratează, se bagă în băutură și acuză pe cei din jur. E vorba de o biopatie de forță.

A treia categorie, o mititică de 1,50 m, sub 40 de kg., lucrează în trei ture, are un bărbat bețiv care o bate în cap, adică ceea ce am numi fals neurastenică (o doare peste tot), aici este o psihopatie biopată slabă. Este un om slab. Nu-i poți promite nimic, se va odihni – este inaptitudinală pentru o viață care e supraîncărcată.

Se poate vorbi și în psihoze de anumite triade; în manie – euforie, logoree, agitație; în melancolie – inhibiție psihomotorie, tristețe, idei de suicid; catatonie – negativism alimentar și verbal, sugestibilitate, catalepsie maximă; hebefrenia – euforie nătângă, incoerență și aspirații supradimensionate, ceea ce dă bufoneria.

Bineînțeles că formalizările nu se fac numai pe trei, sunt altele care le-am prezentat la concepții. În sinteza concepțiilor se poate face un cerc, pe care trageți un diametru și se pun în partea superioară toate concepțiile care țin de idealism și în cea inferioară toate concepțiile care tind către materialism și veți vedea că în afara celor două extreme, de pildă să puneți la vârf spiritualismul și jos practica noastră care este empirism, veți vedea ca la mijloc intră fenomenologia, structuralismul, ca niște concepții neutre pe care le poți aplica și în teologie și în empirism. Este ceva de bun simț și foarte frumos.

Putem merge mai departe cu aplicabilitatea în terapie. Iată exemplul din Delay – Deniker, care au împărțit psihofarmacologia în psiholeptică, psihoanaleptică și psihodisleptică. Logica binară ar fi spus că ar fi cu creșterea activității psihice (adică psihoanaleptice) și cele care scad (psiholeptice).

Aceasta ar fi logica binară, dar psihodislepticul este o tulburare calitativă. Logica binară la neuroleptice duce la dreapta – stânga.

Dacă iei o logică clasică, veți vedea că are trei capitole; se compune din noțiuni, judecăți, raționamente.

Care este ultimul act logic? Aflarea adevărului. Ce descoperim? Ideea de izomorfism. Deci structuralismul pleacă de la studiul formelor și ajunge la concluzia finală că anumite forme sunt echivalente din anumite puncte de vedere. Deci domenii total diferite care sunt reductibile, formalizabile.

Deci din punct de vedere teoretic psihiatria este echivalentă cu orice alt domeniu științific. Trecherile dintr-un domeniu în altul se numesc extrapolare în domenii izomorfe. Lecția aceasta adaugă la valoarea inductivă o valoare deductivă în psihiatrie, de la abstract la concret, de la abstracție la abstracție și cauți triada.

Oricare curent ai citi, te convinge; apoi treci la altul și tot așa se întâmplă dacă nu intri în structuralism, adică să-l pui în anumite relații unul cu altul; așa îi poți înțelege, în sine nu. Dacă citești Bergson, dintr-o dată ești bergsonist, fiindcă este prea puternic dar dacă îl pui într-o schemă și o structură relativă față de alții, imediat el intră la locul lui.

În fond, diviziunea psihicului după Henri Ey este în conștiință și personalitate, adică o structură de moment (transversală, sincronă – querschnitt) și o structură de lungă durată (personalitatea, diacronă – langschnitt). (vezi organodinamismul – H.Ey)

Existențialismul

Filosofia contemporană cunoaște o multitudine de curente și orientări, din care cu orientare antropologică trei par a fi mai importante: existențialismul, freudismul (psihanaliza) și marxismul. Existențialismul nu este un sistem filosofic în sensul clasic al termenului ci „o afirmare a filosofiei omului contra priorității filosofiei ideilor și filosofiei naturii” (Kierkegaard). René le Senne (în vocabularul lui Lalanda) scrie: „Existențialismul înseamnă întoarcerea la existență așa cum ne este dată, sentimentul crescând al vanității care se poate insinua chiar în doctrinele severe, măsurarea distanței între abstracțiile teoretice și experiența concretă, pe scurt, nevoia de a considera existența în față, așa cum ea este trăită și de a gândi asupra ei cu eficacitate”.

Prin preocuparea dominantă de a determina condițiile specifice ale existenței umane, existențialismul reprezintă în filosofia și cultura contemporană nu atât o concepție despre lume, ci mai degrabă o concepție despre om, adică nu o filosofie ci o antropologie. Centrat asupra omului și opunându-se raționalismului existențialist, existențialismul disprețuiește

ideile abstracte care ar fragmenta realul promovând existența individuală și concretă ca un dat ireductibil la gândire, refuzând orice drept al rațiunii în fața vieții afective și voliționale.

Noțiunea fundamentală a existențialismului e că realitatea obiectivă comună există dar este secundară, este subordonată unei realități sufletești primare care se dezvoltă și are dreptul la existență în fiecare ființă civică. Indiferent dacă ființa psihică are sau nu legătură cu Dumnezeu, dacă a fost sau nu creată, dacă se solidarizează sau nu, principiul original și ireductibil e libertatea fiecărui subiect de a-și dezvolta o lume proprie. În fiecare moment istoric din sinteza aceasta a subiectului cu condițiile obiective exterioare rezultă o altă noțiune de bază, noțiunea a de fi în lume, aici și acum. Descrierea acestui univers al fiecărui subiect a constituit o metodă pentru literatura sec. XX, având ca precursor de mare forță pe Dostoievski, adică în descrierea universului sufletesc cu cea mai mare amănunțime, la care se adaugă o serie întreagă de literați ai secolului nostru, care renunță la metoda obiectivă balzaciană de descriere a sufletului omenesc și se apleacă asupra particularităților fiecăruia de a vedea universul. Din această metodă se poate vedea apropierea de psihiatrie, căci psihiatrul lucrează întotdeauna cu un om aproape ireductibil, adică un om unic, cu universul său propriu. Fiecare om este o unicitate care trăiește atât categoriile fundamentale filosofice cât și momentele vieții într-un fel particular.

Rândurile de față nu au drept obiectiv separarea tranșantă a existențialismului de marxism și excomunicarea lor reciprocă. Filosofia contemporană are în ciuda înfruntării opiniilor un aspect de competiție pașnică, de intercomunicare, de receptivitate la soluțiile parțiale pe care le oferă orice curent. Marxismul urmărește valorificarea unor achiziții și din alte curente de gândire și cultură, chiar dacă acestea resping principiile fundamentale ale marxismului. De aceea existențialismul nu va fi prezentat printr-o schemă standard și nici condamnat cu formulări stereotipe ci prezentat în mod critic.

Istoric. Contextul istoric din secolul XIX și începutul secolului XX a avut o influență sigură asupra nașterii existențialismului – războaiele și revoluțiile au pus existența sub amenințare. Problemele puse de existență au trecut în primul plan.

Apariția lui Kierkegaard însuși este un fenomen adică el ne apare astăzi ca un mare protestatar, student în teologie care își formulează o concepție care se opune atât filosofiei oficiale raționaliste cât și oficialilor din biserică. După el, tratatul de filosofie trebuie înlocuit cu un jurnal intim. Așa și face – cartea lui de bază fiind jurnalul. Lumea i se pare o gloată de nenorociți conduși prost de sisteme intelectualiste, de gândire discursivă,

de oameni care explică tot timpul dar gândesc într-un mod impersonal. Deci el, care cunoaște lumea de după revoluția franceză, este extrem de trist că această lume de secol XIX nu cucerise, așa cum i se părea întregii societăți că cucerise foarte multe drepturi, cucerise lumea științei, lui i se pare că a pierdut foarte mult și că a pierdut din cauza teologiei pe care o învinuiește de intelectualism și de raționalism de asemenea. Cea mai importantă idee a lui este relația noastră cu divinitatea. Din punct de vedere creștin, omul are o relație mediată de preot, biserică, sacramente. Ceea ce contează din punctul de vedere a lui Kierkegaard este numai calitatea fiecăruia de a intra în relație directă cu dumnezeirea. Înainte de a fi om ca esență, teză susținută de toată filosofia și mai ales de Hegel, ești o existență omenească, irepetabilă, cu un privilegiu unic de a fi în contact direct cu Dumnezeu. Tu ești Dumnezeu, deci ai putea fi în orice moment fericit – aici seamănă a predică.

Sub influența lui Kirkegaard și Nietzsche, filosofia occidentală a luat cunoștință de caracterul acut și angoasant al problemelor care se pun omului și de precaritatea, de insuficiența soluțiilor pe care rațiunea pretinde că le aduce. Această trăire a dumnezeirii e o trăire teribilă, este un dialog angoasant, personal și face din fiecare existență un posibil roman. Oficialii l-au socotit un disident al teologiei. Numai în aceasta relație el a putut vedea bazele libertății personale. În temerea Vechiului Testament față de D-zeu, angoasa poate duce până la disperare existențială (Jaspers vorbea despre situația limită în care se găsește un om față de D-zeu) numai aceasta îl poate funda ca om. Orice om crescut, educat și trăind în felul acesta se apropie de a fi un martor absolut al adevărului și e desigur un martir. În experiența cu divinitatea, omul duce un dialog, există o tensiune. Din această trăire pusă de el în primul plan rezultă o pasiune absolută, un fanatism, un misticism. Ura și disprețul față de filosofia tradițională, față de sistemele abstracte, față de pedanteria academică, face parte din intimitatea psihiatriei moderne, a întâlnirii unui om cu alt om (fundamentul ei este pe existență, pe ființa umană). Chiar ideea de filosofie așa cum era concepută tradițional – căutarea unui adevăr durabil și valabil pentru toți – a fost complet repusă în discuție.

Existențialismul exprimă un moment de criză istorică a sistemului burghez care se instalează în Europa după primul război mondial, când realitatea crudă a distrus credința în sistemul de valori tradiționale.

Curentul apare în fapt după primul război mondial în Germania, prin lucrările „Römerbrief“ de K.Barth și „Psychologie der Woltanschaungen“ de K.Jaspers. Ideile, cum se va vedea, nu sunt noi și le putem găsi încă la Socrate și Plotin.

Se dezvoltă în diverse variante, din care cele mai cunoscute sunt:

- existențialismul german, care recunoaște ca precursor de idei pe Kirkegaard și Nietzsche, iar ca precursori de metodă pe Husserl și Dilthey. Reprezentanții cei mai de seamă sunt Heidegger, Jaspers și Barth.
- existențialismul francez, diferă de cel german pentru că derivă din tradiția spiritualistă franceză de derivație carteziană, reprezentată de Pascal și Malbranche, reînnoită de Maine de Biran și Bergson și cu cei mai cunoscuți reprezentanți – Sartre, Marcel, Camus, Merleau-Ponty.
- mai puțin cunoscute sunt variantele existențialismului rus (Chestov și Berdiaev) care pleacă de la Dostoievski și existențialismului italian (Abbagnano, care este influențat de Heidegger).

Existențialismul se împarte mai frecvent în existențialismul religios (Marcel, Jaspers, Buber) și existențialismul ateu (Heidegger, Sartre, Abbagnano).

Deci existențialismul are propriu-zis doar 80 de ani, deși ideile fundamentale nu sunt absolut originale și unele datează de mii de ani.

Metoda. Filosofia tradițională a susținut că omul poate cunoaște lumea, poate domina realitatea obiectivă pe calea gândirii raționale, logice, a cunoașterii esențelor, printr-un proces de abstractizare, deci în mod mediat.

Existențialismul respinge această metodă considerând că ea nu poate revela existența. Polemica este deschisă de Kirkegaard care critică panlogismul hegelian, ca fiind un sistem abstract incapabil să redea bogăția și unicitatea concretului existenței și specificului ei, adică contingenta și finitudinea omului. Rațiunea având o funcție obiectivantă, reifică și înstrăinează omul de existența sa profundă. Refuzând derobadele impersonalului și a temporalului, existențialismul vrea să găsească în moment și în concret răspunsurile la problemele care sunt puse omului. Existențialismul înlocuiește problema morții de pildă prin „eu mor”. Existențialismul cere o filosofie personală, indisolubil legată de viață, preferând metoda cunoașterii imediatului, ca descriere a experiențelor concrete, a stărilor sufletești sugestive, chiar dacă uneori acestea trebuie exprimate în metafore.

Gnoseologia clasică își propunea o explicație rațională a lumii, cunoașterea primelor principii, cunoașterea care întrunea sinteza a două etape (senzorială și de gândire), care ducea la concepte, idei, esențe, la o apropiere abstractă dar mai profundă a obiectului. Existențialismul se dezinteresează de esențe, de abstracții și este metodologic vorbind opusul gândirii matematice.

Pentru existențialism aceasta cunoaștere nu reprezintă realitatea ultimă a ființei umane care ar fi trăirea aici și acum (Dasein). Este vorba nu de o

trăire ca o cunoaștere intuitivă, cum era înțeleasă de Bergson și este mai degrabă vorba de o cunoaștere afectivă, de o intuiție afectivă, de o explorare a subiectivității profunde care amintește de misticismul antic al lui Plotin. Este centrat pe experiența concretă și dramatică a vieții așa cum este simțită ea în formele concrete ale trăirilor psihologice. Refuză discursuri, continuu și chiar coerența, neconsiderându-le echivalente valabile ale realității. De aceea nu se exprimă în tratate ci în jurnale intime (Kierkegaard, Marcel) și adaugă eseurilor opere de imaginație, literatură și teatru.

Existențialismul consideră realitatea mai puțin ca un obiect în fața subiectului cunoscător, ci ca o existență; departe de a izola în noi procesul de cunoaștere de restul ființei noastre, el propune cercetării filosofice individul în totalitate, cu reacțiile sale sentimentale și pasionale în fața lucrurilor. Existențialismul face apel la metoda reduției fenomenologice a lui Husserl, „punând în paranteze” în câmpul conștiinței tot ce ține de realitatea obiectivă, tot ce a fost dobândit prin rațiunea discursivă, considerând că adevăratele dimensiuni ale umanului se pot sesiza numai prin intuiții emoționale. Rațiunea este neputincioasă deoarece existențialismul are un statut ontologic ambiguu supus la două puteri divergente, cu efecte tragice; legea zilei care îi cere rațiune, ideal, realizare și pasiunea nopții care îi propune respingerea rațiunii și tendința la distrugere și ruinare. Existențialismul propune în esență o metoda irațională. Omul se poate cunoaște doar prin lectura „cifrului” pe care i-o oferă experiența trăită îndeosebi în acele situații limită (de pildă eșecurile) când tensiunea cerințelor antinomice ale zilei și nopții atinge apogeul și când omul în fața refuzului realului de a-i realiza proiectul devine introvertit și intuieste în stări de mare tensiune emoțională – misterul său. Existențialismul ne invită să renunțăm la cunoașterea științifică a omului, să abandonăm pretențiile de a raționaliza universul și să ne retragem în dimensiunile vieții interioare pentru a descoperi aici misterul vieții umane. Progresul științific ar fi un miraj, un fel de imperialism al lui Homo Technocraticus, o realitate empirică neautentică care nu ne-ar ajuta să înțelegem omul. Este adevărat că știința nu poate constitui prin ea însăși o ontologie și că nu poate să epuizeze resursele și valențele umane, sensul omului fiind relevant doar din praxie și istorie și nu se poate aduce doar la momentul cognitiv fragmentar și fragmentat. Dar a renunța la știință este o exagerare și chiar un scandal, deoarece negarea oricărui progres științific în înțelegerea globală a condiției umane, îndepărtează existențialismul chiar de reflexia filosofică care azi depășește impresionismul și speculativismul sprijinindu-se pe știință. Știm că nu putem ști tot, dar știm mai mult decât acum 100 de ani și putem în consecință mai mult; de aceea calea științei este adecvată și calea acțiunii este relevantă. Nu invers.

Problema ontologică. Ontologia sau metafizica generală este partea filosofiei care se ocupă cu studiul ființei ca ființă (Aristotel) sau al existenței ca existență. Punctul de plecare al ambelor concepții este categoria de existență pe care o concep diferit. Din punct de vedere al filosofiei clasice, categoria de existență este noțiunea cu sfera cea mai largă careia i se opune pe de o parte categoria de nonexistență sau neant, iar pe de altă parte în plan gnoseologic noțiunea de esență. Este o temă clasică repropusă de ambele filosofii. Pentru marxiști substanța unică și universală a existenței este materia, realitatea obiectivă independentă de conștiință, iar în plan antropologic este omul cu nevoile sale obiective.

Pe existențialism nu-l interesează ființa în general ci numai în sensul ființei umane, reducând ontologia clasică la antropologie. Pentru existențialism substanța unică și universală a existenței este conștiința, subiectivitatea, fondul autentic al ființei umane, trăirile, aspectul afectiv – irațional al omului.

Caracterul fundamental al ființei umane este finitudinea spațio-temporală, condiția de a fi întotdeauna într-o situație, de a fi în lume (într-un anumit mod). Ființa este în permanentă tensiune, în lupta cu amenințarea non-ființei, a neantului, pentru a-l transcende. Existențialismul precede esența, deoarece nici o esență nu este posibilă fără a fi susținută de o existență (Sartre). Pentru existențialismul ateu sentimentul fundamental al existenței este anxietatea care ar fi legată de neant, de sentimentul libertății ca posibilitate (Sartre).

Pentru existențialismul religios fundamentul existenței este Dumnezeu deoarece ființa umană există numai în măsura în care participă la divin. Existența trebuie trăită și apoi gândită și nu invers. Categoriile trăirii umane ar fi: anxietatea, grija, facticitatea, autenticitatea, proiectul și libertatea.

Existențialismul susține că experiența trăită a subiectului precede și determină esența, care este inaccesibilă cunoașterii raționale, este sesizabilă doar prin trăirea intensă a unor sentimente de groază, teamă, neliniște, disperare. Existențialismul propune deci o ontologie limitată la o anumită subiectivitate, reducând totalitatea umană la unele elemente ale ei, la momentul ei afectiv. Din acest punct de vedere, existențialismul este criticat atât de marxism cât și de structuralism. Existențialismul susține că în anumite situații limită de teamă, îndoială și disperare omul capătă revelația de a fi azvârlit în lume, cunoaște prin eșec adevărata realitate, își dă seama că e o ființă izolată, incomunicabilă, absurdă, pradă cotidianului și anonimatului. Deci pentru existențialism, existența se compune dintr-o formă superficială, contingentă și neautentică și un fond afectiv irațional, autentic și ascuns.

Problema etică. Existențialismul are o intonație etică, sensul ființei se capătă în efortul de a obține libertatea de opțiune față de o situație dată, existența devine autentică și nu se abandonează situației, ci când o depășește, o transcende.

Dar care sunt normele existențialismului? Care este conduita umană variabilă? Ce este bine și rău după existențialism? Existențialismul respinge în fapt orice axiologie etică deoarece susține că nici o alegere n-are fundament iar alegerea este lipsită de importanță, întrucât nu există o ierarhizare obiectivă și nici una din posibilități nu poate fi justificată mai mult.

Pentru existențialismul ateu, libertatea coincide cu situația, opțiunea este imposibilă (Sartre). Libertatea și alegerea sunt absurde, orice alegere este gratuită. Pentru Heidegger orice existență ce se abandonează cotidianului și se pierde în anonim este inautentică; autentică este doar acea existență care își asumă propriul destin care înseamnă în definitiv „a fi pentru moarte”.

Pozițiile lui Sartre au variat în decursul timpului. În „L'Être et le néant” el împletește tema neantului (împrumutată de la Heidegger) cu o temă proprie a opțiunii, a libertății, a afirmării de sine, a integrării în istorie. Examinând conduitele omului ca realități obiectivabile, Sartre alege conduita interogativă (atitudinea teoretică) care ar putea revela existența. El face o peldoarie pentru drepturile omului concret, dar aceasta într-o abordare individualistă. El a intuit și anumite elemente dialectice cum ar fi definirea omului prin proiect sau sesizarea raportului individual-social. În „Critique de la Raison Dialectique” scrie „omul se definește prin proiect. Această ființă materială depășește continuu condiția care i-a fost dată, își dezvăluie și își determină situația sa, depășind-o pentru a se obiectiva prin muncă, acțiune sau gest”. „Structurile unei societăți care s-a creat prin munca umană definesc pentru fiecare o situație obiectivă ca punct de plecare... Posibilul cel mai individual nu este decât interiorizarea, prin îmbogățirea unui posibil social”. El pretinde marxismului să se fundeze pe antropologie, pretenție care ar denatura exigențele realului deoarece nu se poate rezolva realitatea socială fără o explicație și o înțelegere a realității sociale.

Pentru existențialismul religios viața umană are o semnificație, fiind chemată la participarea Ființei (Dumnezeu). Pentru Gabriel Marcel viața morală se dezvoltă din antinomia a două verbe esențiale – a fi și a avea. A avea înseamnă decența morală în lumea obiectelor și tehnicii, în care omul sfârșește prin a fi posedat. Moral înseamnă participarea la ființa care transformă pe altul în tu și Dumnezeu ca tu absolut, stabilind raporturi personale care conferă consistență etică persoanei noastre.

Pentru marxism central valorizărilor etice nu este omul autonomizat ci omul articulat într-un context istoric de relații sociale care alege și decide, care își asumă responsabilitatea opțiunilor sale, care utilizează întotdeauna criteriile istorice și socialmente determinate de praxis, care pătrund prin diverse canale, modă, prestigiu, constrângere morală sau juridică în sfera de comportament unde sunt transfigurate de conștiința individuală.

Deși denunță dezumanizarea, protestul existențialismului rămâne steril, dacă se subscrie la concluzia lui Simone de Beauvoir: „nici o răsturnare socială, nici o conversiune morală nu poate suprima această lipsă care este în inima omului“.

Societatea și istoria. Existențialismul face o critică nimicitoare la adresa civilizației tehnocratice capitaliste, care anihilează personalitatea, zdrobește individul în mașinăria relațiilor, pledând pentru un umanism autentic.

Dar aceasta critică este din păcate romantică, inefficientă, deoarece nu ține cont de realitatea socială, de practica revoluționară. Existențialismul este sensibil la problema conviețuirii, a comunicării, a colocviului, se vrea custodele intimității persoanei, condamnând viața socială care dispersează interioritatea excepțională a singularului uman în anonim, comun și banal. Unica societate posibilă pentru Kirkegaard este cea dintre îns și Dumnezeu, raportul de la singular la singular. Dumnezeu nu cunoaște mulțimea ci unicul.

Pentru Sartre, societatea este o situație blestemată în care trebuie să alegi. Este o reciprocă atracție și repulsie ce duce la o turmentare reciprocă și generală. Societatea, alții (ceilalți) sunt un adevărat infern. Pentru Heidegger a fi cu alții înseamnă doar a acționa cu alții, orice tentativă de comunicare sfârșește în locuri comune.

Pentru Jaspers coexistența și comunicarea sunt condiții esențiale. Comunicarea și viața socială vor fi posibile escatologic în comuniunea finală cu Dumnezeu, când spiritul va domina obiectivarea. Pentru Marcel nu este posibilă comunicarea de la eu la eu ci e nevoie de alții, dar nu prin gândire obiectivantă ci prin iubire, prin participarea la viața lui tu. Comunitatea este comuniune umană, nu simpla comunicare științifică, care poate fi indiferentă din punctul de vedere al concordiei sau discordiei pe care o implică.

Experiența după Jaspers este a fragilității omenești; stă înscrisă o finitudine în fiecare subiect, stă înscrisă deși are timp foarte puțin și ambiții foarte mari și este inconștient cât de lungă este arta în care s-a băgat și cât de scurtă este viața lui ca să țipe și el o dată. În privința a ce înseamnă această experiență, față de Jaspers, Heidegger spunea că nu este decât drum spre moarte – cam trist. Noi credem că este spre gradul I.

Istoria pentru existențialismul ateu este o succesiune insignifiantă de fapte, care devine pentru religios semnificantă doar în momentul credinței, când se produce o clipă paradoxală în care timpul coincide cu eternitatea.

Pentru existențialism, omul există numai într-un cadru, într-o structură socială formată de relațiile interumane (în primul rând cele materiale) care explică și determină istoria. Nu există om în sine, conștiință pură decât ca un fenomen de alienare de realitate, de ignorare a realității obiective. A fi în lume este, vrem nu vrem, în primul rând a fi în societate, a fi om între oameni, a fi într-o anumită poziție față de ceilalți, a fi productivi pentru ceilalți de care depinzi și fără de care nu poți să exiști.

Acesta este omul concret, viu, pe care se constituie antropologia marxistă. Existențialismul a plecat de la aceeași constatare ca și marxismul, că individul este zdrobit de mașinăria relațiilor sociale capitaliste, de invazia tehnică, dar nu a fost capabil să dea o soluție reală pentru că nu reflectă lumea așa cum este. Omul nu se va putea realiza, nu va putea să fie autentic deformând subiectivist realitatea, protestând și contestând-o după poziții lăuntrice. Proiectul și libertatea individuală depind de libertatea clasei și a societății în care exiști, fără de care nu poți deveni tu însuși.

După cum se vede, deși termenii problemei sunt aceeași, raporturile sunt concepute exact invers. Pentru marxism în aceasta unitate dialectică om-lume, latura determinantă este structura economică a lumii, pe când pentru existențialism latura dominantă este structura psihologică profundă a omului.

Pentru marxism, categoriile de existență și conștiință individuală se află într-un stil dialectic cu cele de existență și conștiință socială, pe când pentru existențialism lumea există doar în trăirile umane dominate de grijă și anxietate.

A fi în lume înseamnă pentru marxism a fi în societate, în relații sociale umane, solidare, protectoare, promovatoare a personalității umane. A fi în lume pentru existențialism înseamnă un continuu de grijă, cu momente de teamă, disperare, eșec, pe care le provoacă situațiile limită care să conchidă că omul este izolat, incomunicabil, absurd, anonim și cotidian. El poate transforma această lume prin realizarea proiectului său de libertate sau autenticitate. Dar este oare posibil doar propovăduind iubirea și respectul interuman, într-o societate capitalistă unde omul uită de om pentru bani? Ori tocmai această naivitate, această ficțiune, această impotență a soluțiilor propuse face din existențialism o filosofie ineficace, nerealistă, literară, care dezamăgește pe intelectualul marxist care știe că realitatea obiectivă ne va domina atâta timp cât o ignorăm, cât n-o cunoaștem științific. Maturitatea filosofică a marxismului nu poate accepta

deformarea antropomorfică a lumii, chiar dacă se face în numele omului și chiar dacă se face cu bune intenții. Marxismul se consideră o revoluție în filosofie tocmai pentru că a putut să depășească idealismul social al filosofiilor anterioare. Ori ideile existențialismului sunt destul de ușor de găsit în istoria gândirii filosofice de la Socrate și Hristos până la Kirkegaard.

Existențialismul se exprimă adesea prin opere dramatice sau romanești decât prin opere doctrinale, deoarece creația artistică permite expresia exploziei existenței în realitatea sa singulară temporală. Există autentic acela care alege liber, care se face pe el însuși, care este propria sa operă. Principalele teme ale literaturii existențiale sunt:

- contingenta ființei umane care este un mister provocator la existențialismul creștin și o absurditate brutală la existențialismul ateu.
- neputința rațiunii, temă pascaliană, cu paradoxalul salt al ființei umane, un fel de vioiciune agresivă, fără scop, ca răspuns la disperare.
- fragilitatea omului la care angoasa este semnul pe care îl are conștiința de condiția sa.
- alienarea omului care trăiește separat de natură și de el însuși, opac față de el însuși.
- angajarea, străduința capitală a existențialismului este de a face pe om să ia cunoștință de faptul că este responsabil de existența lui și că, asumându-și această sarcină, el devine stăpânul și posesorul lumii, față de care nu se poate abstrage.
- finitudinea și urgența morții.
- solitudinea și secretul.
- izolarea conștiințelor, imposibilitatea lor de a comunica acolo unde sunt.
- tema străinului sau a celuilalt.
- neantul și disperarea alternând cu trezirea (resurrection – înviere).

În concluzie, existențialismul nerecunoscând decât o valoare, cea a alegerii personale prin care poți deveni tu însuși, refuzând de a fi imitația altuia, ne împinge să descoperim în concretul viu, temele care vor inspira viața noastră și a trăi aceasta viață noi înșine. Nu se trăiește prin procură, nu se poate eluda drama vieții.

Psihiatria. Psihiatrul are față de pacient o anumită metodă de cunoaștere (o anumită epistemologie) care tinde la obiectivarea diagnosticului, prognosticului și planului de tratament. La aceasta, Jaspers a adăugat o nouă metodă de investigații: înțelegerea (împrumutată de la Dilthey), adică empatia, identificarea, punerea în situație a celui care suferă (fără să fie împinsă până la o „folie à deux”).

Această încercare de a cuprinde atât explicativ științific cât și prin înțelegere empatică totalitatea existenței bolnavului mintal este un act antropologic și cere evident o cunoaștere a premizelor lui filosofice.

Primul aspect are premize clare derivând din raționalismul și pozitivismul filosofic european (Descartes, Hegel, Kant), care a dus la elaborarea concepției clinico-nosologice tradiționale (de la Pinel la Krepelin).

Al doilea aspect este mult mai recent, are doar 80 de ani (1913), data apariției lui „Allgemeine Psychopathologie“, și are premize care sunt în fond cele ale existențialismului filosofic. Este vorba de fenomenologia descriptivă prehusserliană reactualizată în psihiatrie de Jaspers și Kurt Schneider, careia i s-a adăugat o tendință structuralistă (Minkowski) sau categorială (Binswanger, Zutt, Merleau-Ponty). Minkowski atrage atenția că nebunia nu poate fi înțeleasă cu normele bunului simț ci numai prin intuirea diminuării impulsului vital către integrare, care diminuează în boala mintală. Existențialismul se opune simplismului biologizant și vulgar ca expresie a naturalismului și materialismului în psihiatrie.

Conceptul de „a fi în lume“ a lui Heidegger este oportun în psihiatrie unde omul devine dominat de situație, în care omul luptă dar nu reușește să fie autentic, în care existența e cuprinsă de grijă, de frică de moarte (Seinde). Este ca și cum Heidegger ar fi generalizat o stare depresivă. El propune chiar o soluție nemelancolică, omul trebuie să-și accepte noul său destin, acceptând moartea ca o posibilitate prezentă / constantă. Grija ne risipește în preocupările cotidiene și astfel ne pulverizează posibilitatea de a fi autentic, de a avea curajul de a fi. Seinde-ul ne obligă la impersonalitate, la conformism, la respectarea valorilor oficiale, la distracții absurde și conversații sterile, simțindu-ne astfel pierduți în lume, anxioși și vinovați, fără libertate și răspundere. Această situație este posibil înlocuibilă prin Dasein, adică prin trăirea autentică, ființă.

Daseinul la Sartre este o enigmă doar parțial cognoscibilă, care se poate obiectiva într-o lume a lucrurilor, în care omul se ocupă de aproapele său ca de un obiect advers. Omul joacă un rol fără să-l trăiască, deoarece el nu este ceea ce este, ci el este ceea ce nu este. Găsim aici bine exprimat la modul filosofic problematica personalității nevrotice.

Dar noutatea valabilă pentru psihoterapie este că Sartre adaugă că omul este forțat să fie liber, să aleagă, să participe. Dacă este sincer (și am adăuga – normal) omul își poate realiza proiectul, poate scăpa de angoasa existențială, poate deveni „pour soi“.

Frankl a dezvoltat o cale terapeutică derivată din existențialism, numită logoterapie. A fi în lume este distorsionat de boala mintală care exprimă o retragere din lumea înconjurătoare într-o lume proprie, egocentrică,

solipsistă, autistă, care rareori poate îmbogăți și mai frecvent poate împovăra bolnavul. Egocentrismul explică distorsiunea corporală în isterie sau ritualul obsesiv care ar căuta să înlăture frica de declin.

Binswanger vede omul ca un obiect manipulat de dibăcia administrației care înlânzește voințele făcând să se respecte ierarhia și ordinea. El propune ca întâlnirea intersubiectivă om-om să transforme individul într-o personalitate comunitară, care admite libertatea dezvoltării optime a lui eu și tu, întâlnire inteligibilă care permite integrarea spontană a personalității în mod nepremeditat și neplanificat așa cum este de fapt în iubire, prietenie, etc. Intersubiectivitatea este deteriorată în relația stăpân – sclav.

Regresiunea este revenirea la acea rea credință a copilului pentru a scăpa de libertatea deciziei și a răspunderii în fața frustrării și mâniei. Este ceea ce se constată frecvent la nevroze.

În orice stadiu de boală, iubirea are o putere terapeutică putând să depășească anxietatea egocentric – defensivă. Deși iubirea implică restul renunțării la identitatea proprie, ea îmbogățește pe parteneri prin procesul identificării, prin întreținerea în fiecare a unei reînnoite autostime de autenticitate și mutualitate.

Psihoterapeutul trebuie să facă efortul să se autocunoască și să fie flexibil pentru a putea intra în orice lume. În cazul în care simte că a intrat într-o lume stranie, va fi greu să ajungă la o empatie. Dacă ajunge la o încredere mutuală, bolnavul reexperimentează, retrăiește anxietatea sa existențială, ca protest neautentic împotriva destinului, dându-și seama de reaua credință care i-a motivat apărările sale. Bolnavul nu trebuie fals încurajat pentru că devine un obiect custodial ci trebuie condus către tolerarea frustrării găsind astfel puterea pentru decizii noi prin care depășește neantul fiecărei experiențe de frustrare.

Întâlnirea psihoterapeutică este o situație de limitare și stres în care grija responsabilă trebuie să depășească întotdeauna atracția erotică. Mânia, frica și ura pot fi curățate într-o întâlnire plină de încredere și solidaritate. Poate fi renăscută buna credință originară a copilului, adică credința în viață, în reînnoire și libertate, în autenticitate și mutualitate.

Deci metoda existențială în psihiatrie presupune ca întâlnirea terapeutică să depășească anxietatea excesivă prin recâștigarea încrederii genuine, făcând pe bolnav să îndure lipsurile, frustrările. Ea înzestrează bolnavul cu o nouă încredere, o colaborare, pentru dezvoltarea liberă a personalității. Liberând pacientul, terapeutul își lărgeste astfel orizontul propriei sale înțelegeri și al creativității sale. Lumea este îmbogățită de personalitatea creatoare care este aptă să împartă valorile sale cu alții.

Dacă trăirea timpului și spațiului nu capătă în nosologia psihiatrică aspecte particulare, aici (existențialism) sunt toate descoperirile pe care le știți, adică fuga de idei din manie înseamnă tocmai o derulare extraordinară a timpului. Invers, pierderea obiectului și înghețarea pe care o simțim în melancolie este tocmai încetinirea ritmului fundamental al trăirii psihice. Deci iată cum existențialismul și-a găsit poate cea mai bună ilustrare în psihiatrie. Universul paranoid a fost conceput ca introducerea în spațiul propriu al persoanei a ceva străin ori a altei persoane ori a unei influențe străine. Observați chiar interpretările lui H.Ey de dedublare a persoanei în cazul halucinației. Se referă tot la dialogul pe care și-l instalează omul și-l prelungește dintr-o introspecție inițială, îl face, îl personifică și vorbește până la urmă cu altă persoană care pentru noi este o solilocvie. Este în fond ca vorbirea cu altă persoană. Este scindarea personalității.

Studiile de existențialism psihiatric au reputația că sunt foarte dificile. În primul rând sunt în germană și este un handicap din acest punct de vedere. În al doilea rând foarte puțină lume poate să pretindă că îl înțelege pe Heidegger și iată un al doilea obstacol dificil în înțelegerea lor. Singura carte care a circulat la noi a fost cartea lui Lantery-Laura – Psihiatrie fenomenologică – care face o trecere în revistă atât a doctrinei filosofice despre fenomenologie și existențialism cât și aplicările de acum în psihiatrie.

Binswanger.

Și-a început cariera existențialistă înainte de a apare principala operă a lui Heidegger – Timpul și Ființa (Sein und Zeit – 1927). El a început-o în 1922 cu o critică a psihanalizei, a lui Freud în speță. Bibliografia lui cuprinde astăzi 30 de cărți importante, mai nici una în bibliotecile din România. Cei care au încercat să-l citească în țară la noi li s-a părut obscur, dificil și au renunțat să-l mai înțeleagă.

Prima idee a lui Binswanger este că o psihiatrie trebuie să devină existențială pentru că psihiatria de până la el este în afara bolnavului mintal. Pentru această idee, concepția lui s-a numit radicală, fiindcă el pune sub semnul întrebării tot ce psihiatria făcuse timp de 100 de ani. Deci după Pinel a reușit să strângă un corp de doctrină și să se cheme psihiatrie clinică; pentru el ea se cheamă categorială, în sensul că este o psihiatrie care își caută conceptele într-o poveste concretă.

Scopul lui este crearea unei psihiatree antropologice bazată pe conceptul central de la Jaspers „al înțelegerii”. Această înțelegere – cuvânt i-a luat 40 de ani și este în peste 20 de cărți.

Prima întrebare fundamentală la el este – cum este posibil să ne ridicăm deasupra suvoii vieții, a cazului extrem de curgător și complicat din fața noastră și a multiplelor date „țipătoare” și să avem puterea să construim

pe deasupra acestor date o înțelegere. Cum putem reuși să căpătăm distanța spirituală pe care o cere reflectarea asupra bolnavului mintal. Pentru el, psihiatria științifică nu spune nimic despre ființa bolnavului, toate datele de biologie, psihologie nu spun nimic și are curajul să spună că suntem chiar în situația dementului față de boala lui. Adică trăiește în lume, se mișcă dar fără a avea conștiința reală a subiectului – nu are conștiința sa exactă. Situația este fără comunicare, deci tragică și asta vine din greșeala fundamentală a psihiatriei care vrea să traducă o lume personală a psihozei într-o lume comunicabilă universală; prin această traducere nu face decât o trădare a trăirilor bolnavului.

Noțiunea fundamentală a lui Binswanger este ontologică și postulând că singura noțiune care poate să dea explicație la restul este de a fi în lume. Se poate scrie ca lozincă în toate limbile și pune în toate cercurile existențialiste fiindcă a înțelege – a fi în lume – este sâmburele întregii doctrine.

În mod ironic, un mare clinician evreu – german – englez a spus că această noțiune ar trebui să se cheme – a fi în lumea academică a Europei – ar fi o pretenție filosofică snoabă, care scurtcircuitează și vrea să pună la o priză filosofică directă o psihiatrie care se zbate în multe necunoscute pozitive. Am făcut această remarcă a lui Mayer Gross pentru a înțelege că am o oarecare distanță probabil și dintr-o neînțelegere totală a autorilor parcurși și fiindcă practic zilnic nu putem depăși totuși prea mult nivelul acesta al realității clinice.

Această intrare în lumea particulară a bolnavului se cheamă analiză existențială. Aici termenul este modest; nimeni nu a spus că face sinteză filosofică, nimeni nu a îndrăznit nici chiar Freud deși a făcut-o și a fost foarte mare și nici Binswanger nu a îndrăznit.

Binswanger a descris în primul rând întâlnirea cu bolnavul psihic. Nimic mai simplu, veți spune – *ce te aduce la mine, nea Costache?* Bolnavul se frământă puțin și spune apoi – capul. Deci în România s-ar părea că a intra în lumea bolnavului se face rapid, nu este nimic închis. Capitolul acesta „Întâlnirea cu bolnavul” este de fapt acordarea cu bolnavul, cu lumea lui proprie, acordarea realizată de psihiatru de a înțelege bolnavul, ca și când am fi pe două lungimi de undă diferite și totuși am vrea să prindem postul lui; facem mișcări de dreapta, stânga în toate direcțiile ca să ne acomodăm cât mai posibil cu această comunicare a lui. Binswanger deci susține că noi suntem străinii, nu bolnavul este un alienat, noi nu suntem capabili fiindcă avem prejudecata că trebuie de la început să ne povestească, nu înțelegem – este un nebun, ininteligibil, care trebuie să-și vadă de boala lui.

Întâlnirea cu bolnavul este decisivă și de ea depinde cum și cât vom înțelege. În existențialism se susține că dacă îți dai seama de lumea proprie a bolnavului îl vei înțelege. Nu există schizofren ininteligibil. Trebuie să vă

spun însă că cazurile descrise de Binswanger sunt extrem de rare, puține; primele cazuri descrise sunt în număr de 5 și se referă la tentative și observații după zeci de ani de coexistență. Oricare dintre noi va avea cel puțin 1000 de cazuri pe an, iar la policlinică 3000, deci vă dați seama că destinul nostru este să nu-l putem urma pe Binswanger niciodată, decât dacă psihiatrul, doamne ferește, are pe cineva bolnav în familie și i se dedică. Culmea este că atunci când ai pe cineva în familie îți vine să te ocupi de orice, numai de psihiatrie nu. Se produce un fenomen de baraj, de izolare, adică bolnavul este fixat pe tine și atunci suporti acest efect neplăcut al bolii psihice.

Să admitem, ca și Binswanger, că fiecare are o lume proprie și ne-am acordat postul ca să înțelegem pe bolnavul din fața noastră. Ce vrem de la el? În general îi spunem să fie sincer și să ne spună cât mai pe larg și tot. Îi putem rezerva 1-2 ore după care amânăm ședința, fiindcă observăm că nu mai putem, fiindcă am obosit. Intenția noastră primară este să descoperim în lumea proprie a acestui bolnav ceea ce Binswanger numește „Uhrproekt“ – proiectul original. Într-adevăr, nici unul din voi nu știți ce proiect are în capul lui, decât foarte concrete și poate inexacte și bineînțeles că nu știți nici voi despre mine, nici eu despre voi; cu toate acestea din moment ce ne propunem ce fel de proiect are și ne propunem să aflăm aceasta, facem o mulțime de presupuneri. De pildă, eu cred că proiectul unui secundar este să conducă un mare spital, psihiatria, să fie ministrul sănătății. Deci când ne gândim la proiectul celui din fața mea, ce facem? – ne gândim întotdeauna la proiecte comune mai mari în care să încapă o ambiție.

Binswanger ne atrage atenția că acest mod de a gândi este străin de lumea bolnavului mintal. Deci când unui nevrotic îi spunem – lasă totul mai încet, degajează-te de sarcini – nu corespunde cu ceea ce vrea el. De asemenea când i se spune unui schizofren ca de azi să facă cumpărături, să muncească – iar nu se potrivește deloc cu proiectul, pe care îl are el însuși. Mai bine zis nu numai că nu se interesează, dar considerăm adesea că nici omul față de el însuși, cel puțin la noi, nu are noțiunea clară de ce este un proiect, nu are un proiect clar și își spune că o să facă ceea ce se poate face pentru moment, lumea se schimbă, împrejurările se schimbă; deci noi ne lăsăm foarte mult în voia unei soarte pe care o ajutăm cu studii și cu stăruință.

După Binswanger, proiectul înseamnă în fond conștiința soartei, aceasta ar traduce în fond, după el, care a descris foarte clar lumea maniacală, melancolică, schizofrenă. Dacă proiectul este moarte, se înțelege că toate încercările terapeutice sunt paleative și nu modifică acest proiect. De altfel psihiatrii au observat aceasta, că melancolicii reușesc să se sinucidă chiar după tratamente și amânări de ani de zile. De aici și fatalitatea unor întâmplări în psihiatrie.

În acest proiect, Binswanger descrie două laturi care trebuie clarificate – cum trăiește bolnavul timpul și cum trăiește bolnavul spațiul? Este vorba de timp în sens subiectiv, bergsonian, să nu uităm că este contemporan cu tot ce a dat literatura azi mai bun asupra timpului subiectiv (Proust). Aplicând aceste două noțiuni, el ajunge la următoarele constatări, pe care le-am punctat la alte lecții, că melancolia și mania reprezintă niște anomalii de trăire ale timpului subiectiv. Adică față de timpul obiectiv se produce o derulare deosebită, în manie viteza crește, iar în melancolie scade. Asta ar fi numai față de timpul nostru obiectiv, față de lumea noastră cronometrată. Din punct de vedere subiectiv, lumea maniacală se desfășoară chinuitor fiindcă restul lumii îi apare maniacalului ca niște încetiniți, molâi.

Se știe că maniacala își bate frecvent soțul cu papucul în cap și îi spune – o să te duc și pe tine la doctor, care m-a făcut bine pe mine. Și el se duce cu ea la doctor, dar ea va fi cea internată. Deci ea observă pe acest soț încetinit – este în perioada în care recade. Deci maniacalul nu este un fericit; noi ne spunem: dă Doamne, ca după cafeaua asta să fiu un hipomaniacal... Maniacalul este deci enervat, iritat, mintea îi merge repede în toate direcțiile. Adevărat că merge înapoi cu tot felul de amintiri pe care le are cu psihiatrul, dar este tot așa de capabil să meargă înainte. Îi place să meargă mai mult lateral.

Pentru Binswanger, lumea maniacală nu este o dezlănțuire instinctuală așa cum o înțelegem noi, ci este o lume de făcut; într-adevăr, maniacalul are câte o sută de proiecte, ar fi în stare să se apuce din iarnă de cultivat cu toți ai casei. Dacă ar fi la oraș cu o mașină în rodaj, lasă tot și ședința cu ministrul și tot și pleacă repede ca să se depășească această etapă de 2000 de km. Înseamnă 30 de ore de condus și am văzut asemenea prostii. Are și energie și tot ce îi trebuie ca să nu i se pară că este o prostie.

Contrazicerea maniacalului dă conflictul. Cine este mai certăreț și bătaș în sensul cel mai românesc este maniacalul – în sens caragialesc. Nouă ne apare o risipă și o dezordine dar în ritmul pe care îl are, fiecare clipa este cu mult mai intens trăită. Cea mai mare cruzime pentru maniacal este tratamentul și acești oameni care se învârt prin salon în jurul lui, care el îi socoate bolnavi tocmai pentru lentoare.

În lumea melancolică Binswanger face niște observații profunde și cutremurătoare. Melancolia îi apare lui ca o înmormântare pe viu; nu este numai scăderea vitezei mișcărilor dar și pierderea voinței de a face aceste mișcări; fiecare clipă este deci întunecată, foarte rece, rigidă și tot ce se întâmplă în jur este o gălăgie, o furie, un absurd ce nu se poate potoli. Melancolicul nu se teme de moarte și i se pare un fel de coordonată a vieții lui; ce se observă după suicid nu se coordonează cu trăirile lui. Mirarea noastră de modul cum și-a găsit el să se sinucidă – spânzurat. Pentru el, care clipă de clipă, săptămâni și luni de zile, chiar ani, s-a gândit; aceste

accese erau experiențe continui ale morții și nu ale morților. Lumea comună filosofează despre moarte și se teme de fapt de morți. Să observați la cortegiul de persoane care își iau adio de la un mort și să observați atunci ce distanță este între lumea comună și cea propriu-zisă a mortului, majoritatea o face cu spaimă, reală, cât mai scurt contactul și cel care reușește să o facă mai îndelungată din cauza unei stări reactive este cel apropiat, care este atunci ieșit dintre normali. Aceste scene rare, iar pentru un ochi mai detașat ieftine și melodramatice, i-au oferit lui Binswanger ce înseamnă a fi în lumea melancolicului.

Ce înseamnă a fi în lumea obsedatului? Aici psihiatria clinică avea noțiunea ce înseamnă asediere, chinuală, totuși obsedatul are conștiința imperfecțiunii, a lucrului neterminat, are conștiința unei datorii excesive și nu are satisfacția împlinirii și satisfacerii actelor; de aici el este un Sisif. De aceea casa psihastenice este superbă pentru noi, unde ne lăsăm ghetele înainte de a intra în casă, fiind speriați de atâta ordine și curățenie, însă ea singură știe câte mai are de făcut în ordinea de acolo. Din același motiv, se înțelege de ce psihastenicul este cel mai bun funcționar; niciodată nu rătăcește hârtiile, nu va pleca mai devreme acasă, va bate și iar va corecta și iar va bate lucrarea pe care i-ai dat-o; el nu poate admite nici o greșeală chiar dacă știe că și alții fac greșeli la mașină și nu se poate întâmpla nimic, el nu suportă; dacă nu ai un psihastenic, trebuie căutat mai ales pentru anumite profesii (editură, ziaristică, etc.) unde atenția trebuie să fie plătită, cu această concepție de mânăstirea Argeș: nu se mai termină dacă nu zidim un psihastenic în opera respectivă.

Ce înseamnă a fi în lumea schizofrenilor? O lume care de la Jaspers încoace, deci din 1913, se știe că este ininteligibilă. Lumea schizofrenă, așa cum a descris-o și Binswanger și în continuare un elev al lui, Wyrsh, este o lume groaznică fiindcă este o lume invadată. Nu este cum s-a crezut un autism sărac, o evadare sau o pierdere a contactului cu lumea reală și tot ceea ce știți de la acest capitol, ci este o lume plină de altceva. Această prezență a lumii care pătrunde în tine, această experiență a lumii care pătrunde în tine tinde să ducă la o resemnare adică cel care vine de la casă la bloc, după o nevroză de 1-2 ani, reușește să-și spună: domnule, aceasta este lumea și eu trebuie să știu ce se întâmplă pe coloana mea lichidă, coexist, nu am ce să fac și mai luăm un fenobarbital și mai dormim 7 ore. Asta este omul normal, obișnuit. Schizofrenul trăiește în cea mai deplină singurătate cu cineva în el însuși, acest cineva nu trebuie înțeles material ci sunt simbolurile care îl chinuiesc îngrozitor.

În majoritatea cazurilor, simbolul este mama la care se poate adăuga toată familia, apoi cu cât este intelectualul mai înalt, când îl ia boala acest simbol poate fi lumea întregă. El este deci invadat de o lume pe care nu o

înțelege, i se pare străină și nu poate scăpa de ea. Își caută deci liniștea, izolarea. Acum 100 de ani li se recomanda să meargă pe câmp larg și să vadă orizontul. Asta le-ar putea da o satisfacție față de oraș, cu întortocherile lui. Deci se făcuse observația că lui îi trebuie un anumit spațiu.

După Binswanger, poți să mergi oriunde; să fie Bărăganul, să fii la mare și totuși cei din jurul tău să nu priceapă că ești invadat; adică continuă să-ți ofere condiția izolării și liniștii în care cred că te vei liniști.

Trebuie adăugat la noțiunea de a fi în lume a lui Binswanger, cam în același timp, 1930-1931, a apărut psihologia concepțiilor despre lume a lui Jaspers – *Psychologie der Weltanschauungen*, care încerca să explice diferențele spirituale în lume și de atunci pentru noi este simplu să înțelegem aceasta, prin sisteme diferite, închise în care este gândită lumea. Se pare că ideea este inspirată tot de psihiatria existențială a lui Binswanger. A fi în lumea lui Binswanger este deci o sondare pe o zonă extrem de restrânsă a conștiinței, a trăirilor individuale. Aceste sondaje depășesc foarte repede comportamentul și clasificările obișnuite: comportament, cunoaștere, afectivitate.

Existențialismul, dincolo de a fi o modă în literatură, este o discuție esențială despre libertate și unicitatea persoanei și este fundamentul teoretic al drepturilor omului, al religiilor, al diferențelor de grup și individuale. Într-o epocă de progrese cosmologice, existențialismul menține tema transcendenței, a armoniei universale și a eternității (chiar dacă aceasta este pentru unii o utopie iar pentru alții este baza speranței – Sf. Pavel).

Psihiatria se folosește de un termen cheie, care este cel de psihic, un concept fundamental care desemnează o lume proprie, un nivel autonom de dezvoltare a ființei. Acest concept aparține de o parte științelor biologice și medicale (psihiatria biologică) iar pe de altă parte aparține științelor spiritului, culturii, sau cum se chema odată la noi – științele sociale.

Ființa umană este o unitate psihosomatică, adaptată la un mediu natural și sociocultural. Din această complexitate, psihicul reprezintă funcția supremă a întregului anatomofiziologic, pentru legătura simbolică cu mediul înconjurător. Relația de fapt e dublă, adică e o relație directă cu mediul (care e de fapt o funcție neurologică) și o relație superioară, umană, indirectă, simbolică, care e psihicul. Această funcție este de fapt individuală, personificată și reprezintă capacitatea de a organiza propria existență. Bineînțeles că nu este dată de la naștere, ci se dezvoltă trecând prin perioade de tranziție ontogenetică, cum este copilăria și adolescența, ajungându-se la maturitate ca o complexificare armonioasă, după care performanțele scad în involuție.

Cartea de față își propune să prezinte logica sistematică a acestui fenomen, al trecerii de la alienare la resocializare, încercând din lipsa de spațiu și pentru ușurința comunicării, o concentrare, o rezumare a datelor istorice și o articulare într-o construcție logico-teoretică, a cărei însușire să poată forma un medic specialist în psihiatrie. O primă condiție a utilizării acestei cărți ar fi cunoștințele medicale, cunoașterea structurii și funcțiilor organismului uman. Această pregătire oferă viitorilor psihiatri doar infrastructura (temelia, baza) unei construcții antropologice care este valabilă în mare parte pentru orice om, dar nu dă socoteală de valoarea lui particulară și socială. De aceea, viitorul psihiatru trebuie să adauge obligatoriu și cunoașterea psihologiei și sociologiei, ca să înțeleagă legătura diferențiată dintre oameni și în ce constă viața universal studiată de medicină în aplicarea ei practică, în existența umană a grupului social. Și cu acest minim ar putea înțelege de ce alienatul, care anatomo-fiziologic poate fi mai puternic decât omul normal, este totuși un nebun, adică o nonvaloare pentru coexistența în grupul social.

Dar lucrurile nu se pot opri aici, pentru că înțelegerea omului nu se poate limita numai la viața lui socială, productivă și consumatoare sau viața lui individuală de conservare și de reproducere. Iată de ce psihiatrul trebuie să cunoască și sensul pentru care omul trăiește, chiar și numai dacă ar ști de la început că majoritatea bolnavilor psihici sunt deprimați și iată

de ce trebuie să cunoască și filosofia, și etica, și în mod ideal ar trebui să știe din toate câte puțin măcar, pentru a-i fi accesibilă varietatea umană. Dar acesta este un ideal, fiindcă nici Republica lui Platon nu s-a dovedit un model viabil, după cum nici comunitatea psihiatrică nu și-a găsit încă locul în comunitatea socială.

Totuși, în dezvoltarea fiecărui om, chiar dacă a cunoscut și s-a speriat de un nebun, se pune nu odată și întrebarea teribilă dacă este normal, dacă nu cumva este un nebun sau dacă ceea ce cred la un moment dat unii despre el este adevărat sau nu.

Ar depăși cu mult puterile noastre să prezentăm pe larg ce este un om și apoi ce este un om normal față de un bolnav mintal. De altfel, aceste răspunsuri ar fi mult mai grele pentru psihiatru decât să descrie și să trateze bolnavii lui. Aceste probleme rămân totuși și ele vor agita umanitatea cât va exista ca o dezbatere nesfârșită, ca o controversă cotidiană în viața socială, în știință, în artă, etc.

Am mai spus-o: psihiatrul este un filosof aplicat și obligat să-și pună diagnosticele și să ia măsurile ce se cuvin. În cazuri mai speciale, el mai este și expert, dar nu este funcția lui principală și nici nu-i face plăcere. De altfel, psihiatrul este un om depășit, pentru că el nu poate să se amestece în toate neînțelegerile, dar să le mai și soluționeze și atunci el se mulțumește cu cazurile extreme, pe care societatea nu le mai tolerează și le aduce la spital, diagnosticul de alienare fiind implicit pus sau odată cu complexificarea lumii moderne, subiectul însuși se constituie în client care merge la consultație la psihiatru. Solicitarea este atât de mare, încât într-adevăr psihiatria din oglinda populară devine un lux sofisticat.

Dar până la proba contrarie, toți oamenii sunt normali, au acest drept fundamental, care pentru psihiatru este cel mai important. Istoria modernă și contemporană își scriu în constituție drepturile cetățenilor lor. Așa că iată-ne la înălțimea unor probleme fundamentale: drepturile statului și ale cetățeanului, raportul omului cu instituția – toate legiferate în norme de conviețuire și a căror rezultată dă un echilibru al subiectului cu lumea, cu familia în care trăiește, cu vecinii de bloc sau de stradă sau cu cei din mijlocul de transport în comun, la distracții, în viață. O definiție îndeajuns de vagă și de generală și care poate fi alterată, nesatisfăcută, tulburată în numeroase moduri de fiecare subiect în parte. Ar fi fost simplu teoretic să spunem că omul normal este omul fericit într-o societate fericită, ori utopia paradisiului nu este credibilă decât în admirația pentru Dante. De altfel psihiatrului îi apare noțiunea de pur dramatic și se mulțumește dacă subiectul nu face rău nimănui și nici lui – cu alte cuvinte, normalitatea este o stare vagă, în care avem un bilanț negativ al răului și mai departe răufăcătorul trebuie expertizat dacă nu este un normal răufăcător, voluntar

și desigur că problema este cu mult mai complicată. Ne mai ajută literatura, poate Dostoievski, poate Heidegger. Sunt nevoit să repet că vorbesc cu un viitor psihiatru și îi recomand să citească toată viața și să nu creadă că va afla toate răspunsurile sau că va închide o antinomie, pe care Kant și Hegel și Marx au prezentat-o magistral.

De altfel din filosofie reținem necesitatea stabilirii în orice obiect, cât ar fi el de complicat și omul unei contradicții fundamentale, din care să rezulte interpretarea tuturor celorlalte contradicții. Din antropologia filosofică reținem contradicția dintre gnoseologie, sau cunoaștere sau conștiința interioară și exterioară a omului, față de ceea ce este el, ca ființă umană, ca personalitate. Deci contradicția fundamentală dintre gnoseologie și ontologia umană, sau cum spune Gabriel Marcel – „între a avea și a fi”. Această contradicție filosofică pe care H.Ey a transcris-o în psihopatologie, în raportul dintre conștiință și personalitate, noi am formulat-o în contradicția între sex și spirit.

Sistemul ontologic uman

Dacă ne-am întreba ce ar putea constitui obiectul limbajului informațional din actuala concepție antropologică, desigur că amintirea vechilor sisteme metafizice, frâna pe care au constituit-o în calea progresului principiului epistemologic lasă în sufletul savantului de azi o profundă reținere numai la auzul cuvântului de ontologie sau este considerată o chestiune desuetă, speculativă, pe care lumea științifică de la Galilei încoace a aruncat-o peste bord.

Aceasta a făcut ca în secolul nostru să fie un divorț, o prăpastie între filosofia ontologică de tip Heidegger, Sartre, Scheller, Hartmann și filosofia științifică, neoraționalistă, neopozitivistă sau pragmatică. Această stare de lucruri poate crea un impas, o criză a informaticii care tinde să-și extindă puterea chiar și asupra ființei umane.

În psihopatologie încă nu folosim sistemul lingvistic cibernetic tocmai pentru că el nu acoperă sistemul categoriilor psihopatologice; de aceea am considerat oportun ca să schițez acest sistem și rămâne de văzut în ce măsură ar putea fi tradus în limbajul informaticii.

Se știe că ființa umană se găsește ca orice ființă într-un echilibru instabil cu mediul, dar ambii termeni – adică atât ființa cât și mediul – au o specificitate ontologică ireductibilă în comparație cu celelalte ființe și neființe ale lumii. Statutul ontologic extrauman este unidimensional și el aparține unui sistem bio-fizico-chimic natural. Acest sistem este doar o latură a pătratului ontologic uman.

Capitolul de față ar fi superflu dacă am fi convinși că această aserțiune este cunoscută și asimilată. Din păcate însă, în specialitatea noastră, ca un ecou poate al unor carențe filosofice, statutul ontologic uman este redus conform învățământului academic de medicină doar la latura biologică din orizontul căruia s-au desprins și lucrările cibernetice de până acum – și deși de mulți ani se predau științele sociale, care ar fi putut adăuga o latură acestui statut ontologic, aceste cunoștințe sunt păstrate pentru argumentări de ședință și nu au fost integrate așa cum se cuvine în imaginea despre ființă a vorbitorului. Psihiatria și psihopatologia au adăugat o a treia latură psihologică și au încercat să fondeze un concept bio-psiho-social despre om, dar nici aceasta nu a fost înțeles ca un triumphi ontologic ci mai mult ca trei mulțimi de factori sau fapte de care trebuie ținut cont în înțelegerea omului.

Acesta este stadiul actual al sistemului de psihopatologie și el este, așa cum vom încerca să demonstrăm mai jos, insuficient, pentru că el nu dă socoteală asupra sensului, asupra finalității umane, iar cei care au încercat în cadrul acestui sistem ternar să transforme una din aceste laturi bio-psiho-social într-o finalitate umana au creat sisteme greșite, falimentare, cum au fost: biologismul (vitalismul, neovitalismul, energetismul, filosofia genetică, scientismul naturalist) sau psihologismul (metrologia pozitivistă, psihanaliza, psihologia biologică, psihologia cibernetică, etc.) și în fine sociologismul (pragmatismul, materialismul vulgar, etc.). Greșeala concepțiilor mai sus citate constă în faptul că ele au transformat niște laturi mijloc într-o latură scop, ignorând astfel adevăratul scop și deci latura supremă a sistemului. A patra latură a sistemului este deci latura spirituală.

Din cauza unei lupte istorice tragice și regretabile cu spiritualismul, cu religia și cu tot ce a semnat conservator și retrograd în cugetarea omenească de-a lungul veacurilor, savanții – și mai ales din secolul nostru – au considerat că termenul de spirit nu are nici o acoperire științifică, deci nu aparține fizicii, ca mamă a științelor naturale ci este un apendice neglijabil al „coseriei” filosofico-metafizice care în cadrul libertății de conștiință trebuie lăsați în pace să vorbească și să creadă ce vor. Aici intervine de fapt greșeala care creează un rău, deocamdată inexprimabil pentru adepții sistemului ternar. Dacă acceptăm sistemul cuaternar, nu trebuie să ne grăbim să-l înțelegem simplist, prea geometric, așa cum semnifică noțiunea de pătrat în matematică.

Credem că este absolut necesar să conferim statutului ontologic uman o finalitate spirituală, ridicând astfel standardul ființelor pe care le îngrijim, le educăm sau mai exact spus, le servim ca intelectuali.

O a doua care se degajă după acceptarea acestei laturi este cea a raporturilor ei cu celelalte trei laturi. Aici suntem obligați să reconsiderăm

o veche idee filosofică, conferindu-i o semnificație dialectică; este vorba de ierarhie, cuvânt detronat, desuet pentru serioase abuzuri istorice, dar pe care l-am păstrat cu sensul de ordine și organizare, devenind un cuvânt de primă importanță. Îl folosim conferind laturii spirituale termenul de latură conducătoare, supremă a sistemului organismic al ființei umane. Până nu demult formula o aplicam doar sistemului nervos, apoi cu timiditate am înțeles psihicul și cu vigoare și convingere îl folosim în sociologie.

Dacă considerăm sistemul acceptat, validitatea lui rămâne să fie probată în subsistemele social, psihologic și biologic, care nu mai pot fi înțelese decât ca mijloace de expresie, în ultima analiză spirituale, care slujesc un țel de deasupra subsistemului lor. În acest fel, considerăm că omul își recapătă totalitatea, demnitatea, încrederea în sine, libertatea, respectul pentru ceilalți și se clarifică asupra zestrei de valori axiologice pe care trebuie să o conțină caracterul său. Ar fi și aici o greșeală dacă am proceda ca cei care au dat faliment și în dorința de a afirma ceva, am crede în mod pripit că omul este doar o ființă spirituală, neglijând celelalte laturi. Am cădea în spiritualism, evident.

Deci ontologia postulează o antropologie ca sistem cuaternar, în care veriga esențială, realmente exclusiv umană, cea mai profundă, de care depinde înțelegerea sistemului, este cea spirituală, reîmpăcând un vechi ideal filosofic multimilenar de a fi noi înșine în mod conștient cu uluitoarele progrese informatice care își caută de fapt stăpânul.

La rândul ei, latura spirituală se dovedește a fi un domeniu vast, nu lipsit de înțelegere structurală și de ordine interioară. Scopul dezvoltării umane, a personalității sale este maturitatea, adică nivelul coexistenței și utilității sociale; dar acesta nu este decât un mijloc de cucerire reală, nu ideal adolescentă sau involuțională, când este prea târziu, a spiritului.

Cred că revine această sarcină nu numai psihiatrilor și filosofilor antropologi de a preciza nu numai noțiunea, dar a-i demonstra complexitatea construcției. Cu titlu provizoriu și pentru a sugera unele utilități ale noțiunilor pentru informatică, ce vrea să abordeze acest domeniu, vom spune că din prolificul limbaj psihologic actual, se poate organiza un sistem cu o multitudine de subsisteme ierarhizate constituite din lanțul noțional al personalității, conștiinței, aptitudinilor, caracterului și conduitelor. Desigur că o prezentare discursivă a sistemului ar cere mult timp, cu toate acestea se pot extrage unele formule operaționale acceptabile.

Personalitatea este deci ontologic cuaternară și are un potențial existențial egal cu vârsta și traiectoria intramondană originală, potențial care se poate actualiza în orice moment, așa cum au arătat Jaspers și Ey în noțiunea de conștiință, care este deci personalitatea la un moment dat.

În variabilitatea inapreciabilă a stărilor de conștiință a unui subiect stă o constantă care se numește caracter și care este operatorul axiologic potențial care se exprimă direct sau ascuns (simbolic) într-un limbaj al conduitelor și al aptitudinilor, ori toată diferența de valoare umană depinde de calitatea încărcăturii axiologice a caracterului. Dacă ar exista hârtia de turnesol, care să arate, înmuiată fiind în caracterul fiecăruia, care este proporția celor patru laturi ontologice, probabil că am putea obiectiva valoarea umană și am îndeplini și visul metrologic al fiecărui savant.

Ne mulțumim deocamdată doar să fie acceptată o realitate înaltă, care poate scuti pe cercetătorii din acest domeniu de o neînțelegere fundamentală. Dacă acceptăm că în cadrul personalității avem de apreciat în mod selectiv și prioritar caracterul și aptitudinile, în cadrul acestora vom pune în ordine întâi pe cele spirituale, apoi pe celelalte și în cadrul acestora întâlnindu-ne aici cu toată recunoștința cu Kant, care a susținut supremația axiologică a eticului, întâlnire până la urmă cu afirmații politice extrem de importante și contemporane care își cer însă corespondențele în toate domeniile. Personal cred că nu este nici o incompatibilitate ci, din contră, este un imperativ logic ca să introducem la modul cel mai pozitiv latura spirituală a ontologicului.

Natura și cultura

Mai demult, mă impresionase formula englezească a celor doi „N”, după care omul este produsul combinării în proporții variate a doi factori – Natura și Cultura.

Fericita formulă a cărei substanță am putut să o descopăr mult mai târziu încercând să dezvolt ideea structurii personalității. Cu această ocazie am descoperit similitudinea multor cupluri noționale cum ar fi natură – cultură, constituție și educație, temperament și caracter, sex și spirit. Prin aceasta i se lămură o construcție clară a personalității. Spuneam inițial că un om este răspunsul la întrebările simple, dar fundamentale; – ce face? răspunsul era aptitudinile, și – cum face? răspunsul era caracterul. Ulterior mi-am dat seama cât de nedespărțit sunt aceste două noțiuni fundamentale și am ajuns la ultima formulare, care se poate rezuma astfel: omul este un tot poliaptitudinal, rezultat al luptei dintre temperamentul său (constituțional, biologic, natural) și caracterul său (câștigat prin societate, educație și cultură) și dacă în decursul a două, trei decenii caracterul prevalează, rezultă o personalitate socializată, matură și dacă aceasta nu reușește să se impună și omul rămâne prevalent natural și temperamental, el este un sociopat imatur și subsocial.

O societate omenească este concepută ca un amestec al acestor două tipuri fundamentale și sensul progresului istoric nu este decât creșterea

primului tip pe seama celui de al doilea tip, iar în undele de regres asistăm la o recrudescență masivă a celui de al doilea tip și rarefacția primului tip. Nici o societate în decursul istoriei nu a fost constituită exclusiv dintr-un singur tip, dar înălțimea sau coborârea lui spirituală a depins întotdeauna de proporția predominantă a unuia din tipuri.

Ne-am îndepărtat prea mult de subiect; dar de ce nu am face-o dacă orice incursiune în cultură este aparent o îndepărtare pentru omul pripit să-ți audă concluziile. Poate că niciodată aceste două tipuri nu au fost ilustrate mai pregnant decât în lumea elenică cu cele două tipuri de atenian și de spartan. Ele pot fi chiar arhetipuri a căror resturi palide le mai putem întrevedea astăzi la intelectual față de sportiv. Dar revenind la structura psihică a oricărui om, constatăm că atât pentru întreg cât și pentru fiecare aptitudine în parte, nivelul performanțelor nu este decât rezultatul unei lupte pentru prevalența caracterului împotriva unei rezistențe, a unei inerții, a unei tendințe de opoziție care o reprezintă natura omului – cea temperamentală.

Construcția caracterului trebuie imaginată tridimensional și în fiecare dimensiune ducând o luptă uneori extraordinar de lungă și grea cu vectorul invers, temperamental. Și toată strădania formulată altfel de a concepe un om nou cu o conștiință socială înaltă, nu revine decât la aceeași luptă care presupune simultan învingerea unui om vechi și opunerea către o conștiință joasă sau ceea ce este același lucru – opunerea la inconștient. Pentru că aici putem adăuga în mod firesc încă un cuplu noțional la seria anunțată și anume – inconștient / conștient.

Niciodată nu m-a satisfăcut pseudoînțelepciunea celor care văd răul în lipsa de educație și care nu prea știu ce înseamnă asta în afară de șapte ani de acasă și un cod nescris al politetei. Mi s-a părut această reducere filistină și de fapt ignoranță, fiindcă construcția caracterului presupune interiorizarea unei moșteniri axiologice uriașe care probabil nu mai poate să încapă în întregime în nici un om, ori având conștiința acestei sublime poveri, nu mai poți rămâne un euforic, plin de viață, care străbați mapamondul într-un autoturism confortabil, anecdotic, mirându-te cât de variată este lumea, câtă civilizație a avut și nimic nu rezistă. Și dacă aceasta este o pseudoconstrucție caracterială, fiind mereu minată de câți bani ai cheltuit, ce trebuia să mănânci și nu ai mâncat – înseamnă că nu te-ai ales decât tot cu propria-ți natură temperamentală.

În ce constă de fapt intimitatea construcției caracterului? Prima dimensiune caracterială o numim convențional orizontală și este de fapt lărgirea cunoașterii, întocmai ca niște cercuri concentrice care încep de la naștere și se adaugă până la sfârșitul vieții și care adaugă informației genetice a instinctului orb, pulsional, inconștient, animal, imperativ și în

anumite momente chiar dictatoriale o zestre intelectuală, o bibliotecă universală prescurtată, un fel de lumină a lumii în întunericul preistoric al propriei ființe. Acest orizont este personal dar în perpetuă transformare și aproape zilnic modificat de ceea ce s-a numit în mod scandalos – bombardament informațional.

În această mare orizontală, a doua dimensiune verticală aduce un plus de sistematizare, o ierarhizare și o clasificare, o clasare a valorilor în superioare și inferioare, fiindcă toate aptitudinile omenești sunt redușii la patru clase ontologice care în ordinea de la inferior la superior pot forma o piramidă cu patru etaje. Acestea sunt valori biologice care condișionează dar sunt mijloace ale valorilor psihologice care la rândul lor sunt la fel mijloace dar care condișionează mijloacele sociale și toate trei la un loc condișionează și sunt mijloace ale valorilor spirituale. Triumful caracterului și deci al culturii și al socializării înseamnă tocmai impunerea acestei ordini interioare, oricare alta ducând la tipuri umane perturbate.

Dacă valorile biologice sunt scopul ultim, celelalte trei fiind mijloace, avem tipuri de sociopat, pseudosălbatic, pseudoanimal pentru care spirit nu există iar valorile psihosociale sunt mijloace de supravieșuire pentru mâncare, adăpost și protecție. Dar aceste două dimensiuni nu-și capătă stabilitatea decât prin a treia care este dimensiunea profunzimii și care în mod paradoxal pentru caracter înseamnă atașamentul la valorile superioare și minim pentru valorile inferioare. Este dimensiunea voinșei care se impune tendinșei.

Valorile spirituale sunt cele teoretice ale adevărului și frumosului care se impun printr-o luptă față de balaurul minciunii și falsității, al urâtului și al kitsch-ului, iar în domeniul practic sunt valorile binelui pentru ceilalți, deci al sacrificiului generos împotriva răului alimentat de cea mai adâncă rădăcină animală care este egoismul iar noi ca psihiatrții cunoaștem zilnic ce înseamnă să ignori ideea de structură a personalității și ce înseamnă omul frăă caracter sau cu pseudocaracter.

Este interesant de remarcat că devenim mai conștienșii de această construcție când avem de luptat nu atât cu noi înșine ci cu proprii noștri copii și când constatăm nu ca în primii ani că ne seamănă la zâmbet și la nas, ci se îndepărtează aptitudinal și caracterial și că această diferenșă pentru care blamăm televizorul și moda occidentală este de fapt o contradicere a prejudecății noastre că o personalitate lăsată în oceanul de informații actual și în grija școlii poate în mod spontan să ne continue în ceea ce avem mai bun și deci să ne semene. Gravă deziluzie, fiindcă ei ne vor semăna în ceea ce noi avem mai rău, adică vor imita aspectele noastre temperamentale intime și reale, nu cele afișate, adică oboseala de lărgire a orizontului, tendinșă de coborâre a piramidei către etajele inferioare și mai ales filosofia

domestică superficială după care noi suntem cei mai deștepți și mai fericiți și din când în când persecutați de prostimea înconjurătoare; și așa ne mai amăgim că această diferență nu este la urma urmei decât dreptul oricărei generații de a gândi altfel și renunțăm astfel la funcția principală a persoanei de a fi un echipier al unei ștafete a culturii și a caracterului împotriva automatului orb al temperamentului care trăiește după dictonul „o viață are omul”, care i se pare un drept imprescriptibil și în afara unei durate pe care o consideră o abstracție neglijabilă.

Psihiatrul constată astăzi că noua generație mai viguroasă e capabilă de performanțe intelectuale, rezistă în competiții și concursuri mult mai frecvente decât pe vremea noastră, dar constată cu surprindere și cu amărăciune că ea confirmă o superioritate acoperită doar biologic, temperamental și descoperită caracterial și cultural – ori psihiatria în unire cu celelalte științe umaniste are obligația morală de a lua parte în această luptă și de a instaura o ierarhie ontologică cuaternară, singura care poate garanta echilibrul psihic, social și individual ținând într-o dezbatere continuă și sperând într-o diminuare progresivă a omului temperamental care își trădează de fapt sensul.

Cultura nu este pentru psihiatru o chestiune de erudiție deșartă ci este vorba mereu de câte o personalitate care a avut de dus mereu aceeași luptă și care pe deasupra diferențelor de concepție și a oricăror clasificări de filosofie au ținut să impună un nivel uman, caracterial, deci antitemperamental.

Referindu-ne la psihiatria transculturală, credem prin extensie la cele spuse că în caracterizarea diferitelor culturi și tipuri de oameni s-a insistat prea mult pe diferențele temperamentale ale nordicilor germani față de sudicii meridionali, ale europenilor față de africani și asiatici, ca să nu mai vorbim de infinita sursă de bancuri care o constituie diferența între ardeleni, moldoveni, olteni, etc. Desigur că aceste diferențe sunt exterioare, superficiale, temperamentale, fiindcă desigur că ardelean înseamnă – pită, slană și pedanteria austro-ungară, dar mă interesează mai ales Horia, Avram Iancu, Goga, și diferența lor față de Bălcescu, Eminescu și nu care face pâinea mai bună.

Și în ceea ce privește psihiatrul propriu-zis, indiferent de zona din care provine și care are desigur particularități în gradul de informație, în stilul vorbei și al îmbrăcămintei, în numărul de grade al țuicii locale, mă interesează până la urmă semnele caracteriale tridimensionale și mai puțin succesele de locuință, mașină și pașaport, pentru că la urma urmei contează ce facem pentru triumful psihiatriei fără a te lăsa copleșit de filosofia că nebunia este eterna și că cu tine sau fără tine ea își va face de cap.

Chiar aceste rânduri sunt o dorință antitemperamentală de a mai zgudui acest organism care desigur că i-ar fi mai bine pentru vitalitatea lui actuală și viitoare să ocupe acum un loc în sală decât să-și angajeze cordul în susținerea unor abstracții piramidale.

Asupra unei structuri fundamentale a psihicului

Din activitatea zilnică a psihiatriei clinice folosim un limbaj care implică un sistem teoretic destul de simplu, pedagogic și o completăm cu examenele de psihologie clinică. Suntem însă mereu conștienți de schematismul la care ne supunem și că foarte multă materie, ca și implicațiile teoretice posibile se pierd. Acest fapt l-au întrevăzut și cei care în ultima sută de ani au încercat să privească psihologia și psihopatologia prin teorii mai cuprinzătoare. Noi nu ne propunem o trecere în revistă a acestor teorii pentru că acest lucru l-am făcut sistematic în manualul de psihiatrie. Dorim însă să mergem mai departe de ideea ignorării contribuției anterioare, încercăm să nu ne subordonăm nici uneia dintre aceste teorii și nici nu facem vreun amestec în care să nu mai recunoaștem ingredientele. Ne este clar de la început că idolii lui Bacon – vrem, nu vrem – funcționează.

Mai este necesară o mențiune preliminară și anume: extraordinara diversificare a științelor umane în epoca contemporană făcută deliberat, dar și cu nostalgia îndepărtării de un punct comun, adică cu necesitatea păstrării cel puțin a unui al doilea plan, al unui coordonator secret care poate fi filosoful, filosoful științei, antropologul. Din acest punct de vedere unele sistematizări din lumea artei, a muzicii, din informatică, din matematicile superioare, din logicile moderne, din semiotică și mai ales din substanțialele contribuții ale lui N.Hartman și Heidegger, fără să uităm poezia, literatura, teatrul și „last but not the least” – politica, economia, dezvoltarea accelerată a lumii întregi, toate acestea și încă multe altele obligă psihiatrul contemporan să-și revizuiască ideile, să încerce să țină pasul cu vremea, iar prin sinteza pe care o concepe, evident pentru o scurtă etapă, nu numai să poată supraviețui, dar să aibă sentimentul oricât de fragil că își menține identitatea și utilitatea socială. Și aici intervine teza originală pe care o propunem: psihicul rămâne legat de destinul omului pe care filosofic vorbind nu credem să dispară în ciuda amenințărilor ambientale sau a dezechilibrelor socio-economice ca o funcție intermediară, vitală, rezultanta a doi factori fundamentali ce rezumă totul fenomenului om și pe care i-am numit cu două cuvinte multimilenar cunoscute dar care în cadrul definiției și concepției noastre îi investim cu sensuri mult mai cuprinzătoare și exhaustive în așa fel încât acești doi termeni să acopere prin sfera lor noțională „totul omenesc”.

Acum un număr de ani am comunicat aceasta descoperire sub titlul „Sex și altersex“. Am precizat în comunicările ulterioare că este vorba de fapt despre sex și spirit, dar bineînțeles că nu cu semnificația restrânsă a oricărui dicționar disponibil sau enciclopedii, ci cu intuiția fundamentală că omul este un tot și că în cuprinsul întregii sale existențe cât și la un moment dat, se poate distinge în entitatea lui globală o fisură separatoare care indică pentru acel moment raportul între acești doi factori.

Nu odată, în istoria filosofiei, psihologiei și psihiatriei, sintezele au dus la impunerea unui cuplu factorial, cum ar fi corp și suflet, suflet material și suflet imaterial, psihic și somatic, anatomie și fiziologie, științele naturii și științele sociale (Dilthey) și lista ar putea să continue. Dar toată această listă imaginabilă o supunem unui cuplu suprem ai celor doi S: S = spirit și s = sex. Ori psihicul este socotit ca mijlocitor, ca liant, ca strat intermediar, devenind o structură indicatorie a procesului cel mai interior și cel mai intim, desigur și cel mai ascuns și cel mai profund, dar nu numai în abisalitatea freudiană ci și în înălțimea spirituală.

Desigur că toate obișnuințele și informațiile care ne preced pot fi pentru moment trăznite de această afirmație, scandalizate, zăpăcite, haotizate. Niciodată nu a fost altfel în istoria gândirii și a succesiunii dialectice a teoriilor. În fond nu este o înțelegere materialist dialectică? Nu este tocmai unul din momentele de depășire și de răsturnare pe care l-a făcut Hegel față de Kant și Marx față de Hegel? Teza, pe care am descoperit-o după numeroși ani de frământări și de cercetări și după disperate limite teoretice pe care medicina, psihologia, filosofia, arta, etc. și le-a construit ca pe niște ziduri pozitive și metafizice după regula că fiecare să-și cultive grădina iar totul să rămână al nimănu. Ori, în ciuda incontestabilelor progrese pe care le-a adus limitarea, omul nu a abandonat absolutul nici în matematică, nici în poezie și nici în psihiatrie și s-a confruntat cu el ca un etalon desigur vag, pentru unii gol sau negativ, dar un alterego indispensabil al adevărului, al valorii, al sensului imediat și ultim al destinului omenesc.

Ne gândim la câteva creionări ale prezenței acestui cuplu în om și mai ales ale unor variații ale acestui raport. Pentru o comunicare mai ușoară, să-l socotim ca o fracție – cu „spirit“ la numărător și „sex“ la numitor iar rezultatul fiind psihicul, devine imediat evident că, în existență, etapele ontogenetice sunt caracteristice tocmai prin variațiunile acestui raport și că ceea ce numim copilărie, adolescență, maturitate și bătrânețe nu sunt decât variații calitative ale psihicului și se poate astfel admite unicitatea fenomenologică a fiecărei clipe de viață individuală sau colectivă având structura descrisă mai sus.

Din admiterea acestui postulat fundamental rezultă că tot sistemul noțional psihologic și psihopatologic va fi marcat în definirea și înțelegerea fiecărei funcții sau aptitudini psihice prin structura fundamentală a celui

psihic. Funcțiile nu vor mai fi înțelese în sine – atenție, memorie, afectivitate, atitudine, etc. și în fiecare din aceste elemente sau parte trebuie înțeles procesul interior al luptei, al contradicției spiritual-sexuale din care rezultă psihicul la un moment dat, adică acea funcție. În acest caz, fiecare funcție substituie psihicul din formulă și rezultă că aparent cea mai simplă funcție cum este atenția în definiție este ceea ce rezultă din procesualizarea ei în lupta spiritului cu sexul, adică a tendinței de concentrare pe care i-o dă spiritul împotriva tendinței de împrăștiere pe care i-o dă sexul și din care rezultă un cât actual de atenție, un amestec eficient care servește mai departe ca bază celorlalte funcții. Și tot așa se poate continua cu toate funcțiile pe care didactic le socotim cuprinse în procesul de cunoaștere afectivă și volițional-acțională cuprinse în secțiunea sincronă a psihicului la un moment dat care este conștiința (Jaspers). Analiza întregii personalități cu aptitudinile de inteligență temperament, caracter și care rezultă din analiza longitudinală diacronică a subiectului rezultă tot din înțelegerea fracției structurale. Totalul aptitudinal, intrat în fracția sex-spirit devine prin substituția de rigoare caracter/temperament = personalitate.

Acestea sunt câteva lucruri generale asupra unui psihic considerat universal, anistoric și normal. În realitate, aceste considerații trebuiesc socotite doar ca un ideal, ca o etică și ca o estetică rămânând ca pentru fiecare caz în parte caracterizarea să rezulte din confruntarea unei politici cu o economie.

Sunt dator cu câteva lămuriri suplimentare. Folosirea termenilor consacrați: etică, estetică, politică, economie în tratarea categoriei de psihic se face nu în sensurile din dicționar, ci în sensul în care ființa omenească care are drept conținut fundamental și contradicție principală lupta spiritului cu sexul, dă un psihic esențial care poate fi considerat în mod ideal după normele eticii și esteticii și poate fi apreciat în realitate după orientările politice și valorile economice. Aici trebuie înțeles iar un fenomen paradoxal și care poate scandaliza la maximum spiritele prea didactice. Se obișnuia să se izoleze spiritul individual de cel colectiv rezervându-le două discipline deosebite – psihologia și sociologia.

O gândire ontologică radicală respinge asemenea demersuri care deși utile sunt, din punctul nostru de vedere, viziuni limitate, naive. Oricum, toate științele omului, ca și toate științele – cultura și civilizația, se sistematizează atât în structura socio-naturală ambientală ca sex în sensul cel mai larg, cât și în persoana umană ca ființă spiritual-sexuală (nu vorba Pascal de o trestie gânditoare?). Și atunci, ce rămâne din toată discuția despre normal și psihologia diferențială care trebuie să dea socoteală despre specificul fiecărui om? Răspunsul, conform teoriei pe care o susținem este univoc, analiza structurală sincrono-diacronă a binomului spirit – sex dă rezultatul căutat.

Mai departe, vom încerca să arătăm ce devine psihopatologia în acest orizont ontologic – antropologic. Vom începe întâi cu psihopatologia clinică cu care suntem confrunțați de zeci de ani și ne rezervăm partea finală pentru ceea ce Freud numea psihopatologia cotidiană. Rândurile acestea nu urmăresc o erudiție pedant popularizatoare ca să se încânte cu nesfârșitele definiții date nebuniei, bolii mintale. Sunt destui cei care trăiesc din aceasta.

Pentru noi, boala mintală este o calitate a psihicului care indiferent de cauză și de forma clinică are caracteristica esențială că este o fracție subunitară în care indiferent de proporție, spiritul este deficitar și implicit sexul devine dominant. Ori luând exemplele extreme ale oligofreniei și dementiei devin evidente urmele fine ale spiritului față de proliferarea sălbatică, instinctual-afectivă, violentă. De altfel, într-o lucrare comunicată anterior, cu ani în urmă, am propus și am descris patru tipuri de bărbați și patru tipuri de femei conform fracției ontologice mai sus menționate.

Deci în psihopatologie înțelegerea fiecărui caz și încadrarea lui într-o sistematică depinde de revizuirea semiologiei, sindromologiei, în lumina binomului: spirit-sex. Întocmirea unei foi de observație pe baza anamnezei personale și a anturajului ca și examinarea completă psihosomatică, inclusiv datele paraclinice, trebuie să ducă la concluzia diagnostică a insuficienței psihice de tip hipo sau hiper a spiritului față de sex.

Ar trebui acum să demonstrăm prin interpretarea ontologică a semiologiei, sindromologiei și nosologiei; sarcină care ar cuprinde un tratat. Ne mărginim să dăm câteva exemple.

Delirul este socotit principala tulburare de gândire în psihopatologie. Ideile delirante nu mai stau sub imperativele logicii realului, ci exprimă tendințe afectiv-instinctive ale unui psihic cu formula evident răsturnată sau sindromul neurastenic în care subiectul face eforturi uriașe să pregătească un examen dar este dominat de oboseală, incapacitate de memorare și concentrare, căzut într-un eșec corporal în termenii noștri, într-un eșec hipospiritual și hipersexual.

Dar intrarea normalului într-o psihoză nu este aceeași răsturnare a binomului ontologic? Nu începe mania cu fericire nesfârșită și nemotivată, logoree incontrollabilă, agitație nesfârșită care este mai tare decât rațiunea unor grupuri întregi?

Ce să mai spunem de schizofrenie, în care elevul sau studentul serios și cu performanțe devine aparent un „bufon genial” dar practic un spirit pierdut într-un sex incoerent. Ori psihiatrul care își va fonda un spirit critic, nu va putea rămâne la liste de diagnostice cu criterii codificate, ci va fi obligat să își practice meseria pe baza psihopatologiei ontologice. Și din aceasta rezultă și concepția sa terapeutică, care nu se va mai putea rezuma

la psihotrope și celelalte. Acestea vor putea condiționa o psihoterapie individuală sau de grup care are acum un scop, adică refacerea unei fracții unitare (sau supraunitare) pe care noi am numit-o resocializare.

Nu este o inconsecvență dar am vrut să alegem partea minimă cu care bolnavul poate exista în societate, ferindu-l de interpretările deformate care altădată îl identificau cu Don Quijote.

Și acum câteva referiri la psihopatologia extraclinică pe care Freud o chema cotidiană și pe care noi o vom numi-o subclinică sau subliminară.

În secolul nostru s-au produs atâtea schimbări și răsturnări încât totul a devenit discutabil, inclusiv valorile majore de adevăr, dreptate, libertate, frumos și normal. Dar indiferent de avatarurile practice ale acestor coloane de susținere ale caracterului omenesc, o societate civilizată nu poate funcționa fără persoane care își călăuzesc discernământul după acest imperativ spiritual. Aceasta nu duce la o segregare automată bipolară a fiecărei valori, pentru că în realitate extremele sunt rare, majoritatea oamenilor înscriindu-se într-un fel propriu la diferite cote ale fiecăreia din aceste valori. Nu este cazul să analizăm din punct de vedere fiecare valoare – ne interesează mai ales normalul psihic. Nu intrăm în cel legat de răspunderea penală sau civică, ci ne limităm la normalul cel de toate zilele.

Privit cu rigoare constatăm că cel care își merită acest atribut l-a obținut prin înfrângerea unui temperament sociopat originar, printr-o îndelungată instrucție și educație, prin multiple ciocniri moderatoare, încercări și eșecuri – care toate dau o experiență și un caracter.

Sex și altersex

„I regard sex as the central problem of life.” Havelock Ellis (1859-1935).

Se știe că Freud a descris inconștientul ca forța dinamică hotărâtoare a comportamentului uman, constituită la rândul ei din două contrarii și anume instinctul sexual al vieții, libido-ul în luptă cu instinctul morții, distrucției, agresiunii, puterii.

În concepția noastră, personalitatea matură normală, deși greu de definit, reprezintă un postulat fundamental în care inconștientul descris de Freud există, însă nu domină, este integrat (frânat sau sublimat) de către forța rațională a conștiinței și nefiind scop în sine, ci numai mijloc al unui strat superior al ființei care este scop și care îl numim spirit. Această construcție a normalului, cu structura sa ontologică, depinde de situația de moment și în traiectoria existenței a două forțe care guvernează aptitudinile, capacitatea mintală a subiectului și anume: temperamentul și caracterul.

Ar fi prea simplist ca să reducem temperamentul la nucleul său sexual, ar fi mai bine să-l înțelegem cel puțin ca libido, ca forța de viață înăscută

care conferă tonus vital, energie, forță, ritm, impasivitate, afirmare vitală, contact sexual, relații afective, propensiunea către societate, optimism, putere de luptă, impuls către construcție, grandoare, expansiune.

În ontologia persoanei, în copilărie și apoi în adolescență, această forță este treptat convertită în caracter printr-o lungă perioadă de aproximativ 25 de ani, în caracterul amplu, profund, simfonic al maturului integrat în comunitate, care și-a însușit, asimilat și retopit o construcție axiologică proprie, în rezonanță profundă cu comunitatea pe care o servește cu plăcere și grațitudine.

În acest context, sexualitatea este un ingredient fundamental, indispensabil dar mereu subordonat organizatorului caracterial care este spiritul. Aceasta impune personalității un scop înalt, ideal, care transcende meschinăria individualismului și-l unește afectiv cu familia, generația, epoca, neamul și chiar cu istoria sa. Prin spirit, individualitatea își capătă atât înălțimea cât și profunzimea și mai ales continuitatea transindividuală.

Aceste contrarii nu se exclud, ci se presupun și raporturile lor sunt variabile. Spiritul este o emergență relativ tardivă a persoanei și din păcate este surprinzător de ignorată. Maturul echilibrat nu din ipocrizie evită confuzia planului intim sexual cu cel al activității morale sociale, ci din faptul că este capabil să se ridice deasupra condiției sale animale prin cultură. Ori invenția culturii a avut probabil tocmai sensul depășirii nivelului primitiv sexual care condamnă la o subjugare de tip instinctiv-pasională și dictează o imprevizibilă instabilitate și chiar alienare.

Discuția acestor doi termeni polari arată clar că nu există om exclusiv sexual sau exclusiv spiritual și că totuși nu în fiecare om toată viața aceste doua componente formează același cuplu de forțe.

Copilul este temperamental și indiferent sexual (cel puțin pragmatic, deși psihologic străbate o sexualitate destul de complexă). Adolescentul este temperamental și sexual cu aspirații spirituale uneori absolute sau cu o sexualitate cinică exclusivă și antispirituală, ambele sunt relații extremiste.

Adultul prin definiție și-a rezolvat sexualitatea prin cadrul moral al comunității și chiar dacă are multiple probleme le găsește soluționări. Patologia începe la adult când rapoartele acestor două contrarii devin anormale, încurcate. Am putea distinge pentru claritatea expunerii variante, pattern-uri, modele, tipuri psihopatologice. Desigur că nu sunt picturi realiste și reprezintă o realitate abstrasă, așa cum se procedează în artă cât și în știință. Anomaliile descrise se înscriu în limitele normal / psihopatii. Acestea sunt:

- hipersexual și hipospiritual
- hiposexual și hipospiritual
- hiposexual și hiperspiritual
- hipersexual și pseudohiperspiritual

Am de descris opt tipuri înconjurătoare care nu poartă etichete psihiatrice clasice, care sunt amestecate printre noi, în fiecare microgrup și care tind să compromită echilibrul fragil al normalității medii.

Bărbat hipersexual și hipospiritual. Este golan, pește, al treilea – amantul de cartier, consolatorul de văduve, escrocul de căsătorii fictive. Escrocul sexual este rar spiritual. Adesea este prezentabil, manierat, cu o figură de cavaler tomnatic, cu garsoniera aranjată, foarte atent la sexul opus și speculând toate crizele cuplurilor sau în curs de contractare de căsătorii. Aparența lui, datele pe care le prezintă sunt ademenitoare, trecând drept un tip cu situație, dar care nu are alt scop decât să înșele cât mai multe și dacă poate să profite și material. În vederea nunții, unele împrumuturi sunt inteligibile și desigur rambursabile. Îl poate apuca și 50 de ani cu această mentalitate de adolescent neserios.

Profesia în general este secundară (meseriaș, sportiv, reparator radio sau TV, etc.) iar familia reală îi este cu vremea o spaimă. Egoist, meschin și în fond cu mult mai pernicios decât atributele care i se atribuie. Este un expert sexual. Lăudăros, dă lecții la tineri, care îl admiră și îl invidiază, fabulând despre tehnici de captare și seducție, statistici personale, profilaxia bolilor venerice și depășirea prejudecăților și timidităților inițiale sau cum se evită încurcăturile cu soții geloși, etc. Întreține povești de un romantism desuet, care exprimă hipospiritualitatea și nocivitatea socială.

Bărbat hiposexual și hipospiritual. Este tipul de om cumsecade, modest, burlac fără aspirații, cu o căsătorie convențională. Cu o sexualitate palidă, ștearsă, de obligație, în general căsătoritul de familie, prin vederi, tardiv, cu fete cu defect sau timide, modeste. Sunt adesea conștiințioși, copleșiți de profesie, familie și existență, la un nivel mediu.

Sexul le pare o povară astenizantă și nu-i mai preocupă. Sunt mirați de sexualitatea altora și de ceea ce aud, ajungând să considere problema pe undeva imorală. Cu o vitalitate scăzută, bolnăvicioși, bătrâni înainte de vreme, nu aspiră, nu îndrăznesc și de aceea orizontul spiritual este sub mediu.

Bărbat hiposexual și hiperspiritual. Este intelectualul „șoarece de bibliotecă”, sfânt. Intelectual rafinat, asteno-psiastenic, cu o bogăție spirituală, informațională pentru care realitatea sexuală este prea crudă, prea vulgară, prea epuizant distructivă și anticreatoare. Trăiește într-o sublimare continuă, fișând și tocind bibliotecile. Sunt enciclopedii vii, publiciști, grafomani chiar, care admit relații subțiri cu doamnele fine, pe care le admiră, cochetează, dar nu pot merge prea departe și în esență le consideră străine de spirit. Dacă spiritul apucă pe căi religioase, prevalența merge către sacralizare, călugărie, profetie, apostolat.

Bărbatul hipersexual și pseudohiperspiritual. Este un bărbat albastră, satir de geniu. Este domnul bine, sus pus în scara socială, cu diplomă, cu situație, cu mașină deosebită, cu casă, cu lucrări în țară și peste hotare, creator în specialități tehnice, cotate profesional și care rămâne dorit de toate femeile. El nu promite, nu se explică, nu cere, nu forțează, dar ele vin... Relațiile lui sunt scurte, civilizate, igienice, trăind operațional, funcțional, considerându-se fără prejudecăți, cu un cinism profund, dar mascat, pentru norme, pentru familie, copii, etc. pe care le consideră sfârșitul oricărei creații de geniu. Pentru că el desigur că este unic și dacă ar avea condițiile pe care le știe el, i s-ar cuveni premiul Nobel. Inginer, doctor, avocat, profesor, este o figură controversată în profesie iar femeile îl adoră, îl visează ca pe un real Casanova sau Rudolf Valentino.

Femeia hipersexuală și hipospirituală. Este prostituata cunoscută sau mascată în profesii de intens contact intern sau internațional. Este tână care nu mai vrea calea bună și prostia mamei care a muncit și a bătut-o taică-său, care era bețiv, ci aspiră la o căsătorie chiar cu un străin. De aceea, o profesie minimă în serviciile de pe litoral, o conversație sumară poliglotă, arta de a te îmbrăca picant și modern și succesiunea aventurilor, combinațiilor. Știe cum să nu greșescă să facă copii, e adesea protejată de către un băiat puternic și împreună cu o prietenă își trăiesc viața ani. Visează doar o viață ușoară, bani, vacanțe, mașini. Pe străini îi uimește și-i obnubilează nu cu tehnici sexuale ci cu pseudo-afecțiuni copleșitoare cu care ei nu sunt obișnuiți.

Profesiile care furnizează schimbările sunt cele mai căutate. Așa că uneori au și școală profesională care le asigură postul. Evident că în orice grup sunt preferate, admirate și creează probleme și uneori părueli. Nu pot fi fidele fiind prea solicitate, prea frumoase și dacă se căsătoresc, divorțează des, spunând cu cinism – bine, dar eu sunt femeie doar pentru un singur bărbat? Bineînțeles că iubesc bărbații cu bani, putere și sunt urâte de restul imens al femeilor.

Femeie hiposexuală și hipospirituală. Este tipul de țesătoare cu chirie, în curțile lungi, rezervată, palidă, uneori fixată pe lângă un alcoolic sau un invalid bătrân. Este tipul de soție debilă, obosită, cu serviciu în ture, chiriașă modestă, în curți cu mai multe familii. Este femeia retrasă, modestă, suportând presiunea vieții, mizeriile unui soț alcoolic agresiv sau invalid, care te miră cum mai supraviețuiește și care bineînțeles că nu o mai interesează aspectul sexual. Sexul i se pare o ciudată impulsivitate masculină căreia trebuie să i te supui periodic, resemnată și înțelegătoare; face parte din serviciile care trebuie să i le faci exclusiv soțului tău care, deși bețiv, aduce ceva bani și ține casa, în plus ai un om care te apără de agresiunile posibile și nu rămâi singură și fără ajutor. Rămâne atașată bisericii cât mai are timp, mai ales cu frică de păcate posibile, așa cum a învățat de la mama.

Femeia hiposexuală și hiperspirituală. Este Maica Domnului, călugărița, premiata la facultate, femeia savant. Este tipul de fetiță perpetuă, castă, premiantă, intelectuală, curată, sobră, atașată de părinți, excepțională profesional chiar savantă, care pare ori prea băiețoasă ori prea infantilă, conspirată de mătuși îngrijorate că timpul trece și se pierd partidele. Colegele de mult au copii și situație, iar ea scrie, merge la munte, la teatru, rar este invitată la câte o aniversare. Desigur că așteaptă pe tânărul savant de colegiu întors de la bursa din străinătate sau un om serios. Dar cum bărbații îi par neserioși, prea animalici, prea repeziți și fără o strategie, chestiunea sexuală o socrate un tabu, o proprietate, comoară și nu vrea să deschidă acest subiect nici cu mama ei. Nu este o schizofrenă, dar vrea ceva serios, sigur, durabil și cu o mulțime de criterii pe care realitatea nu prea le întrunește.

Este profund apreciată de bărbații din profesie cu grade superioare mai în vârstă, cu care colaborează științific și admite vagi cochetării în stilul „fin du siècle”. Cei de aceeași vârstă o consideră o înfumurată, încuiată, cam nesărată și încep să o ocolească. Dacă este și religioasă, atunci este fanatică, atașată de o biserică, de un preot, de obiceiuri și altceva nu o mai interesează; se poate chiar călugări.

Femeia hipersexuală și pseudohiperspirituală. Este nimfa de geniu, care a răsturnat imperii mai mari sau mai mici, stricătoarea caselor cele mai onorabile, spaima soțiilor. Este desigur femeia cea mai periculoasă, Mata-Hari, Garbo, George Sand, Monroe, femeia de succes, de milioane, frumusețe de excepție cu o corporalitate inegalabilă, prototipul sex-apeal-ului de calitate, inteligentă, demonul feminin, scriitoare, critică, regizoare, actriță departe de tarife. Face obiectul celor mai înalte și secrete combinații, posibile scandaluri de răsnet, joacă tare, sfidează lumea pe care o privește ca de pe un yacht personal, cu capricii istorice, cu imense relații condensate într-un faimos index de telefon, cu posibilități de mișcare și influență extraordinare, care face posibil teoretic orice.

Sexul este o calitate rară de cultivat, ca mijloc pentru scopuri personale, precise, materiale fabuloase. Este fără vârstă, știe să fie prototipul fericirii, știe că o vrea orice bărbat și vrea să fie servită necondiționat. Visează bogătași sud-americani (pentru că nord-americani sunt reci, perverși, meschini), disprețuiește plevușca asta cu diplome care se căznește să trăiască la un orizont spiritual și salariu mizer. Nu suportă blocul, mulțimea, vrea vilă, piscină, Ford, un animal de rasă care o compensează cu dragostea lui față de răutatea omenească înconjurătoare. Vrea ginecolog propriu care să îi asigure o funcționalitate fără probleme.

E spumoasă, spirituală, face traduceri simultane în mai multe limbi. Intelectualii îi par astenici, săraci și stângiști, înglodați în ideologie, pierzându-și viața steril. Ajung temporar stewardeze și bovarismul lor invincibil le implică în avangardă cosmopolită de vară. Stau bine unui personaj reprezentativ, vreunui diplomat, fiind născute pentru casă mare și recepții strălucitoare. Cea mai gravă și secretă spaimă o au în bătrânețe și riduri. Maturii sexuali normali, cu familie și copii, cunosc aceste opt tipuri ieșite din comun și au în general relații de serviciu sau sunt tulburați și uneori dezzechilibrați de intruziunea lor. Popular, sunt deja catalogați ca trăsniți, scrântiți dar desigur rămân în general fără internări la psihiatrie, numai dacă etichetele psihiatrice nu-i tentează pentru vreo pensie sau o ieșire din încurcături medico-legale.

În concluzie, normalul consideră sexul ca un mijloc al spiritului, în timp ce anormalul consideră sexul totul, iar spiritul doar ca un altersex subordonat lui.

Aplicația cuplului noțional spirit/sex în psihopatologie este următoarea:

- la normal, prevalează spiritul asupra sexului

$$N = \frac{\text{spirit}}{\text{sex}}$$

- în psihopatii, prevalează sexul asupra spiritului

$$\text{psihopat} = \frac{\text{sex}}{\text{spirit}}$$

Aparent este normal și spiritual, dar în esență e sexual. Prin urmare, scopul este sexul și mijlocul este spiritul, invers ca la normal.

- în nevroze, formula rămâne aparent aceeași (sex/spirit), dar spiritul se rușinează, refulează și se complexează din cauza sexului. Astfel, sexul practic este scăzut sau anulat.
- în psihoze, sexul este aproape exclusiv în manie, e predominant fantasmatic în schizofrenie și e obsedant în melancolie.
- în demențe, formula rămâne sex = sex. Sexul este fără rușine, denudat.

Bazele logico-filosofice ale psihiatriei

De când este lumea, oamenii au coexistat cu semenii lor, pe unii considerându-i nebuni, așa că nebunia a însoțit lumea și are aceleași începuturi vagi. Mai mult decât atât, orice om cunoaște nebunia unora de pe stradă sau din familie. Un copil care nu se dezvoltă mintal și „prostul satului” sunt noțiuni binecunoscute, ca și bătrânul care își pierde mințile și apoi averea. Fiecare om a cunoscut la viața lui cel puțin un nebun, prototipul fiind un om jerpelit, cu o privire rătăcită, de care trebuie să te păzești, să nu-l contrazici, ca să nu-i declanșezi o furie, de care în general se teme toată lumea.

Cum au trăit ei implicați în istoria umanității, cum au fost maltratați și omorâți, câte încurcături incalculabile au făcut, intră într-o preistorie a psihiatriei, pentru că aceasta, istoria, începe în mod semnificativ odată cu Revoluția franceză, când nebunul devine și el un cetățean, un om, un bolnav, și aparține de atunci și până astăzi unei specialități medicale. Dar cunoașterea directă sau livrescă și chiar coexistența ani îndelungați cu bolnavi mintal nu duce la o psihiatrie care să își merite numele, nici în privința diagnosticului și nici în privința tratamentului.

Psihiatrul ca și pacientul său acceptă această marginalitate și speră într-o resocializare, atât cât fiecare bolnav mintal să nu-și piardă statutul de om. Toată lumea ar vrea cu nerăbdare să deschidă o carte care să înceapă cu prezentarea unui nebun, care să-i satisfacă curiozitatea nesfârșită a diferenței și să-i dea o speranță inconștientă a unei superiorități, a unei legitimități, a unei valori, a unei circulații prin lume fără probleme ca o monedă egală.

Psihiatria ca știință medicală specială aparține atât științelor biologice (naturale) cât și științelor istorice (sociale), după diviziunea făcută în 1908 de Dilthey. Se folosește de anatomo-fiziologie ca să înțeleagă corpul și patologia lui dar are ca obiect specific psihicul, ca urgență somatică autonomă care îi conferă o unicitate în rândul disciplinelor medicale. Se știe că științele spirituale istorice sau sociale sunt mai puțin exacte decât științele naturale și sunt legate finalmente de destinul metafizicii. Așa că omul antropologic nu poate fi înțeles decât dacă existența lui are un sens rațional, spiritual pe care îl moștenește din cultura greacă care a instaurat ontologia.

De atunci și până acum ontologia a oscilat în perioadele istorice de declin materialist, sexual. În prezent lupta se dă între renașterea ontologiei hermeneutice (Heidegger, Jaspers, Ricoeur) și imensele progrese ale științelor pozitive (de la A. Comte până la neuroștiințele actuale). Psihiatrul care s-ar ține numai de datele pozitive ale psihiatriei biologice și ale psihologiei wundtiane ar perpetua o criză a disciplinei și ar

dezumaniza meseria care fără sens ar fi pragmatică subordonare la interesele oportuniste ale socialului. De aceea ontologia pe care o postulăm este cuaternară și nu ternară cum susținea Brânzei, Pamfil ș.a. în care latura bio-psiho-socială a omului e doar instrumentul unei laturi supreme care se chemă spirit sau rațiune. În felul acesta psihiatria este medicală dar nu numai și este socială dar nu numai. Pozitivistii care disprețuiesc filosofia nu își dau seama că în felul acesta „își taie craca” în sensul că nu poți face psihoterapie, adică 50% din practica psihiatrică.

În înțelegerea globală a omului răspunsurile supreme încearcă să le dea pe lângă filosofie și religia, care continuă să aibă o forță de atracție pentru miliarde de oameni și care pune și problema fanatismelor, dezbinărilor și a terorismului mondial. De aceea psihiatrul trebuie să respecte curente afective ale contemporanilor pentru a menține echilibrul social.

Din punct de vedere filosofic, moștenirea modernă nu depășește de fapt pe Kant și Hegel, care la rândul lor au asimilat precursorii greci, pe Descartes și empirismul englez. Nu putem depăși antinomiile propuse de Kant, mai ales cea asupra libertății și necesității, nu putem ignora faptul că cunoașterea nu e exclusiv empirică ci e și rațională (a priorică, transcendențială), că datoria morală este un postulat și că omul caută un frumos estetic pe care noi l-am identificat cu normalitatea.

Importantă este și contribuția lui Hegel, pentru că dezvoltarea ființei, pentru noi a psihicului străbate o ontogeneză și trece prin toate peripețiile (excepțional descrise de Noica). Toată această aventură de la A la Z noi am văzut-o ca o dezvoltare în trei niveluri (trei lumi (world – Popper) – 1. lumea proprie, a sinelui, subiectivă; 2. lumea culturală, obiectivă, și 3. valorile absolute – Dumnezeu, religia, filosofia). Tot de la Hegel reținem că orice unitate este contradictorie și contradicția fundamentală a psihicului este după noi cea între spirit și sex. Așa că avem spirit și sex (1), spirit și sex (2) și spirit și sex (3).

În spirit și sex (1) esențialul este lupta cu inconștientul care în psihiatrie predomină sub diferite forme (vezi H.Ey – Raportul la Primul congres mondial de psihiatrie, Mexic 1950). (2) este lupta culturii cu materialismul marxist, nemarxist, cu vulgaritatea, kitsch-ul și pseudovalorile. Și (3) e lupta cu Diavolul.

Pentru înțelegerea resocializării și a premizelor ei filosofice este important de subliniat factorul economic în restabilirea normalității psihice, pe care Max Weber l-a condiționat de prezența factorului spiritual. Plus factorul imitație (de la Aristotel la Gabriel Tarde – *De l'imitation* 1890). Putem reflecta în continuare la diviziunea lui Saussure asupra limbajului cu următoarea aplicație la psihiatrie. Semnificatul este comportamentul

iar semnificantul este motivația cognitiv – afectivă. Încă neexploată este noțiunea de Gestalt (configurație, structură, întreg). Așa cum a arătat H.Ey și Heidegger, conștiința (Desein) semnifică întregul (Gestaltul) persoanei.

De mare importanță pentru psihiatrie este contribuția sociologiei, în sensul înțelegerii determinismului bolilor. Este foarte probabil că sociologia plus genetica – va fi cheia etiopatogeniei psihiatriei. Așa că conceperea societății ca un mediu ecologic specific, structuralo – funcțional (Parsons), care conține condiții pentru devianță (R. Merton) la care Moreno pune problema sociometriei, a microgrupului și cu asta ne apropiem de etiopatogenia psihogeniilor (vezi raportul nevroze – psihopatii).

Științele pozitive nu sunt de disprețuit atât prin contribuțiile directe ale neuroștiințelor (imagistică, enzime, conexiuni) cât și prin înțelegerea metaforică a fenomenelor esențiale din fizico-matematică. De pildă, marea descoperire a științei moderne a fost legea gravitației a lui Newton. Oare nu același lucru a spus Freud despre sex în comparație cu fenomenele psihice. Și atunci spiritul este antigrațional și antisexual. Anumite discipline din psihiatrie nu mai pot funcționa fără statistica matematică (sănătate mentală, epidemiologie, genetică, economie sanitară). În fine, calculatorul a devenit indispensabil pentru că 1. este o bază de date, 2. prin Internet se acordă la noutățile mondiale. Limbile sunt indispensabile pentru știință, DSM (engleza), pentru structura psihicului (franceza) și pentru filozofie (germana).

Natură și cultură. Se poate vorbi de o ontogenie și o ontologie a persoanei. Ontogenia este dezvoltare de la animalitatea copilăriei spre spiritualitatea eventuală a involuției. Se produce o universalizare prin transcenderea individului și asimilarea spiritului culturii (spiritul doi sau W2 Popper) și transcenderea către absolut propriu-zisă care este spiritul trei (W3). Această ascensiune sau Golgotă presupune controlul sau stăpânirea inconștientului, ceea ce în limbaj popular și teologic se numește lupta cu diavolul, cu ispita, cu păcatul, cu animalul din om.

Contribuția Newton – Freud. Primul pentru formularea atracției universale, din care derivă legea gravitației iar Freud pentru atracția universală sexuală, care pune bazele instinctului, egoismului și a existenței entropice care se opune spiritualizării.

Pshicul este polifuncțional în cadrul conștiinței și poliaptitudinal în cadrul personalității. Triada de la conștiință (cognitiv – afectiv – activitate) devine triada în care avem inteligență, voință, conduite. Sau temperament, caracter, talente.

Descrierea carteziană a spiritului (Ey), corelatele conștiință – personalitate se pot apropia de înțelegerea lui Heidegger asupra ființei.

În sensul că un moment al existenței, ființându-l, combină pe acesta cu ființa rezultând Dasein, adică ființa de aici, de acum. Prin urmare, întotdeauna conștiința are un al doilea plan, al ființei, adică al personalității, al sinelui, care conține atât spiritul personal W 1 cât și spiritul cultural și cel absolut. Cum spunea Noica, imanentul conștiinței implică transcendentul. Sau devenirea conștiinței întru ființă (a personalității). De aceea aceste corespondențe îndrituiesc – psihopatologia este filozofie, metafizică, ontologie și trebuie să aplice toate câștigurile antropologice. Psihopatologia nu se reduce la psihologie individuală, ci necesită adăugirea unei psihologii sociale, a mulțimii (Gustave LeBon), a imitației (Tarde) și chiar a sociologiei (Comte, Durkheim, Marx, Max Weber). Pentru că în definitiv etiologia nosologiei este socială, socio-economică, expresia este psihologică și consecințele sunt tot sociale. Deci psihiatria nu este numai o psihologie ci este și o sociologie strâns legată de politică economică, pe de o parte și de cultură (spiritul 2) pe de altă parte.

Psihicul uman nu se descifrează direct din comportament. Acesta este doar un prim plan, care nu rareori este ascuns și dacă rămâne la aprecierea lui exclusiv empirică ne înșelăm, e iluzoriu. De aceea s-a pus problema unui al doilea plan, mai profund care să explice primul plan. Psihologii l-au numit simplu – motivația, iar filosofii au căutat în primul plan fenomenal un al doilea plan esențial al ființei.

Acest al doilea plan este o supoziție metafizică, o ontologie și are o lungă istorie. De fapt el este planul diferențial specific față de animal și în mod elementar el se construiește astfel – psihicul se concentrează, devine atenție și percepe un obiect. Lucrurile nu rămân așa. În mod simplu și animalic intuiția obiectului e de bine sau de rău pentru adaptare. Deci obiectul este pozitiv sau negativ. Dar în cunoaștere (epistemologie) obiectul trebuie să caute un sens, o semnificație. Care se obține prin câteva operații simultane și succesive. Percepția obiectului se unește cu o percepție anterioară din memorie (reprezentare) și se obține o identificare sau o diferență. Această primă sinteză se unește mai departe cu un cuvânt din limbajul limbii proprii sau din alte limbi și se obține o obiectivare lingvistică. Mai departe obiectul concret este judecat spre a fi clasat, inclus într-un gen proxim și astfel universalizat. Aceasta presupune gândirea și un ego transcendental matur. Asta înseamnă un echilibru caracterial și o asimilare în supraego a valorilor educaționale. Dacă nu este acest stadiu de maturizare, atunci subiectul este dominat de tendințe și pulsuni temperamentale, discernământul lui este deci dezechilibrat de un caracter dizarmonic. Bineînțeles când acest ego e disociat ca în schizofrenie, tulburările de cunoaștere sunt și mai mari ajungând până la delir și halucinații sau asociații absurde. De aceea se vorbește de o fenomenologie, adică fenomenul (comportamentul) nu e

simplicu și are acest al doilea plan, al intuiției esenței (Wesensschau). Dar aceasta nu este ultima concluzie a istoriei filosofiei.

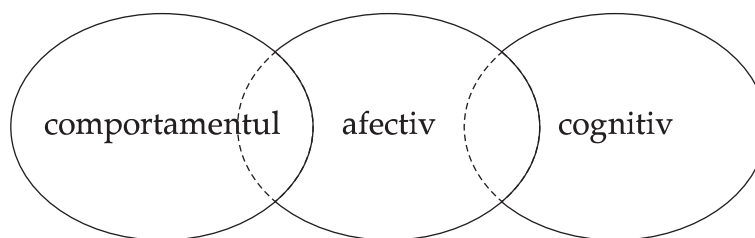
Pentru psihiatrie este important să poată să interpreteze cazul, semiologia, să sintetizeze un sindrom și să încadreze o entitate. Aceasta este operația logică fundamentală. Dar pe lângă această exigență academică se pune problema înțelegerii specificului individual. Și de aceea e necesar ca la fenomenologia lui Husserl să se adauge hermeneutica lui Heidegger. Heidegger a văzut în fenomen un Dasein, prezența unei conștiințe cu mai multe componente și tendințe. Faptul acesta a fost metodic preluat de H.Ey, care pe lângă monumentală sa contribuție la studiul conștiinței, și-a pus și problema (pe care nu a avut timpul să o soluționeze) a implicării personalității, deci a ființei trecutului în conștiința prezentului. De aceea asimilarea lui Sein und Zeit este imperioasă pentru că această carte introduce distincțiile între fenomen, ca fiind, și ființă în cadrul Dasein-ului. Pentru Dasein lumea nu este ca la Husserl doar intențională și obiectuală ci e o lume a obiectelor la îndemână (suchanden). Cunoașterea presupune o „aruncare“ afectivă, un proiect de gândire existențial și o „cădere“ în inautentic. Trebuie făcut efortul de a deveni autentic, în sensul unei deschideri strategice a Dasein-ului către conștientizarea timpului și pregătirea pentru moarte care este în mod paradoxal optimistă pentru că e privită în cadrul concepției pauline (Noul Testament, Scrisoarea întâi către tesalonicieni).

Acest plan rațional este bazat pe filosofia veche, platonice după care lumea e condusă de idei, rațiune, spirit, Dumnezeu. Această afirmație fundamentală a fost relativizată de lumea modernă de după Renaștere și anume de către Descartes, empirismul englez, Kant și mai ales de către pozitivismul modern psiho-sociologic (Comte, Spencer, John Stuart Mill, Durkheim, Wundt) și bineînțeles Freud, Lacan. Această direcție modernă înseamnă de fapt introducerea în ecuație a unui al doilea factor care relativizează rațiunea și care filosofic eu l-am numit sex (inconștient, materie, hyle). Prin urmare, în ontologia modernă psihicul este conflictual și este rezultatul luptei a doi factori – spirit și sex, psihiatria fiind tocmai domeniul prevalenței sexului. De aceea mulți au crezut că e suficient să știi psihologie, psihanaliză și să lași deoparte metafizica, filosofia, ontologia, etc. De fapt nu se poate lăsa deoparte ceva care este implicat în fiecare moment al Dasein-ului. De aceea psihiatria este un domeniu de ontologie aplicată. Ea nu poate fi redusă la biologie (psihiatrie biologică) deși o implică, nu poate fi redusă la antropologie de orice fel (deși o implică) și e deschisă oricărei discipline care poate contribui la normalizarea omului (adică la estetica ideal-utopică care trebuie să direcționeze orice act psihoterapeutic). Așa că istoria filosofiei și a logicii este un precursor obligatoriu al istoriei psihiatriei și mai ales al fundării ei umanist – filosofice.

Psihologie normală

Psihicul ca funcție supremă este emergența celorlalte funcții ale organismului. Se divide în psihicul actual (sau funcțiile conștiinței prezente; Dasein) și caracteristicile personalității (multitudinea aptitudinilor). Primul este o succesiune de experiențe, al doilea este alcătuit din etapele existenței. Prin primul subiectul are trei funcții care să le adapteze la obiect – cunoașterea, simțirea și acțiunea. Prin al doilea, experiențele îmbogățesc și direcționează existența care nu e pasivă și imprimă un patern de caracter, temperament, aptitudinilor folosite. Capacitatea aptitudinală maximă poartă numele de maturitate echilibrată și la ea se ajunge după zeci de ani de evoluție ontogenetică străbătând etapele imature ale copilăriei mari, adolescenței și apoi luptând cu degradarea entropică a involuției. Acest echilibru nu este un calm seren și durabil ci este o luptă, o frământare în limitele normalității. Principala adversitate nu este numai exteriorul obiectual ci și interiorul, lupta ego-ului cu propriul sine, cu propriul inconștient. Această luptă este o micropsihiatrie, coprezentă, inevitabilă dar conștiința de sine a egoului o conține, o domină și merge mai departe. Normalitatea se judecă la două niveluri – la nivelul bârfei obișnuite (foarte ușor ceilalți sunt anormali) pe când la nivelul expertizei psihiatrico-judiciare celălalt e anormal când comportamentul lui deviază, nu respectă anumite convenții sociale. Deci normalul prin introspecție și comparare cu ceilalți se găsește într-o baie de psihiatrie și singura lui salvare este nivelul etic de a face bine, în intenție și în fapt, celuilalt, de a deranja cât mai puțin pe ceilalți cu trăsăturile lui distinctive, adică ieșite din comun.

Existența normală se compune dintr-o succesiune de experiențe. O experiență poate fi descrisă în termenii unui comportament și a unui substrat al acestuia cu două niveluri: cognitiv și afectiv. Aceste trei laturi le putem concepe ori în trei cercuri concentrice (periferic – comportamentul, de mijloc – cognitiv și cel de centru – afectiv), ori într-un triunghi cu trei laturi – comportament, cunoaștere, afectivitate.



Analiza acestor parametri la un moment dat este analiza conștiinței ca sinteză a unui total de funcții psihologice. Dar aceste funcții sunt surprinse la un anumit nivel al dezvoltării personalității. Sunt aceleași și totuși cu particularitățile etapei. De pildă, comportamentul infantil diferă de cel de matur, afectivitate de asemenea, ș.a.m.d.

Când aceste funcții le privim în dezvoltarea lor ontogenetică și le facem un bilanț, ne aflăm de data aceasta nu în fața unui total multifuncțional ci a unui total multiaptitudinal. Vom avea prin urmare aptitudini comportamentale, cognitive sau afective. Aptitudinile mai au și sinonimia de capacități sau facultăți și configurația lor mai ales calitativă e supusă la doi determinanți cu sens contrar. Unul este temperamentul, ca determinant genetic ereditar, modelat de determinantul caracterial, rezultat al educației, culturii, familiei și mediului în general (etnic, geografic). Din asta rezultă că orice funcție este măsurată la un moment dat și apreciată și calitativ dar configurația ei depinde și de potențialul personalității.

Această complexitate de care ne dăm seama când încercăm să înțelegem semnificația funcțiilor psihice este totuși statică și descriptivă. Dacă vrem să avem intuiția globală (holistă, Gestaltistă), dinamică a întregului psihic, ajungem la o structură fundamentală bipolară, pe care am descris-o ca sex și spirit, dar care o putem înțelege în lumina datelor psihologiei curente ca voință și inteligență. Pentru moment nu ne interesează că suprapunerile academice diferă. Atunci psihicul la un moment dat (conștiința) și de-a lungul existenței (personalitatea) este un rezultat unic al cantității și calității voinței în conflict sau acord cu inteligența. Amintește de reducerea modernă a complexității informației la tehnica digitală, numai că acesta e alfabetul analitic pe când ceea ce susținem noi sunt factorii sintetici reprezentativi a două mulțimi contradictorii pe care le descifrăm în structura psihicului.

Înainte de a demonstra această structură, este bine să ne amintim tabloul normal al psihicului. Psihicul este o funcție teleologică care are scopul de a orienta organismul (de a-l lega simbolic) de un mediu (cu elementele sale) favorabil și de a-l îndepărta de condiții nefavorabile, periculoase. Aceasta e o funcție biologică valabilă pentru orice animal. La om, se suprapune orientarea către valori pozitive și evitarea valorilor negative. Este deci un subiect în diferite raporturi cu obiectul. Filosofic vorbind, numai subiect sau numai obiect este ori boală mintală ori moarte psihică. Comportamentul nu este aleatoriu ci este orientat de conținutul afectiv (nevoile), exprimate în voință și realizate sau inhibitate de cunoaștere (inteligență) care duce până la urmă la satisfacție sau frustrare.

Aceasta e frământarea, drama, căutarea, mulțumirea, nemulțumirea. Ea se realizează cu antrenarea concomitentă sau succesivă a tuturor funcțiilor și laturilor psihice de moment sau de durată (personalitate) într-o varietate individuală și momentană. Nimeni nu poate ști exact totalul stărilor prin care trece un om într-o existență.

Deși didactic începutul este al proceselor cognitive, mi se pare mai logic ca expunerea să înceapă cu comportamentul și apoi cunoașterea și afectivitatea. Comportamentul este aparența obiectivă și actele, faptele,

operele care rezultă din desfășurarea lui. Normalul tinde să aibă (fără să reușească decât pe porțiuni) un comportament mai sistematizat când urmărește o țintă precisă sau un comportament mai relaxat, când urmărește să se refacă. Comportamentul nu este haotic, aleator. Prin repetiția anumitor acte, subiectul tinde să-și formeze deprinderi care îi ușurează activitatea, îi dau o experiență pozitivă sau negativă, ceea ce îl face competitiv, eficient. O parte dintre deprinderi devin obișnuințe pozitive sau negative (vicii). Valoarea comportamentului este dată desigur de implicația cognitivă sau afectivă. Comportamentul în perspectivă longitudinală, diacronică este o poliaptitudine, în principal corporală, de limbaj și intelectuală, ceea ce face ca normalul să constituie în mod virtual un monom mondial al inteligențelor încă nedescifrat.

În mod didactic, relația subiectului cu obiectul se face prin succesiunea următoare a funcțiilor: subiectul întâi se orientează, se îndreaptă către un obiect, mai exact delimitează o bucățică din obiectul total. Așa se obține atenția. Este ca un proiector de lumină de concentrare, care luminează o scenă („câmpul conștiinței“ Henri Ey). Obiectul poate fi astfel perceput, adică se sintetizează totalul senzațiilor. De obicei percepția nu e pură pentru că nu e a nou născutului. E o recunoaștere sau necunoaștere a unui obiect anterior. Deci percepția în dezvoltare a mai fost, a fost memorată și reprezentarea obiectului e acum recunoscută în obiectul propus. Atenție, percepție, memorie constituie baza de date sau prima treaptă a cunoașterii (treapta senzorială). Ca să fim compleți, percepția este încă mai complexă pentru că este legată nu numai de reprezentare dar și de cuvântul din limba maternă sau eventual și din alte limbi. Seamănă aici percepția cu un dicționar.

Cunoașterea avansează la treapta a doua, de gândire, abstractizare în care cuvântul care percepția e legată de alte cuvinte (sau cum se spune în logică – Aristotel – a spune ceva despre ceva e o judecată) și mai pe scurt așa se fac ideile. Ideile au puterea proprie de a crea noi idei, după reguli numite logice dar se pot produce și asociații mai laxe care nu urmăresc strict adevărul ci poate inversul sau frumosul etc. și aceasta e latura imaginativă. Important este ca între prima și a doua treaptă să existe un echilibru care orientează subiectul către adevăr. De fapt îl leagă de niște idei dominante care sunt valorile și îl face să evalueze obiectul ca bun sau rău, util sau nu.

Acum intervine afectivitatea. Este obiectul necesar momentului sau persoanei sau nu? Dacă este, se produce o atracție, o emoție, sentiment, o pasiune pozitivă care satisface subiectul. Dacă nu, aceleași componente negative duc la respingerea, evitarea, devalorizarea obiectului. Și cum spuneam, în esență acest joc depinde de calitățile voinței și inteligenței subiectului.

Acest experiențe făcute de la naștere și până la moarte duc la complexificarea psihicului (Taillard de Chardin) și transformarea lui în noțiunea maximă a psihologiei care este personalitatea. O personalitate este unică pentru că niciodată totalul factorilor nu dau același întreg. Dacă din două cifre iese toată varietatea digitală a lumii și din zece sau mai multe cifre iese varietatea de milioane a telefoanelor, reiese că din totalul funcțiilor principale rezultă identitatea, unicitatea fiecărei ființe umane.

Tabel. Funcțiile principale ale psihicului

- ❖ atenție
- ❖ percepție (senzații)
- ❖ memorie (reprezentare, recunoaștere, verbalizare)
- ❖ idee (gândire, judecăți, raționamente, concluzii, imaginații)
- ❖ dispoziție, emoție, sentiment, pasiune, atracție și respingere afectivă
- ❖ temperament
- ❖ aptitudine (talent, geniu)
- ❖ caracter (tridimensional), valori
- ❖ comportament (conduite, atitudini, eficiență, rezultate)

Profilul persoanei măsoară și descrie această diferență între două personalități sau între personalitate și anumite standarde, norme. De pildă, funcția inteligenței dă IQ-ul cu dimensiunile joase ale oligofreniei și dimensiunile superioare ale supradotatului sau geniului. Din jocul temperament – caracter pe aptitudini de inteligență medii rezultă varietatea psihopatică sau trăsăturile particulare ale fiecăruia. De obicei se măsoară una sau mai multe aptitudini (rezultate școlare, probe sportive, etc.). Până la urmă, istoria reține doar marile realizări pozitive sau negative într-un domeniu oarecare. Bineînțeles că o etapă istorică conține cu mult mai multe experiențe dar care sunt ignorate fiind mediocre sau nerelevante. Există o deosebire între autoevaluare (curriculum) și evaluarea celorlalți care de obicei e diminuantă și accentuează defecte reale sau imaginare. Din această încurcătură de evaluări se face lumea, „gura lumii“.

Spuneam că factorii sintetici secreți care explică varietatea cognitiv-afectiv-comportamentală sunt voința și inteligența. Sunt sintetici pentru că combină cele trei laturi ale conștiinței și cele trei laturi ale personalității și dau niște vectori dinamici. Voința este o expresie afectivă (necesitate subiectivă) cu intensități variate în ordinea intensității pasiunii și a timpului, obținându-se ambiția și tenacitatea. Dar ea nu este suficientă numai ca impuls afectiv. Ea trebuie să se combine cu variate opțiuni ale inteligenței,

să se producă o dezbateră interioară, o frământare. Inteligența îi oferă susul și josul scopurilor și mai ales prezența sau absența mijloacelor. Se obține o decizie, un plan, un program care trebuie transpus în viață, adică în activitate, care trebuie permanent controlată și corectată în funcție de rezultate. Deci iată cum se construiește ego-ul ca manager general, organizator al experienței și al existenței. Iată cum se construiește răspunderea, discernământul, vinovăția. Pentru ca rezultatele să fie înalte sau joase, trebuie ca toate funcțiile psihice să concure, să contribuie, să se asocieze, deci este o antischizofrenie. Însă dacă o face fără să țină cont de ceilalți ci doar de egoismul lui, evită schizofrenia și face paranoia.

De remarcat că voința mai presupune două lucruri. În primul rând, ca să rezulte o voință constructivă trebuie să evite o serie de tentații distructive sau autodistructive care sunt plăceri de moment dar sunt dezastre de durată (vezi dependențele). În al doilea rând, înălțimea inteligenței trebuie să țină cont de o ambianță etică, care cere mai mult decât adaptare oportunistă și conformism automat (Karen Horney), este acel imperativ etic dat de Kant pentru morală și religie care duce la un superego (Freud) moral, la un „trebuie” românesc, la un „musai” ardelenesc.

Rămâne să ilustrăm cum aceste forțe influențează conștiința. Câmpul conștiinței (starea prezentă) este influențat de o sinteză biologică care dă diferite grade de atenție, conștiință și diferite niveluri ale câmpului dar nu este obiectiv stabil pentru că varietatea gradului de inteligență vede mai multe sau mai puține fațete ale obiectului sau o atracție supra- sau subevaluată ceea ce duce la o evaluare personală a obiectului. De pildă, eu văd o ciocolată la o tarabă. O iau sau nu o iau? Dacă sunt un oligofren, o iau... pentru că îmi place ciocolata și nici nu fug, ci o mănânc acolo, spre plăcerea mea și furia proprietarului. Dacă mi-e poftă, începe să funcționeze voința. O vreau neapărat ca voință, dar inteligența trebuie să precizeze dacă e oportun, dacă e momentul... poate că sunt înainte de masă, poate că sunt cu risc de diabet... și în fine dacă mă decid să o iau, trebuie să fiu sigur că am banii necesari și că la un preț convenabil nu îmi dezechilibrez schema de buget pentru cumpărăturile din acea zi și pentru venitul meu. Se poate suprima (îți spui, da e o ciocolată nemaipomenită, dar nu e pentru mine), sau se poate amâna impulsul, ceea ce dovedește prezența voinței. În efectuarea acestui act complex voință – inteligență, funcțiile psihice mai sus enumerate participă solidar și armonios, pentru că dacă prevala temperamentul, trebuia să iau ciocolata. Dacă prevala caracterul, amânam pofta.

Totalul psihicului se evaluează la un moment dat pentru rațiuni judiciare sau didactice și este redus la prezența sau absența unui nivel esențial (cum este discernământul, inteligența, etc.). Dar pentru o evaluare mai fină și mai completă, este necesară o cunoaștere de lungă durată, atât obiectivată

prin curriculum cât și printr-o anchetă socială, care poate aduce uneori date importante asupra caracterului. Cu cât funcția socială este mai înaltă, contează atât valoarea raportului inteligență – voință cât și valoarea raportului temperament – caracter. Varietatea normalului este dată prin urmare prin ipostazele variate ale cuplului voință – inteligență și temperament – caracter care explică până la urmă performanța aptitudinală.

Încă o problemă. Raportul între normalitate și patologie nu este tranșant. Pe de o parte, normalul poate conține aceleași elemente ca și patologicul dar în proporții admisibile, în timp ce patologicul nu este exclusiv patologic și poate fi combinat în proporții variabile și pe anumite laturi cu aspecte normale. De aceea putem fi uneori uimiți cum un bolnav poate avea pe lângă delir și halucinații o capacitate de expresie plastică chiar mai mare decât normalul. Pentru aprecierea în examinarea curentă a funcțiilor, trebuie să ținem cont de un tot multidimensional cu valori aproximative minime și maxime și să facem un prim inventar al funcțiilor fără prejudecăți. De-abia într-o a doua etapă, sindromologică, ne dăm seama că anumite funcții se grupează, dau cluster semnificative pentru un sindrom. Și în fine, în a treia etapă în care stabilim boala, care pe lângă semiologie are un context etiopatogenic și un program terapeutic, abia atunci evaluăm personalitatea restantă sau virtuală care ajută la stabilirea prognosticului.

În normalitate, nu putem ignora prezența noțiunii de inconștient. El colorează în mare forța voinței, care ne face să spunem „așa vreau“ (deși știu că e greșit). Lucrul acesta duce la regretabila impulsivitate, irascibilitate, după care urmează posibile regrete, dar care sunt tardive. De la Freud și urmașii lui, știm că problema cheie a psihicului este forța egoului de a stăpâni, de a conține inconștientul, de a refuza (e mecanism de apărare dar nu e o rușine, e destul să nu o ai ca să vezi ce e boala mintală). Bineînțeles că e invocată ca exagerată la nevrotici care duce la inhibiții și scăderea potențialului. Deci până la un punct omul conține fiziologia, are control nu numai sfincterian, are controlul mișcărilor, al vorbei și mai important, are controlul emoțiilor chiar dacă e aproape înnebunit de propriile compulsii („îmi vine să...“). O personalitate ajunge să aibă controlul lumii și al istoriei, bineînțeles nu definitiv. Deci acest control dă impresia de măreție și frică în ceilalți. Frică, supunere, Toate aceste atribute maxime nu le are decât D-zeu. De aceea ontologic, oricât ar fi de mare o personalitate, e supusă ființei supreme. E delirant să consideri altfel. De altfel, delirul de grandoare e tocmai o pierdere a controlului asupra importanței tale. Aici se schițează bipolaritatea patologiei între persecuția schizofrenă și depășirea ei în grandoarea paranoiacă.

Normalitatea este prin urmare un centru cu granițe deschise, cu o graniță de nord, superioară normalului, dar adesea imorală periculoasă (vezi psihopatiile tari, excitația maniacală) și granița de sud a inferiorității față

de normal (psihopatiile slabe, depresiile, demențele și oligofrenul). Comunitatea normalilor duce o luptă continuă de supraviețuire, din păcate cu pierderi progresive necompensate de câștiguri egale, de fauna psihopatică pentru că de cercurile mai îndepărtate (nevroze, psihoze, demențe) sunt în mare clasate în sfera psihiatriei. Situația e complexă, în sensul că psihiatria urmărește resocializare, adică depinde de colaborarea cu normalul. Colaborare care însă nu trebuie să fie asediere și șantaj. De aceea singura soluție posibilă este imitarea normalității prin resocializare și micșorarea tendinței normalului la imitarea psihopatului.

Sistemul psihic

Funcția principală a sistemului psihic este adaptarea (directă și mai ales indirectă – simbolică) la mediul natural și cultural. Sistemul are o organizare interioară care se numește structură și care poate fi descrisă ca organizare la un moment dat sau conștiință (secțiune transversală) și organizare de-a lungul întregii existențe, care este personalitatea (secțiune longitudinală).

Conștiința este sinteza caleidoscopică a unor funcții în timp ce personalitatea este sinteza proporțiilor unor aptitudini (sinteză de funcții mai complexe).

Structura conștiinței

Din punct de vedere static, conștiința are trei straturi – elementară, operațional – logică și etică. Din punct de vedere dinamic, conștiința rezultă dintr-o luptă pentru controlul conștiinței. Așa că structura lunecând calmă, controlată, e tulburată de factori inconștienți.

Sunt trei funcții principale (cluster) care sumează funcțiile elementare și anume: cunoașterea (cognitiv), afectivitatea și activitatea (sau comportamentul). De fapt comportamentul este o rezultată a raportului fracțional între cognitiv și afectiv. Această fracție exprimă și raportul conștient – inconștient și raportul corespunzător sex – spirit care se aplică la fiecare funcție elementară. Deci atenția, memoria, gândirea etc. rezultă din ciocnirea a două forțe contrarii: concentrare și dispersie la atenție, reținere și uitare la memorie, gândire logică și imaginație la gândire.

Funcția cognitivă reflectă perceptual și ideatic realitatea (reality testing) dar și face o interpretare, o sinteză personală (proiecție, reprezentare, a percepție, a priori, transcendental). În plus prezentul e influențat atât de trecutul cognitiv cât și de cel afectiv, adică de aptitudini (longitudinale) ca de ex. raportul dintre temperament și caracter în formularea tendințelor. Noțiunea actuală maximă este de Dasein – a fi ca persoană acum, în conștiință. Rezultă că conștiința are atât o funcție prezentă cât și o conexiune cu trecutul și devine principalul instrument de adaptare a egoului

Personalitatea

Personalitatea ca structură longitudinală combină aptitudinile afectiv – cognitiv – praxice în două noțiuni – temperamentul (ca un dat înăscut) și caracterul (ca o prelucrare a temperamentului de către educație). Șeful acestei structuri este managerul general – Ego- ul, care trebuie să facă un compromis între solicitările înăscute comportamentale și valorile impuse prin educație, prin superEgo. Dacă e tare le stăpânește, dacă e slab e stăpânit. Dacă e fără educație e temperament dizarmonic, sălbatic.

Ego-ul are o existență, o ontologie care străbate schematic patru etape ale ciclului vieții: copilăria mică și mare, adolescența, adultul tânăr, mediu și vârstnic și involuția.

Fiecare etapă își are un specific care trebuie depășit. Etapa următoare neagă etapa anterioară dar reține anumite elemente necesare, cel puțin sporadic. Dacă doar anii trec și dezvoltarea întârzie, avem oligofreniile și dizarmoniile iar dacă dezvoltarea urcă și se produce un accident de boală, existența regresează la o etapă anterioară (Ey).

Copilăria mică este câștigarea identității, a autonomiei vorbitului și mersului, începutul clarificării afective față de părinți, o cunoaștere directă, senzorial concretă, vie a mediului, dresajul sfincterelor, curățenia, controlul emoțional. Când subiectul regresează la acest nivel, avem de a face cu o demență.

Copilăria mare duce la așa-numita vârstă a rațiunii sau stadiul enciclopedic (7 – 12 ani) în care școala ridică copilul la un nivel deasupra părinților și în orice caz a bunicilor. Riscul principal este din excesul de informație și de subordonarea jocului și distracțiilor. Regresiunea la acest nivel duce la exagerarea unei lumi proprii, autiste, psihotice.

Adolescența este nu numai o revoluție corporală dar și atingerea celor mai înalte performanțe fizice și intelectuale. Acum se formează idealul de personalitate, alegerea profesiei și se pun bazele viitorului adult. Se poate rămâne la acest stadiu (ca psihopat) sau se poate regresa la acest stadiu din stadiul de adult ca psihopatizare sau nevroză de caracter.

Adultul înseamnă un Ego armonios, realizat care se obiectivează într-o operă, într-un efort de lungă durată, în susținerea unei familii, în formarea copiilor, în aplicarea unui cod etic social. Desigur lupta este cu nivelul social și antisocial, cu organizarea culturală sau subculturală a mediului, a etnicității. Adultul e prezentat mai ales de civilizația occidentală ca un compromis între idealul adolescenței și adaptarea la realitate care înseamnă și renunțare, corectare, flexibilitate. Oricum nu se atinge absolutul, deoarece survine involuția, în care proiectul rămâne dar fizicul cedează lent și de aceea e necesară o adaptare, o înțelepciune filosofică, o acomodare

religioasă, o bună conexiune cu generațiile care vin, pe scurt o resemnare finală în cadrul unei istorii care curge.

Existența a fost interpretată de Freud și urmași în termenii dezvoltării egoului, a lui Jung ca dezvoltare a superegoului, a lui Sullivan în termenii străbaterii copilăriei, adolescenței și maturității ca relații interpersonale de colaborare economică și de iubire și Erikson care subliniază integritatea egoului față de disperare și importanța creației față de stagnare.

Totalul acestor aptitudini duce la formarea unui cerc central care se numește normalitate și a mai multor cercuri marginale, dizarmonice sau alienante. Chestiunea normalității e văzută ca o ficțiune ideală, ca o medie, ca un proces iar pentru noi este un postulat estetic, în sensul că el cere reflecția unui ego matur, care aspiră la o conștiință de sine integră în acord cu o conștiință de sine culturală (spiritul doi) și în acord cu spiritul absolut, religios (spiritul trei).

Normalitatea se atinge greu și se menține și mai greu, fiind mereu supusă ispitelor (challenges) și până la urmă declinului din involuție.

Cea mai dificilă problemă se pare că nu este adultul ci involuția, și anume retragerea, pensia. Civilizația actuală tinde către o organizare a acestei ultime etape.

Pentru adult ca probleme actuale sunt menținerea căsătoriei, divorțul, adaptarea la șomaj și schimbarea profesiei și problemele specifice ale femeii adulte (copiii, avortul, prostituția). Pentru adultul tânăr contează dezvoltarea morală, alegerea ocupației și locuinței. Pentru adolescent este riscul gravidității precoce, problema grupului de prieteni, proporția distracției, anomaliile corporale endocrine. Pentru copil se pun probleme de adopție, caracteristicile școlii, disponibilitatea părinților iar pentru copilăria mică rămâne esențială mama naturală, cu devotamentul ei afectiv.

Bazele cerebrale ale comportamentului (psihiatrice biologice)

Psihicul este o suprastructură a creierului și de aceea psihiatrul trebuie să cunoască în mare fiziologia și genetica creierului. Prima relație creier – psihiatrice a dat-o Bayle, care a descris arahnitis spinalis ca substrat al paraliziei generale (PG). Secolul XIX a continuat cu studiul accidentelor cerebrovasculare și mai ales afazia (Broca, Wernicke). Au existat ipoteze paralele între psihic și creier dar azi credem că sunt suficiente dovezi în a afirma că este vorba de un sistem unic neuro-psihic, cu etaje și complexități diferite dar o indiscutabilă interdependență. Așa că creierul e baza organică a psihicului, în cadrul celor două etaje, unul inferior – neurologic și unul superior – psihic propriu-zis.

Macroscopic, creierul mare are două emisfere, dreaptă și stângă legate prin corpul calos. Este învelită de trei foițe meningeale, care conțin lichidul cefalo-rahidian între învelișuri și în sistemul ventricular. Învelișurile și lichidul formează o barieră hemato-encefalică, protectoare mecanic și selectivă chimic. Pentru 94 % din populație emisfera dominantă este cea stângă, sediul limbajului expresiv, răspunzătoare de cunoașterea abstract-logică. Emisfera dreaptă răspunde de sinteza perceptuală vizuo-spațială, coloratura afectivă a percepției și creativitate.

Sindroamele psiho-organice și schizofrenia se leagă de modificări ale cortexului prefrontal. Acesta se leagă de nucleul medio-dorsal al talamusului, explicând legăturile afective, euforia, depresia, tulburările pozitive și negative ale schizofreniei. Clasic s-a vorbit de morie în accidente, traume, tumori care afectează lobul frontal dar se vorbește și de organizarea ego-ului, care este afectată în schizofrenie (hipofrontalitate defectuală) – defect cognitiv și negativ care crește în timpul evoluției schizofreniei.

Lobii temporali sunt legați de auz, limbaj, memorie și afectivitate, evidențiați în epilepsia de lob temporal. Leziunile lobului temporal bilateral se leagă de sd. Korsakov.

Lobul parietal dominant dă sd. Gerstman (dezorientare dreapta – stânga, incapacitate de a denumi degetele, agrafie, acalculie și afazia senzorială Wernicke) iar lobul nondominant dă dezorientare spațială, apraxie de construcție și anosognozie. În boala Alzheimer afectarea poate fi caracterizată prin afazie, agnozie, apraxie (cei trei A).

Sistemul limbic (McLean) se compune din structuri cerebrale profunde (amigdala temporală), hipocamp, arii selective din cortex (girusul cingulat, girusul parahipocampic, cortexul entorinal) și anumiți nuclei hipotalamici, nucleul accumbens. Este substratul afectivității și memoriei. Papez a descris circuitul omonim între hipocamp, corpii mamilari ai hipotalamusului, talamusul anterior și retur la hipocamp. McLean și Henri Ey au vorbit de creierul tripartit (neocortexul cognitiv, paleocortexul afectiv cu sistemul limbic și arhicortexul mezencefalic cu substrat pentru conștiință).

Legătura hipotalamusului cu hipofiza explică mecanismul de eliberare a hormonilor ca sistem efector al sistemului limbic. Hipotalamusul eliberează factori stimulatori și inhibitori ai hipofizei și prin aceasta a glandelor endocrine periferice și prin aceasta reglează somnul, apetitul, activitatea sexuală, sistemul imun, sistemul neurovegetativ. Hipotalamusul este legat de căile dopaminergice mezolimbice, căile ascendente noradrenergice, serotoninergice, colinergice din trunchiul cerebral. Hipofiza anterioară conține axoni din supraoptic și paraventricular, care eliberează ocitocina și vasopresina. Prin sistemul venos portal hipofizar, vin axoni din nucleul ventromedial și infundibular al hipotalamusului, care inhibă sau eliberează tropii din hipofiza anterioară. Ganglionii bazali din

profunzimea emisferelor reglează mișcarea. Scăderea dopaminei dă boala Parkinson și sindromul neuroleptic extrapiramidal.

Epifiza secretă melatonină care controlează ritmul circadian și ritmul somn-veghe.

Cerebelul e implicat atât în controlul mișcării și ajustarea posturală cât și, probabil, în unele funcții psihice superioare. E alcătuit din cortex, vermis și nucleii cerebeloși profunzi (dentat, emboliform, globos și fastigial).

Trunchiul cerebral, alcătuit din pedunculii cerebrali, punte și bulb, e sediul centrilor vitali ai respirației, cardiovascular și substratul conștienței (SRAA), punct de plecare pentru aminele biogene și punct de trecere pentru căile ascendent-descendente. SRAA primește impulsuri de la neuronii senzoriali ascendenți, cerebel, ganglionii bazali, hipotalamus și cortexul cerebral și trimite proiecții către hipotalamus, talamus și măduva spinării, e implicat în patologia conștienței.

Sistemul ventricular e format din doi ventriculi laterali, uniți cu ventriculul trei prin gaura Monro și cu ventriculul 4 prin apeductul cerebral. Sistemul e dilatat în schizofrenia cronică (Huber) și în b. Alzheimer, proporțional cu atrofia. LCR e produs de plexurile coroide din ventriculii laterali (500 ml pe zi, înlocuit de 4 ori pe zi) iar excesul dă hidrocefalie internă.

La nivelul scoarței cerebrale, Brodmann a descris microscopic 46 de arii, cu 3-6 straturi. Partea cenușie conține neuronul, ca unitate. E rețea de 10^{11} , nelegată continuu ci prin discontinuități denumite sinapse de Ramon y Cajal. Structura celulei nervoase a fost descrisă prima dată de Marinescu și Blocq. Neuronul cuprinde corpul cu nucleul, axonul, dendritele și sinapsa. Fiecare celulă are un singur axon, care conduce centrifug, uneori pe distanțe de metri (ex. pentru mușchii periferici) iar alții sunt scurți, de legătură. La capătul axonului se află butonul presinaptic în care se află neurotransmițătorul. Dendritele primesc, sunt centripete și au un buton postsinaptic care preia mesajul de la butonul presinaptic prin sinapsă.

Glia este alcătuită din patru tipuri histologice de celule neneuronale – astrocite, oligodendrocite, celule ependimare și microglia. Conține receptori pentru neurotransmițători. Astrocitele susțin neuronul și formează cicatricile în apoptoză. Oligodendrocitele produc mielină, sunt trofice. Ambele produc fagocitoză. Cilii celulelor ependimare mișcă LCR-ul. Microglia acționează ca un „gunoier”, eliminând resturile celulare rezultate la moartea sau lezarea neuronilor.

Bariera hemato-encefalică (BHE) izolează SNC de sistemul circulator, dar în mod selectiv participă la o activitate de transfer semipermeabilă în funcție de concentrația unor substanțe (hormoni, neurotransmițători, ioni). Acest spațiu extracerebral reprezintă un mediu intern secundar, în

homeostazie cu mediul intern propriu-zis. Bariera protejează împotriva neurotransmițătorilor sistemici (dopamina, serotonina) și a hormonilor estrogeni, tiroidieni, menține echilibrul electrolitic la nivelul creierului și pompează activ ioni ca sodiul, potasiul din și în SNC. Menține anumite constante cerebrale, elimină anumite substanțe nocive care pătrund din sânge. Este o barieră pentru anumite medicamente care depind de liposolubilitate. Oscilațiile de concentrație ale unor substanțe, mai ales ale hormonilor, aminoacizilor și a diferiților ioni (de ex. potasiu, ca modificador al pragului de depolarizare neuronală) ar putea perturba ansamblul funcțiilor SNC și, în consecință, s-a diferențiat în evoluție un sistem deosebit de izolare relativă a SNC, denumit bariera hematoencefalică (BHE), pentru ca modificările tranzitorii ale compoziției sângelui să nu perturbe activitatea creierului. Modalitățile de transport la nivelul BHE, inclusiv existența unui complex de transportori, sunt comparabile cu mecanismele fundamentale de transport de la nivelul oricărei membrane celulare. Termenul de barieră nu este adecvat deoarece este vorba de fapt de o interfață cu permeabilitate selectivă. BHE este semipermeabilă, astfel că multe molecule nu pot trece. BHE presupune două structuri pericapilare (membrana bazală a capilarelor și un manșon de celule gliale) și existența unui sistem de bariere multiple, corelate funcțional (BHE, apoi bariera hematolichidiană dintre sânge și LCR și bariera creier-LCR). Călea de comunicare între BHE și BHL, mai exact între interstițiul cerebral și LCR, este asigurată de endim (strat celular care căpтуșește ventriculii cerebrali și canalul central al măduvei spinării, cu arii specializate ce corespund organelor circumventriculare; mobilitatea cililor endimari contribuie la dinamica LCR din sistemul cerebroventricular). BHE se compune din celule endoteliale, membrană bazală și glia. SNC în ansamblul său ar putea fi împărțit în trei compartimente – neuronal (delimitat de plasmalema neuronilor – care reprezintă bariera imediată a celulelor nervoase), nevroglial și cel al fluidului extracelular cerebral (cam 10-15% din volumul creierului). Spațiul extracelular cerebral reprezintă un mediu intern secund, a cărui homeostazie e reglată strict și e diferită de spațiul extracelular din restul organismului.

Funcțiile esențiale ale BHE sunt:

- a. protecție împotriva NT sistemici și a hormonilor (de ex. BHE e impermeabilă pentru NT ca nA și 5HT)
- b. menținerea echilibrului electrolitic la nivelul creierului (celulele endoteliale capilare cerebrale conțin mai multe mitocondrii decât cele ale capilarelor din circulația generală, deci au o capacitate metabolică crescută; o mare parte din această capacitate energetică este utilizată pentru pomparea activă a unor ioni ca Na, K, Mg, Ca în interiorul și în afara creierului)

- c. modularea prin sisteme saturabile de transport a pătrunderii unor substraturi în creier (acest fapt asigură rate relativ constante de nutrienți la nivelul creierului, chiar dacă aceste substanțe variază în plasmă; aceste sisteme au o suplețe funcțională, de ex. pătrunderea glucozei în creier devine mai eficientă în hipoglicemie dar scade în hiperglicemie)
- d. eliminarea unor substanțe nocive transportate în sânge (o serie de substanțe pot pătrunde în lichidul extracelular cerebral, multe datorită liposolubilității lor, fără a fi substrat pentru vreunul dintre sistemele de transportatori ai BHE iar BHE asigură eliminare alor de la nivel cerebral în mod analog tubilor renali)
- e. acțiunea asupra unor molecule prin enzimele din celulele endoteliale (la trecerea din sânge în creier, unele substanțe pot fi modificate sub acțiunea unor enzime din citoplasma celulelor endoteliale care să împiedice trecerea lor spre creier, BHE acționând ca o barieră enzimatică)

Datorită faptului că transportul se efectuează prin intermediul membranelor celulare endoteliale, tipurile fundamentale de transport prin BHE sunt identice cu cele din orice membrană celulară – difuziune simplă prin liposolubilitate, difuziune facilitată, în care, prin intermediul unor transportori, trec substanțele hidrofile și transport activ. Permeabilitatea pentru medicamente suscită un interes practic direct. Pentru a se obține niveluri eficiente de substanță la nivel cerebral și LCR, există două căi. Prima se referă la utilizarea unor medicamente cu proprietăți liposolubile care să aibă o permeabilitate suficientă prin stratul bilipidic al membranelor celulare endoteliale. A doua cale constă în injectarea directă a substanței în LCR.

Moleculele care trec în creier depind de gradientul de concentrație între creier și sânge, permeabilitatea barierei și prezența unui mecanism de transport activ pentru molecule. Permeabilitatea este funcție de mărimea moleculei, sarcina electrică și solubilitatea lipidică. Sistemele de transport activ pentru glucoză (relevant pentru PET și tehnicile de scanning) și pentru acizii monocarboxilici (relevant pentru testul de infuzie lactată în tulburare de panică). Un alt mecanism care afectează bariera HE este activarea sau antagonismul receptorilor neurotransmițătorilor găsiți la nivelul microcirculației cerebrale. Receptorii sunt alfa și beta adrenergici, pentru dopamină, histamină și diferite peptide.

Mecanismele generale de trecere a medicamentelor sunt deci dependente de liposolubilitatea moleculelor neionizate ca și de gradul lor de disociere ionică. De aici decurge difuziunea simplă a medicamentelor. Într-un plan secundar este difuziunea facilitată, posibilă pentru mai puține medicamente. Caracterizarea traversării BHE de către un medicament implică doi parametri – raportul de distribuție în condiții de echilibru și

viteza de pătrundere a substanței în creier. Cei doi parametri sunt influențați de concentrația plasmatică, legarea de proteinele plasmatică (în general numai forma liberă este disponibilă pentru trecerea BHE; de regulă, în spațiul extracelular cerebral și în LCR concentrația unui medicament va fi egală cu concentrația formei plasmaticice libere dar e posibilă eliberarea substanței din fracțiunea legată de proteine), starea de ionizare a moleculei (care determină hidrofilia sa, ceea ce înseamnă că medicamentele pot trece prin faza lipidică a membranei doar sub formă neionizată), liposolubilitatea formei (care se exprimă prin coeficientul de partaj) și, mai limitat, rolul greutatei moleculare. În cazul psihotropelor, pe lângă determinantul coeficient de partaj, intervin dimensiunea moleculelor, configurația sterică sau electronică și, în mod particular, existența unor receptori cu afinitate. Un procedeu de evitare a BHE (dacă medicamentul ar fi exclus la trecerea prin BHE) constă în administrarea medicamentelor sub forma unor precursori. Precursorul, după trecerea rapidă în creier, va fi modificat metabolic într-o formă incapabilă să retraceze bariera. Ar exista două posibilități. Prima constă în utilizarea unui metabolit cu afinitate pentru un transportor de la nivelul BHE (exemplu – L-dopa traversează bariera prin sistemul de transport L al aminoacizilor, ulterior L-dopa este decarboxilată în parenhimul nervos în dopamină). A doua cale se referă la mascarea chimică a grupărilor polare ale unei substanțe și prin aceasta crește caracterul lipofil al acesteia. Creșterea lipofiliei trebuie să fie urmată însă de a doua condiție – ca la nivelul țesutului nervos precursorul să fie refăcut chimic/enzimatic la forma activă.

Neuronul. Termenul de neuron a fost utilizat prima dată în 1891 de Waldeyer; momentul marchează trecerea de la teoria reticulară la teoria celulară (neurală) a organizării și funcționării sistemului nervos. Argumentele principale au fost aduse abia în anii 50, prin studii de microscopie electronică (Robertson, de Roberts, Palay, Palade). Neuronul este alcătuit din două componente principale – corpul celular și prelungirile neuronului. Corpul celular (soma) reprezintă centrul metabolic al neuronului. La nivelul creierului, informația genetică codificată în ADN este exprimată într-un procent mai mare decât în oricare alt organ al corpului uman.

Corpul celular prezintă o microarhitectură ce conține elemente descrise și la nivelul altor celule, dar cu particularități funcționale specifice celulei nervoase.

Membrana celulară (neurilemă) – schimbul de substanțe între celulă și mediul extracelular se desfășoară prin intermediul unui sistem complex de transport constituit din proteine transmembranare (canale ionice și cei mai mulți dintre receptorii pentru neurotransmițători sau alte substanțe neuroactive).

Nucleul îndeplinește 2 funcții fundamentale:

1. duplicarea ADN în procesul de mitoză (diviziunea neuronală încetează după naștere cu puține excepții)
2. sinteza de proteine necesare atât formării diferitelor componente ale microarhitecturii celulare cât și desfășurării proceselor funcționale celulare, este controlată prin transmiterea informației codificate de către ADN din nucleu, moleculelor de ARN care, ajunse în citoplasmă, vor realiza procesul de sinteză.

Sistemul de membrane citoplasmatică, organizat în mai multe compartimente cu particularități morfologice și funcționale mai mult sau mai puțin diferențiate, are de îndeplinit cel puțin 2 funcții principale:

1. de sinteză, transport și depozitare a diferitelor substanțe necesare celulei respective sau altora (funcție ce asigură regenerarea celulară și comunicarea intercelulară);
2. de susținere și menținere a formei celulelor

Principalele componente ale sistemului sunt reticulul endoplasmic, complexul sau aparatul Golgi, mitocondriile, lizozomii. Cu excepția mitocondriilor, celelalte componente participă la ansamblul microarhitectural celular fără o delimitare topografică și morfologică precisă. Din sistemul menționat se desprind sau se anexează continuu vezicule de dimensiuni și funcții diferite.

Prelungirile neuronului sunt în general reprezentate de *dendrite și axon*. În compartimentul extracelular, componenta cea mai importantă care permite distincția între axon și dendrită este teaca de mielină produsă de celulele Schwann pentru axonii din sistemul nervos periferic și de oligodendrocite pentru SNC. Repartiția canalelor ionice membranare și proteinele din structura lor diferă în funcție de segmentul neuronului. Corespunzător proteinelor din structura canalelor membranare, în sectorul intracelular sunt distribuite proteine ce controlează desfășurarea transportului ionic transmembranar și cuplarea transportului cu procese biochimice intracelulare.

Fiziologia și chimia neuronului. Se referă la funcționarea neuronului. El primește un impuls sinaptic prin mai mulți receptori, de la mai mulți neuroni și reacționează. Uneori în afară de reacția directă se complică și printr-o modificare genetică, pentru că la urma urmei totul se datorează modificărilor plastice ale proteinelor. Ele justifică fenomenologia neuronală, modificările receptorilor și rezultatul impulsului final, bineînțeles în combinație cu numeroase procese biochimice și cu expresia lor electrică.

Din punct de vedere electric neuronul este încărcat negativ și menține o diferență de potențial prin membrana neuronală, cu pompele și canalele

de ioni conținute de aceasta (în principal ionii de sodiu, potasiu, calciu, clor). Membrana e activă dar selectiv semipermeabilă. Neuronul se pozitivează în acțiune, potențialul lui e reglat de neurotransmițătorii excitatori și inhibitori (glutamat și GABA) – inhibitorul crește pragul, excitatorul scade pragul.

Membrana neuronală. Se constituie din fosfolipide organizate pe un dublu strat prin care se găsesc colesterol și molecule proteice. Colesterolul reglează rigiditatea membranei. Tipurile majore de proteine găsite în membrane sunt cele ale receptorilor și canalelor de ioni.

Neurotransmițătorii (NT) specifici au fost clasificați fie inhibitori, fie excitatori. De exemplu, GABA este inhibitor iar glutamatul este un NT excitator. Inhibitorul face compartimentul intracelular mai negativ, crește pragul și generează un potențial de acțiune. Efectul neurotransmițătorului excitator face compartimentul intracelular al neuronului mai puțin negativ, deci face mai puțin probabil potențialul de acțiune. Neurotransmițătorii excitatori și inhibitori acționează prin controlul canalelor de ioni care sunt selective fie pentru ioni încărcăți pozitiv (sodiu, potasiu, calciu) fie pentru ionii negativi (în special clorul).

Excitația este o undă scurtă de răsturnare a potențialului de membrană care se deplasează de-a lungul axonului, pozitivând neuronul în comparație cu exteriorul, datorată ionilor de sodiu încărcăți pozitiv care intră iar vârful potențialului îl dau ionii de calciu, tot pozitivi (care condiționează eliberarea potasiului). Intrarea ionului de calciu în terminalul sinaptic condiționează eliberarea moleculelor neurotransmițătorului. Intrarea ionului calciu activează ieșirea potasiului care este implicat în stoparea potențialului de acțiune. Activarea canalelor de potasiu se produce după hiperpolarizarea neuronului după potențialul de acțiune. După hiperpolarizare, interiorul neuronului este mai negativ decât la plecare. Această hiperpolarizare contribuie la crearea stării de inhibiție postpolarizare a neuronului când altă descărcare nu e posibilă.

Canalele de ioni sunt glicoproteine care tapisează membrana neuronală și au un por care se deschide sau închide pentru ionii specifici. Sunt trei tipuri de canale – cuplate direct, cuplate cu proteina G și cuplate cu mesagerul secundar. Aceștia pot acționa proteina G și influențează canalul iar canalul cuplat cu mesagerul secundar este activat de un mesager secundar produs la distanță și este un receptor neurotransmițător.

Sinapsa. Este spațiul dintre doi neuroni (axonul terminal al neuronului presinaptic, fanta și dendrita neuronului postsinaptic). Acțiunea începe în neuronul presinaptic, făcând ca ionii de calciu să intre în axonii terminali. Acesta determină alipirea veziculelor sinaptice de membrana sinaptică cu eliberarea neurotransmițătorului în fanta sinaptică. Moleculele

neurotransmițătorului difuzează prin fanta sinaptică și apoi se leagă de receptorii specifici de pe membrana externă a dendritei neuronului postsinaptic. Sinapsele tipice sunt axodendritice și axosomatice dar mai pot fi și dendrodendritice și dendroaxonale cu rol de modulator ai primelor.

Receptorii. Receptorii neurotransmițătorilor (cu subtipurile lor) explică stările de boală și acțiunea psihotropelor. Ei sunt pre- și postsinaptici. Funcția clasică a receptorului presinaptic este de a acționa ca o buclă de feedback negativ a neuronului presinaptic. De exemplu, mulți neuroni care eliberează norepinefrină au receptori alfa doi presinaptici care când sunt ocupați de norepinefrină determină ca neuronul care eliberează NT să stopeze sau să scadă eliberarea de noradrenalină. Când receptorul presinaptic se leagă de NT neuronului produs de acest neuron se numește homoreceptor presinaptic, iar când se leagă de un neurotransmițător diferit decât cel eliberat de neuronul de origine se numește heteroreceptor presinaptic.

Sunt două tipuri de receptori – cei legați de proteinele G și cei situați în canalele de ioni. Receptorii legați de proteina G au o structură caracteristică care constă în șapte domenii transmembranare cu un capăt NH₂ terminal al proteinei situate extracelular și un terminal COOH al proteinei situate intracelular. Mai mult, a treia buclă intracitoplasmatică a receptorului tinde să fie cea mai mare. Uneori, bucla intracitoplasmatică este de asemenea mare. Prima buclă intracitoplasmatică este cea mai mică. Lungimea terminalului intracitoplasmatic COOH este variabil. Cele mai mari sunt locurile de fosforilare care participă la reglarea funcției receptorilor.

Proteinele G se compun din GTP (guanozin trifosfat) legată de proteine cu structură similară. Modificările acestui GTP explică legătura cu neurotransmițătorii. Sunt de fapt o familie de proteine G, cu subunități alfa, beta, gama. Proteinele G sunt o familie de trifosfat guanozină (GTP) legate de proteine cu structură similară. GTP este interconvertibil cu guanozin difosfat (GDP). Proteinele G constau din trei proteine mai mici (subunități alfa, beta și gama). Când o proteină G intactă e legată cu GDP la subunitate alfa se leagă de un receptor, receptorul este convertit la o stare cu mare afinitate pentru molecula de NT. Când neurotransmițătorul se leagă de acest complex, el declanșează înlocuirea GDP cu GTP pe subunitatea alfa, deci destabilizează asocierile dintre NT, receptor și proteina G. Subunitatea alfa asociată GTP este fragmentul activ implicat în activarea sau inhibiția moleculei efectoare. Deoarece subunitatea alfa are puterea să convertească GTP la GDP, activitatea subunității alfa asociată cu GTP se oprește atunci când GTP este convertit la GDP. Conversia GTP la GDP permite reasocierea unităților alfa cu cele beta gama.

Familia proteinelor G este creată de diferitele subunități identificate. Cea mai mare diversitate este a unității alfa dar există și studii care arată diversitatea beta și gama.

Neurotransmițătorii. Pentru ca o moleculă să fie clasificată ca NT trebuie să întrunească mai multe criterii.

1. molecula e sintetizată în neuron,
2. molecula e prezentă în neuronul presinaptic și e eliberată prin depolarizare,
3. medicamentul administrat este o moleculă exogenă care mimează acțiunea NT endogen,
4. în neuron și în fanta sinaptică există un mecanism de dezactivare a NT.

Neurotransmisia chimică. Creierul neurologic funcționează ca și aerul care face să plutească avionul psihic. Condiția este ca avionul să înainteze. Dacă stă pe loc, cade. Acest fenomen de portanță corespunde neurobiologiei transmisiei nervoase. În privința neurotransmisiei chimice, neuronul eliberează un NT care se leagă de receptorul altui neuron. Psihotropele antipsihotice blochează receptorul D2, antidepressivele cresc 5HT și nA prin diverse mecanisme, iar anxiolitice acționează pe receptorii GABA_A, care blochează depolarizarea și duce la inhibiție blocând canalele de clor.

Neuromodulatorii modulează răspunsul neuronului la neurotransmițători (au efect mai lung decât NT, nu activează sau inhibă ci modulează) iar neurohormonii se eliberează mai curând în sânge și de acolo ajung în spațiul extraneuronal și pot influența neuronii.

Departate de a fi complet lămurită, se știe totuși că transmisia electrică interneuronală este discontinuă și condiționată de existența unor substanțe (neurotransmițători) eliberate din presinapsă în sinapsă și care prelungesc impulsul în postsinapsă. Descifrarea acestui mecanism a dus la mutarea accentului de la macroscopia și fiziologia cerebrală neurologică la microscopia biochimiei sinaptice. Încă Pavlov și școala lui rezumase activitatea cerebrală la procesul fundamental de excitație și inhibiție. Lucrurile au părut la acel moment simpliste, simplificate, dar reluarea procesului în termenii biochimici actuali readuc fiziologia la jocul excitație – inhibiție. Așa că actorii biochimici trebuie identificați ca excitanți sau inhibitori ai transmisiei nervoase. Principalul, substrat biochimic este – acidul glutamic pentru excitație, iar GABA pentru inhibiție. Restul neurotransmițătorilor deși importanți sunt auxiliari. Rămâne ca în detaliu excitația să fie privită ca fenomen de depolarizare, cu jocul ionilor intra- și extracelulari, rămânând actuale noțiunile de pompă de ioni și raportul sodiu – potasiu, plus contribuția canalelor de calciu (și a ionilor de calciu). Aceasta ca proces fundamental dar pe noi ne interesează ce s-a descoperit în domeniul modificărilor biochimice în bolile psihice și mai ales în schizofrenie.

Aici e actuală ideea lui Carlsson (1963) după care transmisia schizofrenă e hiperdopaminergică. Cu o dublă confirmare: efectul clinic al NL este de a bloca D2 și liniștesc bolnavul dar provoacă parkinsonism. Altă observație

este acțiunea unor droguri ca amfetaminele și cocaina care produc comportamente asemănătoare psihozei și a căror acțiune este de creștere a DA în fanta sinaptică. Totuși, unele efecte ale NL nu apar mai devreme de câteva săptămâni și se crede că o parte din efectele antipsihotice nu se produc prin acțiunea pe receptorii de DA. De la aceste constatări urmează odiseea dezvoltării neurolepticelor, a diferențierii acțiunilor pe receptorii dopaminergici și câștigul unor cunoștințe care au deschis perspectiva noii generații de neuroleptice atipice care să păstreze efectul neuroleptic dar să nu provoace sindromul extrapiramidal. Dar echilibrul dopaminei e ținut și de 5HT. Așa că NL care scad și 5HT cresc (nu scad) dopamina în zona frontală, unde ea este mai scăzută în schizofrenie. Deci iată o nouă întâmplare, raportul între doi neurotransmițători și interdependența 5HT și DA care este importantă și mai departe în depresii. Pe lângă legătura dintre 5HT și DA, este de amintit legătura DA cu Ach, scăderea dopaminei ducând la o creștere relativă a acetilcolinei care provoacă în periferie o contractură. (vezi sd. neuroleptic malign – bromocriptină, dantrolen). Legătura cu PRL – dopamina scăzută prin NL determină creșterea PRL cu urmările ei (galactoree, amenoree, frigiditate). Blocarea cronică a DA de către NL ar duce la o hipersensibilitate a receptorilor DA postsinaptici iar aceasta alături de o hiperactivitatea nA ar determina diskinezia tardivă.

Serotonina este scăzută în depresii, iar AD cresc specific (ISRS) serotonina, altele crescând pe lângă 5HT și nA (duale), iar altele (AD triciclice și tetraciclice) crescând ambele, deci duale dar având și multe efecte nedorite (dirty drugs).

După cum se vede, NL au efectul unei neurotransmisii optime și nu se deosebește, calmează, inhibă prin mecanisme inhibitoare propriu-zise. Acest mecanism e mai propriu acțiunii tranchilizantelor, hipnoticelor, antiepilepticelor care cresc sau potențează GABA, principalul inhibitor.

Cele trei modulatori (litiu, carbamazepină, valproat) au ca efect principal stabilizarea afectivă, în criză și în prevenire, deși prin mecanisme deosebite. Aplicat la epilepsie, anticonvulsivantele modulează GABA, participă la excitabilitatea membranelor prin intervenția pe canalele de calciu, sodiu, ceea ce duce la scăderea excitabilității globale și scăderea declanșării crizelor.

De fapt, din mulțimea neurotransmițătorilor distingem grupul principal a celor șase și un al doilea grup în dezvoltare. În primul grup (al celor șase) sunt: dopamina (DA), serotonina (5HT), noradrenalina (nA), adrenalina (A), acetilcolina (Ach), histamina (H). Dopamina, noradrenalina și adrenalina sunt sintetizate din același precursor (tirozina) și constituie grupul catecolaminelor. Comun pentru aminele biogene este că sunt sintetizate în axonul terminal. Enzimele necesare pentru sinteza lor sunt sintetizate în

corpul celular dar sunt transportate prin axon astfel că producția de NT survine în apropierea locului de eliberare, în comparație cu NT peptidici care sunt sintetizați în celulă și transportați în axonul terminal.

Fiecare cu o fișă proprie asupra originii anatomice, distribuției în SNC, funcțiilor principale (rolurile) și implicarea specifică în efecte secundare.

Dopamina

Deși e cea mai cunoscută prin legătura cu schizofrenia, își împarte importanța cu celelalte nefiind un adversar exclusiv în jocul cu GABA. Dopamina e sintetizată din tirozină, sinteză limitată de tirozinhidroxilază. Degradarea enzimatică principală este prin monaminoxidază iar apoi catecol-O-metiltransferază. Metabolitul principal al DA este acidul homovanilic (HVA). Depinde de aport mai ales în boala Parkinson, unde formarea e scăzută și unde funcționarea e condiționată de aportul medicamentelor dopaminergice (antiparkinsoniene). Tractele dopaminergice în SNC sunt: tractul nigrostriatal, tractul mezocortical – mezolimbic, tractul tuberoinfundibular.

Căile dopaminergice implicate în patologia psihiatrică sunt:

1. *calea nigrostriatală* (implicată în inițierea și coordonarea mișcărilor). Efecte secundare – boala Parkinson prin lipsă, sd. extrapiramidal (cu manifestări acute și tardive, la distanță – diskinezia tardivă). DA și Ach sunt într-un echilibru dinamic la nivelul acestei căi. Excesul de DA și deficitul de Ach sunt implicate în coreea Huntington și sd. Tourette, iar dezechilibrul invers în b. Parkinson.
2. *calea mezolimbică – mezocorticală*, implicată în controlul emoțional și al comportamentului. Excesul DA sau hipersensibilitatea sunt implicate în fenomenele psihotice.
3. *calea tuberoinfundibulară* (calea hipotalamo-hipofizară) reglează eliberarea de PRL din hipofiză, iar DA are acțiune de inhibarea a eliberării de PRL. Cele cinci tipuri de receptori de dopamină aparțin familiei de receptori cuplați la proteina G. Trăsătura distinctivă a clasificării acestor receptori este efectul stimulării receptorului asupra activității adenilatciclazei. Subtipurile sunt importante în dezvoltarea unor psihotrope. Efectul antipsihotic al substanțelor este corelat cu afinitatea față de D2.

Dopamina și drogurile. Alte substanțe care afectează sistemul dopaminic sunt amfetamina și cocaina. Amfetamina stimulează eliberarea de DA iar cocaina blochează uptake de DA, ambele crescând cantitatea de DA la nivelul sinapsei. Cocaina este cea mai adictivă substanță. Sistemul dopaminergic poate fi implicat în așa-numitul sistem de gratificare care poate explica potențialul de adicție al cocainei.

Dopamina și psihopatologia. Ipoteza DA a schizofreniei a venit din observațiile că drogurile care blochează receptorii DA au activitate antipsihotică iar drogurile care stimulează DA (amfetamina) induc simptome psihotice. Această ipoteză rămâne. Studii recente au arătat că concentrația plasmatică de HVA scade la schizofrenii tratați cu psihotrope. Problema majoră a acestei ipoteze este că blocada receptorilor DA reduce simptomele psihotice în toate psihozele, chiar și cele asociate tumorilor cerebrale și maniei. DA poate fi implicată și în patofiziologia tulburărilor afective, pentru că e scăzută în depresie și crescută în manie, ipoteză susținută și de mania care apare la parkinsonienii tratați cu L-dopa.

Noradrenalina

Cantitativ mai bine reprezentată în periferie. În SNC, unde majoritatea neuronilor noradrenergici sunt localizați în locus coeruleus și aria tegmental laterală a formațiunii reticulate, are efect principal excitator, congruent cu 5HT și DA. Cu toate că densitatea fibrelor variază după teritoriu, majoritatea regiunilor SNC primesc aferențe noradrenergice difuze. În numeroase regiuni cerebrale, nA intensifică input-ul excitator prin mecanisme directe (blocarea conductanței potasiului care încetinește descărcarea neuronală – mediată prin receptori alfa1 sau beta și indirecte (blocarea circuitelor locale inhibitorii). Căile nA joacă un rol în dispoziție, mecanismele de întărire, învățare, memorie, anxietate, ciclul veghe – somn, mecanismele implicate în alimentare. Ipoteza scăderii nivelului nA în depresie a apărut după observația că rezerpina, care scade și inhibă stocarea catecolaminelor și a serotoninei, produce depresie. AD eficace cresc nivelul catecolaminelor și 5HT în sinapsă dar modificările acute sunt semnificativ diferite de cele cronice. Ar fi mai important dezechilibrul din sistemul noradrenergic decât de a vorbi doar de o creștere sau scădere a activității nA. Pare de asemenea implicată în tulburarea de panică. Se asociază dopaminei în efectul de activare frontală (activarea atenției, acțiune în memorie, abilități intelectuale generale, procesul învățării). Noradrenalina împarte calea de sinteză cu DA. DA este transformată în nA prin dopamin-b-hidroxilază. Metabolizarea se realizează prin MAO, mai selectiv prin MAO A și COMT la metoxihidroxifenilglicol (MHPG). Sunt cel puțin cinci tipuri de receptori nA. Receptorii alfa1 sunt în principal postsinaptici și nu activează adenilat ciclaza la activare. Majoritatea receptorilor alfa2 sunt presinaptici și la stimulare activează adenilatciclaza; au acțiune de reducere a sintezei de nA în neuronul presinaptic. Au o sensibilitate mai mare față de agonistii alfa adrenergici decât receptorii postsinaptici. Receptorii beta sunt predominant postsinaptici și activează adenilatciclaza la stimulare; au rol în reglarea sistemului receptorilor alfa. Sunt receptorii alfa și beta adrenergici. Receptorii alfa1 sunt de trei tipuri – alfa1 A, B, C, iar beta de

trei tipuri 1, 2, 3. Alfa 1 este legat de metabolismul fosfoinositolului, alfa 2 par să inhibe formarea de AMPc iar receptorii beta par să stimuleze formarea de AMPc.

Stimulantele SNC (cocaina și amfetaminele) acționează primar pe sinapsele catecolaminelor. Cocaina blochează recaptarea DA și nA iar amfetaminele produc eliberarea acestor NT de la nivel presinaptic. AD traciclice și IMAO sunt puternic noradrenergice, chiar dacă neselectiv. Se socotește că efectul terapeutic se datorează acestui efect. O serie de efecte secundare ale acestora se datorează efectului pe sistemul adrenergic – hipotensiunea posturală, amețeli, tahicardie reflexă.

Tulburări responsive la agenți noradrenergici (DA)	
Tulburările depresive	Hiperactivitate cu deficit de atenție
Unele tulburări de anxietate	Obezitate
Tulburarea opozițională	Unele comportamente adictive, fumat

Serotonina (5HT)

Serotonina este implicată în psihopatologia afectivă (nivelul scăzut ar fi asociat cu depresia; ipoteza permisivă presupune că nivelurile scăzute de serotonină ar „permite” niveluri scăzute de nA pentru a produce depresie), permițând transmiterea impulsului, în geneza anxietății prin creștere, în tulburările alimentare, în alte tulburări ale impulsului (impulsivii, borderline), în perceperea durerii, în ritmurile circadiene, ciclul veghe – somn, activitatea motorie, reglarea temperaturii. Este implicată în reglarea eliberării altor NT și influențează eliberarea PRL, cortisol, GH și poate al endorfinelor. 5HT e sintetizată din triptofan. Factorul regulator primar este concentrația de triptofan disponibilă ca precursor. Este metabolizată de MAO (preferențial MAO-A) la acidul 5 hidroxiindolacetic (5HIAA). Doar 5% din 5HT se găsește în SNC, restul se află în trombocite, mastocite, celulele cromafine din mucoasa intestinală. Odată ce nu traversează BHE, celulele cerebrale trebuie să o sintetizeze local. În majoritatea regiunilor cerebrale, 5HT are o acțiune inhibitoare puternică, mediată prin 5HT1A și asociată cu o hiperpolarizare a membranei produsă printr-o creștere a conductanței potasiului. Receptorii de serotonină sunt grupați în mai multe clase. Receptorii 5HT1 necesită GTP pentru activitate. Majoritatea sunt legați de adenilatciclază. Receptorii postsinaptici 5HT1A sunt localizați în special în hipocamp și legați negativ de adenilatciclază. Stimularea acestor receptori induce răspunsuri adaptative și protectoare față de stimularea aversivă. Prezintă responsivitatea crescută după

tratamente AD cronice. Majoritatea AD tradiționale cresc funcția serotoninergică prin blocarea recaptării catecolaminelor și serotonininei.

Tulburări responsive la agenții serotoninergici	
Tulburările de anxietate	Tulburarea obsesiv-compulsivă
Tulburările depresive	Tulburarea disforică premenstruală
Tulburările de alimentație	Tulburările impulsive

Acetilcolina

Se găsește la nivel central și periferic. Majoritatea răspunsurilor SNC la acetilcolină sunt mediate de o familie de receptori muscarinici cuplați cu proteine G. Contribuie la excitație și e implicată în tulburările afective și de somn. Căile colinergice par să joace un rol important în funcțiile cognitive, mai ales memoria. Neuronii colinergici modulează arousal, somnul REM, învățarea, memoria, perceperea durerii, setea. Acetilcolina e sintetizată din colină și acetyl-CoA cu ajutorul acetiltransferazei. E metabolizată rapid în fanta sinaptică de acetilcolinesterază. Aproximativ jumătate din colina rezultată din degradare e recaptată în neuronul presinaptic. Receptorii colinergici se împart în muscarinici și nicotinici. Multe psihotrope au efecte anticolinergice prin acțiunea pe receptorii muscarinici (efecte secundare ca tulburări de acomodare vizuală, gură uscată, tahicardie sinusală, constipație, retenție urinară). Receptorii nicotinici sunt mult mai slab reprezentați în SNC dar sunt responsabili de efectele tutunului asupra SNC. S-a observat o distrugere a neuronilor colinergici din nucleul bazal Meynert cel puțin la unii pacienți cu demență. Demența e de obicei asociată cu reducerea concentrațiilor de Ach în neocortexul temporal, hipocamp, amigdală. Acetilcolina crește prin medicamente anticolinesterazice. Efectele adverse de tip parkinsonian ale unor psihotrope care produc blocarea DA se corectează cu medicamente anticolinergice cum ar fi benzotropina, trihexifenidilul. Aceste medicamente pot ajuta în corectarea dezechilibrului DA – Ach dar cresc severitatea efectelor secundare anticolinergice și pot duce în timp la creșterea incidenței diskineziei tardive.

Histamina

Acționează atât la nivel central cât și periferic. Are efect central tonic, excitator (efect mai important de acest tip decât 5H). Este sintetizată din histidină și catabolizată prin metilare și oxidare (în special MAO B). Este implicată în efectul NL sedative, AD triciclice, unele AP atipice (se obține

sedare, creșterea apetitului și obezitatea). Blocarea H1 determină sedare, creștere ponderală, hipotensiune. Blocarea H1 e mecanismul pentru medicamentele contra alergiei și mecanism parțial pentru efectele secundare ale psihotropelor. Receptorii H2 activează adenilciclaza și se găsesc în neocortex și hipocamp. H3 nu sunt încă clar delimitați ca funcție.

Tabel. Serotonina și noradrenalina în funcționarea cerebrală.

5HT	5HT + nA	nA
- impulsivitate	- dispoziție	- motivație
- funcția sexuală	- somn	- energie
- apetit	- stres	- interes
	- durere	- concentrare

Tabel. Neurotransmițătorii în diferite tulburări

	TDM	TAG	Panică	TOC	Fobie	Fumat	ADHD	obezitate
5HT	x	x	x	x	x			
nA	x	x	x		x	x	x	x
DA	x					x	x	x

Neuropeptidele

Sunt reprezentate de peptide opioide (encefaline, endorfine), neurotensina, somatostatina, colecistokinina, polipeptidul vasoactiv intestinal, neuropeptidul Y, TRH, proteina G, acid glutamic, CRF, substanța P și tahikininele, factori neurotropici, factori reglatori ai expresiei genetice, gazele.

Neurotransmițătorii peptidici sunt sintetizați în corpul neuronal prin transcripția și traducerea mesajului genetic și depozitați în vezicule sinaptice, pentru eliberarea ulterioară la nivelul axonului terminal. NT peptidici sunt în primul rând sintetizați ca forme lungi numite preprohormoni, și procesate ulterior în transportul către axonul terminal. Preprohormonii se clivează să formeze prohormonii, care se clivează să formeze hormonii. Spre deosebire de NT amine biogene, reîncărcarea cu NT peptidici ia timp mai mult. În acest sens, NT peptidici servesc ca neuromodulatori în unele sinapse. Modificările succesive includ reacții de fosforilare, glicozilare, sulfatare, etc. Activitatea lor e terminată de peptidaze care clivează peptidele în aminoacizii specifici și reziduri. Peptidele coexistă adesea în același neuron cu transmițătorii nepeptidici convenționali.

Opioizii sunt importanți în toxicomanie (probabil scăzuți la toxicomani, ceea ce explică o implicare facilitatorie), în modularea durerii, în stres, afectivitate. Se pare că sunt crescuți și prin acupunctură.

Colecistokinina (CCK) este implicată în fiziopatologia schizofreniei și a tulburărilor alimentare ca și a tulburărilor de mișcare. Somatostatina este cunoscută ca inhibitor al hormonului de creștere. Este implicată în boala Huntington și Alzheimer. Vasopresina și ocitocina sunt implicate în reglarea afectivității. Ambele sunt sintetizate în hipotalamus și sunt eliberate în hipofiza posterioară.

CRF este implicat în depresie, unde unele studii arată că este crescut. Creșterea persistentă a glucocorticoizilor are un efect neurotoxic și a fost implicată în cronicizarea și ireversibilitatea depresiei (prin atrofia hipocampului).

Substanța P se pare că este implicată în tulburările afective, anxietate, boala Huntington.

Neurotensina este ipotetic implicată în fiziopatologia schizofreniei pentru că coexistă cu dopamina în unii axoni terminali. Unele peptide legate de neurotensină sau droguri asemănătoare ar putea avea efecte antipsihotice.

Aminoacizii

Sunt mai cunoscuți drept componente ale proteinelor dar unii pot fi neurotransmițători. Aminoacizii de interes major sunt reprezentați de glicină, GABA, glutamat, aspartat. GABA este un aminoacid inhibitor iar glutamatul excitator. Aceasta sugerează în mod simplificat că creierul este o balanță între acești doi NT, iar NT amine biogene și peptidici modelează această balanță. Glicina și GABA sunt aminoacizi neutri, sunt inhibitori și cresc permeabilitatea membranei la ionii de clor. Glicina este sintetizată din serină. Structural este cel mai simplu aminoacid. Glicina este prezentă în cantități mari în materia cenușie din măduva spinării. Glicina are dublă sarcină, ca NT mandatar adjunct pentru activitatea glutamatului și ca NT inhibitor independent la proprii receptori (mezencefal și măduva spinării). Stricnina, cu efecte convulsivante, antagonizează acțiunea glicinei. Pe lângă rolul de transmitător inhibitor, pare să aibă un rol independent de acesta prin legarea de receptorul NMDA și amplificând răspunsul acestuia, într-un fel analog legării BZD de receptorul GABA. Convulsiile date de intoxicația cu stricnina sunt atribuite receptorilor de glicină care blochează convulsiile ce pornesc de la nivelul măduvei spinării. Mai nou s-a arătat rolul glicinei în modularea acțiunii glutamatului asupra complexului excitator deosebit de important din creier, receptorul NMDA (N-metil-D-aspartat). Având în vedere densitatea mare a receptorilor NMDA în cortex, amigdala și ganglionii bazali, aceasta ar putea explica concentrațiile relativ ridicate de glicină din aceste zone.

GABA este prezentă în 60% din sinapsele SNC uman. În unele regiuni s-au detectat până la 500 micrograme pe gram de creier, deci e prezent la concentrații de 200-1000 de ori mai mari decât a unor NT ca Ach, 5HT și nA. Distribuția sa este însă heterogenă, cu cele mai mari concentrații în ganglionii bazali, urmat de hipotalamus, substanța cenușie periaeductală și hipocamp; concentrații aproximativ egale sunt prezente în cortex, amigdală și talamus. Neuronii care conțin GABA par să joace un rol în anxietate, dispoziție, controlul alimentației. GABA este sintetizată din acidul glutamic prin decarboxilaza acidului glutamic. Enzima etapă limitatoare cere piridoxină drept cofactor. E metabolizată în final la acidul succinic prin GABA transaminază. Cofactor în marea parte a proceselor este piridoxal fosfatul. Receptorii GABA sunt de două tipuri – A și B, cu localizări pre- și postsinaptice; GABA A e mai frecvent întâlnit. GABA A deschid canalele ionice de clor. Inhibă descărcarea neuronală prin producerea hiperpolarizării. BZD cresc frecvența deschiderii canalului, iar barbituricele prelungesc durata deschiderii. GABA B sunt cuplate la proteine G care fie inhibă canalele de calciu fie activează canalele de potasiu. Nu sunt modulate de BZD sau barbiturice. S-a postulat de mult un rol GABA în fiziopatologia schizofreniei (în principal o reducere a activității GABA). Multe dintre anticonvulsivantele actuale acționează la nivelul receptorului GABA. Cercetările în epilepsie sunt focalizate pe sistemul GABA.

GABA coexistă adesea cu o serie de alți NT, ca 5HT, DA, Ach, glicina, histamina, diferite peptide. Funcționarea neuronală GABA e strâns legată de sistemele dopaminergic și glutamatergic și de aceea rolul său nu e univoc ci presupune interacțiuni complexe cu alți NT. GABA a fost implicat de asemenea în patogenia bolilor Huntington, Parkinson, epilepsie, diskinezie tardivă, demență.

Glutamatul este principalul excitator din SNC (glutamatul și aspartatul sunt prezenți în concentrații foarte înalte în SNC). Este o componentă importantă în sinteza de proteine, joacă un rol important în detoxifierea amoniului din creier și este precursor al GABA. Poate fi sintetizat din mai mulți precursori – 2-oxoglutarat cu aspartat prin aspartat aminotransferază, din glutamină prin glutaminaza activată de fosfat sau din 2-oxoglutarat prin ornitin aminotransferază. Sinteza e reglată prin acumularea de precursori cum e glutamina sau prin inhibiția pe care o dau produsele finale. Odată eliberat în fanta sinaptică, glutamatul este captat de neuronul presinaptic și în glia adiacentă. Glutamatul la nivelul creierului este implicat în sinteza de peptide și proteine, în detoxifierea amoniului din creier (formând glutamina), în metabolismul intermediar, ca precursor al NT inhibitor GABA și ca un NT excitator de sine stătător. Pe lângă numeroasele roluri pe care le are, glutamatul are rol de transmitător în girul dentat al

formațiunii hipocampice. Sinteza sa este reglată aici de inhibiție prin feedback și de concentrația precursorului său, glutamina, deci o reglare similară cu a NT „clasici”. În creier se pare că există o legătură inversă între concentrațiile de glutamat și de GABA, în afara contextelor unde ambii NT sunt în concentrații joase.

Glutamatul este aminoacid excitator, agonist pe cele cel puțin cinci tipuri de receptori excitatori din SNC. Receptorii pot fi divizați în două clase – ionotropi și metabotropi. Receptorii ionotropi reglează direct canale selectzive pentru cationi și se împart în trei subtipuri, după agonistul selectiv – K (kainat), AMPA, NMDA. Unul este complexul NMDA care are cel puțin cinci tipuri de situri de legare – glutamat, glicină, fenciclidină, Mg, Zn. Receptorul pare unic prin necesitatea acțiunii „coagoniștilor” – receptorul e activat doar dacă atât siturile de glutamat cât și cele de glicină sunt ocupate. Receptorii non-NMDA includ: kainat, AMPA (a-amino-3-hidroxi-5-metiloxizol-4-propionic acid), AP4, ACPD. Receptorii kainat și AMPA au o distribuție în creier care e paralelă cu cea a NMDA. Joacă un rol în leziunile celulare produse de hipoglicemie, hipoxie, convulsii – toate asociate cu un exces de aminoacizi excitatori. Este implicat în mecanismul excitotoxicității (în creștere, duce la intrarea în exces a calciului în celulă și provoacă apoptoza). Receptorii NMDA participă la mecanismele de long-term potentiation (LTP), mecanism de plasticitate sinaptică presupus în memorie și învățare. Încă nu s-au făcut legături directe între aminoacizii excitatori și psihopatologie dar anumite condiții produse prin consumul unor substanțe oferă informații importante. Neurolatirismul e asociat cu consumul de aminoacizi excitatori din anumite boabe care acționează ca agonist pe receptorii AMPA. Boala Guam, caracterizată prin asociere de parkinsonism și demență, se produce prin consum de semințe de cycad. S-a crezut că antagoniștii de aminoacizi excitatori ar avea efecte neuroprotectoare dar multe substanțe au dovedit efecte adverse severe. Fenciclidina (PCP) oferă un model pentru tulburările psihotice. Există dovezi privind implicarea glutamatului în leziunile cerebrale din cauza anoxiei cerebrale (de ex. după AVC) și posibil în epilepsie. Deficitul de GABA a fost implicat în stări de anxietate, epilepsie, boala Huntington și poate parkinsonismul. Un defect în uptake se asociază cu scleroza laterală amiotrofică. Glutamatul este principalul neurotransmițător în proiecțiile talamocorticale, celule piramidale și striatale ca și în hipocamp.

Tratamentul cronic cu AD produce o modificare sau adaptare a receptorului NMDA, cu situl de glicină care leagă mai puțin activ glicina. Această modificare apare după multe zile de tratament, cum e și răspunsul la AD; adaptarea se produce după diferite tratamente, care include mai multe clase de AD și ECT. Receptorii de glutamat metabotropi acționează

indirect pe canalele ionice pe calea proteinelor G. Sunt activate selectiv de ACPD (trans-1-amino-ciclopentil-1,3 dicarboxilat). Acești receptori sunt fie cuplați pozitiv (adică stimulează) fosfolipaza C sau cuplați negativ la adenilatciclază. Atât receptorii NMDA cât și cei nonNMDA sunt prezenți în majoritatea sinapselor excitatorii din creier.

Neurotransmisia purinergică

Reprezintă verigi intermediare postsinaptice, participare la expresia genetică. Până la urmă, există un lanț de evenimente între proteina G, purine, fosforilare și toate influențând metabolismul nucleului, cu efect genetic care se întoarce și duce la creștere / scădere receptori și substanțe, deci efect regulator final și de durată.

Neurotransmițătorii gazoși

Sunt reprezentați de oxidul nitric și monoxidul de carbon. Inițial socotiti poluanți atmosferici ulterior s-a descoperit activitatea lor biologică în creier. Oxidul nitric este sintetizat de endoteliul vascular unde este responsabil de menținerea tonusului vascular, proces critic, decisiv pentru reglarea fluxului sanguin și a tensiunii arteriale. Nitric oxid sintetizat de la nivelul peretelui vascular este o enzimă dependentă de calciu și calmodulină și permite sinteza oxidului nitric din L-arginină. Când acetilcolina acționează pe receptorii endoteliului, NO se formează în celulele endoteliale și apoi difuzează în mușchii netezi adiacenți, unde produce creșterea concentrației de GMPC și relaxare musculară. NO și NOS s-au descris în creier, în anumite regiuni cerebrale între care striat, hipotalamus, basal forebrain, cerebel. Oxidul nitric este inactivat prin legarea de porțiunea feroasă a hemoglobinei. Alte roluri fiziologice ale oxidului nitric includ inhibarea agregării plachetare și activarea leucocitară, acționând ca un factor deosebit de important de control homeostatic general al vaselor. La nivelul creierului oxidul nitric este eliberat după activarea receptorilor NMDA (care cresc calciul intracelular). Legătura dintre activitatea funcțională a NMDA și memorie sugerează că una dintre acțiunile fiziologice ale oxidului nitric ar fi în formarea memoriei. Transmițătorul eliberat de la nivel postsinaptic acționează pe terminațiile presinaptice crescând eliberarea de glutamat și producând o potențare de lungă durată care se presupune că ar sta la baza formării memoriei. O dovadă în plus a acestui rol e dată de experiențe în care inhibarea nitric oxid sintetizei poate cauza afectarea memoriei la animale. Alte funcții fiziologice ale oxidului nitric includ receptarea și transmiterea informației vizuale, comportamentul de alimentare, nocicepția și olfacția. De mai mult de 20 de ani s-a postulat că eliberarea excesivă de glutamat este legată de convulsii și unele forme de neurotoxicitate. Legătura posibilă dintre stimularea receptorilor de glutamat și activarea sintetazelor oxidului nitric a sugerat că

supraproducția de oxid nitric ar putea fi implicată în stări ca ischemia cerebrală și epilepsia. Microglia, care formează o parte a sistemului imunitar al creierului și prezintă activitate macrofagică produce o formă inductibilă de sintetază a oxidului nitric. Microglia a fost implicată în patogeneza bolii Alzheimer, a bolii Parkinson, a sclerozei multiple și a demenței din SIDA. Cele două forme de sintetază ale oxidului nitric, cea constitutivă și cea inductibilă, au fost purificate și studiate. Forma constitutivă e activată de ioni de calciu și calmodulină pe când cea inductibilă e independentă de calciu. Glucocorticoizii inhibă inducția enzimei calciu-independente și aceste efecte se produc la concentrații terapeutic relevante și se pare că o parte dintre efectele terapeutice sunt datorate inhibării producerii de oxid nitric. Forma inductibilă e reglată de citokine care, în funcție de proprietățile acestora, pot induce sau inhiba enzima.

Transmisia impulsurilor nervoase în SNC. Suportul indispensabil al excitabilității este diferența de potențial electric de o parte și alta a membranei celulare. Această diferență de potențial electric, numită potențial de membrană, este rezultatul unor concentrații inegale ale substanțelor purtătoare de sarcini electrice repartizate de o parte și de alta a membranei celulare. Diferența transmembranară de concentrație ionică este cunoscută sub numele de gradient de concentrație. Majoritatea moleculelor transportate sunt sub formă ionică, deci purtătoare de sarcini pozitive și negative, care vor alcătui gradientul electric. Cele două tipuri de gradient sunt forțe potențiale ce constituie împreună gradientul electrochimic, cel mai important parametru biologic al celulelor vii și mai ales al celor excitabile. Gradientul electrochimic e important pentru menținerea formei și integrității celulei. Apoi, condiția obligatorie ca o celulă să poată genera un impuls în momentul acțiunii unui stimul specific este ca membrana celulară să prezinte o anumită valoare a gradientului electric (cuprinsă între -20 și -200 mV). Celula nervoasă consumă în repaus o cantitate de energie mai mare decât în timpul desfășurării funcției specifice – generarea și conducerea impulsului nervos. Cu alte cuvinte – pregătirea condițiilor de răspuns la un stimul necesită un consum mai mare de energie decât răspunsul propriu-zis.

Amintim tipurile generale de comunicare intercelulară – cea nervoasă (NT sunt eliberați în sinapsă și acționează pe celula postsinaptică), cea endocrină (hormonii ajung la celule prin sânge) și comunicarea paracrină (produsele celulare difuzează în lichidul extracelular și au efect pe celulele din vecinătate). Este de remarcat că un mesager chimic poate acționa diferit în diferite părți ale corpului ca neurotransmițător, mediator paracrin, hormon etc.

Unitatea de transmisie fundamentală a impulsurilor nervoase în SNC este sinapsa (termen propus de Sherrington, la sfârșitul secolului XIX). Sinapsele se clasifică după natura substratului care mediază transmiterea sinaptică în chimice și electrice iar după efectul asupra segmentului postsinaptic în excitatorii și inhibitorii.

Există trei categorii principale de mesageri cu rol neuroreglator implicați în transmisia chimică – neurotransmițători, neuromodulatori, neurohormoni, iar prima categorie (NT) sunt semnalele chimice „clasice”. Se eliberează rapid în sinapsă, se leagă de receptorii pre- și postsinaptici și transmit impulsul. Neuromodulatorii se leagă de asemenea de receptori specifici dar ei mai curând produc o modificare a răspunsului receptorului la NT decât să participe în transmiterea directă a impulsului; au o durată mai lungă de acțiune. Neurohormonii sunt eliberați direct de celulele nervoase în circulația sistemică de aceea pot afecta atât SNC cât și organele periferice.

Dacă ne referim la NT când vorbim de evenimente din fanta sinaptică, transmiterea semnalului se referă la acele fenomene care preced eliberarea NT din neuronul presinaptic și evenimentele care succed eliberării NT în fantă și legarea acestora de receptorii de la nivelul receptorilor neuronului postsinaptic. Procesele totale ale transmiterii semnalului sunt – conversia semnalului electric, care este potențialul de acțiune, în neuronul presinaptic într-un semnal chimic care este eliberarea NT și doi – conversia semnalului chimic care este interacțiunea NT – receptor într-un semnal electric. Pașii fundamentali ai transmiterii semnalului implică producerea așa numitelor molecule de mesager secundar și activarea ulterioară a unor clase de enzime numite proteinkinaze.

Etape presinaptice. Primele trei etape, presinaptice, ale transmisiei sinaptice sunt sinteza, transportul și stocarea mesagerului chimic.

Eliberarea mesagerului. Este un proces dependent de calciu care duce la alipirea veziculei sinaptice de membrană și eliberarea conținutului prin exocitoză. NT sunt conceptualizați ca mesageri primari, care aduc un semnal la neuron. Pentru ca neuronul să acționeze la semnalul primului mesager, acesta trebuie tradus într-un semnal intraneuronal. Procesul se obține printr-o cascadă de trepte ale mesagerului. Prima treaptă este formarea moleculei de mesager secundar. Cel mai clasic mesager secundar sunt nucleotizii ciclici AMPc și GMPc, ionii de calciu și metaboliții fosfoinositolului – inositol trifosfat și diacilglicerol. Mai recent se adaugă metaboliții eicosanoidici. Moleculele de NO pot servi ca molecule de mesager secundar.

Etape postsinaptice. Receptorul este o structură cu specificitate pentru un anumit ligand, un NT, și care face transducerea semnalului. Un sit

receptorul poate fi alcătuit din trei componente de bază – zona de recunoaștere, modulatorul, efectorul. Zona de recunoaștere se află pe membrana externă și acolo se leagă NT. Modulatorul face legătura între situl de recunoaștere și efector dar prezintă la rândul său anumite zone de care se leagă neuromodulatori sau neurohormoni cu scop de modulare a funcției receptorului. Efectorul este reprezentat de un canal ionic sau o nucleotidiclază. Canalul ionic își schimbă conformația (la activare) pentru a crește sau scade trecerea unui anumit ion în neuron. Nucleotidiclazele catalizează transformarea unui nucleotid trifosfat într-un „mesager secundar”. Un exemplu ar fi proteinele G, posibil cea mai abundentă superfamilie de receptori. Receptorii cu canal ionic sunt socotiți rapizi iar cei legați de ciclaze sunt numiți receptori „lenți” (clasa II), pentru că implică mai multe etape de transducere a semnalului. Receptori cuplați cu proteine G de interes pentru psihiatrie sunt receptorii adrenergici, dopaminergici și serotoninergici.

Nucleotizii ciclici, calciu și metaboliții fosfoinositolului. Nucleotizii ciclici sunt produși din ATP prin enzima adenilciclaza. Adenilciclaza este legată de proteinele G. Proteinele Gs stimulează activitatea adenilciclazei și proteinele Gi inhibă. Odată formate au efecte biologice, activitatea lor fiind terminată prin conversie la puterea unu AMP prin fosfodiesterază. Calciu ca mesager secundar poate veni în două surse – calciul intră în celulă prin canalele ionice de calciu și doi, poate fi eliberat din depozitele intraneuronale prin acțiunea metabolitului fosfoinositol. Calciul poate acționa singur ca mesager secundar sau prin diferite proteine legate – ex. calmodulin. Calciul intraneuronal este în cantități foarte mici față de cel extraneuronal dar orice creștere a calciului intraneuronal are efecte importante (vezi apoptoza).

Metaboliții fosfoinositolului. În manieră analogă adenilciclazei, o altă enzimă – fosfolipaza C – convertește o lipidă membranară, fosfatidilinositol 4,5 – bifosfat în doi metaboliți activi – IP_3 și DAG. Efectele majore ale IP_3 este eliberarea calciului din stocurile intraneuronale în reticulul endoplasmatic. Activitatea majoră a lui DAG este de a activa o proteinkinază specifică.

Eicosanoizii. În manieră analogă fosfolipazei C, fosfolipaza A2 convertește fosfolipidele membranare în acid arahidonic liber. Acidul arahidonic poate fi clivat de ciclooxigenază și alte enzime pentru a produce o serie de molecule mesageri secundari ca PG, prostaciline, tromboxani și leukotriene.

Fosforilarea proteică. Una dintre activitățile primare ale moleculelor de mesageri secundari este să activeze proteinkinazele care catalizează

transferul grupului fosfat terminal al ATP pe molecule proteice. Patru proteine kinaze – protein kinaza dependentă de AMPc, protein kinaza dependentă de GMPc, protein kinaza dependentă de calciu/calmodulină și protein kinaza dependentă de calciu/fosfatidilserină. Fosfatazele proteice înlocuiesc grupele fosfat din proteine. Adăugarea sau eliminarea grupării fosfat încărcate negativ duce la schimbarea formei moleculei proteice, această schimbare în sarcină și formă poate schimba funcția proteinei. Mai mult decât atât, proteinele sunt fosforilate la niveluri diferite de protein kinaze diferite, deci e posibilă o ajustare fină a funcției proteinei, nu doar o acțiune on/off.

Oprirea activității neuroreglatoare. Se produce prin trei mecanisme – recaptare presinaptică (proces activ, dependent de energie), degradare enzimatică intra- sau extraneuronală) sau difuziune în lichidul cerebral extracelular.

Ceea ce este descris sub formă de etape, acțiune succesive este de fapt un flux dinamic în care acțiunea pe una din etape poate avea efecte complexe pe celelalte etape, iar efectele acute pot fi net diferite de efectele cronice odată realizat echilibrul cu medicamentul la nivelul SNC.

Reglarea transmisiei sinaptice. Transmisia în majoritatea sinapselor este chimică. Terminațiile nervoase acționează ca niște transformatoare biologice care convertesc semnalul electric într-unul chimic. Reglarea are loc pas cu pas, de la nivel presinaptic până la cel postsinaptic. Modificarea cantității de precursor sau modificarea activității enzimelor de sinteză controlează sinteza neuroreglatorului. Modificările din microtubuli, microfilamente și formarea de vezicule reglează transportul și depozitarea neuroreglatorului. Inhibiția pre- și postsinaptică se produce direct și indirect. Inhibiția presinaptică se produce prin legarea neuroreglatorilor eliberați de autoreceptori sau prin intermediul unor neuroni presinaptici inhibitori. Inhibiția postsinaptică se produce direct, atunci când un NT inhibitor generează un potențial postsinaptic inhibitor sau indirect, în timpul perioadei refractare după potențialul de acțiune.

Sensibilitatea unui receptor denotă gradul de răspuns neuronal la un agonist particular. Modificările de sensibilitate se pot produce prin modificarea numărului total de receptori disponibili sau prin modificări ale funcționării complexului receptor. Modificările sensibilității receptorilor se pare că sunt implicate în dezvoltarea fenomenelor de toleranță și dependență la substanțe psihoactive. De aceea receptorii nu trebuie socotiți componente statice ale celulei ci numărul lor poate crește sau scade ca răspuns la diferiți stimuli iar proprietățile lor se modifică ca răspuns la modificările fiziologice. Dacă un hormon sau NT este prezent

în exces, se produce o scădere a numărului receptorilor activi (downregulation) iar dacă există un deficit de mesager secundar, apare o creștere a numărului receptorilor activi (upregulation). Un mecanism al downregulation presupune o internalizare a receptorului prin endocitoză. Ulterior unii sunt reciclați iar alți receptori sunt sintetizați de novo. Alt tip de downregulation ar fi prin desensibilizare care presupune o modificare chimică a receptorului astfel ca să fie mai puțin responsabil.

Pentru fiecare ligand există mai multe subtipuri de receptori. Apoi pentru mulți dintre transmitători există receptori atât pre- cât și postsinaptici. Receptorii presinaptici, autoreceptorii, inhibă adesea secreția în continuarea a ligandului, îndeplinind un control feedback. În ciuda numeroșilor liganzi și a subtipurilor de receptori, receptorii se grupează în familii mari (în funcție de structură și funcție). Expunerea prelungită la liganzi face ca majoritatea receptorilor să nu mai răspundă (desensibilizare). Aceasta poate fi de două tipuri – desensibilizarea omologă (pierderea responsivității față de un ligand particular și menținerea responsivității celulare față de alți liganzi) și heterologă (celula devine ner responsabilă față de alți liganzi de asemenea).

Recaptarea. Sistemele de recaptare utilizează două familii de proteine de transport. Recaptarea este un factor major de terminare a acțiunii transmitătorilor și dacă e inhibată, efectele transmitătorului eliberat în sinapsă se prelungesc. Drept consecințe clinice – acțiunea AD de blocare a recaptării transmitătorilor și blocarea de către cocaină a recaptării dopaminei.

Mesagerii secundari produc numeroase modificări de scurtă durată a funcționării celulare, prin modificarea funcției enzimatică, declansând exocitoza, etc. dar și prin modificarea transcripției diferitelor gene. Aceasta se realizează parțial prin activarea factorilor de transcripție deja prezenți în celulă.

Odată activați, mulți din receptorii membranari inițiază eliberarea de mesageri secundari sau alte evenimente intracelulare prin intermediul proteinelor G. Mesagerii secundari în general activează proteinkinazele, enzime catalizatoare ale fosforilării. Adăugarea unor grupe fosfat modifică configurația proteică, ceea ce duce la modificarea funcției lor și implicit a funcționării celulare. Nu se poate trece cu vederea rolul fosfatazelor, deoarece îndepărtarea unor grupe fosfat inactivează anumite proteine sau enzime.

Selectivitatea clinică. Efecte benefice și toxice. Medicamentele pot fi clasificate în funcție de acțiunea lor principală dar e puțin probabil ca să existe doar un singur efect specific. Deoarece e puțin probabil ca o moleculă să se lege doar de un tip de receptor iar numărul de receptori potențiali

din organism este enorm. Chiar dacă s-ar lega de un singur tip de receptor, procesele controlate de acești receptori se produc în nenumărate tipuri de celule și pot fi cuplate cu mai multe funcții biochimice. De aceea substanțele sunt mai curând selective decât specifice în acțiunile lor, prin legarea mai curând de anumite tipuri de receptori decât de altele iar acei receptori controlează anumite procese concrete ce trebuie influențate. Selectivitatea se evaluează și separând efectele în două categorii – terapeutice și toxice. Desemnarea unui efect ca terapeutic sau toxic este o judecată de valoare și depinde de contextul clinic în care e utilizată substanța.

Normal, anormal, boală mintală

Normalitate

Psihicul (sinonime = suflet, subiectivitate) este o noțiune abstractă cu următorul conținut: este forma supremă a organismului prin care se stabilește relația simbolică, indirectă, cu mediul exterior și cu el însuși, prin care se stabilește comunicarea, prin care se stabilește adaptarea la mediul exterior (care pentru om este funcția de socializare). Deci psihicul este un sistem de comunicare, de informații simbolice. Totalitatea acestor trăsături la un moment dat este studiul conștiinței subiectului. Conștiința este deci o clipă în existența unui subiect. H.Ey numește conștiința ca funcție a realului, iar personalitatea o numește conștiința de sine. Psihicul deci poate fi divizat în două noțiuni de sinteză: conștiință și personalitate.

În multitudinea funcțiilor studiate, se rețin două funcții inferioare psihicului:

- metabolică
- de deplasare (de relație directă, neurologică).

Prin aceste funcții avem de-a face cu un organism viu care se deplasează pentru a se echilibra (mănâncă, se deplasează), este deci vorba despre un organism cvasiameantal, aproape demential (așa este orice animal). Funcția de conducător, care conferă sens deplasării și face din cele două funcții un element ascultător, este funcția psihică (psihicul), care presupune o capacitate superioară, o legatură nouă umană – legatura verbală, simbolică. (Aceasta este o legătură valabilă pentru o comunitate dată, ca să treci într-o altă comunitate, trebuie să-i înveți limba). Psihicul subordonează neurologicul și metabolicul, este funcția coordonatoare.

Psihicul este vital? Din punct de vedere biologic, nu. Din punct de vedere social, psihicul este vital. Omul își joacă rolul social cu psihicul lui. Ce echilibru stabilește psihicul? El are o listă de nevoi biologice și sociale – el trebuie să fie organizatorul acestor nevoi conform normelor sociale după o schemă zilnică, săptămânală, anuală, decenală și chiar de existență. Această mare și mică ordine pe care o stabilește în organism, continuu și permanent, face din psihic o structură care poartă numele de personalitate. Cât timp îi scapă această structură el este haotic și pradă excitațiilor exterioare, nu controlează.

Psihicul are o structură ontogenetică, adică ne naștem idioți și murim demenți dar, între aceste două, facem eforturile să străbatem 4 etape (etaje

armonioase) și anume: copilăria, adolescența, maturitatea și involuția (și vă dați seama că dacă 50 % nu am reușit să devenim adulți, ce va fi la involuție...). Ceea ce vreau să înțelegeți de pe acum este că acest psihic poate fi reprezentat ca un fișic de monede. Fiecare monedă scoasă din fișic arată ca o structură contradictorie. Adică în oricare moment al existenței noastre reușim să fim o unitate numai dacă ținem sub control două forțe fundamentale opuse: conștiința (spirit), care înseamnă control, inhibiție, prehensiune, Ordnung și forța inversă – inconștientul (sex), care înseamnă dezinhibiție, plăcere, dezlănțuire, agresivitate. Vă dați seama că, în cele 4 perioade de viață de care am vorbit, raportul dintre aceste două forțe nu este la fel. Un copil care face nebunii este scuzabil – adică predomină în el joaca, dezordinea, minciuna și toate ale copilăriei, imaginația, deci în fișicul lui, când vom lua de acolo o monedă, nu vom spune că este nebun fiindcă predomină inconștientul, din contră, totul pare copilărie; dacă luăm din fișicul adolescenței, lucrurile sunt mai complicate, căci adolescentul presupune ideea de afirmare a personalității și la el predomină mai mult conștientul; din această cauză, la maturitate în bănuțul pe care îl scoatem vrem să predomine conștientul. Lupta pentru viață pentru existență face să-i crească această conștiință, să predomine față de inconștient. La bătrânețe din nou se inversează acest raport. Desigur că bătrânului din nou începem să-i tolerăm să plângă. Deci structura contradictorie reprezintă un echilibru diferit după etapa de viață pe care vrem să o studiem.

Psihicul se găsește doar în concretul fiecărui om, al fiecărei persoane. O persoană are capacitatea de a se obiectiva într-o operă (psihicul este materializat), deci contactul se poate realiza și indirect. Psihicul se concretizează în persoană și se realizează în personalitate (dacă nu se realizează, se chinuie că „nu s-a realizat – a ratat”). Noțiunea de persoană = traiectorie diacronică se întinde pe mai multe decenii. Normal se creează două drumuri: personalitate adevărată, normală (reală) și pseudopersonalitatea (care are și revendicări mai mari). Sunt foarte puține personalități adevărate (prin realizări, succese).

Contactul cu o persoană nu poate fi total, pentru că persoana se dă printr-un fragment al ei, se actualizează printr-un moment al ei, o clipă, aceasta fiind conștiința. Dar persoana conține o mulțime de „fonds“-uri (magazii), adică trecutul său, având deci posibilități nelimitate. Conștiința este actualizarea persoanei. Conștiința dispune de o fracție :

$$\text{conștiința} = \frac{\text{proces de cunoaștere}}{\text{proces afective}} \Rightarrow \text{activitatea, conduita}$$

iar rezultanta este activitatea, conduita (comportamentul). O conduită este cu atât mai rațională, cu cât numărătorul este mai mare (deci, fracție

supraunitară), și cu atât mai irațională cu cât numitorul este mai mare, în care procesele afective le domină pe cele cognitive (deci, fracție subunitară). Echilibrul intern al acestei fracții este chintesența psihicului. În psihiatrie se caută armonia. Normalitatea este armonia, este măsura acestei funcții (ca și armonia din muzică). Disproporțiile dau dizarmonii (atât ceea ce e prea puțin cât și ceea ce e prea mult).

Fracția conștiinței trebuie urmărită și diacron, de-a lungul existenței subiectului, pentru a crește procesele de cunoaștere, pentru a dezvolta cunoașterea și pentru a suplini creșterea proceselor afective (căci altfel ar crește afectivitatea, amintirile etc. și ar domina, ar dezechilibra fracția, ne-am îneca în afectivitate).

Noțiunea de inconștient. Trebuie înțeles ca forța de rezistență, de opoziție vitală, instinctuală, corporală, temperamentală. De la început vă spun ca să nu considerați că este forța cea mai importantă, o idee foarte greșită pe care o susține psihanaliza și alte curente. Inconștientul este o abstracție și noi știm că abstracțiile se bazează pe lucruri concrete. Cred că nimeni nu se îndoiește de existența psihicului. Psihicul este indus. Inconștientul este subordonat psihicului (este o noțiune subordonată noțiunii de psihic). El se induce ca noțiune. Sunt oameni care se îndoiesc de toate abstracțiile. Caută permanent legătura cu solul.

Tulburarea psihică

Noțiunile de normal – anormal – patologic se referă la populația tratată didactic în trei cercuri :

– **cercul central** – normalul, cuprinde pe cei echilibrați (cei cu fracția cea mai echilibrată), cu medie obișnuită. Aici intră modele, etaloane posibile, comparabile, în care au reușit să domine trasăturile pozitive (binele asupra răului), care au reușit ca inteligență, bunătate, productivitate, generozitate etc. Normalul se obține prin studiul persoanei (se face un bilanț al persoanei, rezultă o balanță cu fapte bune și fapte rele, din care trebuie să domine cele bune).

– **cercul anormalității** (nu înseamnă patologic), este în mare creștere în ultima vreme (deci nici nebun, nici normal); în condiții de democrație, de exemplu, când se confundă libertatea cu laxitatea. Democrația dă dreptul de a nu semăna cu ceilalți. Există pericolul prevalenței răutății, al egoismului. Din punct de vedere psihiatric, anormalul înseamnă psihopații, care nu ar trebui internați în spital. Această categorie de anormal ia drepturile bolnavului mintal. Atenție la expertize – psihopatul luptă pentru recunoașterea ca bolnav, pentru a obține drepturi, un bolnav mintal nu luptă pentru a fi calificat drept nebun.

– cercul patologic cuprinde dezechilibrarea episodică sau stabilă a funcțiilor sau aptitudinilor psihice, cu prevalența proceselor afective, a inconștientului (ne-bune). „Bune” ar însemna prevalența adevărului, controlul proceselor afective, a intereselor, impulsurilor, sexului etc. Nebunia – patologicul – boala mintală este predominant inconștient, delirant, halucinator, plin de ură și cu potențial antisocial (crima).

Problema bolii mintale și a anormalității

Psihiatrul este mai rezervat în privința definiției bolii mintale decât restul populației, deși el are de-a face profesional cu boala mintală. Așa că mărturisirea că lumea nu se poate împărți clar în nebuni și normali nu este primită cu plăcere. În diferitele conflicte pe care le trăiește normalul survin și momente în care este acuzat că ar fi nebun și vine la psihiatru să obțină un certificat de normalitate. Este surprins că este refuzat, deoarece distincția normalitate – boală mintală nu se poate face cu competență decât în cadrul unei expertize psihiatrico – legale.

În ce constă dificultatea? Bineînțeles că toată lumea a văzut nebuni și când aceștia sunt în plină desfășurare, nimeni nu se îndoiește că este nebunie. Dar când ea este supusă analizei psihopatologice, ajunge uneori să scape puterii cuvintelor de a o fixa. Dacă am proceda ca într-o analiză chimică, am constata că elementele constituante ale normalității și nebuliei sunt aceleași. Diferența se explică prin proporțiile deosebite ale componentelor elementare și superioare și mai ales prin ceva specific psihicului, care are mereu ceva în prim plan, la un moment dat. Deci aceleași note, aceleași 7 note, creează diversitatea infinită a muzicii sau a zgomotelor. Pentru uzul didactic contează în primul rând cunoașterea structurilor conștiinței și personalității, adică o conștiință normală adaugă peste o conștiință normală un raport cunoaștere / afectivitate în care cunoașterea prevalează (stă la număr și ghidează acțiunea, frânând afectivitatea). Mai departe, această conștiință este un moment al personalității, care trebuie să aibă la rândul ei, un anumit raport între caracter și temperament, din care să rezulte programul aptitudinal.

În boala mintală, conștiința poate fi franc răsturnată la nivelul conștiinței (confuziile mintale) sau invadată de afectivitate (în crizele de manie, reacțiile de panică, depresii, astenii, etc.). În bolile cronice, de exemplu psihozele endogene, conștiința poate apare cvasinormală, dar personalitatea e răsturnată și lucrul acesta este mai greu de sesizat de la psihopatie la paranoie și mai ușor de sesizat în schizofrenie. Normalul nu este asigurat pe viața ci poate, la nevoie, să fie constrâns să apeleze la statutul bolii mintale când simulează ca să scape de obligații. După ce scapă, vrea să scape și de boala mintală, pe care nu o avea. De aceea, lumea

e complicată. Dar normalul poate fi la un moment dat anormal, de pilda să fie normal la televizor și anormal în intimitate – depinde ce predomină. De aceea de foarte multe ori ceilalți descriu un absent ca nebun, în contrast cu faptul că psihiatrul îl găsește normal. Lucrurile sunt foarte complicate și nu ținem decât să atragem atenția asupra dificultăților de a defini această noțiune, a posibilității de a le folosi abuziv (de pildă, autoritățile cred că scapă de adversari considerându-i demenți). Nici psihiatrul nu este scutit de această ambiguitate și bineînțeles că dacă ar fi psihotic rar ar putea să-și continue profesia, dar dacă are dezechilibre mai ușoare, viața lui devine o complicație permanentă. Această dificultate, care în fond e o pretenție de logică aristotelică elementară de tip $a - b$, cu terțul exclus, a dus la necesitatea postulării în psihiatrie a terțului inclus și care situează între $a - b$ noțiunea a treia, de anormalitate. Ea ar putea fi definită ca un amestec de normalitate și boală mintală în diferite proporții; când proporția de antisocialitate e tolerabilă, se asimilează cu normalul și când depășește normele conviețuirii, admise pentru un mediu dat, intră la psihopatii. (i matematizând metaforic ce am spus până aici rezultă că avem trei fracții variabile, care pot însemna trei oameni diferiți sau același om în trei ipostaze diferite. De aceea se aude uneori că „ odată l-a dat normal și o dată l-a dat bolnav mintal“. Acest lucru corespunde din punct de vedere tehnic unei posibilități reale, care stă în variabilitatea fracției. Ar fi o algebră variabilă, nu o geometrie variabilă și aceasta conferă specificul specialității și imposibilitatea de a o înlocui prin aprecierile autorităților sau laicilor. Poate că de aceea psihiatrul nu poate fi conceput decât ca o profesie liberă.

De aceea delimitarea acestor noțiuni trebuie să se facă în cadrul unei expertize și este relativ ceea ce se stabilește în fiecare zi. Se înțelege deci câtă inteligență, câtă finețe, câte criterii etice, ce responsabilitate își asumă cineva care trebuie să aplice aceste noțiuni. Se înțelege de ce au fost și vor mai fi abuzuri în acest domeniu. Uneori această delimitare se pune post-mortem în cazul testamentelor sau altor fapte deja comise. Oricum, psihiatria legala este indispensabila operei justiției, atât pentru părțile procesului, pentru martori cât și pentru jurați. Drama se poate petrece și în capul fiecărui om, cu atât mai mult cu cât e mai dezvoltat intelectual și poate fi chiar psihiatru. Exista și psihastenia, în care asigurarea psihiatrului că nu ești nebun nu te liniștește, pentru că consideri că poți să devii. Așa că nu avem garanția sănătății, cu atât mai puțin a sănătății mintale și de aceea este important să avem un statut al stabilirii bolii mintale și mai ales al protejării ei, în caz că e inevitabilă. Este o parte a specificului omului, care poate garanta centrale nucleare, dar nu poate garanta propria minte. Această dilemă se poate obiectiva în toate activitățile omenești și la toate nivelurile. De aceea, a devenit un fapt obișnuit ca cineva să fie expertizat

sau să aibă anumite garanții pentru activități (medicală, didactică, conducere auto, familie, gestiunea averii, etc.) În acest sens, psihiatria este implicată în politică, pentru că de fapt ea stă la baza oricărei politici și în deciziile ei trebuie să fie deasupra oricărei politici.

Pentru omul normal, boala mintală este anormală, nu este tolerată, este o spaimă, o frică, un lucru peiorativ, o posibilitate de imprevizibil, de pericol, pe care societatea normală nu o poate tolera pentru că nu o înțelege (cu o singură excepție – societatea se păcălește cu paranoia, entitate subtilă ce dă impresia de multe calități, astfel că ne lăsăm înșelați de aceste pseudopersonalități; comunitatea le acceptă).

Deci când se produce dezechilibrul rezultă boala mintală. Tulburarea psihică este ieșirea din spirit, pierderea controlului conștientului asupra inconștientului, de aceea intrăm în domeniul manifestărilor inconștientului. Totuși, omul poate avea o aparență de normalitate și totuși să fie inconștient sau să pară nebun și totuși este conștient și se gândește :de ce am o leafă așa de mică ? Deci pot fi și situații când totul nu poate fi negru sau alb. Deci boala psihică este tocmai dezechilibrul structurii contradictorii (descrisă mai sus). Noi suntem oamenii care controlăm, studiem și răspundem în fața societății de cantitatea de inconștient care este la un moment dat sau pe o perioadă istorică mai mare într-o țară, comunitate, teritoriu pe care îl deservim.

Expresia bolii mintale

Definiția și obiectul psihiatriei

Psihiatria este disciplina medicală care se ocupă de cunoașterea și tratarea bolilor psihice. Psihiatria nu poate fi exclusiv medicală sau exclusiv filosofică sau psihologică. Cunoașterea bolilor mintale are trei etape: semiologia, sindromologia și nosologia. Trebuie cunoscute cauzele, etiopatogenia, determinismul bolilor psihice. În unele boli cu determinism neprecizat se practică un tratament empiric, întrucât nu există complet o știință, ci se practică arta, adică empirismul. Psihiatria are în față multe necunoscute, este multidisciplinară. Psihiatrul american Sullivan definește psihiatria ca o știință a relațiilor interumane. Alți autori, tot americani, o definesc ca fiind știința comportamentului interuman deviat, dar există și planul cunoașterii și cel afectiv, nu numai cel comportamental. Psihiatria studiază fenomenele psihologice ca și cauze, semne sau agenți terapeutici.

Care este obiectul psihiatriei? Este boala psihică și este denumită tulburare psihică, tulburare mintală. Ne interesează două aspecte: cunoașterea și tratamentul curativ și profilactic.

Structura și funcțiile psihiatriei. Principala ramură a psihiatriei rămâne psihiatria clinică. Ea constituie baza de dezvoltare pentru toate celelalte ramuri, ea rămâne sinteza datelor culese din toate celelalte ramuri ale psihiatriei. Psihiatria epidemiologică se ocupă de incidența și prevalența bolilor mintale într-un teritoriu dat. Metoda principală a acestei ramuri este cea statistico-matematică. Urmează psihiatria socială care se ocupă de partea a doua a tratamentului, adică se ocupă de resocializarea bolnavului psihic, psihiatria legală, care se ocupă de actele antisociale ale bolnavului psihic, psihiatria infantilă, gerontopsihiatria, psihiatria expresiei (care se ocupă de modalitățile de descărcare ale bolnavului mental prin procedee artistice – pictură, scris – și care presupune o supraspecializare). Și dacă, până aici, toate au fost niște ramuri mai mult sau mai puțin practice, ultima, adică psihiatria teoretică (psihopatologia) este, dacă vreți, un joc secund, adică reprezintă abstractizarea practicii.

Care sunt funcțiile psihiatriei ? Psihiatria are sarcini uriașe, mult mai mari decât posibilitățile teoretice și practice actuale. În esență, ca orice ramură medicală, ea răspunde până la urmă de menținerea unui echilibru psihologic și social, deci servește societatea, instituțiile și persoanele ca să contribuie la acest echilibru social.

Psihiatria este o meserie în primul rând, adică cere muncă, o muncă intelectuală, dificilă; după un număr de ani, cine nu este destul de solid mental nu face față acestei meserii. Este o meserie grea. În al doilea rând, psihiatria este o știință și aceasta presupune un efort intelectual deosebit de mare pentru a fi la curent și a aplica în psihiatrie metode și procedee din alte științe medicale. Și, în fine, din mulțimea psihiatrilor care fac meserie și puținii care mai fac și știință, trebuie să spunem că psihiatria este și o artă, adică rămâne până la urmă misterioasă, reușita sau eșecul în această carieră.

Metodele psihiatriei. Sunt metode de diagnostic în care intră: foaia de observație, ancheta socială, examenul psihic și psihologic, EEG, PEG, fundul de ochi, examenul somatic, și metode terapeutice în care intră trei categorii de procedee: somatoterapia cu medicația psihotropă, terapia de șoc (electric, insulinic și termic), psihoterapia și socioterapia.

Raporturile interne ale psihiatriei. Se presupun raporturile cu celelalte discipline medicale (neurologia, neurochirurgia și medicina internă).

– cu neurologia; nu este nici un joc de cuvinte, psihiatria este o neurologie mai fină, neurologia este o psihiatrie mai grosolană. Cu alte cuvinte este vorba de activitatea sistemului nervos cu două etaje verticale în care activitatea de relație simbolică aparține psihiatriei, iar cea de relație fizică aparține neurologiei. Deci dacă eu merg acum înseamnă că neurologic sunt pus la punct dar, dacă vorbesc, trebuie să am la punct și psihic.

Prin urmare, anumite componente de partaj ale psihiatriei, activitatea, limbajul implică ambele discipline și, după cum veți vedea, chiar cazuistica este uneori greu de delimitat; de altfel, în multe țări, ambele discipline se fac într-una – de neuro-psihiatrie. Trebuie neapărat să fi și neurolog.

— cu medicina internă; psihiatria este medicală, prin urmare voi sunteți niște savanți ai corpului, corpul întreține relații în ambele sensuri, așa că există o patologie somato-psihică determinată corporal. Prin corp înțelegem însuși creierul, de aceea este un argument să cunoașteți această patologie internă. Și doi, există o patologie psiho-somatică, deci de cauză psihologică și cu determinare corporală. Ambele argumente fac inutilă demonstrația de ce este necesar să posedată și medicina internă. Asta nu înseamnă că psihiatrul se substituie și își ia răspunderea totală când lucrează într-o clinică pentru probleme de neurologie sau interne dar, bineînțeles, ar fi o rușine să nu poată să facă ceea ce trebuie pe motiv că el este psihiatru și nu internist.

Raporturile externe ale psihiatriei. Se referă la raporturile psihiatriei cu discipline nemedicale. Dacă veți reflecta puțin, veți vedea care sunt raporturile foarte firești: cu psihologia, sociologia și filosofia. Dacă prin relațiile interne cu medicina, psihiatria vine în contact cu științele biologice (Naturwissenschaften), de baza și aplicate, prin raporturile externe vine în contact cu științele sociale (Geisteswissenschaften – Dilthey); cu psihologia, deci cu noțiunile fundamentale ale dezvoltării psihicului normal (pe care le vom face și noi în cadrul semiologiei) și analiza acestei normalități; cu sociologia care, pe lângă faptul că este o psihologie socială (o treime din psihiatrie), ofera psihiatriei noțiunile de bază în înțelegerea omului în lume (adică psihiatria secolului XX nu mai este o psihiatrie individualistă, omul nu poate fi înțeles decât în grupul social, bineînțeles a nu se face excese și a se considera că omul este ce spune dosarul de cadre, este și aceasta însă și multe altele, între care ecologia psihică și culturală). Noi spunem raporturi și înțelegem o reciprocitate, dar nu înțelegem să se desființeze linia de separare. Cu politologia și cu ideologia, fiindcă aceste discipline conduc spiritul colectiv și dau convingerile acestui colectiv. Se încadrează în numele, prenumele și coordonatele istorice ale poporului respectiv, numindu-se etnopsihiatrie. Cu filosofia, mai ales capitolul de filosofie care se cheamă antropologie (filosofia omului), noi putându-ne socoti ca o amplă antropologie aplicată. Și tot ce s-ar putea spune despre complexitatea umană cu laturile biologice și sociale, tot ce este în general spus de filosofie prin concepte abstracte, artă a expresiei, religie ca destin al omului, ca legătură a sa cu forțele extranaturale, toate sunt legate de universul de cultură a psihicului pe care îl studiați. Psihiatria nu este străină nici de etică sau morală. Asta înseamnă că biblioteca voastră va trebui să conțină pe lângă cărți medicale de psihiatrie și cărți de la vecini, adică de la științele cu care v-am spus că venim în raport, dacă apare o lucrare de bază care schimbă datele.

Semiologia și sindromologia bolilor psihice

Semiologie

Dacă boala mintală este un dezechilibru în structura cognitivo-afectivă, această răsturnare ce duce la o predominanță inconștient-afectivă caracterizează toată semiologia și fiecare funcție în parte este minată afectiv. Prin urmare, din această invazie afectivă rezultă simptomele. Invazia afectivă scade controlul eu-lui asupra propriilor emoții și subiectul devine dominat de o stare emoțională care îl împiedică să se concentreze, să perceapă clar, să gândească „la rece”, să-și amintească ordonat ceea ce dorește și să-și stăpânească imaginația. Rezultă o luptă între obiectivare și subiectivare. Subiectul stăpân pe sine este calm, echilibrat, ține cont de realitate așa cum e (reality testing), în timp ce bolnavul mintal ignoră sau deformează realitatea perceptual sau ideativ din cauza unei stări de frică, a prejudecăților pe care uneori le percepe și le proiectează ca influențe exterioare. Se vede clar cum boala mintală duce la o scădere a apărărilor eu-lui sau la apărări deformate, semiologia putând fi interpretată și înțeleasă ca o scădere a conștiinței ego-ului în lupta de păstrare a realității și care duce în boala mintală la o pierdere a realității, cu toate consecințele sociale – conflictul, denivelarea, pierderile, devalorizarea.

Semiologia ar trebui prezentată așa cum se învață la școala de șoferi, adică nu învățând întâi regulile de circulație ci învățând întâi moto-rul, adică dinamica afectiv-inconștientă. Semiologia poate apare fugace și ne semnificativ și la omul normal. Și acesta poate să fie cu un moment de inatenție și să i se fure actele sau să dea o mașină peste el, și el poate confunda persoanele în mod involuntar, și el este plin de iluzii, ba uneori și de halucinații, de dezorientări momentane, și el este plin de prejudecăți, de părtiniri, de interpretări, ca să nu mai vorbim de reacții pasionale în dragoste, în conflicte, în supărări. Adesea în aceste momente sau după, subiectul apreciază că a fost ca un moment de nebunie, sau a trăit frica de a înnebuni.

Prin urmare, jocul normal / boală mintală se întâlnește în capul fiecărei persoane. Omul normal rămâne pe platforma inteligibilității (Jaspers) și al empatiei. Oricum, mai mult decât conștiința proprie, conștiința celorlalți atribuie cu ușurință la foarte multe manifestări anodine o semnificație semiologică și chiar atribuirea unei boli mintale. Semiologia alternează uneori cu normalitatea și ea poate apare numai în anumite momente critice (faimoasele crize), așa că reconstituirea acestor momente este foarte dificilă pentru că cel în cauza nu îi face plăcere să își amintească sau pur și simplu dacă lucrurile s-au desfășurat la intensitate mare, nu au fost reținute.

Deci obținerea semiologiei presupune bunăvoință și bunăcredință din partea bolnavului. Altfel, disimularea, simularea și suprasimularea sunt lucruri curente. Semiologia, prin urmare, nu este ușor de recoltat și

interpretat așa cum se crede, și cere experiență, arta interpretării și mai ales corectarea pe parcurs a aprecierii.

În semiologie este vorba de capacitatea psihiatrului de a percepe și mai ales de a interpreta importanța unui simptom. Este foarte probabil că diferența între doi sau mai mulți psihiatri stă în capacitatea de interpretare a simptomelor, adică unul poate să interpreteze același lucru ca simptom dar să i se pară de importanță secundară sau fără importanță, sau invers, poate să-i dea o importanță mai mare decât trebuie sau, din diferite interese sau prejudecăți să deformeze semnificația acestuia. De aceea psihiatria este aparent simplă dar în fond este foarte dificilă, pentru că este foarte greu să ajungi la evaluarea corectă a simptomelor. Este vorba în fond de cunoașterea și aplicarea teoriei moderne a semioticii, a semnificației personale a simptomelor (hermeneutica).

În mod sistematic un simptom trebuie înțeles în sine, adică să respecte definiția convențională, doi – să fie acompaniat de alte simptome naturale, deci să aibă o semnificație sindromatică și trei, să fie descifrabil în natura lui, deci să aibă o semnificație nosologică. Prin urmare, același simptom poate fi de nivel sindromatic psihopatic, nevrotic, psihotic sau demențial. Și apoi, după natura lui, poate fi psihogen, endogen, organic. Deci numai importanța psihopatologică integrală dă semnificația simptomului, îl face semnificant. Pentru că până la urmă nu contează atât cantitatea simptomelor cât semnificația lor calitativă. De pildă o cefalee poate fi o stare banală și trecătoare sau poate să fie simptomul unei tumori cerebrale. Diferența este evidentă. Contează apoi descrierea genuină a simptomului și notarea ca atare.

Este preferabil să se descrie întâi ce a spus bolnavul și apoi interpretul să facă traducerea, codarea și de fapt decodarea semnificației. Stilul: „bolnavul prezintă halucinații, idei delirante, etc.” este de fapt un mod final de a sintetiza cazul și nu un mod inițial de a-l descrie.

Simptomul de fapt presupune cunoașterea și evaluarea funcțiilor și aptitudinilor psihicului normal. Deci noi nu vânam simptome ca și cum facem vânătoare de mistreți ci noi analizăm conștiința și personalitatea subiectului în structura lor și constatăm că este o conștiință cu funcții (prezente) în anumite limite compatibile cu statutul persoanei respective.

Vedem apoi dacă aceste funcții sunt semnificative în dezvoltarea lor ca aptitudini și apoi, după ce ne-am asigurat de prezența lor, evaluăm devierea cantitativă (plus sau minus) sau calitativă a funcției respective. Rezultatul cantitativo-calitativ al funcției sau aptitudinii este simptomul, și este important de știut că el este o rezultată a unei lupte contradictorii din însăși funcția respectivă; de exemplu, tulburarea de atenție sau disprosexia rezultă din lupta atenției voluntare cu atenția spontană. Și așa în fiecare funcție,

forța conștiinței și personalității de a menține simțul realității sau de a fi invadată de imaginar duce la deformarea și la apariția simptomelor. Este de fapt același mecanism al apariției bolii psihice în care conștiința este invadată de afect, de imaginar, de inconștient. Iată de ce un psihiatru este ca și muzicianul nu numai un cunoscător al sunetelor și al notării lor (e notist, nu cântă după ureche) dar este și un interpret, bun sau prost, adevărat sau fals, și așa cum niciodată Chopin nu va fi cântat la fel de ce să credem că hermeneutica unei persoane trebuie să fie identică cu DSM-ul. S-a încercat obiectivarea transcrierii în scale, punctaje, etc. Și s-a mers, după părerea noastră greșit, contându-se pe evaluările comportamentului de către cadrele medii. Dar un cadru mediu nu știe de fapt ce înseamnă cuvântul agitație, confuzie, pentru că nu are sistemul noțional al semnificației acestor cuvinte.

Prin urmare semiologia împreună cu sindromologia și nosologia este o artă unică a diagnosticului psihiatric care oricât ar fi de mobil în comparație cu alte specialități își are o fundamentare psihopatologică complicată, profundă și rafinată. De aceea psihiatria știe toată lumea, dar om de gol este foarte rar.

Psihicul este noțiunea generală, funcția universală a noastră prin care avem capacitatea de a ne lega de ceilalți și de lumea exterioară. Când facem acest lucru în mod personal, prin opera noastră, prin realizări deosebite, aceasta înseamnă personalitate. Această personalitate trebuie să aibă mereu la bază o trezie, o conștiință, un prezent. Partea bazală a acestei conștiințe se cheamă conștientă. Pe ea se sprijină celelalte trei porțiuni ale conștiinței: cunoașterea, afectivitatea și activitatea. La un moment dat, în orice moment dat conștiința prezintă toate laturile, împărțirea făcându-se doar pentru uz didactic.

Deci dacă am schematiza, folosind imaginea unor cercuri concentrice, cercul exterior (cu diametrul cel mai mare, deci noțiunea cea mai largă, mai cuprinzătoare) este psihicul; următorul, înglobat în primul este personalitatea; cel de-al treilea este conștiința cu stratul bazal al conștientății și cel superior al cunoașterii, afectivității și activității.

Semiologia cunoașterii (cognitivă)

Cunoașterea este acea porțiune a conștiinței care permite reflectarea realității exterioare și interioare. Analitic, ea se compune din două straturi: unul imediat, concret, intuitiv, compus din: senzații, percepții, reprezentări și al doilea strat: gândirea. Scopul cunoașterii – ea permite, este un mijloc uman de orientare, de adaptare eficientă, cu scopul satisfacerii trebuințelor omenești. Deși admitem că avem, ca și animalele, instincte, la om vorbim mai elegant, mai sociologic, despre trebuințe omenești, nevoi.

Cunoașterea nu are o importanță primordială pentru viața practică, ci doar orientativă. Omul are în primul rând nevoi (interese), dar cu cât are cunoașterea mai bună, el este mai informat și ajunge mai ușor la satisfacerea nevoilor. Această structurare a cunoașterii poartă numele de inteligența persoanei, aptitudine înnăscută dar și cultivată, pentru a putea selecta, pentru a putea avea măsură în cunoaștere, pentru a ne feri în ultimă instanță de invazia cunoașterii, de prea multă cunoaștere. Cu prea puțină cunoaștere suntem oligofreni, cu prea multă putem fi fie confuzi, fie paranoici (suntem suprasaturați de informație). Deci este bine să păstrăm linia de mijloc a cunoașterii.

În mod sistematic, semiologia ar trebui să se compună din trei planuri – semiologia comportamentului verbal și nonverbal, și apoi două planuri ale motivației comportamentului, și anume semiologia cognitivă și planul cel mai profund al semiologiei afective. Teoretic, orice simptom sau semn de comportament trebuie tradus și înțeles cognitivo-afectiv, atât după ceea ce spune bolnavul cât și după schemele teoretice ale psihiatrului. Bineînțeles, suntem pentru o concepție măsurată, realistă, care se poate autocorecta și nu pentru afirmații nefondate. Didactic, se prezintă mai întâi structura conștiinței prezente și apoi structura personalității. În structura conștiinței prezente se concepe conștiința ca o scenă cognitivă, cu culise și subscena afectivă. Desfășurările în câmpul acestei conștiințe sunt cu atât mai clare cu cât scena este mai luminată, luminată de atenție, de aceea se începe cu atenția.

Semiologia atenției

Cunoașterea am văzut că este compusă din senzații, percepții, reprezentări, gândire și imaginație. De ce începem atunci cu atenția? Ea trebuie descrisă prima, pentru că dacă am considera procesul cunoașterii ca o piesă, ca o scenă a lumii, trezia fiind jucarea unei piese în capul fiecăruia, în primul rând scena trebuie să fie luminată. Această lumină a scenei este atenția. La baza cunoașterii stă deci un proces de activare neurologică, în care subiectul începe să devină curios, să fie interesat; foamea lui de real să fie trează (engleza: *arouse* – adică a se trezi, a se activa). Inversul ei este dezinteresul, somnolența, indiferența și drumul către somn și confuzie.

Prin atenție se înțelege orientarea psihicului către un obiect. Cel mai adesea prin obiect se înțelege ceva exterior, dar obiect înseamnă și orice latură a psihicului intern, adică o reprezentare, o idee, un sentiment. Atenția este un instrument cu bază corporală, neurologică și în mod fiziologic trebuie să ne trezim (asta și facem în fiecare dimineață). Există și o tendință contrară a atenției, care este lenea către somn, plăcerea de a mai continua călătoria de azi-noapte. Totuși ne trezim, devenim foarte atenți și imediat

facem planul zilei. Atenția aceasta, din instrument neurologic, devine o condiție a percepției clare (altfel, dacă nu suntem atenți, ne lovim de prag, spargem, dregem, până percepem cum se cuvine). Dacă suntem atenți și percepem calm, fixăm și memorăm bine, ordonat. Dacă percepem și memorăm bine, atunci și gândirea este clară și ordonată, discursivă (adică cu început, sfârșit și înțeles). Dacă suntem atenți în continuare, nu avem numai o cunoaștere suficientă, ci și o afectivitate măsurată, pentru a nu ne da prea tare în spectacol (să nu se vadă prea tare emoția etc.) și, mai departe, o dată stăpânită afectivitatea, acțiunile, activitățile se desfășoară ca la un om antrenat (care „nu are treabă”, „le face șnur”). Aceasta este funcția atenției în conștiința normală.

Dacă psihicul este un sistem care se poate studia la un moment dat sau de-a lungul existenței, înseamnă că și toate funcțiile subordonate adică chiar și atenția pot fi studiate la un moment dat sau de-a lungul existenței. Orice funcție studiată la un moment dat poartă numele de funcție elementară, iar când este studiată de-a lungul existenței subiectului poartă numele de aptitudine psihologică.

Atenției i se poate face o descriere în dublă perspectivă :

- **funcțională**, în cadrul conștiinței, și
- **aptitudinală**, în cadrul persoanei respective, ambele putând duce la concluzia că ești sau nu atent.

Studiind atenția de-a lungul existenței individului, ea se dezvoltă pe parcursul copilăriei: la școală, grădiniță ea este permanent verificată; la liceu se dovedește perseverența, volumul, concentrarea atenției; ele caracterizează persoana, încă de aici se poate spune dacă poate merge mai departe sau nu (pentru ca există distractibilitate exagerată), deci dacă este posibil să devină intelectual.

Psihologia descrie calități ale atenției, calități constante ale subiectului. O personalitate se poate caracteriza după felul de atenție. Care sunt aceste calități și metodele care le constată? Sunt calități polare.

Prima polaritate este *stabilitate – mobilitate*. O atenție normală, bună trebuie să fie și stabilă și mobilă; dacă este prea mobilă, înseamnă că e o atenție spontană prea dezvoltată, dacă este prea stabilă, este prea inhibată.

A doua polaritate este între *volum și concentrare*, volum adică capacitate de a juca pe scena ei foarte mulți excitanți; inversul, concentrarea este capacitatea de analiză în profunzime a unui tip sau a unei serii de excitanți.

Calitatea următoare este *distribuția* – atenția de dirijor care trebuie să scoată un singur sunet de la 100 de indivizi și de la tot atâtea partide instrumentale. Deci el are atenția la toți 100, ar trebui să o aiba și să scoată de la acestea un singur sunet unitar; este exemplul maxim de distribuție.

Inversul distribuției este impresia de împrăștiere, zăpăceală. Calitatea distribuției este una din cele mai bine și mai greu de stăpânit. În distribuție trebuie să ții cont de ce este esențial, adică trebuie să ai o atenție selectivă, să te faci că recepționezi toate, dar să nu răspunzi la toate.

Și o ultimă calitate psihologică este *expresivitatea* atenției. Omul normal este recunoscut după faptul dacă este sau nu atent. Cum omul are capacitatea schimbării expresive, ajunge să aibă o față extrem de atentă dar în același timp să se gândească la cu totul altceva. Deci există și o mască de atenție. Nu totdeauna corespunde cu o vivacitate reală și invers, după un ceas, scăderea atenției, când luptați cu inconștientul și atunci atenția are o structură dublă ca orice structură – o parte conștientă voluntară, care se mai cheamă și atenția de concentrare, de cealaltă parte inconștientă, involuntară, automată, care are două expresii: una de atenție spontană, adică tot ce intră pe scenă întrerupe atenția de la concentrare sau în mod global inconștientul se impune și aduce pe scenă obnubilarea și somnul.

Dacă realizăm în mod optim aceste calități ale atenției, avem o funcție de atenție normală, dacă realizăm în perspectivă o funcție de atenție normală, înseamnă că avem o aptitudine de atenție deosebită.

Atenția se mai cheamă și conștiința elementară sau orientare și se probează și se măsoară prin celelalte funcții de cunoaștere. Metodele sunt următoarele – se cere bolnavului să execute câteva operațiuni neautomate, să numere de la 20 înapoi din 3 în 3, să spună zilele săptămânii în ordine inversă. Deci memoria automată înseamnă să evoci fără greutate fiindcă zeci de ani ai repetat aceasta, dar pentru prima dată ți se pune problema absurdă de a o face invers de cum făceai, atunci trebuie să folosești pentru prima dată o atenție de concentrare. O altă probă este de a sublinia într-un text o anumită literă, într-un interval de timp dat (Bourdon). Investigarea conștiinței elementare se face prin orientarea temporo-spațială unde trebuie nu numai atenție ci și percepție și reprezentare, gândire, toate la un loc dau această conștiință elementară.

Limitele normale ale atenției se înscriu între atenția trează sau vigilență și atenția obosită sau blazată. În aceste limite, deduceți simplu că atenția nu este un fenomen mecanic, automat ci ea depinde de două lucruri: starea de moment dacă ești odihnit, dacă ai dormit azi noapte și ești bine dispus, acum poate și cu o cafea și a doua care e și mai importantă, contează interesele pentru actele respective în momentele acelea; știe că excitațiile care vin sunt vitale pentru persoană, se silește să rămână trează. Știe că aceste lucruri sunt perimate, este imposibil să rămână trează și să urmărească expunerea. Deci atenția este selectivă și personală și reprezintă sinteza dintre conștiință și personalitate la un moment dat.

În afara limitelor pe care vi le-am spus, atenția este anormală și patologică. Criteriile noastre sunt normal, anormal și patologic. În anormal băgăm tocmai funcția care depășește în plus sau în minus media statistică a normalului, dar care nu se constituie ca simptom de anumită boală și omul are capacitatea de a fi anormal fără să fie bolnav dacă vrea. Deci există posibilitatea dacă vrea de a simula o atenție obosită. Dacă vrei să obții concediu, poți să iei o mutră extrem de descompusă și foarte neatent, sau să afișezi o atenție cu totul psihopatică, cu toate că nu este asta realitatea.

Tulburările atenției pot fi :

➤ **cantitative –**

- în plus, *hiperprosexii*
- în minus, *hipoprosexii*

➤ **calitative – *paraprosexii***

(în grecește, atenție = prosexie)

Procesului de atenție global i s-au descris calitatea de volum (mare sau mic), flexibilitate (fixitate) și distributivitate (în contrast cu îngustarea). Acestea sunt și calități ale atenției normale.

Tot de normal ține și aceea că atenția se obține prin lupta interioară, pentru concentrare împotriva atenției spontane. Deci într-un univers plin de excitații, de stresuri, trebuie făcut un efort de concentrare pentru a nu fi distras de tot ceea ce se întâmplă în jur. Deci atenția este concentrarea împotriva distractibilității atenției spontane. Atenția spontană este însă necondiționată. Efortul de concentrare este condiționat (de somn, de nivelul de viață etc.).

Scăderea cantitativă a atenției globale se produce în confuzia mintală, în oligofrenii, în demențe. Creșterea globală a atenției peste normal se produce în consumul de psihostimulante: cafea (dar nu șapte cafele, care te fac nervos), amfetamine, piracetam.

Tulburările calitative reprezintă disocierea dintre atenția spontană și cea voluntară (de concentrare). Creșterea atenției spontane este tipică în excitația maniacală. Creșterea atenției de concentrare se produce în paranoia (remarcă, acumulează și ține minte cele mai mici detalii care servesc delirului său). Scăderea puterii de concentrare este un simptom frecvent, întâlnit în neurastenii, unde este un simptom major și de o neplăcută banalitate, în schizofrenie, legat de indiferența individului, în durerea interioară a depresivului, pentru că lumea exterioară nu prea mai contează, în oboseală.

Pentru restul proceselor, prima condiție rămâne vivacitatea atenției. Trebuie să încercăm să menținem un regim al atenției, un nivel bun al ei,

cât mai mult timp pe zi (ex. facem un efort, apoi mai stăm și bem o cafea, apoi iar ne apucăm, dar parcă mai puțin susținut – capacitatea de concentrare scăzând tot mai mult).

Semiologia percepției

Pe scena luminată de atenție apar obiectele, evenimentele, formele lumii, figurile, se animă lumea cu personaje, deci atenția condiționează cunoașterea. Povestea percepției începe cu povestea realității concrete. Când ne trezim trebuie să vedem foarte bine realitatea exterioară în primul rând. Este o multitudine de senzații, care ar trebui să ne încânte (dimineața suntem gata să dărâmăm munții... dar numai până la ora 11...).

Senzațiile sunt cele 5 sau mai multe simțuri, ele ne dau doar laturi ale obiectelor. Noi însă trecem de la senzații, grupându-le în percepții (nu spunem, de ex., ce aer cu compoziție în azot, oxigen, bioxid de carbon – à la Lavoisier – ci spunem ce aer aspru sau plăcut). Deci percepția dă totul (întregul) unor senzații obiectuale.

Calitatea normală a percepțiilor depinde de claritatea formei pe fondul (restul) lumii. Deci trebuie văzut clar, nu ca prin ceață, și asta din punctul de vedere al tuturor celor cinci analizatori. Scriitorii sunt foarte buni în descrierea analitică a senzațiilor și percepțiilor, noi suntem globaliști (*hai, lasă poveștile, spune clar ce ai de spus*). Străduința deci la percepții este pentru receptarea clară a obiectului (la atenție, efortul era pentru concentrare).

Percepția izolată este tot o abordare didactică (nereală). În realitate, percepția este întotdeauna simultan unită cu o reprezentare iar amândouă sunt unite cu un cuvânt noțional. Deci percepția oferă deja, întotdeauna, material pentru gândire. Percepția este deci legată simultan de memorie, de gândire și de simțire („*ce superb arăți!*” – am intrat deja în afectivitate).

Substratul percepției este unul neurofiziologic și îl reprezintă activitatea analizatorilor. Este un substrat cu **trei elemente**: – *capătul periferic*, receptorul specializat periferic, de care se ocupă specialități de sine stătătoare ca oftalmologia, ORL, dermatologia etc., – *căile de transmisie*, căi nervoase care trebuie să fie integre, – *centrii nervoși* cortico-subcorticali, și ei integri.

Psihiatria nu de tulburările acestora se ocupă, deși există tulburări de percepție de natură periferică, neurologică etc. dar trebuie să fie asigurată condiția instrumental-neurologică. În grecește, estezia înseamnă sensibilitate, de unde derivă mai departe și termenul de estetică.

Percepția este treapta întâi de cunoaștere, care oferă concretul lumii, factualitatea, materia obiectuală. Percepția dă soliditatea cunoașterii, mărturia. Cu toate acestea, doi oameni nu percep identic ci doar în mare identic. Aparent percep identic, însă capacitatea de descriere a trăirii nu

este egală și semnificația de asemenea nu este egală, fiind în funcție de personalitate. Oricum, materialul perceptual constituie baza adevărului gândirii și de aceea probele în justiție implică ceea ce se numește corpul delict ca și certificatele medico-legale care dovedesc întinderea și gravitatea leziunii.

Oamenii nu sunt egali în toate cele cinci simțuri și nici într-unul singur. Și nu este vorba numai de un aspect cantitativ, care se poate corecta oftalmologic sau audiologic, dar nu se poate corecta calitativ, adică văd și nu înțeleg, aud și nu pricep. Percepția, pe lângă un nivel de bun simț, este incomensurabilă la anumite personalități, adică este ultrarafinată la pictori, muzicieni, la artiști. Percepția este legată de simțire (ea poate fi din acest punct de vedere neutră, obiectivă, descriptibilă sau invers, poate să fie indelibilă, sau ceea ce se cheamă șocantă, senzațională).

Se mai vorbește și de un volum al percepțiilor sau al informațiilor, care se înscrie între privare senzorială, care poate fi cauză de boală mintală, și intoxicație informațională, pe care o practică mulți zilnic cu „*te uiți și câștigi*”. Deci în fiecare zi în proporție de masă echilibrul nervos și psihologic, normalitatea, este amenințat. Normalitatea se înscrie într-o medie perceptuală care stă între zgomot și liniște, între lumină și întuneric, între cald și rece, între durere și agreabil.

În mod practic, percepția este doar un element al conștiinței și personalității, și nu este separată, cum se procedează în analiza didactică. Deci funcționăm pe bază de structuri globale, de Gestalt, și avem nevoie de percepții clare și sigure, pe care ulterior să le memorăm ordonat și să le interpretăm măsurat.

Patologia percepției

Tulburările cantitative sunt *hiperestezi* și *hipoestezi*.

Hipoestezia este scăderea capacității de percepție. Se întâlnește în tulburările cantitative de conștiință, mergând de la obnubilare până la comă (unde avem pierderea esteziei), coma putând fi superficială (înțepat cu acul, răspunde la stimul) sau profundă (nu mai mișcă la nici un stimul). Figurat, hipostezia se numește nesimțire (dar ea poate veni și din repetări multiple care duc la anularea efectelor pozitive sau negative).

Hiperestezia duce la o stare de enervare, de scădere a pragului percepției. Când e reală, e dureroasă (nu suportă zgomotul, lumina și de aici nu mai suportă vecinii, blocul, cratițele, liftul etc.). Se întâlnește în oboseală, surmenaj, neurastenie (mai ales). Dacă disconfortul echivalent hiperesteziei este spus cu exagerare, se numește sensibilrie, adică afectare a simțirii (nici nu ai atins partenerul și el moare de fericire), ceea ce este clar o isterie. Hiperestezia poate fi și simulată (vezi la dentist, unde

stomatologii devin psihiatri). Restul medicilor numesc pe acești hiperestezici nevropați, adică oameni ieșiți din comun sub raportul simțirii lor, mult prea exagerate.

Tulburările calitative sunt :

- *iluziile*
- *cenestopatiile*
- *halucinațiile*

Iluziile sunt percepții deformate ale obiectelor. Termenul aici este limitat (nu se confundă cu iluziile de la gândire, afectivitate, cu „iluziile pierdute“). Noi îl folosim în două sensuri: **iluzia fiziologică**, de ex. deformarea obiectelor prea depărtate (*n-ai văzut, n-ai auzit bine*), deci cunoașterea se poate deforma prin iluzii fiziologice; un om normal este însă permeabil la critică, el poate reface experiența și-și dă seama că s-a înșelat (*nu-i nimic, mi s-a părut*); și **iluzia patologică**, în a cărei falsitate subiectul crede și care prin urmare deformează cunoașterea.

Iluziile patologice se datorează nu numai tulburării percepției, ci și tulburării percepției prin sindroamele de conștiință și personalitate. Simptomul cel mai grav care afectează percepția este delirul (vezi tulburările de gândire). Când conștiința este atât de deformată, nici percepția nu mai poate fi corectă, clară, ci este cel puțin iluzorie, dacă nu halucinatorie. Sunt de menționat aici pareidolia și falsele recunoașteri de persoană.

Pareidolia se produce prin animarea, antropomorfizarea unor percepții simple. E mai frecventă la copii, pentru că ei au imaginație mai bogată. Dar și în febră, frică, percepții simple, anodine pot deveni pericole maxime (de ex. o pată de pe perete este luată drept ceva care se mișcă și vine spre tine, un gândac, un păianjen etc.; alte pareidolii pot fi mai complexe, de ex. când preotul tămâiază, aerul bisericii pare mai misterios și credincioșii chiar încep să vadă sfinții mișcând).

Falsele recunoașteri au două faimoase sindroame sau iluzii (confuzii) de persoană:

– **sindromul Capgras**, care descrie următoarea iluzie de persoană: cunoscuții (mama, tatăl, copiii) devin necunoscuți, așa cum se întâmplă în schizofrenie (*tata nu mai e tata, ci d-ta, tu, altul*). Această falsă recunoaștere este datorată delirului, deci unei tulburări profunde în conștiința și persoana insului, care tulburare nu este exprimată doar prin percepții deformate, dar ea nu este nici neutră, adică ți se pare că cei apropiați au trecut în tabăra dușmană, ceea ce este deja o persecuție, iar dacă ai revelația că cea care se dădea drept mama ta este dușman de ultimă speță (fără ca asta să fie o metaforă, ci considerat ca un lucru foarte sigur), ne aflăm în fața unui lucru foarte rar și foarte tragic, care arată până unde poate merge alienarea, înstrăinarea. Cel normal nu poate înțelege și nu-i vine a crede. Pentru Capgras acesta era un semn de gravitate și cronicizare a cazului respectiv.

– *sindromul Fregoli*; aici este o falsă recunoaștere de persoane inversă (vezi pe cutare cum s-a deghizat, face pe moșul, este de fapt un colonel de securitate). Deci necunoscuții devin cunoscuți în sens persecutor. Deci trebuie să existe un delir de persecuție (schizofrenie paranoidă sau paranoia) pentru a ajunge la o astfel de deformare a realului; deci face parte dintr-un sistem de interpretare persecutorie.

Cenestopatia este de fapt o *iluzie internă*. Sunt senzații corporale care nu se pot reduce la o semiologie de interne, care se bazează anatomo-fiziologic. Ele au un pronunțat caracter subiectiv, sunt mobile, descrise colorat după persoană, sunt cu bogăție descrise și puțin crezute de ceilalți și chiar de medic, care este tracasat și declară „nu știu ce ar fi asta”, sau mai poate spune „vezi că nu e de noi”. Analizatorul intern ne dă, pe lângă schema corporală, neurologică și senzația globală pentru tot corpul cum că el funcționează normal (cenestezia). Când centrii nervoși sunt epuizați (neurastenii, depresii), puterea de sinteză și de integrare a acestor senzații într-un tot unitar scade, lucru resimțit în interior și perceput ca o amenințare, fenomen ce va fi descris de fiecare în funcție de personalitatea sa, rezultând o mulțime de expresii, traduceri ale acestor senzații. Caracteristică este imposibilitatea substratului anatomo-patologic. Cenestopatul este de obicei foarte explorat, se caută mult și la diferiți medici, face toate analizele posibile, o parte din ele agravându-i cenestopatia. Cenestopatia complicată în planul gândirii, care adaugă senzațiilor interpretări ideative (care duc la adevărate idei fixe, fixuri) se numește ipohondrie, care este una din cele mai redutabile boli.

Halucinația este o percepție fără obiect (Ball). H.Ey a arătat că în realitate halucinația este un fenomen mult mai complex (percepție falsă fără obiect de perceput). Se produce în anumite destrucțiuni ale conștiinței și nu este un fenomen izolat ci aparține fenomenului de dedublare al personalității. Halucinația este în mod greșit socotită o percepție, pentru că ea este de fapt o reprezentare, este activarea unei reprezentări, pe care o considerăm percepție în mod patologic, în mod fals. Este înlocuirea realului cu imaginarul nostru pe care îl luăm drept real; este o substituție, este o proiecție a unei reprezentări convertite în percepție. Este un fenomen involuntar și fără critică, pe care subiectul îl trăiește ca pe o percepție deși este o falsă percepție.

Halucinațiile ne dezorientează profund, ne scot din real, ne îndrumă către acțiuni periculoase, putem deveni periculoși, antisociali, criminali. Halucinațiile se pot produce în toate cele cinci simțuri. Trebuie să diferentiate de halucinații, iluziile, *pseudohalucinațiile* (în care trăirea este situată în capătul central al analizatorului, în cap, nu în capătul periferic, ca la halucinațiile propriu-zise), halucinoza (este aceeași trăire exterioară sau interioară, însă cu simț critic – „așa ceva nu se poate”, „este ceva în capul meu” – față de halucinații și pseudohalucinații, unde convingerea în veridicitatea, realitatea lor este fermă),

halucinația funcțională (care de fapt este o iluzie complexă, foarte aproape de pareidolie, adică se amplifică, se dă un sens excitațiilor din mediu – de ex. trece trenul, iar la noi în cap spunem „*du-l, du-l...*“).

Halucinațiile și pseudohalucinațiile se petrec separat în fiecare analizator. Ceea ce se petrece în analizatorul vizual este mai frecvent în patologia acută, în timp ce în cel auditiv este mai frecvent la cronici. Pentru fiecare analizator se ține cont dacă este simplă sau complexă, se dau toate amănuntele, caracteristicile, laturi de senzorialitate (formă, culoare, identitate), plus toată povestea cu cuvintele subiectului (așa cum trebuie scris și în foaia de observație).

De obicei se descriu halucinațiilor: situarea în spațiul campin (al percepției personale) sau extracampin (aproape sau departe); colorate sau necolorate; cu sens inteligibil sau nu (vorbește clar, bolborosește, nu se înțelege ce spune vocea); dacă se referă la subiect (individ) sau nu; caracterul imperativ, de comandă; sensul afectiv (spun de bine sau de rău etc.; de obicei, halucinațiile au un conținut rău, persecutor, vorbesc urât). Halucinațiile fac parte ca și delirul din acea față ascunsă a omului, anume propriul inconștient. Ey spune că normalul este antihalucinator. Printre alte cenzuri, controale pe care trebuie să le avem, trebuie să avem și forța de a fi antihalucinatori.

Halucinațiile și pseudohalucinațiile vizuale se pot întâlni în delirium tremens, onirism (vise urâte cu animale care sar pe noi, suntem fugăriți, foarte concret, ca într-un film). Visul normalului este și el la același nivel, dar este în somn, pe când la delirium nu este în somn. Sunt și halucinații vizuale mai complexe care se numesc vedenii sau viziuni, care se întâlnesc în parafreniile mistice sau în aura epileptică. Unele din ele se însoțesc și de halucinații auditive, adică viziunea vorbește – „*mi-a spus...*“. La adult se întâlnesc mai ales în sindroamele psihoorganice acute.

Halucinațiile și pseudohalucinațiile auditive – prototip este sindromul paranoid din schizofrenia paranoidă – se mai întâlnesc în sindromul paranoid alcoolic (halucinoza Wernicke), în parafrenie. Sunt periculoase când sunt imperative; bolnavul primește o comandă „*taie-l, omoară-l*“, „*omoară-te*“ și ca un robot face asta; bolnavul devine sclavul acestor fenomene, este un mare chinuit.

Este simptomul cel mai popular de boală mintală, sunt faimoasele „*voci*“. Și aici dedublarea este mai evidentă, în sensul că parcă din afara eu-lui vorbești cu altcineva sau se vorbește despre tine. Această vorbire este delirul. Încă o dată se vede cât de indisociabil este fenomenul halucinator de delir, de fapt vocea oferă materialul concret care sprijină convingerea delirului. Mai rar, vocile sunt plăcute – te laudă, te încurajează; sau te mustră, te critică, sau cel mai frecvent te insultă sau te diminuează. În momentul producerii

halucinației, subiectul se sustrage realității și uneori poate alterna momentul percepției reale cu produsul halucinator. Halucinația marchează nivelul cel mai profund de alienare și împreună cu delirul formează așa-numita productivitate, sau parte productivă a sindromului psihotic. A nu se confunda cu relațiile „halucinatorii” ale nevroticilor, ale psihastenicilor, care în momentul adormirii (hipnagogic) și în momentul trezirii (hipnapompic) au modificări de conștiință de trezie și se sperie de trăirea acestor momente, care nu sunt totuși halucinații propriu-zise.

Halucinația nu trebuie confundată cu dedublarea care se produce la scriitorul dramatic, care are imaginația să improvizeze conversații, să dea replici (cum se spune). Este de fapt o hipersensibilitate de tip isteric și o vom discuta la fenomenul disocierii isterice în comparație cu disocierea schizofrenului.

Halucinația auditivă este un simptom ținta în psihofarmacologia halucinozelor și este un simptom care cere continuarea tratamentului, contraindică externarea și indică internarea. Este adesea simulat de delicvenți, dar psihiatrul trebuie să știe să distingă simularea de fenomenul autentic. Halucinația auditivă este disimulată de bolnavii care vor să scape de internare și tratament.

Halucinațiile și pseudohalucinațiile gustative și olfactive sunt descrise împreună pentru că și neurologic sunt greu de disociat. Mirosul pare să aibă ca menire principală de a ne feri de pericole (dar e și cheia succesului: deo Fa!). În mod practic, sunt mai rare, se întâlnesc în schizofrenii (mirosuri de cadavru, etc.) și în tumorile cerebrale.

Halucinațiile tactile în care bolnavul simte senzații neplăcute (pișcături, înțepături) sau senzații de cald și rece, pe piele sau sub piele se întâlnesc în schizofrenie sau în dependența la cocaină.

Halucinațiile interne pot fi kinestezice (de mișcare) – e convins că i se mișcă corpul, membrele și e convins că îi sunt populate organele cu șerpi, mercur, vrăji etc.; un exemplu este subiectul care crede că se vorbește prin laringele lui sau că a fost invadat de șerpi care i-au pătruns în stomac – așa-zisa schizofrenie rurală, sau că e violat. În cadrul sindromului de influență exterioară bolnavul reclamă sau acuză că i se provoacă orgasme.

Cu halucinațiile ne găsim în psihoză și alienare, suntem foarte departe de lumea reală. Este un simptom major și necesită tratament halucinozic.

Pseudohalucinațiile sunt o parte esențială a sindromului de automatism mental și formează simptome de gradul unu, deci de importanță majoră în diagnosticul schizofreniei (Kurt Schneider).

Semiologia memoriei

Memoria este depozitul selectiv al cunoașterii senzoriale, perceptuale, ideatice, al simțirilor, al trăirilor, al clipelor și al acțiunilor, al aptitudinilor și depozitul de valori al caracterului. Tot ceea ce experimentăm într-o existență, în decenii, se teaurizează în cutia de zestre care formează fondurile, seiful, capitalul nostru. Este un cont secret. Acestea sunt engramele sau mnemele pe care le depozităm. Mai simplu se numesc reprezentări, pentru că le putem reprezenta, evoca, după cum le-am fixat, când vrem noi (dar și când vor ele).

Tot prin memorie recunoaștem o percepție dacă am mai avut-o sau nu. De fapt recunoaștem dacă vrem sau nu (vezi la proces, unde ți se spune „tu spune nu, și nu mai ai probleme“). Un astfel de „nu“ (cel de la proces) contestă puterea de percepție și funcția de recunoaștere a altcuiva. Dacă am avea numai percepții fără memorie, am fi niște oligofreni care nu se aleg cu nimic din experiența vieții. La fel, ne-am nenoroci și dacă am memora, am reține totul. De aceea se produce un compromis, un raport, între fixare și uitare. Cu vârsta fixăm mai puțin, nu mai dăm importanță la atâtea, dar și uităm foarte mult (cu timpul uităm și cum ne cheamă). Există o fiziologie a memoriei, cu o curbă a capacității de reținere în creștere uimitoare până la 12 ani; după 30 de ani se admite că uităm.

Memoria condiționează percepția pentru că percepția presupune o comparație cu o reprezentare și o legare a ambelor de un cuvânt. Deci este o unitate funcțională percepție – reprezentare – cuvânt care constituie baza gândirii. O memorie înseamnă convertirea percepțiilor în reprezentări, a reprezentărilor în cuvinte și apoi ordonarea acestora după criterii logice. De aceea memoria nu rămâne un depozit de imprimări automate mecanice decât la oligofreni, ci memoria este o arhitectură mobilă și de fapt o mobilare a personalității. Ea condiționează la rândul ei gândirea, inteligența în anumite proporții, fără de care ești ori prost ori prea informat. Deci se poate vorbi de o calitate a memoriei care ține de aranjarea ei pe sertare, dar și de o mobilitate dinamică, care cere o elasticitate a evocărilor și recunoașterilor, ce condiționează calitatea asociațiilor gândirii.

Nu memorăm egal ci memorăm conform motivațiilor noastre. O anumită latură a psihicului poate fi mai puternică și să lase impresii durabile, pe când altele să fie mai superficiale și să intre în uitare. Impresiile din copilărie, traumele, stresurile majore ale vieții lasă urme uneori de neșters, pe când din mulțimea impresiilor din călătorie adesea rămânem cu foarte puțin.

Tulburările de memorie sunt hipomnezii, hipernezii, paramnezii.

Hipomneziile (greșit numite amnezii, pentru că ele sunt doar parțiale, nu totale) pot fi de fixare (anterograde) sau de evocare (retrograde). Referirea termenilor este luând ca reper debutul, data debutului, a accidentului; deci, retrogradă – de la debut până la prezent, iar anterogradă – înainte de debut. Hipomnezia poate fi globală sau parțială.

Dupa Ribot, ultimele care dispar sunt amintirile vechi, din copilărie, iar primele care dispar sunt achizițiile mai noi, din ultimele decenii. Când se fixează pe o lacună, amnezia se numește selectivă (de ex. nu vrei să-ți amintești de un viol, începi să plângi și nu admiti evocarea acestui moment). Hipomnezia lacunară este când în mod surprinzător ba știi una, ba știi alta. Aceasta este ramolirea, demența ASC, care până la demențierea totală este precedată de o deteriorare progresivă în zeci de ani. Caracteristica ei este deci amnezia lacunară.

Fenomenul cel mai grav este cel al amneziei antero-retrograde din sindromul demențial, demența senilă și boala Alzheimer. Delay a descris trei amnezii – amnezia comună (este pierderea capitalului noțional), amnezia instrumentală (agnozia, apraxia,) și amnezia autistă a schizofrenului care este o falsă amnezie, în sensul că schizofrenul nu uită dar dă senzația că a uitat.

Hiperamnezia se poate întâlni în oligofrenie (este o hiperamnezie mecanică, doar la unii bolnavi), paranoia (nu-și uită niciodată persecutorii). Exista și hiperamnezia pseudopersonalităților, care sunt pedanți și isterici, care vor să epateze în comunicare printr-un limbaj prețios, plin de citate sau noțiuni obscure, sau care plagiază în enciclopedii tot ce nu știu ei. Se mai descriu hiperamnezia de evocare a maniacalului, hiperamnezia dureroasă a obsesivului și a depresivului și hiperamnezia șocaților.

Paramneziile (iluziile de memorie) sunt reprezentate de: ecmnezie, anecforie, criptomnezie, deja/jamais vu – vecu, falsa recunoaștere. Ecmnezia, întâlnită în demența senilă, presupune iluzia că trăiești în alt timp decât cel prezent și te comporți ca atare (de ex. bătrânul care încalcă pe un băț, bătrâna care se joacă cu o papușă). Anecforia este o evocare neplăcută la un excitant fortuit (de ex. subiectul este calm, răspunde calm și îl întrebi: ai copii? – și atunci el începe să plângă, deci ai atins un punct dureros, ai atins o anecforie, în acel moment începe să-și amintească cum i-a murit copilul etc.; se întâlnește des în depresii). Criptomnezia presupune iluzia că tu ai descoperit ceva, că tu ai scris o carte. Este ceva involuntar, ai iluzia unei priorități. Se întâlnește mai ales în schizofrenie. Fenomenul de deja vu sau jamais vu este simptomatic pentru epilepsia de lob temporal și tumorile temporale. Neurochirurgii au descris iluzia ca o percepție trăită, în mod sigur și se pare că nu ai mai trăit-o, sau văzut-o, niciodată (jamais vecu, jamais vu). Invers, poate exista o familiaritate deosebită, ideea obsedantă că „unde am mai văzut eu asta...când am mai trăit eu asta...” (djà

vu, déjà vécu). Mai există falsele recunoașteri /vezi sd.Capgras/ și dezorientarea temporospațială – în care se produce o încurcătură între percepția normală și reprezentare.

Halucinațiile de memorie sunt reprezentări false, fără să fi fost trăite real, dar noi avem convingerea că le-am trăit (confabulații). Se împart în: mnestică, onirică și fantastice, după cum reprezentarea este, respectiv, verosimilă (de ex. azi dimineața pe trotuar treceau soldați – posibil, verosimil), confabulezi cu ceea ce ai visat, cu un reziduu al visului tău (de ex. pe trotuar erau șerpi) și cu totul fantastic dacă spui că la spital te-a adus o farfurie zburătoare. Confabulațiile sunt caracteristice pentru sindromul Korsakov alcoolic sau din presbiofrenia Wernicke și parafrenie.

Semiologia gândirii

Cunoașterea omenească se desfășoară în două trepte: o primă treaptă perceptual-reprezentativă și o a doua treaptă abstractă sau rațională.

Treapta concretă, senzorială, perceptuală și reprezentativă aduce subiectului o realitate directă (imediat directă) sau evocată, cu dimensiunile ei senzoriale. Percepțiile sunt neindependente, sunt unite cu reprezentările, deci de fapt această primă treaptă este un complex perceptualo-reprezentativ. Dintre reprezentări, cele mai importante sunt cuvintele, astfel încât până la moarte tot ce vedem legăm pe cât posibil de cuvântul cunoscut. Aceasta este valabil pentru orice om, chiar dacă are un deficit senzorial (un surd, un orb sunt bine inserați în realitate). Orice om echilibrat psihic are această prima treaptă de cunoaștere, care este pământul psihicului. Fără ea rămânem doar în somn, când suntem luați nu de percepții, ci de curentul reprezentărilor.

Avantajele acestei prime trepte: dă certitudinea existenței, satisface, dă o plăcere deosebită, brutală, orientează acțiunea (fără ea am călca în gropi, nu am percepe obstacolele). Prima treaptă senzorială (primul sistem de semnalizare) este comun omului și animalelor. Și animalele trăiesc în echilibru, în liniște. Omul are însă o a doua treaptă abstractă, simbolică, care redă semnificațiile primei trepte. Deci prima treaptă deține o mulțime de semnificații iar a doua treaptă devine lista semnificațiilor.

Semnificațiile universale ale percepțiilor sunt reunite în ceea ce se cheamă logică, adică o delimitare a semnificațiilor. Dacă privim un obiect îl numim cu semnificația sa universală, care este bine stabilită și atunci suntem pe un teren logic. Dacă, privind un scaun, spunem „*acesta nu e un scaun, e o bombă*”, deja ne aflăm în derapaj, adică semnificația s-a schimbat. Când se întâmplă astfel, rezultă percepția (interpretarea) delirantă. Deci, fără să existe tulburări de percepție, dar dând altă semnificație decât cea logică, reală, intrăm în interpretarea patologică.

Deci gândirea este o logică a interpretărilor. Ea ne este necesară pentru ca adevărul – coloana vertebrală a cunoașterii, a înțelegerii umane și a logicii – nu este aparent întotdeauna în prima treaptă, de percepție. Deci gândirea înseamnă legarea obiectului de alte obiecte sau de alte noțiuni. Cu cât putem lega mai mult o noțiune de altele, cu atât suntem mai deștepți, altfel mergem doar pe intuiții.

Deci a gândi este a cunoaște indirect realitatea înconjurătoare. Există o listă de sinonimii ale acestui fapt pe care trebuie să o aveți (raportați toți acești termeni la actul principal de a gândi) – a raționa, a judeca, a compara, a analiza, a asemăna, a sintetiza, a deosebi, a aprecia, a cerceta, a evalua, a determina, a stabili, a conchide, a preciza, a cunoaște esența, a fi logic, a fi realist, a discerne, a critica, a distinge, a specula, a induce, a infera, a deduce, a defini, a generaliza, a particulariza, a cumpăăi, a chibzui, a hotărî, a demonstra – toate înseamnă a avea discernământ sau simț critic. Toate înseamnă a avea „ reality testing” (simțul realității).

Elementele gândirii sunt noțiunile, categoriile, judecățile, raționamentele, concluziile. Pentru a ne putea gândi, ne găsim deci într-o mulțime de noțiuni (avem, dispunem de o mulțime de noțiuni). În limba română, ca vocabular de bază există 50-150.000 de cuvinte. Toate noțiunile stau pe mai puține noțiuni generale, care se cheamă categorii, deci se reduc la un număr limitat de noțiuni cu sfera cea mai largă. Acestea sunt categoriile filosofice (categoria de materie, spirit) sau, la psihiatrie, categoriile de personalitate, conștiința, psihic etc. Legătura dintre două noțiuni se numește judecată. Judecata înseamnă deci a spune ceva despre ceva (Aristotel), deci a lega o noțiune de altă noțiune. Definiția este încadrarea într-o noțiune mai cuprinzătoare care este genul proxim și stabilirea unei diferențe specifice a acelei noțiuni. Celelalte judecăți sunt judecăți descriptive, explicative, cauzale și de valoare. Judecățile pot fi adevărate sau false.

Funcția omului normal este să se apere de fals, motiv pentru care verifică. De aceea ne trebuie gândire, pentru a descifra adevărul. A cugeta înseamnă tocmai a pune noțiunea în diferite contexte și a o alege pe cea care o considerăm conformă adevărului. Judecata este deci opțională.

Judecățile nu sunt suficiente. Ele trebuie să se lege într-un raționament. Legarea judecăților se numește raționament și duce la o concluzie. Concluzia duce la acțiune. Concluzia poate fi și ea falsă. Judecățile din care s-a constituit raționamentul se numesc premise. Șansa unei concluzii adevărate depinde de adevărul conținut în premise.

Distingem două căi de a ajunge la concluzii :

– inductivă (cea mai bună) – de ex. cu cumpăratul unor pantofi; îi vezi, îți plac, îi probezi, îi întorci pe toate părțile și inferezi, inferența este

adevărată, adică spui :sunt buni, îi cumpăr; dar la prima ploaie se poate dovedi că nu erau chiar atât de buni, deci te poți înșela și prin inducție.

– deductivă (foarte importantă în Evul Mediu) – de la adevăruri generale se ajunge la concluzii particulare; de ex. toți suntem fiii lui D-zeu, și tu ești om, deci și tu ești fiul lui D-zeu, deci nu îmi este frică de tine, deci și aici te poți înșela.

Concluzia deductivă este mai puțin sigură decât cea inductivă. Raționamentul inductiv e mai frecvent în științele naturii, în experimente; cel deductiv în științele umaniste, literatură. Ambele se ajută. Prin inducție poți obține anumite concluzii, de la care pornind poți să deduci altele (de ex. vezi un caz; inductiv pornind de la anamneză, semne etc. îi pui diagnosticul și deductiv îi stabilești prognosticul).

Operațiile gândirii sunt: analiza și sinteza, comparația, generalizarea, abstractizarea, concretizarea (presupune exemplificare) = imaginația.

Logica noastră, veche de 2000 de ani, se numește logică aristotelică (logica formală a lui Aristotel). Ea se bazează pe patru legi, care ne ajută să nu cădem în eroare, să avem o gândire comunicabilă, pe care poate conta și altcineva. Dacă o ignorăm, rezultă fie un poet, fie un bolnav mintal, pe care nu-l interesează contradicțiile pe care le are gândirea lui.

De 100 de ani există și logica simbolică, matematică (logistica), mult mai complicată decât prima și pe care se bazează dezvoltarea calculatoarelor. Softul calculatoarelor este construit pe o gândire riguroasă, mult mai riguroasă decât a noastră. De aceea nici nu poate lucra oricine cu calculatorul.

Cele patru legi (principii) ale logicii aristotelice sunt :

1. legea identității; de ex. acest scaun este un scaun. Aceasta se cheama A-A. O pacientă, D., este D., dar D. nu vrea să fie numai D., spune că are 23 de ani când are 16, că are 7 copii, că e logodită cu C., că „*tu ești tatăl meu*“, deci legea identității este tulburată (în primul rând pentru că nu admite că are un singur tată).

2. legea noncontradicției; A nu este B; de ex. acest scaun nu este un fotoliu.

3. legea tertului exclus; este ori A, ori B, C nu există (femeia zice „*mă iubești sau mă urăști, altă variantă nu există*“).

4. legea rațiunii suficiente; este cea mai complexă și cea mai interesantă; ea spune că trebuie să vorbim despre un obiect până îl convingem pe altul despre adevărul acestui obiect (ca negustorul care își laudă marfa). Nu există o măsură a rațiunii suficiente, trebuie o suficientă motivare, justificare care să convingă (nici vorbit prea mult, nici vorbit prea puțin). Insuficienta

acestei legi duce la netemeinicia adevărului (termen juridic – afirmația cuiva este insuficient susținută). În foaia de observație se scrie suficient pentru a convinge că are un anumit diagnostic.

Logica organizării, managementul, obligă ca în orice demers logic să existe o strategie și o tactică, o redare panoramică a subiectului. Se cer patru condiții:

- obiective clare – o gândire dezorganizată nu are obiective clare sau sunt mai multe sau mai puține decât posibilități (atenție la demagogie)
- mijloace necesare și metode de realizare a obiectivelor
- acțiunea trebuie condusă – nici o acțiune gândită nu este lipsită de conducere
- acțiunea trebuie controlată.

Dacă nu ai o gândire organizată, faci nevroză și încurci lumea. Conținutul gândirii manageriale este important fiindcă omul modern problematizează. La problemă distingem trei etape:

- crearea problemei reale, necesitatea nu falsă problemă. Popper – redă numai acea problemă care poate fi respinsă prin experiența practicii. Progresul se face prin succesiunea respingerii.
- intuiția crizei – problema când nu e rezolvată crează un sentiment de neliniște, de criză
- soluționarea problemei – măsurile luate.

Extremele gândirii logice sunt pericolul iraționalismului și dogmatismul.

Când obiectele sunt simbolizate, intrăm în logica simbolică, în care putem să ajungem la un calcul propozițional (de ex. câte judecăți se pot spune despre un scaun – vreo 50-100 să zicem, și la ce ne trebuie aceasta – pentru a încărcă memoria calculatorului) și se ajunge astfel la logica de calcul sau combinatorie, care are și ea o structură riguroasă.

Prin aceste disecții, analize se ajunge la adevăr. Adevărul ne interesează doar în măsura în care e concordant cu realitatea. Un adevăr care nu concordă cu realitatea, dar este impus cu forța, este o dogmă. Adevărul este probabil cea mai mare, cea mai importantă valoare a umanității, pentru a comunica, pentru a transmite experiența, pentru a face ordine între oameni. Dar adevărul supără pe om, deci e în natura omenească și posibilitatea de a fi necinstit, de a deforma, de a minți și asta presupune o încercare responsabilă, conștientă, pentru salvarea unor interese sau a unor aparențe. Adevărul poate fi deci sacrificat cu bună știință pentru ceea ce se numește motiv complexent. Aceste adevăruri nu vin de la sine, ci printr-o luptă de informare și dezinformare care încearcă să corecteze denaturările.

De această valoare care este adevărul se leagă o a doua valoare, a dreptății și justiției sociale.

Dacă ele nu sunt bine acoperite cu o bună experiență de viață, nu vom ști în psihiatrie cine e persecutat real sau imaginar. Aici intervine și bunul simț (de ex. dacă bolnavul spune lucruri verosimile, ele pot fi luate ca adevărate, dar nu putem fi siguri de ele până nu le verificăm; când spune absurdități, suntem siguri că sunt franc patologice).

De aceea concepția noastră despre adevăr se sprijină pe un scepticism, adică pe o îndoială metodică, carteziană (ex. de formulări ar fi „datele mele arată că ...”, „concluziile mele după 20 de ani arată că...”), ce poate duce la adevăr sau la îndoială (de ex. giulgiul lui Christos este cu adevărat al lui sau nu? – nici astăzi nu se știe).

Când adevărul nu se mai sprijină pe prima treaptă de cunoaștere ci pe convingerile intuitive se numește credință. Credința nu cere documente, dovezi (treapta I). În materie de credințe, pentru a le deosebi de judecățile patologice, ținem cont de tradiții, de judecățile colective (de ex. pentru un credincios, adevărul lui este fixat în convingeri intuitive, gen „mă ajută pe mine D-zeu”).

Când o percepție, o reprezentare sau o idee dă subiectului sentimentul de certitudine, el trece din sfera cunoașterii în cea profund afectivă și devine legat de cele mai profunde straturi ale persoanei (atât de stratul valorilor cât și de cel instinctiv – cu cât e mai primitiv, cu atât e mai instinctiv – un țăran zice „eu așa am apucat, așa fac”). Poți fi simplu, dar cu convingeri clare, simple, de nezdruncinat și poți fi un complicat, în căutarea lor, un filosof, fără ca vreunul să fie patologic.

De obicei, dezvoltarea persoanei trece printr-o perioadă de extraordinare certitudini până la adolescență, după care urmează o relativizare îngrozitoare, cu toate crizele posibile legate de aceasta și doar o parte din aceste frământări se reclarifică în convingeri. Foarte mulți rămân frământați de nesigurante, pe care le suportă toată viața.

Gândirea urmează ca un ax toată existența noastră și este principalul instrument de adaptare. De-a lungul existenței ea se numește inteligență. Frecvent zicem „are cap dar n-are caracter”. Concluzia este că trebuie să le ai pe amândouă.

Imaginația reprezintă crearea de imagini noi din reprezentări sau percepții vechi. Noi asocieri – semnificații și interpretari. Imaginația ne face plăcere, ne dă senzația de proaspăt, de viu, nu te plictisește. Imaginația dă valoare, dacă este scheletizată de o gândire logică, altfel seamănă cu un răs cu ochi deschiși, incoerență. Imaginația creatoare și reproductivă – calapoade rationale de creație. Pseudoimaginația creatoare – escrocul care copiază.

Procesul de imaginație este susținut de un impuls afectiv, nu de un proces rațional susținut, trebuie să existe ceva în suflet. Nu este un proces deliberat, presupune depășirea, un adevăr original și nu criptomnezie.

Există și tehnici de creștere a procesului imaginativ:

- procedeul de extrapolare (un procedeu aplicat în alt domeniu)
- mărirea sau micșorarea cantitativă (adevăruri metonimice)
- tipizarea – generalizarea trăsăturilor unui grup
- schematizarea – esențializare
- imaginație afectivă (dorința sau frica – joc)
- revenirea elegantă, sublinierea
- omiterea voluntară
- metaforizarea, afirmarea unei noțiuni cu subînțeles care îl înalță pe cel care receptează, îl face să gândească, este gândirea cea mai scurtă posibilă, este instantanee.

Se vorbește de o criză de imaginație, dispunem de o falsă imaginație. Nebunia este opera unei imaginații patologice, ruptă de gândirea logică care nu ne duce la adevăr.

Jaspers a distins în procesul de gândire diagnostică în psihiatrie două modalități – gândirea explicativă (cauzală, determinantă, precisă, cauză/efect, de ce?) și înțelegerea (comprehensiune, empatie) încălzită de umanitate și nu se poate preciza o cauză dar există o înțelegere a situației.

Caracteristicile unei gândiri de calitate:

- bogăția combinațiilor veridice – concluzii clare
- forța de tipizare
- imaginația
- schematizarea și simbolizarea

Când devine constantă, o aptitudine însoțește persoana de-a lungul existenței, se numește inteligență. Se apreciază față de media de vârstă și profesie. Definiția inteligenței s-a schimbat de-a lungul timpului. Piaget: fenomen superior de organizare și de echilibru a procesului de construcție cognitivă. Școala pragmatică americană: forța de adaptare la situații noi; panica este distructivă pentru inteligență; reducția noului la schema învățată.

Metode de testare a gândirii:

- analiza întregului
- sintetizarea din părți
- compararea
- calculul operațional (abstracțiile mecanice)

- interpretarea proverbelor (imaginația creatoare)
- clasificarea sau sortarea
- reproducerea esențialului unei povești și înțelegerea sensului moral
- testarea absurdului – gândirea logică creatoare este antiabsurdă. Bolnavul trebuie să sesizeze absurditatea; dementul este aprobativ, permi-sibil, nu critică.

Gândirea nu e egală nici cantitativ, nici calitativ la doi oameni, pentru că are motivații deosebite determinate de un conținut afectiv personal. Acesta determină prioritățile, dominantele și ierarhia acestor dominante. Contează ca ideile să fie realiste și să dea soluții persoanei pentru adaptare. Aceasta se cheamă inteligență, adică o gândire realistă adaptativă. Gândirea logică este în luptă cu imaginația, de care în anumite proporții trebuie să se folosească, fără însă să piardă realitatea și să ajungă să trăiască mai mult în imaginar decât în realitate. Gândirea aceasta realistă se cheamă gândire comună sau de bun simț. Gândirea deși se diferențiază după profesia subiectului, este totuși pentru toate profesiile o gândire superioară sau o gândire inferioară. Gândirea inferioară este egoistă, oportunistă, limitată de propriile interese. Gândirea superioară este generoasă, înaltă, cuprinzătoare. Gândirea este de fapt bipolară, pentru că la un pol stă interesul banului, sexului, dominației, din care rezultă mai departe cu imaginație, șmecherie – hiperadaptarea, corupția, antisocialitatea, etc. și celălalt pol, al problemelor ultime, filosofico-teologice, care dă omului un sens și un echilibru superior. Mai este apoi un pol al gândirii concrete, practice, tehnice, artistice, față de un pol al gândirii abstracte, matematico-filosofice, care în expresia cea mai minimă dă un contabil iar în expresia maximă dă un prim-ministru.

Funcția și aptitudinea gândirii este indispensabilă, însă numai în anumite proporții, nu prea puțină și nu prea multă și în armonie în primul rând cu caracterul și în al doilea rând cu activitatea proprie. Cu caracterul este o opțiune a binelui și o combatere a răului și nu invers. Invers este psihopatia antisocială. Iar din punct de vedere al legăturii cu practica, îl face pe om eficient, adaptat, independent și îl ferește să fie visător, dependent și revendicativ.

În patologia organică, simptomul principal, esențial este cel axial, adică scăderea gândirii. Poate crește vocabularul, tupeul, emotivitatea, demonstrativitatea, dar dacă scade inteligența, gândirea, atunci subiectul se umbrește, iar conul de umbră devine din ce în ce mai mare. Jocul, metafora întuneric/umbra ocupă chintesența unei întregi literaturi, nu numai religioase. Deci dezvoltarea de la naștere până la moarte a gândirii rămâne obiectivul esențial al individului și al factorilor educaționali.

Când etapele nu au fost parcurse avem de a face cu nedezvoltarea, iar dacă au fost parcurse și dau înapoi se instalează regresivitatea. Vocabularul elementar este deja dezvoltat până la intrarea la școală, iar școala, pe acest vocabular, dezvoltă judecățile și raționamentele. Tot ce poate face un părinte inteligent este să crească un copil inteligent. Deci să nu-l intoxice cu lucruri reținute mecanic, ci să-l învețe să judece, să raționeze.

S-a vorbit despre o inteligență nativă, care este cea mai bună înzestrare a omului. De asemenea s-a vorbit despre un coeficient de inteligență, despre care mulți spun că nu poate fi modificat prin achiziții, prin educație. Se poate totuși face mult prin dezvoltarea judecăților, raționamentelor; există copii inteligenți care neavând metodă nu se pot explica, ci fac salturi intuitive. Saltul intuitiv este propriu omului inteligent; discursivitatea, pisălogeala sunt însă doar până la un punct justificate, sunt doar didactice. Deși e trăsătura care se exprimă tardiv, gândirea se măsoară totuși prin rezultatele practice de adaptare și prin concordanța cu caracterul (adică obții un rezultat, dar nu omori omul).

Judecățile corectoare se numesc critică sau discernământ. Cineva poate avea critică, autocritică. Toți ne temem de puterea criticii, pentru că noi nu săam pe un adevăr absolut, ci pe mici și greu cucerite adevăruri relative, mereu modificabile în știință, iar gândirea trebuie să rămână deschisă; sistemul acesta se numește idoneism. Cu un om destupat la minte, deschis, îți place să discuți, decât cu unul încuiat, cu fixuri, încăpățânat în neadevăr.

S-a mai zis că inteligența, gândirea normală este cea mai prețioasă avere a unui popor. Este vorba despre înzestrarea sa cu o gândire vie, independentă, flexibilă, deschisă, critică, care suportă schimbarea, înnoirea și care își dă seama dacă o înnoire este bună sau rea.

Prin urmare discernământul lucrează cu două judecăți: una duce la concluzia de bine, alta la concluzia de rău. Funcționarea acestor două judecăți duce la ideea de responsabilitate. Dacă se dă un teren, delimitarea lui cu țaruse se numește logică. Dacă pe acest teren se plantează ceva, cât mai des cu putință, aceasta se cheamă gnoseologie (adică sărăcia sau mulțimea noțiunilor). O a treia noțiune, fructificarea, ca zona să rodească, este etica (Zenon). Nu are rost să ai numai logică, cunoștințe, ele singure nu duc la nici un rezultat. Avem deci rațiune, adică scaun la cap, adică avem acea liniște afectivă ca să putem cugeta. Cu alte cuvinte, omul are niște structuri sub rațiune, iraționale, inconștiente, afective, care îi amenință senina desfășurare de judecăți. De aceea judecățile nu sunt universale. Ele sunt universale doar în acordul pentru adevăr. Judecățile se subiectivizează, sunt personale. Cine tulbură această calmă universalitate? Interesele, care nu sunt egale. Deci în fracția normalității, rațiunea trebuie să prevaleze și să păstreze numărătorul, ca fracția să fie supraunitară. Ceea ce ne tulbură sunt procesele afective.

Un om normal este activat în gândirea lui de anumite dominante universale admise. Patologia începe de la patologia acestor dominante. Când una se modifică cantitativ sau calitativ, se strică ordinea în gândire. Kant spunea că n-a iubit mai mult pe lumea asta decât ordinea în gândire (și stelele de pe cer).

Deci afectivitatea ne atacă ordinea, desfășurarea gândirii (gândirea formală), fluxul gândirii (asta considerând gândirea ca pe o apă, deși vâscozitatea diferă). Deci este necesară o anumită viteză de desfășurare pentru a putea fi posibilă comunicarea și, foarte important, o consistență, o coerență, să dea totdeauna impresia unui discurs unitar (asta nu vor deloc oamenii de teatru).

Regula unității de timp, de loc, de acțiune se numește clasicitatea gândirii; este o gândire didactică, luminoasă, limpede. Inversul este o gândire încâlcită, zăpăcitoare (te doare capul), ambiguă, ambivalentă, contradictorie, greoaie. Lipsa gândirii ne plasează în confuzie, în absurd logic (nu psihiatric, care înseamnă altceva); un om este destul să tacă pentru a se plasa într-o zonă de absurd și atunci îl întrebi mereu: „mă, tu ai înțeles?”.

Apoi mai există bucuria descoperirilor, care se cheamă euristica, deci putem ajunge la o stare de fericire. Invers, lupta pentru adevăr, pentru cercetare și descoperire, poate însemna cea mai mare încordare intelectuală, care poate epuiza, iar negăsirea adevărului, menținerea în absurd poate fi un factor de patologie mintală.

În încheierea gândirii avem cunoașterea făcută, adică realitatea simplificată, posedată, folosită ca instrument. Gândirea ne aduce o economie excepțională pentru aceasta. Deci gândirea scurtează drumurile, nu trebuie să ne doară capul de ea, ci să ne bucure. E destul o săgeată bună ca indicator, decât o sumedenie de semne încâlcite.

Gândirea patologică. Gândirea nedevelopată o găsim în oligofrenie (un sindrom complex, care cuprinde întreaga personalitate, dar a cărui esență este nedeveloparea gândirii; un om fără multă carte nu e oligofren, el judecă foarte sanatos și corect, deși nu elaborează). Esquirol spune despre oligofren: *el nu este, nu a fost și nu va fi* (este scos din timp, este fără inteligență). Dacă a fost și nu mai este, vorbim despre o regresivitate, o deteriorare a inteligenței; iar când aceasta duce la dependența subiectului chiar pentru lucruri, nevoi elementare, se numește demență.

Obiectului gândirii i s-a descris o formă și un conținut. La formă s-a descris o creștere sau o scădere. Deci, dacă socotim formal că gândirea e asemenea curgerii unui râu, debitul său poate fi: crescut, ca un fluviu; se numește fuga de idei – deci desfășurare accelerată, cu multe cuvinte, judecăți, idei (ca în excitația maniacală) – se mai numește tahipsihie; și

scăzut, numit și bradipsihie (asociat cu bradilalie), iar asociat cu o scădere a fluidității (vâscozitate) e concordant cu o sărăcire a gândirii (deși nu întotdeauna când te exprimi cu puține cuvinte ești prost).

A doua calitate formală este coerența (ce se referă deci la întreg). Observarea acestei calități impune considerarea gândirii ca un discurs. Discursul trebuie să aibă părți și o coerență a părților, să fie organizat și să conducă la concluzii justificate. Forma logică clasică este cu început, cuprins, încheiere. Ruptura planurilor duce la o nebuneală, te întrebi mereu când e realitate și când e vis. Deci e necesară menținerea realului într-un întreg.

Incoerența sapă întregul de la mare la mic. De la incoerența părților se trece la incoerența sensurilor, la admiterea unor sensuri contradictorii, apoi la o incoerență gramaticală și nu una oarecare (gen „*este mulți*”, asta nu o luăm în seamă), ci sistematică (dezacordul subiect-predicat, de gen, de număr). Este necesară coerența semantică, coerența gramaticală și coerența morfologică (adică un cuvânt trebuie să respecte prima lege a lui Aristotel). Dacă se disociază chiar cuvântul, se ajunge la incomunicabilitate, adică se ajunge la salată de cuvinte.

Când limba nu mai este înțeleasă decât de cel care vorbește, nu și de ceilalți, vorbim de jargonofazie și glosolalie, termeni extremi ai disocierii în schizofrenie.

Urmărirea simptomelor esențiale în schizofrenie se face tocmai lăsând să curgă robinetul gândirii bolnavului. Observăm nu numai debitul, ci și regularitatea. Suntem atenți dacă toată muzica dă o compoziție, o melodie clară, iar dacă nu – vedem până la ce grad s-a disociat discursul.

Tot tulburări de formă sunt întreruperile, pauzele nejustificate. Dacă se rupe discursul chiar în miezul său, rezultă blocajul, în timp ce fadingul constă în scăderi sau creșteri în intensitate. În patologie este întâlnit mai mult fadingul (începe tare și continuă scăzând în intensitate).

Alte două tulburări de formă, sau mai degrabă de stil al expresiei gândirii, sunt afectarea și manierismul. Afectarea este o falsă trăire afectivă, o exagerare afectivă a gândirii; afectarea este deci falsă. Manierismul în gândire înseamnă o subliniere exagerată a unor lucruri neînsemnate. Este ceea ce se numește gândire ridicol solemnă. Se admite o gândire într-o anumită manieră la o solemnitate, dar nu și în lipsa acesteia (de ex. un schizofren manierist spune „*dați-vă la o parte că trece dl. doctor*”, în poziție de drepti sau înclinat). Orice disciplină la medicină începe printr-un discurs manierist („*d-lor, disciplina mea...nu se poate fără ea...la mine nu trece nimeni*, etc.).

Tulburări calitative. Dacă la gândirea normală totul funcționează pe baza de dominante, gândirea calitativ patologică funcționează pe baza a trei dominante patologice: ideea prevalentă, ideea obsesională, ideea delirantă.

Ideea prevalentă este o dominantă hipertrofiată, care face plăcere, energizează subiectul, îl fanatizează (de ex. toți banii se duc pe xerox pentru ca secundarul să aiba orice carte de psihiatrie). Este caracteristica psihopatiei paranoiace, care duce la nenorociri; e o gândire care face rău celorlalți, pentru că conform ei, conform rigidității prevalenței, poți comite acte inumane justificate de idee „eu am crezut în asta și așa am și făcut.” Prevalența naturală cea mai frecventă este îndrăgostirea. Prevalențele negative dau caracterele urâte, avarul, intrigantul, ambițiosul, orgoliosul, fanaticul, sectarul, dogmaticul, rasistul. Tot în prevalențe sunt incluse și maniile – colecționarismul, iubirea exagerată de animale și nu de oameni, etc.

Ideea obsesională este caracteristica nevrozei obsesivo-fobice (însă, tranzitoriu, obsesia poate exista și la normali, precum și în mai toate bolile psihice). Aici este vorba de o dominantă neplăcută, care ne asaltează, ne asediază, vrem să scăpăm de ea (de cea prevalentă nu ne mai saturăm). Obsesia ne împiedică să adormim, încercăm tot felul de ritualuri pentru a scăpa de ea, încercăm înlocuiri. Episodic, nici un normal nu scapă de câte o obsesie.

Ideea delirantă e simptomul cel mai important din psihiatrie, pentru că este ideea neadevărată, falsă, de care bolnavul nu își dă seama, nu are critica falsității ei, e convins de adevăr când, în fond, e în plină falsitate și din cauza acestei convingeri acționează fals (inclusiv social, criminal; este singura crimă care nu se consideră cu răspundere, pentru că se bazează pe idei delirante).

Delirul (delirium înseamnă tulburare de conștiință), sau ideea delirantă, poate fi comentariul unei halucinații sau poate fi interpretarea greșită a unei percepții normale. În prima este deci un delir halucinator (ca o unitate simptomatică, greu de disociat: când un om are halucinații, are automat și delir, pentru că descrierea delirului înseamnă și idei despre halucinații, adică idei delirante. În a doua, delirul este interpretativ. Delirul poate fi sistematizat sau nesistematizat, după cum dă impresia unitară sau fragmentară. Delirul mai poate fi descris ca sărac sau bogat, mono- sau politematic.

Descrierea temelor delirante. În mare, cea mai frecventă este persecuția (fizică, directă, imediată, de la distanță etc.); la persecuție intră și ideile de urmărire, otrăvire, injurie, batjocură, adică tot ce diminuează valoarea. Delirul de grandoare – este o grandoare ce ține de o valoare, de o identitate sau origine falsă, de bogății în existență, de talente nemaivăzute etc. Delirul depresiv (de tristețe) exprimă descurajarea, pierderea gustului vieții, ideea de inutilitate, de vinovăție, de autoacuzare, de suicid (concluzie logică a unui delir depresiv).

Delirul poate fi deschis (îl aflăm prin conversație obișnuită) sau încapsulat, închis, disimulat – când bolnavul consideră că e în mediu nefavorabil sau crede că se întoarce contra lui (că din cauza acestuia va fi ținut mai mult la spital sau nu i se drumul din detenție etc.). Temele delirante pot fi verosimile (până la un punct) sau fantastice.

Delirul are o dinamică, adică o explozie a persoanei în delir, o îmbogățire, o sistematizare, o desfășurare, o prelucrare, precum și un început de remitere, de nesiguranță în ceea ce a crezut, către convingerea fermă că a greșit, deci către recâștigarea criticii, deci către externare.

Delirul se poate clasifica și în delir primar – care nu este reductibil la vreun alt fenomen – și delir secundar, care este reductibil la un fenomen anterior patologic.

Delirul primar este caracteristic schizofreniei și constă în percepții sau în interpretări delirante, reprezentări sau intuiții delirante și dispoziții delirante. De pildă, dacă cineva poate avea sentimentul că se produce o catastrofă, deci un sentiment catastrofic, deci pur și simplu ca să se salveze, va sări pe geam. Iată o idee delirantă primară. Asta vom afla ulterior sau, dacă moare, niciodată. Am avut o pacientă, destul de bine remisă și care era în ambulator, care s-a aruncat pe geam. Ce presupuneri făceam noi? Că poate s-a îndrăgostit sau că s-ar fi putut purta cineva urât cu ea, deci noi căutam ceva secundar pentru care ea s-ar fi omorât. Nu a murit imediat și a spus mamei sale că a simțit un cutremur și, temându-se, s-a aruncat pe geam; deci a fost un delir primar, deci o ecloziune a unui fenomen imaginar, pe care ea l-a suferit.

Interpretarea delirantă sau percepția delirantă înseamnă a lua o percepție banală, neutră și a-i acorda o semnificație patologică („s-a îmbracat în violet...ca să mă provoace”). Nu este o halucinație deoarece se pornește de la ceva, de la o percepție reală – este violet, nu este o iluzie și nu este o halucinație – dar interpretarea sensului este delirant. În privința intuiției sau reprezentării delirante: doi oameni stau alături și unul spune „acum îmi dau bine seama cu cine stau alături și îmi este foarte clar!”. Ce este clar? L-a străfulgerat „tu erai dușmanul meu și te prefăceai, și mi-ai adus ieri cadou”. Deci o intuiție delirantă se poate baza pe o halucinație de memorie, deci pe ceva ce nu a avut loc. Delirul primar este periculos și imprevizibil și duce la consecințe dramatice.

Delirul secundar poate fi secundar halucinațiilor. „De ce l-ai omorât pe cutare? Vocea vecinului îmi spunea că vine peste mine ca să-mi omoare copiii și, ca să nu-i omoare, mai bine i-am omorât eu ca să-i salvez”. Așa se pot produce lucruri grave, patologice. Există un delir secundar bazat pe o stare afectivă schimbată, de ex. melancolia.

Prin mentism se înțelege o gândire ce se desfășoară în flux automat, o idee bogată, dezordonată, zi și noapte și care obosește rău pe bolnav.

Prin autism se înțelege interiorizarea patologică a gândirii. Schizofrenul se autizează, pierde realitatea, se retrage într-o lume proprie. Autismul este de obicei sărac; rareori întâlnim cazuri cu autism bogat. Datorită acestei retrageri, bolnavul devine închis, misterios și poate rezerva orice surpriză atât în planul gândirii cât și al acțiunii.

Între omul care gândește inteligent și dement sau oligofren există o mulțime de trepte de degradare, de deteriorare a gândirii, un fel de pseudogândire. Aici intră vorbăria (filibuster), apoi rezoneria, adică problematizarea excesivă a unor lucruri fără importanță, apoi gândirea vagă, imprecisă, plină de cuvinte generale și invers gândirea circumstanțială (în epilepsie, de pildă, din cauza descrierii nesfârșite a împrejurărilor se pierde sensul). Mai există gândirea prin formule prestabilite a limbajului de lemn.

Semiologia afectivității

Afectivitatea este funcția de simțire profundă a conștiinței, în parte simțire conștientă și în parte inconștientă, care însoțește și susține procesele cognitive și activitatea.

Am văzut că patologia mintală înseamnă inversarea unei fracții (cunoaștere/afectivitate). Dacă aceasta este supraunitară, prin predominarea proceselor cognitive asupra celor afective, rezultă un comportament normal; inversarea fracției, prin dominarea afectivității asupra cunoașterii, duce la comportamentul anormal.

Am mai văzut că cunoașterea este prima treaptă a conștiinței, celelalte două fiind afectivitatea și comportamentul (activitatea). Deci primul plan al comportamentului este un plan de explicație (adică înainte de orice acțiune ne gândim la ea, sau o facem într-un anumit fel, cu un anumit rezultat). Orice acțiune are însă și un al doilea plan, mai profund, în care ne întrebăm nu numai dacă acțiunea este bună sau rea, ci și dacă ea convine sau nu simțirii, afectivității noastre, plan care motivează, impulsionează sau frânează, ceea ce popular este cunoscut ca „nervi”.

Afectivitatea se definește ca stratul cel mai intim, cel mai profund, în mare parte inconștient, care explică mobilurile cele mai adânci ale conduitei umane și care reprezintă forța de atracție sau respingere, de plăcere sau neplăcere, ceea ce înseamnă că afectivitatea este bipolară, deci este motorul mașinii umane. Afectivitatea este sinonimă cu suflet sau inimă.

Afectivitatea normală. Toată disputa din psihologia modernă aceasta este. Pentru psihologia secolului XX, forța principală în om este

afectivitatea. Până în acest secol, era cunoașterea sau rațiunea. Pentru psihiatrie trebuie să se admită un compromis; sunt situații în care tulburarea principală e în cunoaștere și cea secundară în afectivitate, în altele însă în primul rând este tulburată afectivitatea și în al doilea plan cunoașterea.

Afectivitatea este prezentată mai întâi static (ca o anatomie) și apoi e înțeleasă dinamic (cum funcționează componentele anatomice). Static deci, conținutul afectivității este format din: instincte, trebuințe, pulsioni, nevoi, tendințe, înclinații, intenții, interese. Dintre acestea, cele mai importante sunt instinctul de conservare, de apărare, al vieții, al morții, sexual, instinctul de dominație, toate dând o forță sau o slăbiciune temperamentală sau ocazional a conștiinței și personalității.

Acest conținut cuprinde două etaje, respectiv unul inferior, cel prezentat anterior și un etaj superior, al valorilor personale și generale (culturale). Aici intră judecățile de valoare, raporturile fine între subiect și obiect și care conferă dominantă fundamentală în cunoaștere. Aici intră ego-ul, caractere și din lupta celor două etaje rezultă până la urmă echilibrul sau dezechilibrul. Sunt celebre disputele dramatice din literatură dintre onoare și iubire (Cid de Corneille) sau disputele dintre datoria morală, atracția corporală, care explică varietatea umană.

Toate acestea, conținutul afectivității (tot acest „cazan cu drăcușori”), se exprimă prin patru forme afective: dispoziții, emoții, sentimente, pasiuni. Dispoziția este starea de fond a afectivității la un moment dat. Ea este vagă, este atmosfera, este mediul interior. Ea exprimă sintetic un fel de stare a vremii, care este bună sau rea. Emoțiile sunt denivelări brușe sau scurte și intense ale dispoziției, sunt trăirile resimțite corporal, vegetativ. Se mai numesc și afecte. Sentimentele sunt investiții afectivo-cognitive durabile, care exprimă aprecierile, evaluările valorice, cum ar fi stima și disprețul pentru o persoană. Pasiunile sunt investiții masive și durabile, până la prevalență, obsesie și delir, cu o dinamică de viață și moarte, extremă, care bulversează temporar sau definitiv rațiunea și personalitatea. Ele sunt părtinirea, partizanatul, parti-pris-ul, bias-ul, patima, a fi pățimaș, ura. Este cel puțin o nebunie de moment din care rezultă acte antisociale grave, pe care subiectul ulterior le regretă. Sunt furtuni de moment ale psihopaților. Este iraționalitatea prin definiție. Dinamica afectivității stă între echilibru, suficiență, satisfacție și dezechilibrare (frustare, tensiune, nemulțumire, criză).

Dacă limita dintre afectivitate și cunoaștere e o linie de echilibru, ea se numește dispoziție. Ideal este ca ea să fie izoelectrică, adică să fie egal cu tine însuși. Acordul cunoașterii cu afectivitatea se face în scopul unei echilibrări care are echivalentul fiziologic în homeostazie. O dispoziție normală este o dispoziție egală. Dispoziția este deci o sinteză a laturilor conștiinței.

Dacă în procesul de cunoaștere survine un șoc la care este supus subiectul, dispoziția se schimbă brutal, bulversând atât afectivitatea cât și corpul care o conține. În emoție se bulversează deci atât afectivitatea cât și relația neurovegetativă; deci emoția este trăită corporal (se înroșește, transpiră, palpită, se duce la WC etc.). Emoția ne animalizează inconștient, nu ne putem controla și ne pierdem, ne suprimă partea noastră de cunoaștere din ființă. Dispozițiile și emoțiile sunt bipolare (pozitive sau negative). Deci afectivitatea „colorează” bipolar trăirile omului, în fapt sunt chiar trăirile. Intelectualul este obișnuit astăzi să spună că „a trăit acest lucru”, adică a adăugat la experiența cognitivă un „ce” care chiar dacă nu-l poate reda i se pare irepetabil și unic.

Sunt dispoziții și emoții pozitive, plăcute, agreabile, care duc către polul fericirii, exaltării, cu care parcă plutim, zburăm, visăm sau invers, către polul depresiei, nenorocirii, neliniștii, angoasei, manifestărilor somatomorfe, durerii, în fond o gamă infinită pe care o redă arta mai bine decât poate subiectul s-o exprime. Asta dă culoarea, sumbră sau luminoasă a tabloului clinic din psihopatii, nevroze, psihoze sau demențe. Se mai numește și fondul (la singular) sau background sau untergrund. Se vorbește de o stabilitate sau o instabilitate a acestui fond.

Sentimentul oferă o undă secundară cunoașterii (de ex. ascult, văd cu plăcere sau neplăcere ceva). Vegetativ poți să nu te manifesti în nici un fel. Sentimentul poate fi pozitiv sau negativ față de ceva din cunoaștere: o percepție, o reprezentare, o evocare. Ele arată alegerile fine ale subiectului. Aici găsim constantele, fixările înalte sau joase ale subiectului, de pildă indiferența la cultură, indiferența față de celălalt, lipsa de milă și înțelegere până la duritate și cruzime. Acestea dau subțirimea sau grosolăia caracterului, sufletul nobil sau mitocan, șlefuit, civilizată sau brutal, sălbatic. Se poate simula sentimentul pozitiv, în afectare, care poate disimula chiar adevăratele sentimente. Este de fapt viața intimă în care nu poți să fii întotdeauna absolut sigur, de aceea partenerii se întreabă mereu asupra stării sentimentelor, vor probe. Există o schimbare lentă a sentimentelor, un fel de mișcare a anotimpurilor, a vârstelor; redă de pilda sentimentul dezamăgirii, al iluziilor pierdute și care formează de fapt până la urmă tragismul existenței umane dar și sentimentul eternității, împăcării cu Dumnezeu.

Pasiunea are forța, intensitatea cea mai mare. Are și durata cea mai mare. Ea cuprinde atât ce ține de sentimente, dar cu intensitate mult mai mare, deci ce aparține procesului de cunoaștere, cât și ceea ce ține de emoție, adică afectivitatea și corpul. Și ea este bipolară. Toate aceste forme sunt exprimate de conținut. Aici sunt extremele dragostei și urii, ca și lipsa, care este marea indiferență, care este atimia, apato-abulia din schizofrenie, pasiunile negative din paranoia.

Este interesant punctul de vedere psihanalitic, care descrie afectivității o *topică* (ego, supraego, inconștient sau id), o *economică* (care dă păstrarea simțului realității sau invazia imaginarului) și o *dinamică* (care explică dinamica pulsioniilor, a conținutului afectiv). În această dinamică intră jocul sau stabilitatea pulsioniilor. De pildă un nivel scăzut al pulsioniilor poate să explice indiferența, iar un nivel crescut poate explica intensitatea căutării, pentru că este o frustrare care trebuie echilibrată. Prin urmare dinamica condiționează și schimbarea formelor afectivității și are două faze, de pildă, faza de nevoie (de exemplu, foame) și faza de satisfacere (sațietate). Psihanaliza a subliniat compulsiile la repetiție, adică un mecanism ondulant, după modelul foame / sațietate. În mecanismul motivației conținutul afectiv este doar izvorul, *primum movens*, care se conștientizează, devine un mecanism de voință, este deliberat, se face opțiunea și se trece la acțiune. Încă o dată se vede că psihicul reacționează ca un întreg și nu ca niște compartimente separate.

Psihanaliza a înlocuit noțiunea de instinct cu cea de pulsione. Din totalul lor, Freud a ales inițial numai pulsionea sexuală sau libidoul, sau instinctul de viață (sau de conservare) sau, mai darwinist spus, lupta pentru viață. Ulterior, Freud a mai descris o forță contrară conservării, care este instinctul morții sau al agresiunii.

Deci în cazanul conținutului afectiv se duce o luptă pentru viață și pentru moarte (pe viață și pe moarte). Este o dramă individuală. Natura umană, psihică, afectivă, conține aceste impulsuri contradictorii. Rezultatul conflictului viață-moarte este angoasa. Heidegger spune că cel mai profund strat al omului este grija, teama sau angoasa.

Există o ierarhie a acestor instincte (acest strat profund al conținutului afectiv). Nu toate au valoare egală și nici aceeași înălțime. Prin urmare omul stabilește în lista conținutului o ierarhie de valori, care este a coordonatelor istorice în care trăiește, a grupului dar care poate fi și individual modificată, de aici decurgând și diversitatea umană (de ex. "*pentru mine carnea nu contează*"). Ierarhia e deci stabilită individual și constituie platforma caracterului unui om. Lucrurile acestea nu sunt total conștientizate (mulți își explică conduitele spunând „*dom-le, pur și simplu așa sunt eu*"). Freud spune că în om stă undeva și tendința spre sinucidere lentă prin pulsioniile sale distructive. Viciul – reflex necondiționat care duce la moarte.

Global, afectivitatea furnizează de fapt două stări fundamentale, două extreme: -una de fericire, bucurie, entuziasm, exaltare, forță, bucurie de a trăi, care în patologie tinde către polul maniacal (fără a-l atinge) și cea a depresiei, a nenorocirii, a eșecului, a ratării, a frustrării.

Dacă din conflictul a două sau mai multe pulsuni rezultă o victorie, o satisfacere, tindem către polul pozitiv și invers, dacă rezultă o frustrare, o nerezolvare, o încurcătură, o pierdere, o durere sufletească (frustrarea fiind un mecanism de mare valoare), tindem către celalalt pol.

Activitatea și cunoașterea sunt motivate de conținutul și formele afective. Dar tot ce este extrem de plăcut este și normat, interzis chiar. Aici este un alt aspect al afectivității, adică favorizarea, facilitarea activității, sau inhibiția. Stratul cel mai profund este interesul personal. Prin și cu afectivitate, activitatea este vie, are un ritm temperamental (un fel de jazz). Invers este o frână (ca o muzică de 12 noaptea).

De-a lungul existenței noastre nu avem același capital afectiv. Probabil că maximum-ul îl avem la naștere și tot consumăm din el. Problema nu este numai a cantității de afectivitate, ci mai degrabă a controlului ei. Momentul în care suntem stăpâni pe ea, o controlăm, se numește maturitate, iar când nu – infantilism. Maturul deci își ascunde afectivitatea, și-o controlează, dar poate și să o falsifice. Falsificarea se numește pervertire.

Afectivitatea favorizează creația, creativitatea, imaginația și explică fără îndoială arta. Explică mai ales arta actuală, modernă; aceasta, arta abstractă, este o artă afectivă sau afectiv liberă, nu o interesează reproducerea fidelă, ci invenția (care e ceva afectiv). Această capacitate pe care merge arta modernă se numește intuitivă, ea merge pe cunoașterea intuitivă (merge pe „*așa simt eu, așa îmi place mie, așa cred eu, așa văd eu lucrurile*“, nu pe logică, raționamente, bun-simț etc.). Ea sugerează intuitiv ceva, un sentiment, o stare, ceva afectiv.

Afectivitatea patologică (afectivitatea = timie). Se descriu: *hipertimia* (creșterea afectivității), *hipotimia* (scăderea afectivității) și *paratimia* (modificare calitativă).

Toate afecțiunile psihiatrice au o latură afectivă care trebuie cunoscută, iar o mulțime de boli sunt predominant afective. Există variații patologice ale emoțiilor, dispoziției, sentimentelor, pasiunilor, precum și ale conținutului afectiv.

Dispoziția. De la dispoziția de calm, liniște, serenitate, în care procesele cognitive se pot desfășura în ritm alert, cu conținut bine legat, în patologie se instituie indispoziția sau neliniștea sau anxietatea („*nu știu ce am, nu sunt în apele mele, azi nu sunt bine dispus*“ etc.). Când ea cuprinde și aspecte corporale se numește angoasă. Dispoziția poate fi tristă, depresivă („*nu-mi arde de nimic*“). Poți fi concomitent neliniștit și trist. Poți fi iritat – disforic (ca a doua zi după beție, când se simte nevoia s-o dregi). Iritarea poate duce la enervare, care e deja o emoție negativă, însoțită de schimbarea culorii la față, turgescență, trepidații, eventual luat la palme – deci se poate

ajunge la o reacție impulsivă. Există și o emotivitate constituțională, a persoanelor „sensibile” (afectivi ce nu se pot stăpâni, îi iau emoțiile pe dinainte). Fără a fi constituțională, emotivitatea poate crește în surmenaj (oboseala cronică) și mai ales cu vârsta.

Sentimentele negative (de dispreț, de suspiciune – neînsoțite neapărat de emoții negative, gen „bă, uite-te pe unde mergi!”) au drept cea mai groaznică expresie polul negativ pasional – ura. Aceasta poate duce la omucidere (nu toate omuciderea sunt conștiente sau planificate, ci vin din brutalitatea reacției, a gestului).

Pasiunile negative se mai numesc și patimi sau vicii și dau caracterele cele mai urâte (avarul, sadicul, etc.).

Conținutul afectiv poate fi în exces, adică lăcomia, în minus, adică apatia (pathos = simțire; etimologic deci, apatia ar fi nesimțirea absolută; ea te pune în dependență absolută – miroși, faci păduchi etc.).

Afectivitatea în patologie. Dezechilibrul cel mai ușor se produce în psihopatii, în care în mod constituțional subiecții rămân cu un temperament pe care nu-l pot modifica, controla prin educație, nu-și pot face un caracter; așa sunt ei. Când sunt aduși la noi, spunem „*n-avem ce să-i facem, ăsta-i omul*”. Este o fatalitate temperamentală, bazată pe reacții afective de nemodificat. Poate fi mai vesel decât trebuie (o hahaleră), sau mai trist decât trebuie, sau mai nervos, mai bătuș, mai impulsiv, sau mai emotiv, mai sensibil sau mai încuiat („mutulică”, nu scoate o vorbă). Se insistă pe maleabilitatea, plasticitatea copilului pentru a mai putea face ceva. La copil de o-bicei se insistă pe două pârghii: dresajul (adică frâna, care este punitivă) și încurajarea. Din acest fond oamenii evoluează în toate celelalte etape cu aceste trăsături și rămân până la bătrânețe cu stigma afectivă cu care au pornit din copilărie.

Noțiunea de complex este legată de aspecte corporale, omul nefiind satisfăcut de propriul corp, el vrând altceva, altfel, în mod secret. Complexul este deci o stare afectivă de încurcătură, o emoție negativă, pe care încercăm să o depășim, care ne frânează, de care ne e frică, de care vrem să scăpăm, ne obsedează. Este o inferioritate. Toate sunt complexe de inferioritate.

Nevrozele prin definiție nu afectează cunoașterea decât în mod secundar și nesemnificativ. Ele sunt în primul rând suferințe afective. Adică imposibilitatea de a suporta un statut, nemulțumirile, insatisfacțiile, indispozițiile, cantonarea în propriul corp și al senzațiilor (cenestopatii). Nevrozele exprimă teoretic un conflict afectiv, după Freud inconștient, și anume ciocnirea conținutului afectiv care ascultă de principiul plăcerii de procesele cognitive, care ascultă de principiul realității. Freud numește procesele cognitive ego (conștient), în conflict cu propria afectivitate,

propriul inconștient sau id; din compromisul acestei confruntări rezultă simptomatologia nevrotică.

Deci dacă ne asigurăm că depresia, anxietatea nu sunt constituționale (idiopatice), ci au rezultat în viață dintr-un conflict, ne gândim la nevroze. Sau a fost ceva constituțional și s-a accentuat după o traumă, deci este o decompensare nevrotică a unei psihopatii.

În psihoze există marele capitol al psihozelor afective, unde tulburarea principală e chiar a afectivității; este vorba despre psihoza maniaco-depresivă, în care se succed periodic mania și melancolia, cei doi poli ai afectivității umane.

Psihoza cea mai importantă, prin frecvență și afectare socială, este schizofrenia. De obicei, aceasta este concepută în termeni cognitivi (aude voci, delirează etc.). Esența bolii este de fapt afectivă, constând în incapacitatea de a mai simți concordant. Este un conținut afectiv dezordonat. Schizofrenia este exemplul maxim de paratimie. Ilustrative aici sunt: inversiunea afectivă, indiferența afectivă și ambivalența afectivă.

În parafrenie există o afectivitate superbă. Lumea e a lui. Are o imaginație maximă, bogată, o superioritate interioară, degajare. Afectivitatea paranoidului este inversă, adică rigidă, îngustă, ternă, necruțătoare, nemiloasă, feroasă chiar. Afectivitatea în demențe se prăbușește în conținutul cel mai prozaic. Este o simplificare nu numai cognitivă, ci îngrozește mai ales din punct de vedere afectiv. Crește impulsivitatea, nerăbdarea.

În psihozele acute confuzionale, indispoziția, sentimentele și emoțiile negative sunt de perplexitate. Nu știe ce se întâmplă cu el. Așa se întâmplă și în debuturile schizofreniei; trecerea de la realitate la imaginar se face prin perplexitate.

Odată constatată o tulburare de afectivitate, căutăm cauza; dezechilibrul se poate produce din cauze externe (este o psihogenie) sau interne (endogenie). Deci tulburările afectivității pot fi exogene sau endogene. Dacă nu e nici una, nici alta, ne gândim dacă ceva din organism nu funcționează bine (de ex. depresiuni la hepatici, angoasa la cardiaci, falsa liniște la uremici, indispoziție și iritabilitate la anemici etc.). Organicitatea (cauza organică) poate explica denivelarea afectivă.

Ceea ce am numit tulburări de formă la gândire vine din afectivitate; se gândește mult sau puțin, repede sau lent, în funcție de conținutul afectiv. La fel, activitatea crescută sau scăzută sunt concordante cu dinamul afectiv. La fel, iluziile, halucinațiile, tulburările de memorie se datorează în primul rând tulburărilor afective.

Un om poate avea discernământ bine echilibrat, o critică corectă; invers, are prejudecăți, adică judecăți tulburate de altceva, acest altceva fiind tocmai

afectivitatea lui (de ex. în paranoia). De aceea și delirul e de persecuție sau de grandoare, expansiv sau depresiv, culoarea și tendința lui fiind date de afectivitate. Cel mai frecvent delir e cel de persecuție. Ce fel de afectivitate are un astfel de om ? Nu cumva persecutatul este și un deprimat? E greu de spus ce predomină de cele mai multe ori, depresia sau persecuția. Dominarea unor note afective poate duce la idei, judecăți false.

Freud a mai descris în inconștientul nostru, ca o expresie a dramei noastre interioare, o forță numită superego și care se instalează în primii ani de viață prin procesele afective și educaționale din familie (relațiile cu mama, tata), apoi din școală, care fixează în inconștientul fiecăruia niște modele afective, pe care Freud le-a numit ideal de eu. Deci în evoluția fiecăruia către armonie, cunoaștere, există un ideal de eu cât de cât accesibil, pentru adaptarea la o anumită etapă istorică. Acest ideal de eu presupune deci o introjectare (interiorizare) a unor imagini superioare, pozitive sau negative (de ex. imaginea de „drac“, care e de fapt imaginea de rău). La orfani, de exemplu, constatăm lipsa afectivității. Ei au de obicei în cap doar părțile negative. Iată deci explicația foarte simplă a sociopatiei (oameni neglijăți care ajung la acte antisociale). Sunt niște etape afective care trebuie dezvoltate foarte bine. Fiecare om trebuie să aibă un superego bine integrat și controlat de ego-ul său. Să nu lupti contra lui, altfel îți dă un complex, o contradicție.

A doua noțiune este eul ideal. Dacă idealul de eu este superego-ul, eul ideal duce la urmărirea inconștientă a unei satisfacții maxime și duce la narcisism, deci la schizofrenie; totul să fie blând, calduț, ca la sânul mamei, cvasiuterin.

Afectivitatea noastră este ascunsă, acoperită, disimulată, inima noastră („creierul afectiv“, cu localizare subcorticală, hipotalamică). Trebuie să știm să sesizăm afectivitatea ascunsă, tensiunea (tensiunea conținutului nesatisfăcut). Există oameni fără ideal de eu (sociopatii, impulsivii), care suferă să-și realizeze un ideal de eu. Modelarea afectivă este marea problemă a societății moderne.

Semiologia voinței și activității

Din ce s-a făcut până aici, s-ar fi putut trage concluzia că psihicul omenesc are mai mult un aspect pasiv, adică reflectă realitatea la nivel perceptual, al ideilor sau al simțirii. În continuare se va vedea că psihicul se exprimă printr-o a treia latură a conștiinței care se cheamă activitate. De fapt dacă vrem să obiectivăm procesele de cunoaștere sau cele afective, ne adresăm acestei laturi. Tot ce nu se poate obiectiva în activitate rămâne ascuns în psihic.

În capul omului pot fi, la un moment dat, o mulțime de porniri, unele concordante, altele contradictorii. Omul poate să le cumpănească, ia deci

o hotărâre și trece la acțiune; el face o alegere între diferitele impulsuri. Puterea de a cumpăni diferitele impulsuri și de a le transforma în acțiune, în succesiune de etape, de a le efectua se cheamă voință. Ea poate fi socotită organizatorul conștiinței și al personalității, care transformă materia, conținutul psihologic, în scop, mijloace, plan și execuție.

Ca la toate funcțiile psihice, este necesar ca această forță să aibă anumite limite cantitative și calitative. Tipologia veche socotea că cel mai important factor din om este voința și oamenii simpli socot că o personalitate este proporțională cu voința și invers – cu cât este o lipsă mai mare sau mai mică de voință, apare și abaterea și boala psihică (s-ar datora „slăbirii“ voinței). Deci este o calitate deosebită în a aprecia o personalitate în anumite limite.

Voința este un amestec conștient / inconștient. Este conștientizarea unui impuls, deliberarea și alegerea liberă conform intereselor personale și generale. Voința se măsoară prin puterea de luptă contra obstacolelor și este proporțională cu înfrângerea adversităților, greutăților. Vizează succesul, nu ratarea, tinzând în extremis la glorie și eternitate, dominare absolută și substituirea lui Dumnezeu.

Tulburările cantitative se cheamă *hipobulie* și *hiperbulie*, iar **tulburarea calitativă** se cheamă *parabulie*. Abulia este o lipsă totală de voință și ar putea fi o exagerare (atât timp cât omul are o conștiință, se schițează ceva în el).

Hipobulia este semn de depresie nevrotică sau psihotică. Ea face ca, deși psihicul este de calitate, să nu se treacă proporțional la acțiune. Hiperbulia este un semn de pripeală, impulsivitate, infantilism. Oamenii care nu deliberează și trec direct la fapte fac greșeli. Nu trebuie confundată hiperbulia cu impulsivitatea, care nu este o voință crescută ci scăzută, cu trecere prin scurtcircuit la acțiune, fără deliberare.

Parabulia se observă în paranoia. Deci este o voință ieșită din comun pentru o cauză falsă. Dușmănește toată viața un om și vrea să-l distrugă, deși acesta este nevinovat și după ce îl termină, spune că are o victorie; dar pentru cine și pentru ce, fiindcă este vorba de un om nevinovat... Deci contează nu numai tenacitatea, perseverența, ci și dacă obiectivul ales este conform cu adevărul, duce la ceva pozitiv; altfel este parabulie. Parabulia este un amestec de creștere cu scădere a voinței, în cazul toxicomanului sau alcoolicii, care au o scădere a voinței pentru realizarea profesiei, educație, familie, dar au o creștere a voinței în procurarea toxicului.

Interpretarea tulburărilor de voință cere o analiză a celorlalte funcții. Voința să fie corelată cu o bună inteligență, cu un caracter format și să servească drumul binelui.

Mobilurile activității sunt motive comune (sau inferioare) și motive superioare, strict umane. Motivele comune sunt când întrebăm un om de ce a făcut asta și el motivează că: fiindcă îmi era foame, nu aveam bani, îmi era frică; sunt motive comune și nepatologice. De ce ai făcut-o? Să-mi apăr patria, să întăresc ideea de bine; sunt motive superioare. Nu trebuie să dispară motivele superioare. Cei obișnuiți nu pot înțelege.

Deci un act nu se justifică prin el însuși, ci prin motivația aparentă sau ascunsă pe care o relevă subiectul; deci el nu este dispus să spună adevăratul motiv și uneori nici nu-l știe. La „de ce l-ai omorât?” nu întotdeauna poate să-ți dea un răspuns exact. Deci la același act se pot găsi o varietate de motivații conform cu fiecare subiect.

Activitatea. Se mai numește comportament, conduită, acțiune. Ea este partea efectorie sau centrifugală, este expresia obiectivă a psihicului.

Activitatea normală. Reamintim că rezultanta fracției cunoaștere / afectivitate este activitatea (toate cele trei dând conștiința, psihicul ca întreg). Activitatea normală, vie, a tuturor oamenilor, este imposibil de cuprins și de descris. Tot ce are umanitatea materializat este rezultatul activității oamenilor. Tot secretul pentru psihiatru este să înțeleagă activitatea ca un limbaj, ca o semnificantă a ceva, adică să înțeleagă indirect ce este persoana respectivă. O persoană nu trebuie să se bată cu pumnii în piept, să zică că e mare și tare, căci dacă e adevărat așa, ea și după moarte rămâne prin operă, prin ce a realizat, prin activitatea sa.

Sunt multe feluri de activitate, descrisă după mai multe criterii. Noi ne referim la activitatea non-verbală (limbajul non-verbal) și activitatea verbală și scrisă.

Activitatea non-verbală se referă la înțelegerea mimicii, pantomimicii, sensul, limbajul îmbrăcămînții, ținută și atitudinea față de examiner. Limbajul non-verbal nu este de o importanță egală cu cel verbal și scris (scrisul până la urmă rămâne). Pentru psihiatru este important să citească și acest limbaj. Se pune problema dacă fața interlocutorului spune ceva sau nu. Dacă este un om sincer sau nu, trebuie să înțelegem din mimică. Deci mimică poate să fie vie, sinceră, sau ascunsă (de care ne temem) sau inversă. Exista oameni cu mai multe fețe. Oamenii obișnuiți au o mimică concordantă (ce avem în suflet, aceea arătăm). Profesioniștii au mimică după cum se cere (solemnă, importantă ca să se dea mare, îndurerat la înmormântare, vesel la nunta etc.), adică arată ceea ce se așteaptă oamenii de la mimica lor. Înainte deci de a vorbi, se poate citi pe mimică afectivitatea de bază. Privind mimica, ne putem centra pe foarte multe elemente, dar în primul rând pe privire; privim în ochi. Omul normal, odihnit, arată interes, pe care îl exprimă și privirea. O privire goală, blazată, ce arată dezinteres,

te pune pe gânduri. Se mai vorbește și de o mimică inteligentă, dar se exagerează. Interesează mobilitatea sau fixitatea, știind că bolnavul mintal are o privire cu totul deosebită, imediat remarcată de vizitatori și pe care psihiatrii nu o prea bagă în seamă.

Mai puțin semnificativă este pantomimica, adică totalitatea gesturilor. Nordul are o pantomimică mai redusă, sudul o are foarte vie, cu multe gesturi, cu multă expresivitate. Un om, cu cât este mai simplu, cu atât e mai pantomimic, iar cu cât e mai sus, e mai reținut. Mimica și pantomimica sunt un fel de acompaniament al limbajului verbal. În expresii emoționale, pantomimica devine patetică. Se poate vorbi de o bogăție pantomimică, cu gesturi multe, expresive, largi, teatrale, sistematizate față de una săracă, ștearsă, neexpresivă. Pantomimica poate atinge cote cu totul excepționale, exact ca limbajul (baletul – expresie corporală a spiritului). Poate exista un balet ritualizat, popular și unul cult, clasic, în care 6-7 figuri, elemente, redau întreaga gamă emoțională a noastră. În baletul modern e o adevărată explozie a limbajului.

Îmbrăcămintea vorbește prin culoare, formă, ea spune că „haina îl face pe om”, adică ești sau nu cineva, la înălțimea evenimentului la care participi. Arată dacă ești în ton cu moda sau informat despre ea. Există o îmbrăcămintă decentă și una indecentă; criteriile țin de vârstă, de funcția, poziția fiecăruia. Culoarea mai ales atrage atenția. Imbrăcămintea crește suplimentar valoarea individului. Contează dacă cineva se fixează cronic pe anumite culori. Mai suntem atenți și la podoabe (mărimea cerceilor, de ex.). Mai putem descrie bogăția sau sărăcia îmbrăcăminții, gustul sau lipsa de gust. Din toate cele descrise până aici rezultă ținuta, adică forma, stilul corespunzătoare. Bolnavii psihici nu dau o atenție suficientă ținutei lor. Atitudinea (limbajul atitudinal) e pașnică sau agresivă.

Analizând activitatea, constatăm că din punct de vedere neurofiziologic ea este un lanț de reflexe necondiționate și condiționate. La naștere există o minimă pantomimică. Tot ce se adaugă peste activitatea înnăscută, toate mișcărilor noi pe care tindem să le automatizăm (de ex. mersul, scrisul, care după tatonări, repetări, se automatizează). E important de reținut acest automat al activității, pentru că în patologie trebuie să redevină automat, mișcărilor automate să nu mai stea sub atenția noastră voluntară. Ele ne ușurează foarte mult. Deci activitatea devine praxie instrumentală. Îmbrăcatul, spălatul, toate sunt automatisme. Cum îți ia 20 de minute să-ți pui pantalonii, aceasta imediat devine simptom.

Peste acest capital automat se adaugă **mișcărilor voluntare**. Aceasta este o observație neurologică (neurofiziologică). Din punct de vedere psihologic, activitatea automată se numește deprindere (a deprinde să scrii, să citești etc.). Se mai zice și „are bune deprinderi”. Deprinderea sugerează ușurința

de a face un gest (deprinderea de a vorbi în public). Ea duce mai departe la obișnuință, care subliniază și nuanța necesității (simte nevoia să facă ceva). Cu noțiuni învecinate se ajunge la rutină (rutina de a da o rețetă). Cutume și moravuri – orice instituție le are (cutume de internare, de externare, de relații). Tot legat de aceste automatisme este moda, care tiranizează. Privite după un timp, ele se dovedesc doar niște iluzii, însă la momentul inițial nu, ele se încadrează în jocul social.

Activitatea se mai poate clasa în activitate creatoare și inversul ei, pseudocreatoare (în artă se mai numește pastişă sau autopastişă, adică o imitație – asta pentru artele umaniste). În artele tehnice se vorbește despre inovație, cu licență, patent sau pseudoinvenții.

Termenul actual pentru o activitate organizată este de management. Este vorba despre organizarea activității colective (micro- sau macrocolective). El presupune: fixarea obiectivelor într-un plan, resursele necesare și disponibile pentru realizarea obiectivului, metode de realizare („know how”), controlarea continuă, în toate etapele, a procesului, reajustarea permanentă a obiectivelor pe măsură ce se dovedește practic că sunt nerealiste (deci critica continuă a conducerii activității). Tot managementul ne învață că, pe lângă această structură formală, având în vedere că se lucrează cu oameni, trebuie avută grijă de două laturi: cea informală, adică să ne apropiem acești oameni, să-i stimulăm, și relaxarea, proporțională cu munca depusă și valabilă pentru orice activitate importantă. Prin aceasta, managementul este profilaxia neurasteniei și secretul producției. El este instrumentul pentru economia actuală, pentru competiție, eficacitate, competență și durabilitate (fiabilitate).

Activitatea individuală nu există în realitate. În realitate există o interactivitate. Această interactivitate este de fapt societatea. Interactivitatea este o transmitere și reținere de simboluri, deci are un sens.

Motivația. Urmărind acțiunile unui om, interesează nu numai ce și cum face, ci și de ce? Răspunsul vine din motivarea, conștientă sau inconștientă, a unui comportament, motivare care poate fi înaltă sau joasă. Motivațiile sunt de fapt scheme afectivo-raționale de înțelegere și explicare a conduitei. Totalitatea motivațiilor normale se încadrează în inteligibile. Patologia începe dincolo de inteligibil. Motivațiile normale sunt de bun simț, adică prin empatie ne putem pune în situația celuilalt și înțelegem că am fi procedat la fel, adică îi înțelegem nevoia.

Există o ierarhie a activităților. Cea mai cunoscută (dar și de nedorit) împărțire este în activitate fizică și activitate intelectuală. Altă împărțire ar fi în activitate socialmente acceptată și activitate antisocială (nu ține de psihiatrie). De reținut de asemenea aspectul de adaptare (activitate

adaptată) precum și noțiunea de reacție la eșec. Tindem către o activitate critică și o reducere a sugestibilității, adică a credulității, a prostiei. Activitatea critică nu are însă nici o legătură și e inversul încăpățănării.

Limbajul. Implică cunoștințe morfologice, gramaticale (pe care le avem deja până în facultate); facultatea ne învață în plus studiul semnificației limbajului, adică semantica, care este de mare importanță în psihiatrie. Simbolul este un înveliș (semnificantul; cum este psihicul, al cărui înveliș este activitatea) și un conținut, care este semnificația (motivația gnoseo-afectivă). Reținem distincția dintre limbă, care este a unui grup, popor, și limbaj, care este personificarea în fiecare individ a limbii. Limbajul poate fi sărac sau bogat. Mult mai important este un limbaj potrivit, adică esențial, fără a fi telegrafic. Limbajul este un indicator de dezvoltare a personalității (îți dai seama de instruire după cum vorbește), precum și un indicator al conștiinței de moment (mai ales ortoepia, adică pronunția, se schimbă după cum ești obosit, ai băut etc.). Limbajul de fapt exprimă cel mai scurt gândirea. El poate fi invadat emoțional, caz în care se scurtează și tinde către interjecții.

Patologia activității. Activitatea (sau kinezia) poate fi crescută (*hiperkinezie*) sau scăzută (*hipokinezie*). **Tulburarea calitativă** se numește *parakinezie*. Hiperkineziile sunt stări de agitație, crize de agitație, impulsuni, violențe, explozivități intermitente. Simptomul agitației psihomotorii este nespecific și cere multă experiență pentru a-l descifra din prima clipă (când în primul rând mori tu de frică); ea este acea conduită care ne dă sentimentul sau trăirea de amenințare vitală pentru noi. Fiind nespecifică, ea poate fi proprie multor boli psihice. Cea mai periculoasă, în ordine, pare a fi epilepsia; este vorba de agitația psiho-motorie întâlnită în tulburarea de conștiință intercritică a epilepticului (în starea crepusculară), în care epilepticul desfășoară automatisme posibil homicide. Caracteristic epilepsiei este și starea de raptus, constând în trecerea de la calm la o violență neașteptată, imprevizibilă.

Agitațiile confuzionale sunt dezordonate, cu privirea tulbură, pierdută (limbajul privirii nu mai poate fi citit), sunt nețintite, adică nu se îndreaptă împotriva cuiva anume, ci se agită, dă și lovește în cine se nimerește. Este o maximă urgență. Se pare că se cam abuzează de termenul de agitație (cel puțin pentru justificarea multora din internări, care astfel își zic urgențe).

Agitația coleroasă din manie – e furios și gata să bată pe toți. Agitația alcoolicilor tulbură pe toată lumea (poliție, psihiatru, anturaj). Sunt de-a dreptul fioroși. Criza de agitație se deosebește de starea de agitație. Criza este doar un moment de agitație. Starea poate dura două sau mai multe săptămâni, e zi și noapte agitat.

Sunt oameni calmi care din când în când scapă câte un pumn. Acestea sunt impulsivii, adică acte semivoluntare la oameni cu voința scăzută. Este inversul voinței. Aici, la impulsivii, voința trebuie înțeleasă ca o putere de abținere, reținere, frânare, ca o trăire a unei compulsivii.

Hipokinezia (scăderea activității, sau bradikinezia) poate merge până la stupoare, în care bolnavul zace în pat și pare a fi pierdut orice voință.

Dintre parakinezii, cea mai cunoscută este catatonia, incluzând stereotipiile, negativismul, flexibilitatea ceroasă, până la cataplexie (catalepsie) care include și pierderea tonusului (zace ca o cârpă). Tot parakinezii sunt și ticurile, gesturi care nu se înțeleg, sau sunt ridicole. La fel există mersuri, gesturi, mimici ciudate (de ex. „botul” schizofrenului, grimasarea), foarte importante pentru diagnostic, mai ales când neagă halucinațiile, delirul.

Fugile și rătăcirile. Există impulsivii de fugă (de ex. fuga / plecarea de acasă). Rătăcirile sunt și ele nespecifice, cerând descifrarea sindromologică de sub ele, putând fi vorba de confuzie, demențe, oligofrenie, epilepsie.

Tulburările de limbaj. Limbajul vorbit crește și scade, ca formă și conținut, între logoree și mutism. Logoreea poate fi veselă sau furioasă, plăcută sau neplăcută. Ambele simptome, extreme, sunt nespecifice, trebuind încadrate sindromologic.

Calitativ, există trei tulburări de limbaj: *dislogii, disfonii, disfazii*. Disfoniile țin de artrie, pronunție, aparțin în general de sfera ORL. Noi facem de ex. în PGP (paralizia generală progresivă) și probe de articulare. Disfazia înseamnă neînțelegerea vorbirii (afazie motorie sau senzorială), de cauză neurologică. Dislogiile ne interesează pe noi. Pot fi de formă și de conținut. Contează la cele de formă tonul adecvat sau neadecvat (ridicol, pițigăiat, prea gros, prea subțire, prea tare, prea încet), coerența sau incoerența, prolixitatea tematică (eventual uită că începe cu una și termină cu alta; sau repetă același lucru). În acest torent aparent nesemnificativ, poate trânti un sens greșit unui cuvânt, adică o paralogie, un neologism, expresie a unei tulburări de gândire. E de mai mare importanță pentru diagnostic, cu atât mai mult cu cât cuvântul este neinteligibil, adică e un neologism (în sens psihiatric, nu lingvistic), adică un cuvânt format de individ, cu explicație în general delirantă și sincretic (vrea să includă 3-4 sensuri, noțiuni într-un cuvânt). Boala cu cea mai mare expresivitate în acest sens, cu cele mai multe dislogii, este schizofrenia.

Corespunzător limbajului vorbit este cel scris. Aici întâlnim tulburări caligrafice, referitoare la scrisul frumos, corect. Caligrafia, studiată din punct de vedere al psihologiei persoanei, se numește grafologie. Prin grafică se identifică persoanele, deci are importanță criminalistică. Agrațiile sunt

tulburări neurologice, în care subiectul care a știut să scrie, nu mai știe să scrie. Tulburările psihografice (corespunzătoare dislogiilor) – semnifică o tulburare de gândire. Cantitatea dar mai ales calitatea înscrisurilor poate pune în valoare boala și pot fi un document. Pot apare și aici neologisme, paragrafisme, importante pentru diagnostic.

Legată tot de grafică este expresia plastică – boala se poate demonstra prin desen sau pictură, chiar dacă bolnavul nu este un profesionist al acestora. Există o întreaga psihopatologie a expresiei plastice. Se mai compară arta naivă cu arta modernă și cultă, ca expresie, după Levy-Strauss, a gândirii sălbatică (este deci o pictură sălbatică).

Se distinge paramorfismul, în care se redă un obiect deformat ca sens, de neomorfism, în care se produce o imagine insolită și ininteligibilă, așa cum se întâmplă în schizofrenie. Oricum, arta modernă este greu de interpretat și ceea ce nu înțelege psihiatrul poate fi în mod paradoxal premiat.

Sindromologie

În timp ce semiologia se referă la tulburarea unei laturi a psihicului, sindromologia se referă la tulburarea psihicului ca întreg. Tulburarea acestuia la un moment dat, se numește sindrom de conștiință, iar când se judecă psihicul pe etape de dezvoltare sindroamele se numesc de personalitate.

Sindromologia (gruparea simptomelor) în psihiatrie se împarte în **acută** (vezi tulburările de conștiință de mai sus) și **cronică** (reprezintă tulburările de personalitate).

Sindroamele nu sunt descripții independente, ci sunt de fapt forme de trecere unul în altul. Exista deci o ierarhie a regresiei în sindromologie, așa cum bine se observă într-o criză epileptică sau într-un electroșoc, în care de la veghe se ajunge la comă și apoi se reajunge la veghe. Acest dus-întors arată exact evantaiul acestor sindroame.

Semiologia este o claviatură. Sindromologia sunt acordurile, arpeggiile. Într-un caz avem de-a face cu o gamă întreagă de simptome și nu sunt necesare decât câteva într-un „acord” pentru a ajunge la un sindrom. Aceasta este important ca tehnică de diagnostic, în contrast cu psihanaliza, care așteaptă cât mai multe povești, căutând-o pe cea finală. Noi suntem mai viteziști.

Sindromologia acută se mai numește și reactivă. Cea cronică se mai numește sindromologie de dezvoltare sau procesuală. Caracteristica reacțiilor este scurtimea lor, sunt fugace și reversibile. Celelalte sunt durabile și adesea parțial reversibile, coeficientul de ireversibilitate purtând numele de defect.

Conștiința normală și patologică

Conștiința este sinteza psihicului la un moment dat, sau psihicul la un moment dat, este secțiunea transversală, sincronă. Dacă psihicul fiecăruia este comparat cu un fișic, orice monedă din fișic este studiul unui moment de conștiință. Personalitatea este cea care integrează momentele de conștiință (firul, salba care leagă monedele din fișic).

Conștiința normală rezultă la rândul ei din lupta cu o forță contrarie, care se numește inconștient sau imaginar. În condiții normale, în mod natural, conștiința este învinsă în somn sau în vis. Când subiectul este pradă inconștientului și dacă are vise, este un inconștient cu imaginar. Visul este nebunia naturală a fiecăruia, televiziunea, filmul, imagistica, halucinoza proprie a fiecăruia. Pe moment credem că este așa dar, când ne trezim, instantaneu avem simț critic și ne debarasăm. Nu toți oamenii normali se debarasează ușor de imaginile din vis. Datorită interpretărilor tradiționale, lumea nu poate crede că visul este nimic, ci că prevestește ceva, anticipează (mai ales ceva rău). De aceea, interpretarea populară a viselor este prototipul prejudecății.

Pentru Freud, visul este calea regală de interpretare a inconștientului. Opera lui „Interpretarea viselor” (1900) se pare că e și cea mai importantă pentru înțelegerea inconștientului în sens psihanalitic. Pentru Freud, imagistica din vis are două feluri de conținut: unul manifest (ce anume a visat propriu-zis) și unul latent (al doilea plan al interpretării). Interpretarea la Freud ilustrează concepția după care esența inconștientului este libidoul, erosul, dorința de satisfacție, lupta cu insatisfacția, cu frustrarea, deci e conflictul ascuns al fiecăruia. Din acest punct de vedere, orice om rămâne fără psihanaliză un încurcat, un refulat și poate fi studiat prin povestirea liberă a viselor lui, cel puțin. La această interpretare, Freud a adăugat și a doua interpretare, anume asociațiile libere, adică spui tot ce îți trece prin cap (plăcut, neplăcut, obscen etc.). Psihanalistul culege 4 ani acest material, face bilanțuri periodice și încearcă să reconstituie partea nevăzută de noi. De asemenea, încearcă să reconstituie, de fapt să dea o explicație și părții văzute din noi, care poate fi imatură, refulată, încearcă să ne maturizeze, să ne elibereze de complexe inconștiente, să fim stăpâni pe un imperiu care, după Freud, ne domină. Mobilul mobilurilor nu e numai ce e aparent, ci încurcăturile sufletești, arhaice, arheologia sufletului fiecăruia, care e zona complexelor afective nerezolvate.

Concluzia pentru vise este următoarea: ele în orice caz arată aspirațiile profunde ale subiectului, de ex. visele nevroticilor în care ei cad tot timpul în prăpăstii, noroi, pătesc lucruri penibile etc. sau visele de eșec, anticipările de dinainte de examene de ex., de bine sau de rău. Pentru psihiatrie, acest capitol e o mare necunoscută și cam neglijat.

Conștiința deci se destructurează, regresează în cursul somnului. În patologie există posibilități de regres sub diferite forme. Visul deci, partea onirică din noi, e un model pentru psihopatologie, pentru boli.

În continuare ne referim la conștiința propriu-zisă a omului treaz. Conștiința trează, după H.Ey, este un câmp, inegal ca suprafață și ca înălțime. Pentru uz didactic, a fost împărțit în trei etaje:

– etajul inferior – **conștiința** (starea de veghe, trezia) – este un proces condiționat neuro-fiziologic, ce ține de integritatea anatomo-funcțională în primul rând a mezencefalului, a substanței reticulate, a cărei activitate indirectă este înregistrată în EEG (se știe că orice analizator până ajunge la scoarță trimite o colaterală la substanța reticulată, deci există susținere între activitatea superioară cortico-subcorticală și baza mezencefalică). Funcția principală a acestui etaj este atenția. Activarea etajului (arousal) sau inactivarea explică trezia sau tendința către somn. Patologia de conștiință se referă la acest etaj, adică la cauze fizice, biochimice, biologice, psihice, care inhibă activitatea mezencefalică, a substanței reticulate.

Există deci aici doi poli, între somn și comă pe de o parte și conștiința trează pe de altă parte. Atenția maximă nu înseamnă maximă activare a substanței reticulate. Activarea maximă dă o stare de enervare tradusă în EEG prin unde rapide („bagă” beta). Condiția de înregistrare deci la EEG nu trebuie să fie de supraîncordare. Undele normale alfa sunt o trezie moderată: este așa pentru că scopul treziei nu este unul în sine, ci e o trezie pentru altceva, pentru etajele superioare.

– etajul al doilea – **conștiința operațional-logică**, e un etaj foarte înalt, mare. El cuprinde tot soft-ul logic și comun al omului, care se antrenează foarte mulți ani, se educă deci. E etajul discernământului. Aici se urmărește ca prin logică (și nu neapărat numai de dragul ei) să se cunoască adevărul realității. Nu există consens asupra noțiunii de adevăr. Pentru noi, adevărul realității înseamnă realitatea comună, sau bunul simț (Montaigne), este partea rațională care face pe presupusul normal un om previzibil. Dacă e invers, automat, zici că e nebun. Aceasta ne dă posibilitatea unui limbaj comun (eventual gestual) universal valabil (indiferent de limbă). Deci între noi relația se duce pe baza previzibilului rațional, a interrelațiilor că avem o logică comună.

Realitatea în prima ei treaptă de cunoaștere (percepții și reprezentări) e transformată la om în simboluri exprimate în limbaj. Acest lucru dă diferențe între oameni. Asupra primei trepte (perceptive) cădem ușor de acord, asupra celei de-a doua însă, de interpretare, nu prea, dăm sensuri diferite. Indiferent însă de diversitatea interpretărilor, contează până la urmă consensul de valoare comună, care se numește adevăr. Nu numai bolnavul mintal nu are aceasta capacitate, ci și normalul alterează, din diverse interese afective și complexe neanalizate, calea spre adevăr. Nu trăim deci într-o lume de normali pasionați ai adevărului (pasiunea s-ar putea dovedi statistic inversă).

Lupta pentru adevăr este deci continuu amenințată, la normal, de tendința către minciună, care e o deformare voluntară a adevărului (nu e iluzie, sau o eroare ulterior recunoscută și corectată etc.). De ce? Pentru că prin minciună se produce o satisfacere personală mai scurtcircuitată a pulsionilor subiectului. Cu cât o persoană e mai imatură, cu atât tendința la deformare e mai mare. Deci la copil se iartă (nu e destul de conștient de fenomen), la adult e inadmisibil. Psihiatrii pot avea o scuză în următorul etaj.

– etajul al treilea – **conștiința morală sau etică**, care ar trebui să călăuzească cel puțin etajul al doilea (operațiunile logice). Conștiința morală se referă la conștiința de a nu prejudicia pe celălalt, de a nu-i face rău (care e și primul principiu în medicină), de a urmări binele (primul principiu din creștinism și alte morale, religii). Dar nu e atât de simplu. Omul normal poate ajunge la perversitatea de a fixa obiective de bine și în numele lor să facă foarte mult rău.

Majoritatea oamenilor se maturizează pâna la etajul doi. Ultimul rămâne facultativ. Dacă primul etaj e amenințat de somn și vise, al doilea de minciună și incoerență, al treilea e amenințat de răutate. Capacitatea omului de a face rău e mult mai mare decât cea de a face bine.

Interesul pentru aspectele inconștientului e mult mai mare decât pentru conștiință. Conștiința, cu aceste trei niveluri, pentru omul normal, obișnuit, funcțional, formează doar un câmp periferic. Toată conștiința nu e decât un mijloc, un fundal pentru manifestările personalității la periferia căreia stă, adică a acelor particularități de trezie, logică, morală care fac ca un individ să nu semene cu altul. Deci față de conștiință, care e cât de cât de comun acord, de bun simț, intervine o diferență radicală care e factorul personal de integrare atât a conștiinței cât și a inconștientului (deci a întregului psihic).

Schematic, putem imagina mai multe cercuri concentrice, cel mai periferic și mai larg fiind lumea (tot ce ne înconjoară), următorul este psihicul, apoi inconștientul, apoi conștiința și central se află personalitatea. Cel mai periferic, care e ceea ce se vede din noi, este corpul; cel mai central, mai ascuns cerc este cel al personalității.

Inconștientul face legătura între corp și conștiința cu cele trei niveluri. În centru se află ego-ul, acel fir care trece prin monedele fișicului, care e suveran pentru toată construcția, e organizatorul. Fiind cel mai central și mai sus, este și cel mai fragil și aparent cel mai mic cantitativ, și deci el ar putea fi compromis prin tulburări în fiecare din verigile celelalte. Altă constatare pentru fragilitatea lui: cu cât verigile sunt mai inferioare, sunt mai solide și se opun cu atât mai mult intențiilor superioare. Pentru a avea o strategie de dezvoltare și de luptat cu acest trunchi de inerție, de entropie, care devin cu vârsta din ce în ce mai importante (reumatisme etc.).

Alte imagini schematice concludente ar fi cea a unor cuburi incluse unele în altele, și în care de la cel mai periferic spre cel mai central se află: corpul

– inconștientul – conștiința (cu cele trei niveluri) – personalitatea, sau imaginea cuburilor și dând forma unei piramide, în care cubul de la bază, cel mai mare, are deasupra sa și cuprinde (include – deci ideea de integrare) în același timp pe următorul, deci de la bază (inferior) spre superior, ordinea este corp – inconștient – conștiința (cu cele trei niveluri) – personalitatea.

Ego-ul integrează conștiința cu cele trei niveluri, conștiința etică integrează pe cea logică, și tot așa în sens invers. În concluzie, conștiința normală este instrumentul major de integrare a inconștientului și a corpului; este la rândul ei suportul ego-ului.

Patologia conștiinței

Prin aceasta se înțelege de fapt patologia stării de veghe (conștiența). Didactic, se descriu: tulburări cantitative și tulburări calitative.

Tulburări cantitative

Constau în diminuarea veghei până la pierderea ei totală (adica comă); pierderea acestui etaj face ca omul să rămână inconștient. De la veghe la coma sunt trei scăderi ale acestui fitil de lampă (valabile și suficiente pentru psihiatrie):

– **obnubilarea**; pacientul e somnolent; își păstrează automatismele, ortostatismul, se face chiar că se uita la tine. Conștiința lui de veghe e pradă unor fantasmе. Deci obnubilarea e un compromis, e pseudotrezie, ceva care parcă cere să te speli pe ochi, să te aerisești, adică să bombardezi substanța reticulată pentru a căpăta înălțime; toți lupăm cu asta dimineața la scolare.

– **stupoarea (stuporul)**; în contrast cu prima, presupune o zacere la pat, cu conștiința aparent păstrată, dar care nu poate fi mobilizată într-o comunicare; are ochii deschiși – dacă îl întrebi sau îl pui să facă ceva, execută cu foarte mare dificultate ordinele sau nu le execută, are o poziție pasivă, zace. Acest sindrom se împarte în patru stupori (patru sindroame stuporoase):

– **stuporul confuzional**; e tulburarea cea mai profundă, privirea e tulburată, rătăcită, injectată, congestionată, în ea se citește ceva somatic, organic, cerebral (nu se preface, nu e bolnav numai cu psihicul).

– **stuporul melancolic (depresiv)**; privirea e îndurerată, plângăcioasă, parcă ar vrea să comunice și nu poate; nu trebuie să forțăm comunicarea, căci nu e răuvoitor.

– **stuporul catatonice**; descifrăm în el o atitudine contrarie, negativistă (îi zici să-ți arate limba, iar el scrâșnește mai tare din dinți).

– **stuporul pitiatic (истерic)**; e cel mai superficial din toate, dă impresia de prefăcătorie; nu are privirea ca mai sus, ci aici e participantă și demonstrează o suferință; patognomonic e clipitul foarte fin al pleoapelor (imposibil la normal), aceasta arată că nu e 100% voluntară, ci are și partea

ei de automatism și inconștientă; în general locul căderii, îmbrăcămintea arată o oarecare pudoare, nu pasivitate; e declanșat psihogen (la primele trei nu putem zice că ar fi efectul unei supărări, de la o ceartă etc.).

– **amenția (starea amentivă)**; conștiința scade sub nivelul stuporului, se poate întâlni înainte de a intra în comă; e un nivel foarte jos al conștiinței. Bolnavul bolborosește cuvinte adesea ininteligibile, poate doar cele foarte elementare să fie de înțeles sau nici atât. Nu putem zice că e în comă pentru că vorbește. Privirea e total rătăcită, comunicarea imposibilă, inexistentă. A fost descris mai ales la copii în bolile infecțioase grave.

– **coma**; nu aparține psihiatriei, dar trebuie recunoscută; se trimite la ATI.

Tulburări calitative

Reprezintă invazia conștiinței normale, în proporții variabile, de către inconștient în starea de veghe. Dacă invazia este totală, tulburarea se numește **sindrom oniric** (sau *delirium*; sau **confuzie mintală propriu-zisă**). E o situație proprie de obicei stărilor psiho-organice acute: toxice (ex. *delirium tremens* la alcoolici), infecțioase (ex. meningo-encefalită, traumatisme cranio-cerebrale). Bolnavul nu doarme, dar e ca și cum ar dormi cu ochii deschiși, nemaiținând cont de reperele realității, el fiind animat de visul lui. Bolnavul halucinează predominant vizual, mai rar având și halucinații auditive. Pentru că e un delirium cu halucinații, bolnavul e agitat conform acestei imagistici, e alergat, se luptă cu obstacolele imaginare. Deci onirismul pune în pericol viața bolnavului și a celor din jur. E un scenariu incoerent, fragmentar, pentru că așa e și visul dar, spre deosebire de visul natural, visul acesta patologic nu se memorează (decât excepțional anumite fragmente). După ce trece perioada de stare, după câteva zile, când bolnavul reintră în realitate, mai poate păstra câteva din aceste fragmente (onirism rezidual).

Dacă invazia inconștientului asupra vegheii nu e totală, ci parțială, rezultatul este un amestec între vis și realitate de proporții variabile, care se numește **sindrom oneiroid** (adică asemănător visului). Sinonimul lui, după H.Ey, este și **sindromul crepuscular**. Inconștientul infiltrază toate straturile conștiinței; infiltrând egoul, bolnavul devine deodată altcineva. Inconștientul poate fi băgat în elemente de realitate (tu ești Delon, tu – Sophia Loren etc.). Adesea starea oneiroidă e profesională. Noaptea poate fi oniric, iar dimineața își mai revine, e oneiroid.

Oneiroidul e deci mai sistematizat, o poveste fantastică, e o interpretare a realității în sensul fantastic, răstoarnă datele realului (în sensul că ceilalți sunt elementele unui scenariu, film, în funcție de ce știe și ce a văzut fiecare). Oniricul e fragmentat, nu o succesiune de imagini, scene ca un film cum e oneiroidul.

Totuși există o diferență între starea crepusculară și oneiroid. Crepusculul e rezervat mai ales epilepsiei și beției patologice, în care se

produc acte grave, crime, urmate de amnezie, în timp ce oneiroidul poate povesti foarte bine aventura pe care a trăit-o (chiar râde de ce și-a imaginat). Între oniric și oneiroid deci vine crepusculul, care e mai destructurat, mai profund decât oneiroidul.

Psihiatria modernă a mai adăugat și alte tulburări calitative. Dedublarea conștiinței trebuie privită ca un ego scindat, care proiectează propriul inconștient dislocat pe alții. Este de fapt mecanismul halucinator și pseudo-halucinator, în care construcția corpului are inconștientul dislocat, proiectat și personificat în altcineva; acest altcineva, „vocea”, îi spune de obicei ceva de rău, persecutor. Este un mecanism care scapă de sub control și este proiectat în ceva exterior („vocea”).

O tulburare superioară și mai ușoară este persecuția (persecuția imaginară). În aceasta, inconștientul este tot dislocat, dar nu ca o persoană, voce, ci doar ca o activitate străină care se opune egoului său („mă urmărește... vrea să mă distrugă” etc.). Mecanismul persecuției nu mai este halucinația, ci interpretarea, sau percepția, delirantă.

Un nivel, situat superior, este conștiința distimică. Dacă dedublarea și persecuția afectează latura spațială a psihopatologiei (spațiul este în afară), în conștiința distimică este afectată trăirea timpului, dimensiunea temporală. E o conștiință ori accelerată, ori încetinită (o conștiință în viteză – excitația maniacală; o conștiință în lentoare, încetineală – depresiune).

Alte tulburări de conștiință datorate personalității se vor face mai târziu (în nevroze, psihopatii).

Semiologia conștiinței și personalității (sindromologie)

Sindromologia este un întreg semiologic, natural, care poate fi studiat prin secțiunea transversală, la un moment dat, a psihicului și se numește semiologia conștiinței și prin secțiune longitudinală a psihicului, obținându-se traiectoria persoanei.

Sindromologia conștiinței are **11 niveluri**, pornind de la comă la luciditate: 1.amețial, 2.oniric, 3.oneiroid-crepuscular, 4.dedublat, 5.depersonalizat, 6.depresiv, 7.exaltat, 8.emoționat, 9.panicat, 10.obosit, 11.enervat / supărat.

Sindromologia personalității cunoaște 5 niveluri: 1.psihopatic, 2.nevrotic, 3.psihotic, 4.psihopatoid deteriorat, 5.demențial și oligofren.

Sindromologia patologiei acute

Conștiința, adică psihicul la un moment dat, are trei niveluri (de sus în jos): etic, logic și vigilent (conștiența). Funcția ei esențială este nu numai de reflectare a realului ci și de creare a unui câmp al prezenței în care să existe o concordanță între realitate și adevăr. Nivelurile etic și logic țin mai mult de nivelul persoanei, vigilența fiind o condiție secundară indispensabilă.

În patologie, situația trebuie judecată de jos în sus. H.Ey a consacrat o monografie acestui subiect. Din punct de vedere formal se poate vorbi de o scară cu trepte, în care tulburările acestui nivel elementar ajung să depășească inconștiența absolută care este coma, trecînd prin trepte de inconștiență relativă și reușind în final să ajungă la o conștiență vigilentă, suficientă pentru desfășurarea nivelului logic și etic. Aceste trepte nu trebuiesc socotite entități prea rigide, caracteristica lor fiind fluența în sus și în jos, chiar la același bolnav și chiar de la o oră la alta.

Prima treaptă care este ori ieșirea din comă, ori intrarea în comă, adică **sindromul amenzial**, reprezintă o prezență psihică total dezorganizată, în care nimic nu are sens, nici chiar limbajul. Totul este fragmentat, pulverizat dar totuși nu este comă. Este de fapt stadiul de confuzie mentală extrem de gravă, pre-letală, care se întâlnește în evoluția nefavorabilă a bolilor infecto-contagioase, febrile sau toxice, în intoxicații, în T.C.C. grave, în insuficiențe viscerale finale. Deci bolnavul este incomunicabil, zace la pat, nu dezvoltă nici o acțiune cu sens.

A doua treaptă este **sindromul numit delirium** (sau **confuzo-oniric** sau **onirismul**) pentru că el reprezintă un vis, cel mai adesea un coșmar, care nu este trăit ca vis ci este proiectat în realitate, substituind realitatea, fără a ține cont de ea. Este un film de groază, extrem de rapid, agitat, vizual (deci halucinația vizuală este fenomenul principal deși pot fi implicați și ceilalți analizatori în mod secundar). Bolnavul trăiește o situație limită din care încearcă să scape, să fugă. În fuga lui neținînd cont de realitate, poate să dea peste alții, poate să se accidenteze, să cadă în gol, să moară involuntar. Este și așa-numitul sindrom exogen de reacție al lui Bonhoeffer, care a atras primul atenția că e un sindrom nespecific, că e un mod de reacție cerebrală la agresiuni toxiinfecțioase masive, brutale. Cu mijloacele actuale, episodul este adesea curabil, nu mai are letalitatea de altădată și constatăm că bolnavul nu a fixat trăirea, nu știe să relateze ce s-a întîmplat decît poate admite anumite fragmente sau, uneori, poate să rămîină cu anumite fragmente în care să creadă în continuare deși s-a trezit (**delir rezidual**). Deci acest sindrom este caracteristic patologiei organice acute (infecții, intoxicații, traumatisme), extrem de rar complică patologia endogenă (cum ar fi furor-ul maniacal sau melancolia confuză malignă) și de asemenea se poate întîlni în starile de șoc psihogen grave (calamități naturale, răniți de război). Se termină de obicei printr-un somn profund, reparator, în acest punct psihiatria amintind de surpriza fericită pe care o ai după o febră mare, cînd viața merită să o iei de la început, deși ești un convalescent epuizat.

A treia treaptă este reprezentată de două sindroame formal echivalente dar clinic totuși distincte; înălțimea lor relativ asemănătoare a fost subliniată de H.Ey. Este vorba de sindromul oneiroid și de sindromul crepuscular.

Oneiroidul, adică asemănător visului, nu este oniricul care ignoră realitatea. La acest nivel realitatea este percepută la nivel senzorial însă bolnavul îi dă o interpretare de poveste sau de film, nu de groază ca în oniric ci de procesiune adesea grandioasă, oricum un scenariu de film. A fost descrisă de Meyer-Gross în 1924 ca formă de schizofrenie (el numind-o oneiroidofrenie). Ulterior a fost observat și ca stadiu de tranziție și nu numai în schizofrenie ci și în patologia organică sau isterie. În descrierea standard, bolnavul zace la pat cu ochii deschiși, dă impresia că e treaz și că percepe realitatea înconjurătoare dar nu comunică. El e prins, e „hipnotizat”, e iluzionat magic de visul la care asistă. De aici rezultă că bolnavul nu halucinează ci el are o falsă recunoaștere continuă, o iluzionare sistematică, percepe delirant și este foarte vecin, deși nu trebuie confundat, cu delirul primar. Oneiroidul aparține patologiei acute, durează ore sau zile și după desfașurarea episodului îl povestește ca pe o poveste minunată care l-a fascinat. În delirul primar percepția, dispoziția și intuiția delirantă care-l compun formează trăiri persecutorii, cel mai adesea de influență exterioară. Aceasta este distincția față de patologia oneiroidă, atribuită de obicei patologiei confuzionale exogene organice, de exemplu în toxicomanii. Toxicomanul face onirism în abținere și face oneiroidie agreabilă când își administrează substanțele. Dar și acum este periculos, pentru că dacă încerci să comunici cu el, se supără că i-ai întrerupt călătoria.

Sindromul crepuscular are caracteristica începutului și sfârșitului brusc, deci semnează paroxismul epileptic. Este o echivalență epileptică și se întâlnește la epilepticii manifești sau la cei latenți revelați de o beție patologică. A doua caracteristică e că trăirea nu este la fel de sistematică cum este în oneiroid, e mai dezorganizată, mai fluctuantă ca nivel, putându-se intrica cu halucinații vizuale, deci se amestecă și cu nivelul oniric; de aici și explicația amneziei parțiale reale. O altă caracteristică este repetitivitatea identică la același bolnav. Apoi violența este absurdă, fără sens; se înțelege că aici nu poate fi inclus un alcoolic care fură cauciucuri și pe urmă susține că e beție patologică.

Sindroamele amenzial, oniric, oneiroid și crepuscular aparțin sindromului confuzional clasic. H.Ey a descris și următoarele sindroame supraetajate pe care clinica obișnuia să le descrie în patologia cronică dar care erau de fapt episoade acute.

Sindromul de dedublare cuprinde sindromul halucinator, delirant-halucinator, sindromul paranoid, sindromul de automatism mental Kandinski-Clerambault, halucinoza Wernicke, delirul primar. Dacă în nivelurile inferioare realitatea era ignorată sau malformată, odată cu dedublarea realitatea este luată în considerare, este percepută dar în paralel coexistă și o trăire delirant-halucinatorie, de obicei auditivă. Este faimosul fenomen al „vociilor”. La acest nivel bolnavul pare treaz și poate dialoga

dar nu exact în momentul activ halucinator pentru că dacă ar pretinde acest lucru ar putea fi o simulație și tocmai aceste două momente trebuie separate. De aceea se vorbește de o dedublare, pentru că este de fapt o dedublare a ego-ului și nu a realității obiective, o disociere a ego-ului (Scharfetter) care se descentrează, proiectează și ascultă sau dialoghează cu un fel de alter ego dușman. Acesta poate fi situat în interiorul bolnavului, în afară sau chiar la mare distanță. Fenomenul este denumit și „solilocvie” sau dialog cu vocile sau răspunsuri la o sursă imaginară. Se pot produce comenzi sau acte de suicid, omucidere, automutilare. Sînt crime patologice, iresponsabile, pentru că bolnavul, deși are memoria lor, motivația este delirant-halucinatorie. Mai este și meritul genial al lui H.Ey de a interpreta fenomenologic delirul și halucinația ca pe o falsificare a relației față de realitatea exterioară, limitată la celălalt, proiectând alter ego-ul în persoana a doua sau a treia a dialogului, nu la elemente de mediu neutre. Deci acesta este sindromul principal din schizofrenia paranoidă, din sindromul paranoid alcoolic Wernicke, din sindromul paranoid de involuție, din sindromul paranoid reactiv.

Disocierea este de două feluri: este o disociere pituitică, isterică, în care personalitatea se descompune în fragmente mari, de exemplu personalitatea multiplă și disocierea schizofrenă (Bleuler) în care personalitatea se dedublează ca în sindromul paranoid delirant – halucinator și mai departe se fragmentează în fragmente din ce în ce mai mici (vezi semiologia incoerenței).

Sindromul de disociere mintală, care este sindromul fundamental al schizofreniei, nu are o evoluție egală. Momentele accentuate sînt acute (Schub) și de aceea intră în scara descrisă aici iar momentele mai șterse intră în patologia de la cronici. Cel propriu-zis aparține schizofreniei și este descris cu mai multe metafore: „destrămarea a unui ghem, țesături”, „discordanța unui ansamblu”, „orchestră fără dirijor”, „eu slab și fragmentat”, un fel de zăpăceală care nu e confuzie pentru că privirea e clară, totul se desfășoară pe fondul unei aparente lucidități (asta făcea pe clasici să distingă confuzia de schizofrenie) și, la drept vorbind, este o confuzie neclasică, neortodoxă în care subiectul este aparent normal, răspunde la orice, și tocmai aici este boala – că răspunde la orice, e prea disponibil (disponibilitate fără scop înalt); el nu are o schemă proprie, nu are program, nu are nici măcar un scop, un lanț motivațional. E ca un fel de automat care execută și ordine absurde (vezi sugestibilitatea catatonică). Tot aici intră tabloul incoerenței de diferite grade și a disocierii ideo-verbale sau dezintegrarea logos-ului. În contrast cu această disociere obiectivă, gravă, mai este un sindrom disociativ în isterie. Acesta este mai sistematic, mai cu sens și în orice caz clar reactiv. El explică fugile isterice, personalitatea multiplă, amnezia psihogenă.

Sindromul de depersonalizare trebuie înțeles în două sensuri. Un sens strict, în care bolnavul își percepe o modificare fizică sau psihică a propriei persoane și care se corelează sau nu cu un sindrom concomitent de derealizare; se întâlnește în debutul de schizofrenie, în psihastenie, în isterie și chiar în neurastenie (C.Stefănescu-Parhon). Al doilea sens e cu mult mai important pentru că este denumit de obicei „sindromul de persecuție” care însă fenomenologic, după H.Ey, e o depersonalizare. Clasicii nu făceau însă această interpretare. Este deci un sindrom nehalucinator, un sindrom interpretativ. Nu este o tulburare de percepție ci o tulburare de gândire și este trăită ca un obstacol în dezvoltarea eu-lui. Obstacolul se numește „dușman, dușmani, rețea, complot, urmărire” etc. Nu este „influența” din sindromul Kandinski-Clerambault, ci sînt mecanisme verosimile, de aici frecvența cu care se produce contaminarea (folie à deux, folie multiple, etc). Este caracteristica paranoiei, parafrenia fiind mai jos situată pe scara sindromologică. Din același motiv bolnavii par normali și pot disimula boala cînd au interesul, de exemplu în expertize. Laicii și neprofesioniștii îi consideră cel mult simulanți și adesea îi socot victime pentru care au compasiune. Ei declanșează foarte multe denunțuri și anchete care accidental dau peste alte fapte care complică interpretarea.

Sindromul depresiv este sindromul în care diminuarea forțelor psihicului e resimțită ca o durere morală, ca o pierdere a sensului, a puterii de a merge mai departe. Este cel mai neplăcut autosentiment care duce la autoînvinovățire și la concluzia și săvîșirea suicidului. I se descriu două niveluri: unul mai ușor, cu conștiința fenomenului nevrotic și un sindrom depresiv delirant, psihotic, melancolic, cu mare pericol de suicid.

Sindromul de exaltare aparține excitației maniacale dar în forme mai ușoare hipomaniei și chiar exuberanței hipertime sau afectării pitiatică. Într-o scală a sindroamelor, acesta nu este ca toate de pînă acum un sindrom de conștiință subnormală ci de conștiință supranormală, pentru că funcțiile și aptitudinile sunt exacerbate. Este o stare de bine interior care nu mai ține cont că plouă sau că sînt obstacole. Este momentul lui, poate chiar nunta lui, cînd este în stare să treacă peste toate contradicțiile. Se întâlnește în prima fază din beția acută, din toxicomanii ușoare, euforizante, după succese deosebite. Se produce o accelerare a trăirilor și o superficializare, o exaltare a vieții, a libido-ului. De aici caracterul moriatic, obrăznicia, violul.

Sindromul de creștere a emotivității (*tracul*) scade performanțele în momente cheie (examene, spectacole, întâlniri importante) mai ales la subiecții emotivi, deci care își controlează mai greu afectivitatea (pitiaticii, complexații, etc).

Sindromul de panică se întâlnește în crize nocturne sau diurne. Este resimțit ca un pericol vital, cu manifestări vegetative puternice (sufocări, palpitații, transpirații, tulburare de conștiință) și reprezintă una din entitățile mai recent descrise în cadrul tulburării anxioase.

Sindromul de epuizare, întâlnit în neurastenii dar și în toate sindroamele astenice, se caracterizează printr-o senzație de copleșire fizică, de nevoie de liniște și repaos, cu senzații neplăcute în corp.

Sindromul de enervare (*supărare*) este un sindrom provocat de o contrarietate care indispoaze și care strică performanțele ulterioare. Persistă deși subiectul ar vrea să-l minimalizeze. Este frecvent întâlnit în crizele psihopatice, după care bolnavul își manifestă regretul.

Sindromologia personalității

Sindromologia personalității se exprimă prin denivelări sau regresii de durată, deci au o expresie care apare evidentă la o analiză longitudinală a persoanei. Dacă implică scăderea inteligenței se vorbește de un sindrom axial (Hoche). Este patologia **cronică** care de-a lungul vieții bolnavului constituie un fond, adesea negativ, pe care pot apărea sindroamele din patologia acută. Ele dispar și continuă fondul.

Scala personalității e prezentată invers decât cea a conștiinței, adică de la treapta superioară spre cele inferioare.

Sunt cinci trepte de de structurare a personalității:

1. sindromul psihopatic;
2. sindromul nevrotic;
3. sindromul psihotic;
4. sindromul de deteriorare psihopatoid;
5. sindromul demențial și oligofren.

Sindromul psihopatic se caracterizează prin aptitudini intelectuale suficiente, integrate însă într-un caracter dizarmonic. Dizarmonia este dată în fiecare tip de psihopatie de o anumită trăsătură de caracter; de pildă, în psihopatia paranoiacă supraevaluarea propriului eu cu subevaluarea celorlalți, dificultatea de comunicare la schizoizi, aderența și impulsivitatea la epileptoid, demonstrativitatea la isteric, agresiunea la antisocial, instabilitatea la borderline, dependența de alții la dependent, insuportabilitatea implicării la evitant, frica de anumite situații la fobic și duplicitatea la pasiv-agresiv. Aceste trăsături dominante nu pot fi stăpânite, nu pot fi moderate.

Aceste trăsături, pe lângă suferința pe care o impun, fac rău celorlalți (K.Schneider). Numărul unor asemenea cazuri este necunoscut; conflictele pe care le provoacă sînt numeroase și ajung la un contact cu psihiatra cînd e vorba de expertize. Au discernămintul păstrat dar pot forța situația prin internări cu sindroame factice, așa că adeseori apar sub alte diagnostice cum sînt sindroamele nevrotice, complicațiile toxicofile. O parte se pot decompensa psihotic cum ar fi schizoizii, distimicii. Dacă pînă la proba contrarie ei trec drept normali, determină totuși o poluare, un fel de „totul

e permis", o corupție pînă la a pune într-o situație penibilă pe normali care, rămânând în limite obișnuite, nu ajung la aceeași prosperitate. Sindromul rezultă atît dintr-o anomalie temperamentală, biotipică cît și printr-o anomalie cîștigată, printr-un deficit de educație de tip sociopatic. Școala americană care este foarte tolerantă cu particularitățile individuale rezervă noțiunea de psihopat numai la acei anormali care își probează diagnosticul prin acte imorale repetate.

Pentru a evita o etichetare exagerată, diagnosticul e preferabil să fie pus după o examinare biografică cît mai extinsă și, pe cît posibil, indiscutabil asupra actelor savîrșite. De fapt punctul de vedere actual coincide și cu cel american și cu anetopia lui Pritchard (1838). Deci psihopatul are un stil, un pattern, un model pervasiv, cu mici variații de-a lungul existenței și își repetă malignitatea în alte acte compulsive, oarecum marcate de destin. Este foarte probabil ca nepotrivirile de caracter din dosarele de divorț ca și „greșelile de tinerețe” cu consecințe penale sînt legate de voințe centrate sub-etic. Puterea moderatoare a grupului sau a instituțiilor de constrîngere e iluzorie la adultul psihopat. De aceea tipurile agresive sînt o calamitate pentru orice comunitate.

Sindromul nevrotic se caracterizează printr-un conflict interior nerezolvat care determină suferință psihică și corporală. Este adesea mascat și suportă toate explorările inutile. Formează peste 50 % din consultațiile de interne, de endocrinologie etc. Trec prin toate ipostazele neurologice și chiar neurochirurgicale. Se cronicizează, se invalidează, se pot decompensa psihotic și constituie o clasă de nefericire greu de satisfăcut pe termen lung, prin procedeele actuale. De aceea fac și obiectul a ceea ce se cheamă „medicina alternativă” și sînt supuși la toate procedeele care „fac minuni”. În esență este o slăbire a eu-lui, o neîncredere în propriile forțe, o descurajare, o umilire, o efortare, un fel de agățare de existență, de menținerea situației sociale, a familiei, o implorare a compasiunii, adesea o victimizare de către partenerii psihopați.

Au o semiologie polimorfă și labilă și de îndată ce este combătut un simptom, fondul anxios găsește altă ieșire. S-a vorbit în mod exagerat de către Heidegger că angoasa ar fi o trăsătură a omului modern și o putem admite însă, în timp ce la omul normal este tolerată și sublimată în ceva creator, la nevrotic suferința e blamată și grevează sistemul de psihiatrie în așa măsură încît acesta nu se mai poate ocupa de patologia majoră. Deci sindromul nu este mai grav decît cel psihotic. Deci cu el se pot comite mai multe greșeli: este substituit de sindromul psihopatic iar el substituie sindromul psihotic. Furnizează false diagnostice de interne, chiar operații inutile și determină reacția paradoxală cînd autoritatea se exasperează și-i consideră simulanți. Este descris în cadrul psihogeniilor și considerat în primele 6 luni de desfășurare o reacție la stres, între 6 luni și 3 ani nevroză

propriu-zisă și după 3 ani – dezvoltare nevrotică. Freud a susținut că societatea produce nevroze pentru că comprimă, refulează instinctele, e frustrantă. El a considerat nevroza ca pe un defect de dezvoltare în perioada adolescenței printr-un mecanism de ratare a identității. Nevroticul ar fi omul care își alege greșit profesia sau drumul în viață, urmînd să suporte frământările, regretele acestei greșeli; ar fi o încurcătură vocațională. Nu este un sindrom omogen și cu cît se îndepartează de neurastenie către obsesivo-fobic și isteric, factorii externi psihogeni se combină și cu o vulnerabilitate personală, au o tendință caracterială favorizantă. De aceea la același stres unii rămîn echilibrați iar alții fac variate nevroze inclusiv sindroame psihosomatice. Nevroticul poate să rămîna necunoscut pentru că are o aparență somatică și nu se mărturisește sau pur și simplu poate să-și ignore propria nevroză și să-și dea seama de ea după ce s-a însănătoșit sau poate să se prelungească într-o dezvoltare nevrotică care implică o deformare definitivă nu numai a aptitudinilor ci și a caracterului. De asemenea sindromul nevrotic se poate întîlni și în debutul psihozelor și în debutul demențelor. Poate constitui o mască înșelătoare în evoluția psihozelor și demențelor și poate de asemenea să continue procesul psihotic remis, fiind una din posibilitățile de sindrom rezidual postprocesual. În cazuri excepționale sindromul nevrotic se dovedește totuși malign, invalidează și necesită pensionare obligatorie care se adaugă celor de complezență. În general este o tendință la mediocrizare, la neangajare și în foarte rare cazuri stimulează creația, fără însă să se ajungă la interpretarea procesului creator ca o expresie a nevrozei. Pînă aici este important de reținut că sindromul nevrotic autentic se însoțește de o concepție despre lume aproape obișnuită, fără distorsionări grave, nici caracteriale, nici aptitudinale.

Sindromul nevrotic care are și tulburări de caracter preexistente va fi interpretat ca o decompensare psihopatică iar cel care are note psihotice este neglijat în favoarea centrării terapeutice pe sindromul psihotic.

Sindromul psihotic autentic este reprezentat de psihozele endogene (schizofrenia, psihoza maniaco-depresivă, paranoia, parafrenia). El presupune delirul sau delirul și halucinația, adică o deformare gravă calitativă a realității obiective, cu constituirea unei lumi subiective proprii. De aici alienarea, înstrăinarea, îndepărtarea de gîndirea comună, în sus, în jos sau lateral. Deci prin el colaborarea și dialogul devin distorsionate, existența socială devine adesea dificilă, dependentă, conflictuală, periculoasă, agresivă și chiar antisocială. Motivațiile actelor fiind patologice, discernămîntul e compromis și se ajunge la iresponsabilitate și izolare cvasi-definitivă. Aceasta este de fapt psihiatria clasică, care a pus problema societății dintotdeauna și care a dus la măsurile de apărare din sec. XIX, adică constituirea azilelor, deci la izolare, separare. Stigmatul acestei

atitudini se menține și astăzi deși terapia a ameliorat soarta acestor sindroame. Se pune chiar problema resocializării, adică a reintegrării în comunitate, pentru că de fapt adevărata antisocialitate e întreținută de psihopați, nu de psihotici (dovadă – statisticile epidemiologice). Jaspers a vorbit de *proces* în psihoză, în contrast cu *reacția conflictuală* în nevroze și a dedus că sindromul psihotic e prin definiție endogen dacă este îninteligibil și e reactiv dacă este inteligibil, distincție de mare valoare prognostică, printre foarte puținele pe care ni le-a dat psihopatologia. Expresia sindromului psihotic se poate face prin aproape întreaga scară de sindroame de la patologia acută, de la exaltare la confuzie, dedublare, persecuție. Contează totuși sindromul persistent, dominant și caracteristic pentru entitate, cum ar fi disociativul sau delirul primar (simptome de rang I – Schneider) pentru schizofrenie sau sindromul depresiv pentru melancolie, sindromul de exaltare pentru manie, sindromul de persecuție interpretativ pentru paranoia etc. Sindromul psihotic reactiv conține un conflict real. Sindromul psihotic de natură isterică se întâlnește în anumite împrejurări (de aceea se și numesc psihoze de detenție).

Sindromul psihopatic, nevrotic și psihotic pot avea o situație structurală în conștiință dedesubtul normalului sau deasupra normalului. De exemplu, psihopații tari sunt deasupra, pe când cei slabi sunt dedesubt. La fel, expresia nevrotică la cei tari este deosebită de cea a celor slabi. Iar psihozele slabe acvencutează persecuția și depresia, în timp ce la cei tari accentuează dominația, sau chiar creativitatea (parafrenia imaginativă, la creatori).

Sindromul deteriorativ se caracterizează printr-un declin intelectual. Se numește și *sindrom axial (Hoche)* pentru că scad performanțele de atenție, percepție, memorie, imaginație, judecată, scade capacitatea de control afectiv, crește impulsivitatea, irascibilitatea, scade în general nivelul social, capacitatea de luptă și prefigurează sindromul demențial. Procesul de deteriorare este în general lung, de zeci de ani. Substratul este organic, deci este un sindrom psihoorganic cronic, posttraumatic, cel mai adesea alcoolic, involutiv.

Sindromul demențial reprezintă deteriorarea extremă a persoanei, o coborâre în sindromul axial către limita de jos, adică se coboară de la inteligență la absurd, la animalizare. Tabloul poate fi agravat și accelerat în evoluție de episoade acute. Toate căile deteriorative se varsă în marele fluviu demențial al bolii Alzheimer, de aceea acest diagnostic pare uneori excesiv, abuziv, înainte de apariția fenomenelor neurologice (AAA). S-a ajuns să se vorbească de un pre-Alzheimer, pe un examen clinic de psihologie, etc.

El evoluează sub trei tipuri principale: sindromul demențial parțial din A.S.C. (în care demența propriu-zisă este mascată de o fațadă și de un nivel fluctuant), demența globală de tip senil (care este mai profundă, cu

amnezie antero-retrogradă masivă și judecata practic nulă, în care este pierdută și fațadă) și demența de tip Alzheimer (care pe lângă sindromul psihopatologic demential adaugă și sindromul neurologic instrumental de afazie, agnozie, apraxie). Sindromul demential necesită supraveghere definitivă în familie sau în cămin spital.

Sindromul oligofren sau de nedezvoltare este de trei grade: cel mai ușor este intelectul limită și debilitatea mintală, în care subiectul din școala obișnuită sau specială reușește să se integreze la periferia societății sau a profesiilor, reușește să-și facă familie, să aibă copii. Este semidependent și sugestiv la antisocialități minore. Imbecilul nu poate fi școlarizat, are o dezvoltare psihică de până în șapte ani, nu știe și nu poate munci, este ținut în familie în totală dependență. Idiotul e o nedezvoltare cu o vârstă mintală de până la trei ani, cu un limbaj minim, nu se autoîngrijește, nu poate comunica, e greu de ținut în familie și e internat în camine-spital speciale.

Schematic, oligofrenul e hipocognitiv și oarecum hiperafectiv, menționează care ajută la diagnosticul diferențial cu schizofrenia, care e hipoafectivă și discognitivă.

Stările psihopatoide (personalitate organică)

Stările psihopatoide sau psihopatia secundară, sau psihopatizările, sunt regresii secundare după ce persoana a ajuns adultă, adică s-a format, în timp ce psihopatiile primare sunt nedezvoltări ca și oligofrenia. Stările psihopatoide propriu-zise apar la oameni care au fost normali și din anumite motive încep să nu mai fie; cei care nu au fost normali rămân cu diagnosticul de psihopați. De exemplu un psihopat care va consuma cronic alcool nu va fi diagnosticat ca stare psihopatoidă. Dacă a fost psihopat se agravează, se decompensează prin alcool.

În istoricul acestei noțiuni a existat tendința ca prin stare psihopatoidă să se înțeleagă de fapt biotipul; adică se numea psihopat cel congenital și cel care avea precis în biografie un traumatism sau o encefalită se numea psihopatoid. Confuzia aceasta a durat mult timp.

Stările psihopatoide pot fi clasificate în sens etiopatogenic. În principal ele survin după afecțiuni care afectează organic creierul. Acestea sunt traumatismele craniocerebrale (cele mai frecvente), factori toxici (cel mai frecvent este alcoolul), meningoencefalitele (mai rare ca în adolescență și la copii), involuția (ca proces organic cerebral – prin ASC, hipertensiune, senilizare), debuturile psihopatică din psihozele majore (schizofrenie, psihoza maniaco-depresivă, paranoia, parafrenia) sau în remisiunea după acestea (fie interprocesual, fie postprocesual – cel mai frecvent în schizofrenie, deoarece în PMD prin definiție interprocesual ar trebui să fie *restitutio ad integrum*), în cronicizările nevrozelor (neurastenia, nevroza obsesivo-fobică, nevroza isterică).

Clinic se caracterizează prin aceleași sindroame pe care le-am făcut la psihopatie, cu diferența că au început la un moment dat și, fapt foarte important și care le deosebește de psihopatiile propriu-zise, se adaugă un sindrom de deteriorare intelectuală care nu este la psihopați. La psihopatoid factorul intelectual trebuie să fie luat totdeauna în considerație, ca principal, în așa măsură încât numai acest factor intelectual poate să pună problema iresponsabilității atunci când deteriorarea este foarte gravă la un alcoolic sau la un grav posttraumatic – atunci nu ne mai deranjează numai aspectul psihopatoid și mai ales aspectul de deteriorare organică și intelectuală.

Sindromul organic care însoțește stările psihopatoide se numește sindromul axial. Vrea să spună că tocmai axa de judecată a persoanei este influențată adică nu este vorba numai de tulburări de comportament care sunt niște manifestări superficiale, ci este angajată rațiunea persoanei, discernământul.

Stările psihopatoide se caracterizează în general prin tulburări clinice, în primul rând în sfera comportamentului care exprimă de fapt un dezechilibru între procesele afective și cele de cunoaștere; mai analitic, cunoașterea, adică atenția voluntară scăzută, capacitatea mnezică în scădere, aspectele de formă ale gândirii (ritmul) încetinit și aspectele de fond, adică simțul realității, capacitatea de analiză și sinteză, procesele imaginativ-creative. deci tot ce are mai fin intelectual, se pierde și adesea este o pierdere definitivă, ireversibilă, făcând parte dintr-o deteriorare organică. În sfera afectivă – indispoziția, irascibilitatea, impulsivitatea, tendința la criză (stări de afect – un afect brutal și cotropitor care îngustează aspectele de conștiință, de rațiune), o restructurare, o pierdere a caracterului – de fapt este o restructurare către datele temperamentale instinctive, native ale subiectului; este ca și când el nu ar mai crede în valori ci în ce simte el, în nevoile, plăcerile lui.

La personalitate se produce o gravă denivelare; subiectul nu-și mai poate ține rangul social, devine penibil, ridicol, deci decade social și economic, și aceasta antrenează o degradingoladă și alte descompuneri morale – divorțuri, încurcături, certuri cu copiii. Deci prin acest psihopatoid se poate rata în plină glorie; prin psihopatie ratarea poate fi înainte de glorie. Sindromul psihopatoid afectează oamenii care au ajuns celebri.

Spre deosebire de psihopați, care au fost descriși ca indiferenți la răul pe care îl fac, psihopatoidul își dă seama, se compară cu ceea ce a fost și dezvoltă reacții nevrotiforme în care întâlnim suferința lui, rușinea lui, regretul, neputința sau din seria – răzbunare, acuzare, revendicare – în funcție de cum s-a produs aceasaa cădere, fiindcă dacă s-a produs din cauza lui, dacă toată societatea spune că este din cauza lui, să spunem că este așa cum îi acuză pe alcoolici, atunci el va căuta o superexplicație în partener, ceilalți; dar dacă este lovit de o mașină („*m-a lovit X, care este director general, nu-l uit toată viața*”) – revendică toată viața diferența de leafă, o serie de avantaje materiale care decurg din decăderea lui.

Clinic deci, starea psihopatoică se însoțește de o multitudine de sindroame nevrotiforme și de posibile adânciri psihotice (stări depresive, tentative de suicid) sau alte dezvoltări posibile. Se poate menționa și dezvoltarea paranoiacă, revendicativ-cverulentă. Aici trebuie lămurită noțiunea de dezvoltare.

Primul sens de acceptat este cel al normalității – psihicul de la naștere pâna la moarte cunoaște o dezvoltare existențială. Acesta de fapt nu este sensul psihiatric. Al doilea sens, cel psihiatric, este de opus al reacției. Deci în timp ce într-un eveniment conflictual putem avea o reacție psihogenă de o săptămână de tristețe după o veste proastă, dacă se va prelungi luni de zile, 6 luni, un an, vorbim de o „dezvoltare“, deci prin dezvoltare putem înțelege cronicizarea reacțiilor. Această noțiune este în contrast cu procesul endogen din schizofrenie, PMD, în care evoluția nu depinde de exterior; evoluția procesului depinde de factori endogeni. Păstrând sensul psihiatric de dezvoltare pentru reacțiile cronicizate, putem avea 2 variante: o dezvoltare cu conflict interior, care poartă numele de dezvoltare nevrotică, în care subiectul suferă și vrea să revină la normal și o dezvoltare cu caracter psihopatic, de care vorbeam acum, în care subiectul se arată indiferent de modificarea apărută și spune „până acum cât m-ați considerat normal, am fost un prost, de-abia de acum vreau să fie așa, fiindcă așa este bine“, deci nu suferă deși noi credeam că el a decăzut. El spune că nu a decăzut, este numai părerea anturajului; este în fond eliberarea lui – „vreau să-mi trăiesc viața“. Nu că nu are conștiință, vrea să renunțe la un statut moral, nu mai vrea să-l aibă.

Ați văzut deci trei sensuri la dezvoltare, în contrast cu noțiunea de proces (normal, nevroză, psihopații). În continuare să vedem ce pot avea particular diferitele stări psihopatoice.

Traumatismul crano-cerebral. Ce ne izbește aici este în primul rând deteriorarea intelectuală. Reacția la această deteriorare este adesea anxios-depresivă și în mod terțiar bolnavul se apucă sau de băutură sau devine toxicoman sau se omoară, depinde de funcția din care a decăzut el. Mai frecventă este reacția revendicativă, deoarece reacția dată de traumatism este de obicei provocată de mașinile altora; dacă este dată de propria mașină, atunci urmează o reacție de supraadăugare ca să plătești mai puțin victima și să prelungi procesul; dacă răspunderea ta este mare (erai șofer și din cauza ta au murit cei din mașină) – suprasimularea este frecventă.

De ce se plâng acești bolnavi? Aparent ei se plâng de un sindrom neurasteniform: cefalee, irascibilitate, insomnii. În fond însă ei au o capacitate intelectuală scăzută. Testele Wechsler arată procentual scăderile de la an la an, de 15 – 30%. Când aceste procente sunt și mai mari, ne apropiem de hotarul cu demența și putem vorbi de cazuri grave (deci nu mai vorbim de psihopatoizi ci de demența posttraumatică).

Caracterial ei sunt descriși ca impulsivi; capacitatea de muncă scade masiv. Își pot menține o fațadă ca să-și poată menține nivelul social, leafă, dar toată lumea din jur știe că ei nu mai sunt ce au fost. Pentru oamenii simpli lucrurile nu sunt foarte sesizabile dar pentru cine a fost ceva (poeti, filosofi, conducători) lucrurile sunt foarte grave; deci drama este proporțională cu nivelul social al persoanei. Este frecvent la acești psihopați să intre în încurcături juridice. Ei se știu cu acest alibi „cu mine să nu te pui că sunt și lovit la cap”. Îți arată cum pulsează locul unde este cicatricea; când vezi așa ceva te sperii și cedezi partida pentru că ei sunt foarte periculoși. Cazurile se agravează prin alcoolizări, devin alcoolici și fac beții patologice; se agravează apoi prin comițialitate cu toată problematica ei.

Toxicomanii (și în cadrul lor – alcoolicii, categoria cea mai frecventă la ora actuală). Care sunt criteriile de durată și de profunzime ca să putem pune diagnosticul de stare psihopatoică pe fond de etilism cronic? Se cere un consum neîntrerupt de minim 3 ani de zile cu fenomene de dependență fizică la toxic sau la alcool. Problematika la toxicomanii din țara noastră este adesea intrafamilială, foarte frecvent ignorați de ceilalți, tolerați la serviciu, știu să-și procure medicamentul fără să deranjeze prea mult sau este personal sanitar. Conflictele lor sunt intrafamiliale; partenerul, copiii nu știu cum să reacționeze la un asemenea caz, nu știu ce să facă. Mai grav este în alcoolism unde conflictualitatea intrafamilială poate să ia calea unei derapări sexuale, prin filiera scădere de potență, gelozie până la maximum, adică paranoia alcoolică cu suprimarea partenerului presupus infidel, mai frecvent, brutalizarea continuă, sadismul întreținut în familie. Profesional – aptitudinile fine se șterg și rămâne numai cu un renume că a fost „cel mai bun mecanic”, iar el nu mai are răbdare să lucreze – tremură, strică tot; deci alcoolismul provoacă neplăceri la serviciu fiindcă calitatea producției lui se modifică și tocmai atunci poate face o reacție de persecuție (nu i se mai dă mașina bună, benzină cât are nevoie), atunci alcoolicul vorbește mult, bârfește mult, se bate, este violent. După ce este reperat ca elementul rău al instituției – dacă se întâmplă ceva rău el este acuzat fără să le fi făcut (de exemplu, ca un proces cu multe milioane la fier vechi în București și vinovăția a căzut pe un portar alcoolic cronic, grav deteriorat, dar care desigur că nu luase el milioanele ci cel mult prin enorma lui neglijență restul făcea ce vroia, alții au făcut combinațiile și restul au profitat de căderea acestui salariat).

Starea psihopatoică în schizofrenie. Debutul este lent și insidios, poate deruta psihiatrul 2 – 3 ani de zile și se fac tratamente pentru tulburări de comportament și mai ales când tratamentul reușește să facă ca bolnavul să obțină anumite performanțe: să-și mențină școala, facultatea, serviciul. Această stare este întreruptă când apar stări majore de psihoză și când retrospectiv ne dăm seama că a fost o greșală. Aici trebuie să fim atenți

cum judecăm cazul; în general stările psihopatoide care nu se explică prin factori exogeni pot însemna debuturi psihotice; de pildă, școlarul care nu este la liceul de matematică, nu are sarcini speciale, nu i s-a întâmplat nimic deosebit care să-i schimbe performanțele, nu are conflicte cu părinții – dar el decade psihopatoid – ne punem problema mai ales a schizofreniei care ar putea să apară pe acest fond.

Mai important este postprocesual, datorită puterii tratamentelor actuale și organizării mai sistematice a tratamentelor, adică o legătură între medici, între cei din clinică și cei din ambulator și din teritoriu, schizofrenii încep să aibă din ce în ce mai mult tratamente continue care astupă nivelul psihotic și există remisiuni pe care le considerăm de buna calitate, care ne determină să-i îndemnăm să-și continue obligațiile școlare, facultățile, profesiile, să se însoare, să nu divorțeze, să fie cetățeni obișnuiți.

Cei apropiați remarcă defectul față de perioada lui de normalitate; defectul este cel mai frecvent asteniform plus izolare, deci o relativă autizare, „bruscherii” – adică reacții disproporționate și neașteptate, tendințe ușoare la interpretare. Prima interpretare este relația, înainte de a vorbi de un delir de persecuție – începe să-și puna probleme: dacă nu vorbim toți despre el, dacă în procentul care s-a comunicat (să dăm afară 9%) nu era vorba despre el – și până la un punct este și natural să te întrebi, ca un om care ai venit din spital, să nu fii primul pe lista de dat afară. Deci nu este vorba de curată patologie sau de o reacție naturală la împrejurări.

Acest defect în schizofrenie trebuie foarte bine cunoscut, pentru că în condiții de răspundere, partenerul apelează la diagnostic și la biletele de externare și vrea de pildă să divorțeze fiindcă are un partener cu schizofrenie – „scrie la carte că are dreptul”... Dacă este în stare psihopatoidă – nu are dreptul și de aici contradicțiile, nedumeririle avocațești, revenirile. Din aceeași noțiune derivă și răspunderea: ești psihopatoid postprocesual, deci dacă faci prostii (fabrici butelii false de aragaz, furi masini) și apoi arăți că ești schizofren de Bălăceanca, ai 7 internări, faci totuși puțină pușcărie; deci din stadiul psihopatoid derivă drepturi dar și datorii cetățenești.

Psihopatoidul din nevroze. Cea care ne interesează cel mai mult este neurastenia. Când vorbim de o neurastenienă cronică și când de o neurastenienă psihopatizată? În primul rând vorbim de o chestiune de durată și aici trebuie să vorbim tot de 3 ani pe care îi punem convențional și la alcoolism și la neurastenienă, în multe boli din psihiatrie, ca să putem delimita stadiul acut sau subacut de cel cronic. Vorbim de psihopatizare în neurastenienă când neurastenienicul renunță la luptă, ca în primii 3 ani; el e clasicul bolnav care umblă pe la doctori și își caută vindecarea, dorea să meargă la sanatorii, să facă orice și să se poată întoarce la muncă; când începe psihopatizarea este exact invers, vrea o pensionare cât mai lungă, nu mai se poate întoarce la locul de muncă și dacă este presat să se întoarcă – renunță să mai lucreze ca

altă dată. Devine și el un chiulangiu fără să își mai facă scrupule, se înrăiește, se acrește și nu mai este omul care îl știi. Are formula „*trăiesc în scârbă*“. Se poate trăi și în scârbă cu tot ce până acum respecta. Din asta derivă și asocierea lui cu partea rea a colectivului și nu mai se poate conta pe el. Parca vrea să arate că „*voi vreți să scăpați de mine*“, fiindcă dacă sistematic tulbură un colectiv, atunci acesta preferă să plătească o pensie decât să continue așa.

Psihopatizarea în neurastenie. Merită cea mai bună identificare fiind o boală socială. Ei trebuie separați de cei care au avut șansa să nu revină în acești trei ani; sunt ca o boală contagioasă, sunt persoanele care întorc pe dos programele la sanatoriu, sunt cei care noi spunem că facem la ora 11 psihoterapie și ne fac ei o psihoterapie de la 3 în sus, mai multe ore și întorc pe dos toată intenția noastră. Aș propune pentru psihopatizările în neurastenie (fiindcă acestea devin din ce în ce mai frecvente) considerarea lor în regim psihopatic clar, adică îndreptare forțată către muncă, răspundere și procedee de ergoterapie autoritară. Fiindcă ei nu mai suferă, cum era neurastenicul care te înduioșează prin povestea lui, ci el pierde simpatia umană și îl observi cum denigrează sistematic absolut totul. Nu mai spun câta „*bașcalie*“, câte glume poate face de procedeele, medicamentele și tot ce face psihiatrul pentru neurastenic.

Psihopatoidul din nevroza obsesivo-fobică. Aici psihopatizarea este tardivă, odata cu involuția și este una din cele mai tardive psihopatizări. Adică sunt ultimii care renunță la „*nostalgia normalului*“. Ei vor să redevină, să devină și așteaptă un nou medicament și altul și toate programele terapeutice. Sunt singurii pe care ne facem catamnezele, studiile pe ani de zile, deci sunt singurii oameni fideli, care se explică, sunt de bunăsimț, nu ne reclamă și în care avem modelul de oameni de recunoștință, deci de „*oameni*“ pe scurt, fiindcă în imensa lor anxietate și problematică valoarea medicului nu se pierde.

Psihopatoidul în nevroza isterică. În contrast cu cea de mai sus, psihopatizarea se produce mai rapid, încep șantajurile; el și-a modificat cadoul (din Havana-Club a trecut la altceva), vrea gradul doi sau altceva, simți de cum intră și vorbește că are alte pretenții. Acest fapt nu merită să fie descris prea în concret.

Psihopatizarea istericului este chiar periculoasă pentru soarta medicului, fiindcă medicul vrând să mențină statutul de relație obișnuită – istericul se supără pe el, îl denigrează, reclamă, schimbă, exact cu aceeași falsă afecțiune cu care prima dată l-a iubit prea public și prea vede toată lumea cum vine el sau ea, prea bine îmbrăcați, prea intimi cu noi, ne deranjează continuu. Când vede că nu mai merge cu medicul, are relația cu cadrul mediu aranjată, cu familia medicului, încercând orice punte omenească ca să-și ducă la bun sfârșit planul de evaziune, de pensie. Sunt cazurile cele mai grele din punct de vedere formal de rezolvat.

Psihopatizările din PG tratat. Foarte rare azi. Rămân cu o discretă dizartrie, râde cam ușor și familia este foarte atentă să nu-și vândă mașina pe cât nu face, să nu facă acte și combinații din care să iasă încurcături. Deci undeva PG vindecat trebuie să țină în alertă tutela familiei. Se poate spune că nici el nu revine, ca și în cazul schizofreniei, la stadiul de restitutio ad integrum, cu toate medicamentele folosite azi. În al doilea rând, caracteristic în PG este frica familiei de recădere în nebunia definitivă din care nu se mai poate scoate, deci reacția obsesivo-fobică a întregii familii.

Psihopatizarea din involuție. Este de două feluri: a celui care nu vrea să iasă la pensie deși îi lipsește numai „olița”; el spune „*este cabinetul meu și nu vreau să plec*”. Chiar dacă face greșeli cu rețete, cu diagnosticuri, nu poate să fie convins, îți spune cine este și refuză: „*am doctorat la Sorbona iar dta ești un simplu activist care îți închipui că ești cine știe ce*”. Deci prima problemă este a omului care se crede indispensabil pe viață, deși este minat organic pentru că este un blazat, nu mai poate să scrie, nu mai are răbdare, nu mai poate să stea de vorbă cu nimeni, încurcă toate, strică dispoziția la toți și toți fac cu mâna și spun „*este bătrân, lasă-l*” dar el nu se lasă. Sunt factori perturbatori de sănătate mintală și servicii fine; în psihiatrie unde sunt toate amestecate nu se simte dacă ești psihopatoid sau psihopat, mai rămâne să se simtă dacă știi cum te cheamă, deci toleranța este maximă. În servicii foarte fine, cu departamente largi, cu mii de subordonați, cu decizii excepționale – aici psihopatoidul de involuție este foarte periculos.

În domeniile fine aceștia ies numai cu un mare scandal afară, în situații penibile. Deci este o artă a normalului de a se retrage la timp, care nu trebuie să fie într-un decalaj prea mare cu factorul lui organic. Orice om trebuie să-și dea seama când nu mai ține minte, anumite probleme grave încep după 40 de ani și de aceea agenda nu trebuie să lipsească, sunt lucruri care încep destul de devreme și noi trebuie să fim obiectivi și să ne dăm seama când acest nivel nu ne poate pune în situații critice. Nevoia de a ne ține o familie, un standard ne duce la asemenea încurcături.

A doua psihopatizare care este cu mult mai frecventă este a celor care s-au retras și nu se pot adapta sau se adaptează în funcții care sunt, care continuă vechea lor glorie, adică: foștii militari vor fi președinți la bloc, fiindcă ei se pricep și la statistică, continuă să creadă că sunt ce au fost, pot să-i amenințe pe alții, pot face reacții paranoiace. Sunt o mulțime de conflicte cu „moșulicii”, cu anumiți moșulici; sunt unii de mare utilitate pentru blocuri dar sunt și unii care ne dau de lucru; dacă ajung la stadiul de terorizare și știu cine au fost, mai nimeni, se bagă fiindcă știu că au o relație și își continuă stadiul de psihopatizare. Există o deosebire care cred că se poate sesiza între modul relativ armonios de a se stinge a celui senil, este o diminuare imperceptibilă a lumînării, față de psihopatoidul hipertensiv în care se amestecă sindromul obsesivo-fobic (frica de accident, de infarct, de AVC –

că va muri pe strada, în timpul actului sexual) deci tot ce încearcă o face cu frica că va fi trăsnit de aceasta și toți îi fac această „psihoterapie”: „*nu mai mânca că o să rămâi ca ăla cu gura strâmbă sau o să mori în somn*”. În privința asta toți care tratează pe hipertensivii bătrâni îi sperie – „*stai la pat*”. Există o mare deosebire între aceștia și majoritatea care sunt cu ASC.

Tabloul psihopatoid în ASC este neurasteniform, cenestopat, hipocondriac, anxios-depresiv și ceea ce este esențial este sociopatic; se produce o cotitură radicală la acești bătrâni. Devin egoiști, nu mai vor să se ocupe de proprii nepoți, copii, desigur păstrând proporțiile ca acești copii să nu fie ei înșiși niște sociopați care vor în mod parazitar să-și prelungească dependența, să le ia tot bătrânilor. Acești bătrâni cu ASC își lasă proprii copii cu serviciu și care nu pot să vadă de copii fiindcă ei își schimbă caracterul. Vând, se separă și asta la sfatul celor care le bagă în cap că vor trăi fericiți dacă au garsoniera lor și îi apucă o disperare a călătoriilor, că așa știu ei că fac „americani”. De unde erau oameni modești, stau să se coafeze, își fac toalete, tot felul de relații; se descriau altădată în involuție aventuri dementiale ale moșulicilor care se iau de adolescente; nu mai sunt asemenea chestiuni acum, problemele sunt psihopatoid: îi apucă divorțul, căsătoriile, „combinațiile de cimitir”, adică participând la toate parastasele, înmormântările și trăind un fel de satisfacție idioată că ei rezistă peste toți care se duc, nu mai țin cont de bunul-simț, ei au o filosofie a lor, ei au greșit până acum fiindcă doctorul a spus că are congrese, cercetări științifice și nu se ocupă de copii – „*și nouă ne ridică tensiunea acești copii și nu ne mai ocupăm de ei*”.

Aspectele sociale care le descriu se înmulțesc și devin alarmante; ele nu sunt aspectele de izolare dementială, de dependență care trebuiesc descrise la un alt capitol ci sunt aspecte de surprinzătoare independență de valorile morale, de frumusețea unei familii.

Aceeași necruțare o să o simțiți dacă o să aveți conflicte judiciare cu bătrânii; devin intransigenți, intoleranți și pot juca povestea victimei. La involuție trebuie precizat că deranjează extraordinar acuzele aduse generații-lor mai tinere. Hotărât că adolescenții au particularități și știți în ce culori sumbre pot fi descriși; totuși nu se poate acredita ideea bătrânilor că lumea e pe ducă și că fără ei e o catastrofă – „*că dacă a murit și X de la Academie, pe linie de cultură... ultimul care mai era pe linie de cultură era Călinescu, și dacă a murit și el...*”. Deci acreditează niște idei paseiste de întoarcere la trecut, sumbre, pesimiste.

(Am o schemă în care vroiam să arăt cum se împletesc cei doi factori de motivație, adică în explicarea unui comportament al persoanei avem de fapt doi factori de motivație: ei nu sunt egali în toate perioadele de viață; cu roșu este factorul afectiv, cu albastru este factorul de cunoaștere rațională. Până la adult, în copilărie și adolescență contrastul între afectiv și rațional

este foarte mare și predomină factorul afectiv. Omul s-a maturizat când factorul rațional este deasupra factorului afectiv. Aici poate surveni un accident psihopatoid. În timp ce colegii lui adulți rămân cu factorul rațional, din motive organice discutate mai sus el își pierde din factorul rațional și bătrânețea lui va fi mai accentuată sub aspectul predominării factorului afectiv, adică irațional, inconștient, emoțional, al impulsivității, irascibilității deasupra factorului de reținere, de cunoaștere. Undeva aici se admite că dacă ai 70, 80 de ani să nu mai se numească psihopatoid, deci se cere o vârstă foarte înaintată. Diagnosticul pozitiv se pune pe urmărirea liniei vieții, unde trebuie să existe o proporție predominantă de albastru, de factor rațional în perioada de adult).

Diagnosticul pozitiv se pune pe istoric, prin efectuarea unor teste de performanță și personalitate (cu repetarea lor după intervale de câțiva ani) care pot arăta deteriorarea, prin examene paraclinice care sunt mai valoroase dacă sunt comparative (EEG, PEG, TC), teste biochimice. Cu testele e mare criză, că dacă ți le faci devii un pic hipocondru, fiindcă te trezești cu colesterolul crescut și nu îl mai scazi chiar dacă mănânci tot timpul numai ulei grecesc.

Diagnosticul diferențial:

- cu psihopatiile – la psihopatoid este un aspect secundar, de decompensare, de psihopatie finală.
- cu nevrozele – nevrozele luptă să-și păstreze personalitatea și caracterul, în timp ce psihopatoidul preferă noua poziție de scârbă, renunțare la lupta anterioară, deci este un defetist.
- cu psihozele – aici este criteriul social; este inadmisibil să credem că un om în plin delir este capabil să aibă performanțe socio-economice egale cu normalii. Delirul în schizofrenie este majoritar paranoid, automatism, bolnavul se autodemască, nu poate rezista. Deci, în diagnosticul pozitiv, pentru psihopatii pledează absența fenomenelor majore de schizofrenie, adică fenomenul de depersonalizare și de automatism.
- cu demențele – în psihopatoid există deteriorare dar există independență și se fac mai mult prostii voluntare din independență pe când în demență intrăm în stadiul de dependență, prostii involuntare, gafe, absurdități involuntare. Psihopatoidul spune „*așa vreau eu*” pe când dementul spune „*nu mi-am dat seama că a fost o greșeala, nu am reținut, am scris 2 în loc de 10, am iscălit unde nu trebuia...*”. Se produc niște lucruri grave, dar involuntar.

Prognosticul stărilor psihopatoide este foarte rezervat, fiind vorba de un fenomen de regresie în plină vârstă de adult. Majoritatea tind către stadii dementiale, fie el alcoolic, posttraumatic sau involutiv; excepția o constituie schizofrenii care au o evoluție ondulantă, cu pusee psihotice.

În timp ce în stadiile psihotice psihofarmacologia este pe primul plan, în stările psihopatoide psihofarmacologia este pe al 2-lea plan și nu dă decât o stare de fond. Se folosesc numai niște psihotrope ușoare sau medii, cu o reputație aproape exagerată fiind Neuleptilul sau Lepartilul. Se mai corectează simptomatic cu antidepressive, tonice cerebrale (ex. piracetam). Pe primul plan ar trebui să fie procedeele de psiho- și socioterapie, care sunt în curs de dezvoltare.

Sindromul psihoorganic de involuție

Ultima etapă ontogenetică presupune fenomenul de regresivitate anatomo-fiziologică globală. Această regresivitate se numește proces patoplastic (adică un proces organic care favorizează și un dezechilibru psihologic).

Există o involuție fiziologică, deci o scădere a performanțelor, însă cu o compensare spirituală (omul devine mai înțelept, capătă titluri mai înalte) și o involuție patologică, în care creativitatea adultului este înlocuită cu o dominantă nouă, care este corpul, nu atât sub aspect estetic (care nu dispare din capul omului niciodată) ci întreținerea, menținerea corpului, lupta cu deformarea și suferința corporală. Asta îl îngrijorează și începe să-și pună problema finală, ajunge la probleme de filosofie, escatologie. Se pune deci problema morții de care suntem îngoasați, neliniștiți și reevaluăm viața de până atunci.

În psihiatrie sunt două căi mari prin care se poate ajunge la acest final. Cea mai frecventă e calea vasculară – procesul anatomo-patologic esențial este ateroscleroza sistemică cu determinări cerebrale, cardiace, renale izolate sau reunite, cu sau fără HTA. A doua cale este cea degenerativă, globală sau în principal cerebrală (proces atrofice cerebral). Aceste două procese izolate sau grupate, combinate (deci mixt), explică substratul material al tablourilor psihopatologice pe care le vom descrie.

S-a vorbit despre sindroame funcționale (deci totul este reversibil), ca reacții la evenimentele prin care trece și despre sindroamele organice parțial sau total ireversibile. Indiferent de substrat (vascular, atrofice, mixt), tablourile psihopatologice se pot grupa în: tablouri psihopatice (psihopatoide), tablouri nevrotice, tablouri psihotice, tablouri dementiale.

Tablourile psihopatice. Sunt legate mai ales de menopauză și andropauză, deceniul 45-55 de ani, epoca de vulnerabilitate mai ales pentru femei, dar și pentru bărbați în care, pe fondul scăderii hormonale obiective, din punct de vedere psihic parcă s-ar produce compensator o biciuire a problemelor sexuale. Vor să prindă ultimul tren din toate punctele de vedere. Se pot produce toate aceste zăpăceli, se poate ajunge la despărțire etc. La noi ajung cazuri de sindroame de gelozie patologică (deci, sindroame paranoide), sau depresii cu suicid.

Tablourile psihopatice se pot contura astfel: fiecare îmbătrânește accentuându-și propriile trăsături pe care le-a avut mai moderate ca adult,

când era normaloid („îl știam pe cutare că era cam..., dar nici chiar așa...“). Deci omul își îngustează preocupările, e mai egoist, se gândește mai mult la el, vrea să supraviețuiască cu orice chip și dacă tot s-a chinuit o viață întreagă să muncească, măcar acum să trăiască cu adevărat. Strânge bani, face planuri de excursii. Încep băile. Devin mai aspri, mai necruțători, mai intoleranți. Toate sunt cu „mai“.

Pe fondul acesta hedonic se produce și o exagerare religioasă (deci conștiința lucrează, păcatele vin în cap și atunci trebuie să se asigure și cu asta). Freud a zis foarte bine că avem cele două impulsuri primordiale: sexul și instinctul morții. Plus că își iau și loc de veci etc.

Se produce deci psihopatizarea, deci exagerarea. Se îngrijesc de sănătate în mod exagerat, controlează tensiunea și fac toate analizele, supraîngrijire corporală, gelozii, despărțiri, preocupări sexy de prelungire a perioadei (să nu fie menopauză sau andropauză).

Tablourile nevrotice. Poate fi vorba de oboseală legitimă (am muncit mult, am tras mult, acum trebuie să plătesc) deci pensionari precoce prin neurastenii. Aici intră o largă categorie socială: muncitoarele, funcționarele, mai puțin corpul didactic și doctorițele. Sindromul obsesivo-fobic – acum corpul poate să aibă cancer, deci căutarea cancerului, e o catastrofă să te explorezi global și să te expui la atâtea și care se însoțește de iatrogenii. În involuție se amestecă realul cu imaginarul și de aceea bat drumurile spitalelor. Nevroza isterică – atunci când doctorul spune „n-ai nimic, ai doar 15 tensiune“, atunci ea cade între mașini, te reclamă și până la urmă finalul e știut: trebuie pensionată.

Tablourile psihotice. Sindromul cel mai frecvent e melancolia (depresiune psihotică gravă), cu consecința ei presantă – suicidul, suicidul grav, real, realizat, nu atât tentative demonstrative. Deci defenestrări, aruncări înaintea trenului, mașinilor, spânzuratul. Ce se întâmplă? Melancolia de involuție e adeseori agitată, deci cu mare neliniște, anxietate, mai rar stuporoasă, omul se mișcă, nu zace, se frământă, se sfâșie și interior și exterior. E o mare nenorocire. Când e de condiție simplă, el crede că are o boală somatică mai ales digestivă (constipație, stomac, ficat etc.). Când e de condiție mai bună, e hipocondru (știe el exact când va face cancerul, unde îl are, când va face infarctul – care chiar se întâmplă după atâta frică și așteptare anxioasă). Melancolia însăși e o sinucidere lentă, nu neapărat actul în sine. Nu mai mănâncă, nu mai doarme, se perpeleşte, face un delir de autoacuzare, în care tema esențială e depresivă, adică trebuie să mor, nimic nu își mai are rostul. Când zice „mi se pregătește moartea“ – e o melancolie delirantă, iar când zice și mai mult, că se va chinui veșnic, pentru că toate organele lui sunt distruse, e sindromul Cotard.

Deci se autoacuză, el e vinovat, ș-a înșelat nevasta, și-a crescut rău copiii, i-a nenorocit pe ceilalți. Se mai vorbește și de o autodemascare (se duce la

poliție, „eu am făcut asta” sau „eu am știut asta și am ascuns” chiar și după 20 de ani de la faptă). E deci o nevoie finală de adevăr, pe care în mod natural de obicei o escamotează. Adevărul stă parcă în straturile noastre adânci și parcă nu putem muri fără să-l mărturisim. Melancolia deci ne arată străfundurile noastre omeneste. Depresivul e nebunul cel mai uman, dă impresia unei suferințe extreme. Trebuie să-i dăm toată atenția pentru că oricând se poate omori.

Psihoza paranoidă de involuție. Spre deosebire de marea paranoia (privilegiu al marilor personalități), se desfășoară cu un delir de mică amplitudine, ce se referă la o persecuție foarte verosimilă, de bătaie scurtă (anturaj, vecini). Prima persecuție e că vecinii fac zgomot continuu contra ta. Toate devin un delir de persecuție. Se adaugă halucinațiile auditive insultătoare (halucinațiile proiectează ceea ce noi nu vrem, refulăm și ascundem). Datorită acestei persecuții, apar măsuri de apărare, care sunt ciudate (baricadări, pune totul la ușă, astupă ferestrele etc.). Când ieși afară îți pui un lighean pe cap și atunci ești adus la gardă (cel mai ușor de adus). Atacul e de obicei fizic, mecanic, chimic, mult mai rar sindromul Kandinski-Clerambault (raze, unde etc.).

Persecutorii lor sunt foarte verosimili, la fel și mobilurile lor sunt foarte verosimile (îi derutează ușor pe polițiști). Ei scriu cereri în care atrag atenția asupra unei mulțimi de nereguli. Deși sunt niște oameni slabi, devin niște spaime sociale, reclamă foarte mult. Când personalitatea e mai bogată, bătrânul face o paranoia de involuție, în general o paranoia de grandoare, sau politică. Tema esențială e să facă ei un guvern. Greu de diferențiat acest delir de real.

Poate face și parafrenie cu debut tardiv, adică pe lângă grandoare, bună dispoziție, există și o bogăție de halucinații vizuale și auditive, cu conținut de mare amplitudine, o poveste fantastică, bogată, poetică.

Tablourile dementiale. Organicitatea propriu-zisă după 45 de ani înseamnă o deteriorare lentă. E ca o lampă ce-și diminuează lumina în mod lent, de la 45 la 75-80 de ani. Dacă ar fi așa, ar fi o involuție armonioasă, tot trebuie să pleci într-un fel din lumea asta. În psihiatrie se poate petrece accelerarea acestei deteriorări, care după o acumulare cantitativă face un salt calitativ care se numește demență, adică o gravă pierdere a persoanei, a datelor ei esențiale. Se pierde esențialul din persoană, ceea ce se numește sindrom axial, adică se pierde inteligența. Pierderea e groaznică.

Sunt patru demențe: demența arteriosclerotică, demența senilă, demența Pick, demența Alzheimer. *Demența arteriosclerotică* are evoluție variabilă, între 7 și 10 ani în medie și combină tulburări neurologice, accidente vasculare cerebrale tranzitorii sau definitive cu o evoluție ondulantă psihică, caracterizată prin scăderea funcțiilor intelectuale, scăderea puterii de concentrare, scăderea memoriei (mai ales a celei recente, a ultimelor

achiziții) și cu o creștere a proceselor afective, adică labilitate afectivă, sentimentalism exagerat (patologic), până la râs și plâns spasmodic (pseudobulbar), însoțite cu omul îmbătrânit, cu mers târșâit, cu pierderea gesturilor fine, cu scrisul modificat, cu scăderi și acuze în toate simțurile (nu mai văd bine, nu mai aud bine, fosfene, acufene), amețeli, cefalee, etc. Se pierde enorm, dar totuși se menține ceva din conștiința propriei persoane (eu am fost cineva). Un vascular poate da răspunsuri o dată mai bune, o dată mai proaste, mai vagi, mai incomplete, deci răspunsuri inegale. Totuși, la el fațada poate fi mult timp menținută. Nu se moare de demență, ci de faptul că slăbește, e vulnerabil la infecții și la toată patologia de involuție. Pe acest fond se pot înregistra episoade confuzionale legate de creșteri ale TA sau de procese tromboembolice și deci se poate asista în ultimii ani la anumite agravări și nesperate reveniri, vorbindu-se în cazul acestui tablou clinic de demență multiinfarct. E un om în general îndurerat și în legătură afectivă cu doctorul.

Demența senilă e pe un fond de indiferență, de inconștiență globală, nu mai știe ce a fost, nu-l mai interesează nimic, decât să mănânce. Demența e globală, cu inconștiența bolii, cu agresivitate, sălbăticie, gatism. E ori mult prea liniștit, ori prea agresiv. E un om total pierdut. Moare prin boli intercurrente.

De remarcat la ambele categorii scăderea capacității de adaptare, pierderea independenței. E important la bătrâni să evităm sindromul Charpantier – sindromul schimbării (de acasă la spital și invers).

Demențele Pick și Alzheimer se numesc demențe atipice și se datorează unor degenerări cerebrale de tip Pick sau Alzheimer. *Demența Pick* are ca substrat o atrofie, în principal frontală și a polului frontal a lobilor temporali. Se caracterizează printr-un sindrom apato-abulic, în care bolnavele (raportul femei/bărbați este de 5/1) rămân inactive, ba chiar la pat, nu sunt agresive și lipsindu-le lobul frontal, tabloul seamănă cu cel al frontalilor (tumorile de ex.): pot fi moriatici, cu afazie amnestică (o amputare de vocabular).

Demența Alzheimer e cea mai gravă, poate fi socotită o demență precoce. Același substrat ca la demența senilă: atrofie globală, cu mărire a ventriculilor (hidrocefalie internă), iar microscopic – plăci senile și degenerescență fibrilară (plăcile senile au fost descrise de Gh. Marinescu). Pe lângă demența senilă obișnuită, caracteristic în demența Alzheimer este sindromul neurologic instrumental al celor trei A: afazie – agnozie – apraxie. Apoi incontinență, emaciere, final prin infecții.

PSIHIATRIE SPECIALĂ: ORGANOGENII, ENDOGENII, PSIHOGENII

Capitolul IV Organogenii

Introducere

Patologia organică se referă la patologia de origine exogenă psihicului, de natură organică, adică cerebrală sau corporală, în contrast cu patologia funcțională (psihogenă sau endogenă) unde factorul organic este secundar și mai greu de dovedit deocamdată.

Conform DSM IV TR admitem că acest capitol de patologie organică strict vorbind se va extinde în viitor și la substratul organic biochimic al psihozelor endogene. Cu toate acestea credem că patologia organică propriu-zisă trebuie să rămână la descrierea sindromului psihoorganic acut (delirium – DSM IV TR) și sindromul psihoorganic cronic, adică sindromul de deteriorare și demențial (DSM IV TR).

Bonhöeffler (1911) a descris acest tip de reacție organică ca răspuns necondiționat al creierului la agresiuni materiale brutale, intense (infecții, TCC, tumori, etc.) în care reacția este relativ nespecifică și se numește *sindromul psihoorganic acut* sau *confuzia mentală*, sau *sindromul axial acut*, în care psihicul e prăbușit de la baza sa, de la nivelul conștiinței, adică al vigilității (treziei), conștiinței.

Asistăm la **patru criterii** ale tulburării:

- îndepărtarea de lumea reală (= obnubilare)
- dezorientare temporo-spațială
- incoerență
- amnezia episodului

+/- halucinații vizuale și delir

+/- manifestări vegetative (febră)

În total, sindromul se mai numește **delirium** (mai ales începătorii confundă noțiunea cu delirul sau ideea delirantă, care este o tulburare semiologică mai îngustă de gândire în timp ce delirium este o tulburare de conștiință). Clasicii vorbeau de o stare gravă, când delirium-ul era delirium acutum prin creșterea ureei în sânge, având un prognostic nefavorabil.

Delirium-ul evoluează către moarte sau vindecare completă. În unele cazuri se cronicizează (peste 6 luni – 1 an), trecând către sindromul de deteriorare – demență – adică sindromul psihoorganic cronic, prin anumite stări de tranziție numite sindromul amnestic Wieck. Cel mai cunoscut dintre acestea este sd. Korsakov.

Sindromul psihoorganic cuprinde tulburările psihice de cauză materială, organică, cerebrală sau corporală. Tulburările se explică printr-o leziune metabolică sau anatomică.

Se clasifică în sindromul psihoorganic acut (în care agentul patogen acționează brutal, masiv, global și determină o stare de confuzie mentală) și sindromul psihoorganic cronic (în care agentul patogen este de intensitate mai scăzută, acționează pe o durată mai lungă, cu o acțiune mai difuză). Diferența acut/cronic se face după criteriul timp (acutul îl situăm până la 6 luni; cronicul după 6 luni -1 an și apoi toată viața), criteriul nivelului de regresivitate al tabloului psihopatologic (în cel acut e vorba de o confuzie mentală; cel cronic include: deteriorarea mentală (sindromul deteriorativ – defectul organic), sindromul demențial, oligofreniile (tot condiții organice, însă agentul patogen acționează în primele stadii, intrauterin sau perinatal și determină o encefalopatie cu consecințe pe toată viața).

Nu există o specificitate patognomonică a tabloului clinic, în funcție de cauza organică care-l provoacă. Tabloul clinic este nespecific. Specificitatea se obține prin anamneză, fiind un dat clinic ce se obține din ceea ce povestește bolnavul („mi-a căzut o cărămidă în cap”, „îmi vine rău și cad jos“...).

Sindromul psihoorganic acut este un *sindrom axial de conștiință* (Hoche) pe când sindromul psihoorganic cronic este un *sindrom axial de personalitate* (Hoche).

1. Dependente

Dependența de droguri și medicamentoasă

(În terminologie internațională – DD = drug dependence; în terminologia franceză mai veche – toxicomanii).

Prin definiție, dependentă e o persoană care nu poate funcționa normal decât cu ajutorul unei substanțe chimice care-i provoacă episodic o stare de bine, care-i provoacă obișnuință, fără de care se simte rău și chiar nu mai poate trăi, al cărei efect e în scădere dacă nu se crește doza și care, în esență, își face sieși rău și celorlalți. Sieși pentru că e considerat ca o echivalență de suicid lent, treptat, iar celorlalți pentru că drogul costă bani, pentru bani trece peste drepturile celorlalți (familie, grup) și poate ajunge

la acte antisociale. E un flagel mondial, se pare că atrage până la 25% din populația globului, repartizată inegal geografic.

Prima întrebare în psihopatologie e dacă toată lumea e vulnerabilă la drog sau numai anumite persoane. În ce constă tendința, slăbiciunea la drog? Motivația pentru care se ajunge la drog este foarte variată. În general se admite o dizarmonie, o „slăbiciune” a persoanei, dar acest termen american poate acoperi toată psihiatria, e prea puțin pentru noi. Este vorba ori de persoane mai dependente, mai infantile, mai dizarmonice, care nu au destulă încredere în ele însele, deci cu o conștiință de sine vulnerabilă, și în felul acesta depind foarte mult de ceilalți, în primul rând părinții (aceștia dezamăgesc cel mai puțin), apoi partenerii (care-i dezamăgesc la maximum) și prietenii (care au limite de ajutor, de înțelegere).

S-a vorbit despre anumite trăsături ale occidentului – solitudinea, emigrația, grupurile minoritare, prejudecățile (negru, spaniol, rasa proastă). Deci în societatea modernă se adună, se cultivă anumite prejudecăți și complexe, care provoacă o stare afectivă rea, care cere compensare, la îndemână fiind alcoolul și drogul. În provocarea dependenței, un rol important îl joacă condiționarea, obișnuința, presiunea celorlalți („trage și tu o dată, nu se întâmplă nimic”).

Debutul e precoce, în anii de școală, dar vulnerabilitatea maximă e la adolescență (în primul rând la droguri; la alcool perioada de vulnerabilitate este după 20 de ani). Ne găsim în fața unei exogenii, adică a unei cauze externe, față de care aparținătorii drogatului socot că el are voința scăzută, slabă; el ar putea să se ferească și să scape. Nimeni nu înțelege această atracție, fascinație pentru paradisuri artificiale.

Situația drogaților în lume este gravă nu atât pentru că lumii i-ar păsa atât de mult de viața lor, cât pentru că ei compromit siguranța, viața comunităților normale: circulația, comerțul. De aceea societatea occidentală a hotărât război cu drogurile, care costă miliarde, și nu se știe cât va dura. E singura problemă de psihiatrie pentru care se cheltuie miliarde, și singura în care există colaborare internațională prin Interpol. Există de fapt o dublă rețea: de ajutor și tratament, și alta de combatere a traficului (producție, vânzare a drogurilor). Maximumul de consum se înregistrează în SUA, apoi țările occidentale, mai ales nordice (de ex. în Suedia, rețeaua de TBC s-a convertit în sanatorii pentru drogați). Este unul din scandalurile mondiale. Lumea e exasperată de această problemă. S-au propus și soluții fasciste.

Dependența este de două feluri: psihologică (psihică) și fizică (somatică). În cazul primei, întreruperea, retragerea (withdrawal), dă o stare de neplăcere dar nu este un pericol vital, în timp ce la a doua întreruperea cu sindrom de abțință fizică poate avea consecințe fatale .

Din acest punct de vedere, drogurile se împart în :

- minore (dacă dau numai întrerupere psihologică)
- majore (dacă dau ambele tipuri de întrerupere)

Drogurile minore se bucură de o enormă toleranță ca sex, vârstă, profesie, pentru uzul general.

Clasificarea O.M.S. pentru D.D. :

- categoria I – opiacee naturale și artificiale
- categoria II– barbiturice, tranchilizante, alcool
- categoria III– cocaina
- categoria IV– marijuana
- categoria V – amfetamine
- categoria VI– LSD
- categoria VII– khat
- categoria VIII – tutunul
- categoria IX – cafeaua.

Opiaceele – cea mai veche și mai puternică categorie de droguri, bine cunoscută și descrisă încă din secolul al XIX-lea (ex. Baudelaire). E vorba de morfină, extrasă din mac și de cele artificiale, cum e heroina. Sunt două surse mondiale: țările cultivate de mac (Asia mică, America de Sud, posibil Bulgaria) și producătoarele de heroină – chimiștii clandestini (sudul Franței, nordul Italiei). E cel mai puternic analgezic, însă cazurile dovedite toxicomane pentru acest efect sunt puține față de marea majoritate, care nu au nici o legătură cu durerea. Efectul esențial al heroinei este euforizarea. Se produce o blândă obnubilare, o ușurare de povara subiectivă internă (neliniștea, angoasa, depresia, indispoziția) și se stimulează creația, imaginația, imaginarea, visarea. Se poate ajunge chiar la somn, dar mai specific este somnul cu ochii deschiși. Această bază psihologică poate fi folosită după bogăția sau sărăcia fiecăruia, în funcție de profesie de ex., dar majoritatea nu exploatează starea de creație, ci pur și simplu fac dragoste fără jenă sau afișează un radicalism care nu a dus la nimic. Mulți dintre cei care au murit prosteste în Vietnam erau drogați.

În SUA rețeaua de psihiatrie e plătită sau desființată în fiecare oraș după fluctuația drogaților la heroină (cum crește crima prin drog, cum te muți în alt oraș, înseamnă că ești incapabil să cooperezi cu poliția și să tratezi drogații).

Tabloul clasic al morfinomanului azi nu îl mai vedem, în schimb îl știm pe cel al heroinomanului modern. Portretul robot al acestuia ar fi: un tânăr cu condiție igienică dubioasă, cu apucături violente antisociale, nu poate fi

trezit, dacă îl trezești te omoară pentru că i-ai stricat visul (el călătorea). S-a luat măsura să fie cartelați și să li se dea diverse substitute pentru a evita abstința fizică și violența pe care o implică. Cel mai cunoscut substitut este Metadona, dar rezultatele nu sunt excelente. Proiectul respectiv costă foarte mult și sunt 60-80% recăderi în prima lună de la externare.

Toți drogații se consideră victime, ale bolii, ale familiei, ale societății, știu să mintă și să se justifice, au o filosofie proprie, specială, antisocială, nihilistă, ei urând normalii.

Sindromul de abțință constă în dureri corporale, cefalee atroce, grețuri, vărsături, neliniște, insomnie și impulsivitatea de a face orice pentru a ieși din această stare. Dacă se reușește prin tratament, bolnavul trebuie să lupte în continuare cu compulsiunile, adică în primul rând cu propria nostalgie și apoi cu tentațiile care i se oferă în jur. Întreruperea poate duce la o stare de confuzie și moarte.

Tratamentul în clinicile specializate presupune deci o tehnică de reanimare (unități DETOX). Unul din principiile terapeutice e să tratezi o grupă de medicamente cu medicamente din altă grupă (tehnica încrucișării); deci nu se tratează în doze descrescând morfină cu morfină, ci cu oricare din altă grupă (dar nu heroină pentru marijuana de ex., deci nu una mai dură pentru una mai slabă). După sedare, se face hidratare și tratament simptomatic psihiatric (depresivii cu antidepressive, nu electroșoc pentru că sunt foarte fragili și slăbiți fizic), plus psihoterapie de grup și individuală. Ei au multe facilități.

Metadona. Este o substanță cu mare potențial de dependență și doză letală mică. Prescrierea se va iniția dacă drogurile opiacee sunt luate în mod regulat (zilnic), există dovezi de dependență, dacă e posibil controlul administrării primelor doze de metadonă (risc inițial de mortalitate prin supradoză). Nu se va elibera o cantitate mai mare de doză pe o săptămână. Se prescrie doar forma lichidă pentru administrare orală. Dozele inițiale se vor alege cu grijă, în funcție de cantitatea de drog consumată zilnic anterior, perioada de întrerupere de opioid, utilizarea altor substanțe, cu rol potențial depresogen (ca alcoolul, BZD). Se preferă a iniția cu o doză mai mică ce se va crește treptat dacă se dovedește insuficientă. Nu trebuie uitat că sevrajul opiaceu nu prezintă riscul vital al supradozei de opiaceu. Supradoza de metadonă impune administrarea de naloxonă. Alternativă la metadonă este buprenorfina (Subutex), care este un opioid sintetic, agonist parțial opioid. Odată ce are legare înaltă de receptorii opioizi, există riscul precipitării sevrajului opioid la doze mari de inițiere. După o perioadă de stabilizare pe substanțele de mai sus, se va negocia cu pacientul încercarea de reducere treptată a dozelor, având ca obiectiv final abțință totală.

Problema dezobișnuirii presupune un tratament complet pe durată de luni de zile care combină formele de psihoterapie individuală și de grup cu metode socioterapeutice, ergoterapeutice și apoi cu încercări de reinsertie, găsirea unui serviciu, schimbarea anturajului, un nou început. Sunt mai multe păreri în privința evitării recăderii. Unii recomandă un drog mai benign, ca metadona, ca tratament de substituție de lungă durată. Alții cred că metadona nu rezolvă ci prelungeste dependența. În orice caz, recăderile sunt până la 80%. De asemenea recomandarea de a ține cont de opțiunea bolnavului drogat duce la externări precoce, arbitrare, urmate de inevitabile recăderi. Credem că trebuie insistat pe toate procedeele care fac ca bolnavul să fie compliant.

Barbituricele și tranchilizantele – e o toxicomanie a oamenilor săraci și bătrâni, cu o necunoscută reprezentare și la noi în țară. De remarcat că nu există dependență la epilepticii care iau toată viața barbiturice. Dependența la barbiturice (clasic, hipnoticele) e frecventă la insomniaci; de ex. după 20 de ani ia din ce în ce mai multe pastile, pentru că vede că nu mai își fac efectul. Deci toxicomania la barbiturice nu dă euforie, ci somnolență, chiar un disconfort (crede că are un cap cât o baniță) și pare ca un epileptic, adică dă un sindrom psihoorganic cu vorbă împăstată, lentoare, acnee, parodontoză. Unul din semnele grave de retragere și de prognostic nefavorabil e reprezentat de crizele comițiale, datorate deranjării pragului de convulsivitate globală a sistemului nervos.

Tranchilizantele – dependența la ele a crescut enorm chiar la noi în țară. În primul rând pentru că se consideră hipnotice (nu dormi, iei un Diazepam), apoi toți știm că trebuie să combatem stresul (te duci cu o cerere, ia un Diazepam; de fapt la noi toți iau Rudotel, pentru că poți să conduci și mașina). Prin anii '60 se făcea tratament cu Meproamat la alcoolici și s-au combinat două toxicomanii (dacă luai două cp. Meproamat, beai mai puțin și te îmbătați mai bine). Când se ajunge la zeci de pastile pe zi, se iese din jocul de-a pastilele și se intră în toxicomanie, cu dependență fizică și psihică.

Tratamentele se fac la noi în clinicile psihiatrice obișnuite, la un loc cu ceilalți (reanimarea nu-l primește decât dacă e în comă). Atitudinea noastră e destul de dură. Pe barbiturici îi tratăm cu tranchilizante și viceversa. Neurolepticele sunt contraindicate pentru că dau hipotensiune ortostatică, iar drogații dependenți fac colaps și pot muri prin tratamentul nostru (lucru valabil și la alcool și la delirium tremens). E bine să avem medicația injectabilă ca să putem controla cât facem. Noi avem Diazepam și Fenobarbital fiole, pe care le dăm încrucișat, cum am arătat.

Cocaina există și la noi. Primii vizați sunt medicii care lucrează cu soluție de cocaină: oftalmo, ORL, stoma. Ei și cu surorile lor. Ei manipulează cu kilogramul soluție de cocaină pentru anesteziile de suprafață. O dată

operațiile lor reușite, mai trag și câte o dușcă de cocaină. Intoxicația provoacă o hipomanie, deci o ușoară euforie, dar nu te dai în stambă, ești controlat, energic, în forță, bine, dinamic. Pot face și stări de abținere (devin violenți, țipă, urlă, lovesc, își schimbă caracterul); de fapt ei nu știu că deveniseră dependenți. Dând o creștere a performanțelor, cu acea stare de bine, e de înțeles de ce e folosită. Sursa este traficul de drog din Columbia.

Marijuana e folosită mai ales în țigări cu marijuana. Consumul se începe precoce, elevii se presează unii pe alții. Este ușor euforizantă. Unii cred că nu depășește efectul băuturilor gen Coca-Cola, Pepsi. S-au ținut congrese în care s-a arătat că nu e nocivă, că trebuie lăsați copiii în pace. Dar acolo unde se consumă s-a constatat o scădere a interesului pentru matematică, fizică, pentru încordare în general. Deci stimulează plăcerea, evită durerea, dar nu stimulează ambiția, flectează voința, planurile, strategiile. E un lucru general la drog („trăiește clipa” – formula falsă de seducere). Și până la urmă s-a hotărât să nu se mai permită folosirea ei în școli. Sub formă de cânepă sălbatică s-au semnalat fumători de asemenea substanțe. Persistă discuția dacă nu ar trebui tolerată marijuana deoarece semnele de dependență sunt foarte mici iar beneficiul ar fi al folosirii în sindroamele dureroase cronice.

Amfetaminele (psihostimulantele) sunt adevărate substanțe de dopaj. Se injectează iv. La politoxicomani se injectează cu heroină (cu heroina călătorești, cu amfetamina devii un „strong” – pe trotuarul pe care merg ei, trebuie să dispari). Tabloul de excitație seamănă cu schizofrenia paranoidă; are idei de forță, de grandoare, e agresiv, intolerant, cu o capacitate de efort excepțională. O ramură importantă sunt rockerii. Retragerea la amfetamine poate da psihoze confuzionale de tip delirium, în care pot fi și halucinații. Halucinațiile, visarea și călătoria aparțin heroinei, amfetamina doar în retragere poate da confuzii. Deci se descrie un sindrom de efect direct și un sindrom de retragere. S-au înregistrat cazuri sporadice de dependență după folosirea anorexigenelor.

LSD (dietilamida acidului lisergic) e o substanța psihodisleptică, adică provoacă o patologie psihiatrică, o psihoză experimentală. Substanța nu e în comerț. Aici deci nu e vorba de drogați. Monopolul producerii îl au doar 30 de firme din lume, interconectate. Se produce în scopuri terapeutice, anume în schizofrenia cronică, apato-abulică, poate fi stimulat terapeutic cu LSD. Pentru Europa Centrală se face în Elveția. Există lucrări care dovedesc mobilizarea schizofrenului, care întotdeauna înseamnă și un risc, pentru că nu se reface o personalitate, ci dintr-un tăcut poți face un agresiv. Deci merită riscul ieșirii din această stare pseudodementțială.

Khat reprezintă frunzele unui pom (ca un salcâm) din țările arabe, din Orientul Apropiat, pe coasta estică a Africii, cu tendința de a trece spre

Pakistan și India. Frunzele acestea se mestecă. Se adună grupuri, fiecare cu pungulița în care a cules frunzele și le mestecă, ajungând la o stare de excitație, cu o stare de bine, sociabilitate. Constatându-se deci o dezechilibrare psihică, OMS și ONU le-au propus să extirpe acești pomi și să planteze altceva. Nu au reușit.

Tutunul – dependența de nicotină. Abstenența la tutun, oricât de mare ar fi consumul, dă fenomene fizice (tuse, greață, stare de rău), dar nu conferă acea situație de iresponsabilitate sau de gravitate ca la celelalte; nu omori pe nimeni pentru că nu ai țigări.

Cafeaua. Cofeinomania e cea mai benignă. Fiiolele de cafeină se vând și fără rețetă și sunt foarte ieftine. O fiolă de cafeină conține cafeină echivalent a patru cafele turcești. Deci cine consumă 3-4 cafele pe zi sau antinevralgice (conțin și ele cafeină) poate ajunge la dependență. Efectul e minor, seamănă cu cel de la amfetamine. Se numea și toxicomania gospodinelor. Ulterior s-a văzut că este ultrarăspândit. Există abuzul de cafea. Retragerea nu dă sindrom fizic, și probabil la cafea sunt cele mai multe retrageri, pentru că aritmiile, palpitațiile sperie.

Inhalante. Inhalantele sunt folosite mai ales de către „copiii străzii”. Sunt ieftine, se găsesc fără restricții, și deocamdată sunt o problemă neglijată, amestecată cu alte situații mai grave – lipsa locuinței, banilor, cerșit.

Alcoolismul

Drogul românesc cel mai important e alcoolul. Deși după al doilea război mondial până acum au fost 23 de congrese mondiale, nu s-a reușit să se dea încă o definiție alcoolismului sau alcoolicii. Folosim deci o definiție operațională, provizorie, practică.

Alcoolic e acea persoană care datorită abuzului de băuturi alcoolice își face rău sieși și celor din jurul lui. Alcoolismul este o stare de dependență psihologică sau corporală, somatică față de băuturile alcoolice și se deosebește de consumul de alcool, unde subiectul nu suferă dacă întrerupe. Alcoolismul înseamnă un consum de alcool – o dependență de minim 3 ani, deci intervine factorul timp.

Alcoolismul este foarte răspândit și neglijat la noi. E destul de răspândit și în lumea medicală. Totuși se abuzează în definirea prea rapidă a oamenilor ca alcoolici. Se pot produce două greșeli: fie în mod deliberat se ascunde dependența, fie este o etichetare abuzivă. Și s-a pus problema cantitativă, de câte ori să-l văd pe unul beat pentru a-i zice că e alcoolic? Unul din criteriile de definire a alcoolismului e și numărul de beții pe an – se pot admite fără discuție 3-4 la diferite ocazii; peste 12 pe an, deci una pe lună, ai voie să vorbești de alcoolic.

Există mai multe tipuri de beții, nelegate automat de alcoolismul cronic, deși pot ține și de acesta.

Beția simplă (acută, comună, vulgară) e în principal de două feluri: veselă sau tristă, sau cu două faze, întâi vesel, apoi trist. La noi, 60% din actele antisociale se comit în cadrul acestei beții simple (două-trei sticle de bere sau un kg. de vin etc.). Beția simplă dă răspundere din punct de vedere juridic, nu e o scuză că erai beat, ci dimpotrivă o agravare juridică, pentru că se consideră că puteai să previi, stătea în voința ta de om (doar dacă nu a survenit la cineva deja iresponsabil, de ex. cu schizofrenie etc.).

Beția profundă e mult mai rară. Se produce în condiții cu totul speciale; sunt oameni rezistenți, dar obosiți, în condiții de viață grele, care consumă o cantitate mare de alcool concentrat în timp scurt. Efectul e că intră în coma alcoolică, cu alcoolemia către 2-4 la mie.

Beția patologică presupune condiții medico-legale bine stabilite, fără de care nu intră la această etichetă care conferă iresponsabilitate și de care trag toți avocații. E vorba de nealcoolici, deci de o beție accidentală, cu cantități mici de alcool, de obicei la nebăutori, neobișnuiți cu băutura, și care își ignoră un creier lezat (epilepsie, encefalopatii etc.) și care, la scurt timp de la ingestie, fac o stare crepusculară, deci o stare epileptoidă, o confuzie mintală de tip oneiroid, halucinator-delirantă, cu acte antisociale grave, crime, și apoi, în mod absurd, adorm la locul respectiv, se trezesc și nu știu ce au făcut. Pentru exteriorizare, pentru expertizare, se face un EEG de lungă durată după ingestie de alcool, pe care se pot vedea semne de tip epileptic, sau de alt tip de lezare cerebrală, și atunci se pune diagnosticul și scapă; la beția patologică trebuie să ai amnezie și să te trezești ca un om normal. Deci crepusculul începe și se termină brusc.

Beția acută simplă, beția profundă și beția patologică nu sunt integrate în noțiunea de alcoolism. Alcoolismul începe în fond cu cea de a patra formă, *alcoolismul cronic* (etilismul cronic), care constă în dependența psiho-somatică față de băutura. Bolnavul se caracterizează prin lăudăroșenie, tulburări de caracter, irascibilitate, impulsivitate, megalomanie, scăderea capacității de muncă, obosește ușor, scad performanțele intelectuale și aptitudinile fine de muncă, nu mai au răbdare, se ceartă cu cei din jur, lasă dezordine. Etilicul cronic are și niște stigmate somatice, în ciuda faptului că poate ascunde dependența, adică tremură fin, mai ales când nu „s-a dres“, are coșmaruri terifiante, se trezește noaptea și mai bea puțin ca să adoarmă, are un facies congestionat, cu telangiectazii pe nas și pomeți.

Jellinek, un ceh, a împărțit alcoolismul în 5 categorii, de la alfa la epsilon.

- **alcoolismul alfa** – se mai numește alcoolism psihologic. Nu dă dependență fizică, ci doar psihologică, și e secundar unei patologii psihiatrice care e ignorată. Ei nu știu că au nevroză, depresie, ci că au o supărare și trebuie să se liniștească. Urmează stresurile de familie, serviciu etc. Dacă bea puțin, parcă gândul poate fi puțin înlăturat, durerea se mai potolește. E foarte răspândit și deseori e introducerea către alcoolismul grav. E un alcoolism solitar, intim, frecvent feminin.
- **alcoolismul beta** – e alcoolismul sociogenic. E motivat nu de un dezechilibru psihologic, ci de obiceiuri sociale. Toate evenimentele solemne sau nu, nu numai la români, trebuie asociate cu alcool. Mai ales cele plăcute. Deci face parte din ritualurile culturale, mai exact infra/sub-culturale, care solidarizează. Dau curaj. Desigur, făcea parte din pregătirea atacului la război. Pentru noi e interesant că oamenii normali sunt presați („ce te faci că nu bei, gustă”). În timp ce alcoolismul psihologic se caracterizează prin tendința la băuturi tari, cel sociologic, probabil și din motive financiare, este – cel puțin la noi – unul de vin (nemții – bere, americanii – whisky etc.). Se pot produce tulburări somatice – gastrită, hepatită, polinevrită – toate etilice, dar de obicei se trec în foaia de observație fără să se pună etiologia lor și pot fi ascunse. Nu trebuie uitat că alcoolul este cirogen și sunt mulți alcoolici internați prin clinici sub alte diagnostice somatice.

Complicațiile mai pot include cardiomiopatia, hipertensiunea, afectarea musculaturii scheletice cu o semnificație clinică neclară, gastrită, ulcer peptic, constipație, pancreatită, impotență, anemii variate. Nu trebuie uitat efectul teratogen. Un risc este cel al sindromului alcoolic la făt, cu retardare mintală, microcefalie, creștere întârziată, anomalii faciale. Acest sindrom apare chiar dacă sunt consumate cantități moderate de alcool în timpul sarcinii. Odată ce nu sunt încă precizate dozele de alcool la care nu există risc, este recomandabil evitarea consumului de etanol în cursul sarcinii.

- **alcoolismul gama** – adică etilismul cronic, dă abstenență nu numai biologică, ci fizică, în cadrul căreia se pot produce accidente grave. Etilismul cronic presupune un consum de min. 2-3 ani cu beții repetate. Etilicul cronic se crede foarte rezistent la alcool și nu se consideră alcoolic. El poate bea 200-300 g. de coniac fără să aibă nimic, ba mai mult, să fie mai sigur pe vocea lui, pe reflexele lui. Subiecții ajung la două – trei beții pe săptămână.

Consecințele în distrugerea subiectului și a anturajului includ opt afecțiuni. **Psihopatizarea** (CIM – personalitate organică P070; vezi sindromul de deteriorare) este primul efect. Deși el crede că nu are absolut nici o consecință, el nu-și dă seama că s-a psihopatizat, adică își pierde caracterul, devine mincinos, rău, pierde finețea, devine grosolan, înjură, spune bancuri

porcoase, e agresiv, violent, un călău domestic, își bate nevasta, își neglijează copiii, divorțează sau e lăsat (depinde de nevastă; există o „nevastă de alcoolic“, adică o victimă, care adesea nu se poate despărți de un nenorocit, culmea e că îl ia știindu-l alcoolic și vrea să-l salveze). Ei își pierd aptitudinile fine, luptă să fie plătiți la categoria lor, dar nu mai au finețea să-și facă meseria cum trebuie. Dimineata trebuie să se dreagă, devine apt și capătă o anumită ameliorare a reflexelor (e ca o drogare).

Dacă acest etilic cronic, din motive independente uneori de voința lui (de ex. prin internarea pentru alte boli) întrerupe consumul, intră într-o psihoză confuzională numită **delirium tremens**, cu febră, tremurături, halucinații vizuale, onirism, delir fragmentar, cu amnezie, stare gravă care durează câteva zile, și până nu demult se murea frecvent prin colaps. Se fac hidratări masive, se administrează B1 (principala carență în etilismul cronic), tranchilizante (Meprobamat, Diazepam), nu neuroleptice, nu barbiturice. Astfel iese din delirium tremens, reia cursa, eventual mai face alte delirium-uri, până la urmă tot moare prin delirium tremens.

Se spune foarte ușor predelirium tremens, fără a se ști care este diferența față de delirium tremens; predelirium-ul are aceleași simptome dar fără fenomenele vegetative din delirium, deci fără febră (sub 37°C nu e delirium tremens – Coirault). Se cam abuzează de eticheta de delirium tremens pentru a susține internarea.

Halucinoza Wernicke e un sindrom paranoid, numit greșit halucinoză. Constă din halucinații auditive cu conținut persecutor, cu caracter de comentariu la persoana a III-a (Benedetti a constatat că în schizofrenie, spre deosebire de halucinoza Wernicke, halucinațiile auditive sunt ordine directe date bolnavului). Este o afecțiune periculoasă, antisocială, bolnavul dând curs falselor mesaje. E o afecțiune cronică, mulți cred că e condiționată și de un teren schizoid (și ar trebui tratată pe viață ca și schizofrenia, ar face parte din grupul schizofreniilor).

Paranoia alcoolică. Este un alcoolic cronic cu probleme sexuale care se vor accentua cu anii. La început el este în curba pozitivă, cu aventuri și apoi, după un șir de încurcături, află că toți au aceeași problemă – află de la cârciumă – și nu mai poate crede în soție, devine mai atent și observă că este neglijat – asta este părerea lui – și el fiind impotent, ajunge la întrebarea „dar ce, ea o să stea așa?“. Si începe să bănuiască că ea are pe cineva. Adună în cap dovezi, forțează dovezile prin brutalitate și violență, mai ales nocturnă. Tema esențială este deci gelozia. Premisele sunt false. E o afecțiune gravă, soții trebuie despărțiți cât mai repede, altfel nevasta e sacrificată la modul propriu.

Epilepsia alcoolică constă în crize majore apărute în cadrul etilismului cronic (clasic situat după 40 de ani, azi se admite și după 30 de ani). Se tratează prin stoparea alcoolului și cu anticomițiale. E un factor de agravare.

Sindromul Korsakov la alcoolici (chiar aici l-a descris Korsakov, ulterior l-a extins) înseamnă *sindrom Korsakov plus polinevrita alcoolică* (exprimată mai ales prin dureri în gambe spontan sau la apăsare). Este un sindrom de memorie cu tulburare de orientare – este o dezorientare temporo-spațială, cu confabulații, euforie, polinevrită, hipomnezie de fixare cu scăderea memoriei recente. Ei nu mai fixează dar umple golul confabulând. Polinevrita este un semn important, căci dacă mergi pe pista polinevritei ajungi la etilismul cronic pe care de obicei îl ascunde.

Encefalopatia Gayet-Wernicke seamănă cu encefalopatia portală. Interesante și oarecum patognomonice sunt etilismul cronic cu paralizii de nervi cranieni („își strâmbă privirea”). Sunt stări grave, preletale.

Demența alcoolică e afecțiunea finală, în care se varsă toate. Aici bei orice, fără alegere. Există o pierdere globală, ireversibilă a funcțiilor intelectuale, cu exacerbarea instinctualității, a impulsivității. Este de fapt sindromul psihoorganic cronic propriu-zis, celelalte de mai sus fiind deteriorări.

Alături de complicațiile descrise mai trebuie menționat **suicidul**. Mai mult de 80% din indivizii care se sinucid sunt depresivi, alcoolici sau cu ambele probleme. Alcoolismul poate fi o încercare de autotratament al unei alte tulburări psihiatrice, de obicei depresia, anxietatea sau psihoza. Aceasta este posibil dacă simptomele psihiatrice au existat înaintea abuzului de alcool. Istoricul este adesea neconcludent și doar o perioadă de probă de abținere poate clarifica diagnosticul. Dacă suferința psihică se rezolvă după perioada de abținere, este mai probabil ca alcoolismul să fi fost o cauză, mai curând decât un efect al tulburării psihiatrice. Pot apărea complicații sociale, ca în cazul tuturor abuzurilor de substanțe psihoactive. Rata de accidentare la locul de muncă este de 3-4 ori mai mare la lucrătorii care abuzează de substanțe psihoactive. Aceste substanțe dau și probleme sexuale și familiale.

- **alcoolismul delta** – se deosebește de precedentul printr-un singur amănunt: dacă în alcoolismul gamase poate răbda, se face o pauză de 2-3 zile până la o săptămână, *în cel delta nu e posibilă nici o pauză*. Nu mai există altceva important pentru individ, doar să bea, alcoolul este pe primul plan, tot restul sunt mijloace de a-l obține.
- **alcoolismul epsilon**; dipsomania – e alcoolismul *periodic*, vecin după unii cu PMD. Aici intră acei oameni foarte corecți, simpatici, bine situați, care nu au nimic 6 luni-1 an, și deodată îi apucă amok-ul acesta, adică o echivalență depresivă sau maniacală, în care beau nebunește, își vând tot, beau cu toată lumea. După care revin la normal și din cauze necunoscute recad. La două-trei căderi, vin la psihiatru. Fiind din familia PMD se încearcă **litium**. Ei nici vorba să admită că sunt alcoolici.

Uneori se remarcă partenera dipsomanului, care e o femeie specială. Aude de povestea dipsomanului și se consideră chemată să-l salveze. Între două crize e un om normal, bine situat, care e „băiat bun” dar se face din când în când „praf” fiindcă nu și-a găsit femeia ideală și găsește pe una care vrea să-l salveze. Un an, doi, treaba merge bine și apoi pleacă, nu se știe unde. Soția se interesează la poliție și află că el are datorii mari, etc. Divorțează, dar îl ia alta, care consideră că cea dinainte nu l-a înțeles și lucrurile se repetă. Deci femeia trebuie să se convingă pe pielea ei că este un alcoolic.

Femeia alcoolicului cronic este o martiră care nu poate inventaria câte bătăi mănâncă și ce calvar duce de zeci de ani și îl suportă (s-a vorbit de un masochism al acestor femei), până ajunge într-o gravă dependență și îl spală și îl hrănește și îl îngrijește mai mult ca pe un copil și e ca un ritual în care se bagă și nu mai poate ieși. Mai există și alte explicații, că vin copiii și „copiii le trebuie un tată”, mai vin unii și spun că „se va potoli cu vremea”. Femeia modernă nu va suporta, va face colecistită, nevroză...

Câteva remarci, valabile pentru toate tipurile de alcoolism. Examenul clinic în caz de disimulare poate arăta tremuratul mâinilor, sau un „au!” la apăsarea gambelor, care poate fi patognomic. Plus astenia sexuală. Alcoolicii β nu admit că sunt alcoolici și se tratează pe la toți medicii de interne (pentru gastrită, ulcer, hepatită cronică; de altfel, OMS ne întreabă indirect câte decese au fost prin ciroză și corelează cu rata alcoolismului). Altă mască e cea neurologică, se tratează de ex. pentru polinevrită, cu sute de B-uri care abia o ameliorează. Sau pot avea dizatrii (poate fi un psihoorganic). Alcoolismul agravează de asemenea involuția. Pune și multe probleme de prag la electroșoc („nu prinde”), ca și la anestezie. Plus problema tulburărilor de dinamică sexuală. Există mitul cum că puțin alcool face să treci peste frigidity, sau să devină el mai onorabil. Asta merge câțiva ani, dar șisăderea pe linia asta e evidentă, explicând ideile de gelozie, divorțurile etc. Are loc compromiterea organică a potenței.

Tratamentul global al alcoolismului cuprinde **dezintoxicare 10 zile, dezobișnuire cu probe de alcool-antalcool** (după o tehnică specială). Sunt foarte greu de tratat. Sunt foarte geloși și pot ușor intra în interpretarea persecutorie. Injecția de **B1** e de bază, minimum 10 fiole (milgamma), . În străinătate s-au făcut și implantări de antalcool, fără rezultate. Plus tot felul de metode tibetane. Metoda metodelor sunt **alcoolicii anonimi (AA)**, adică foștii alcoolici să-i pescuiască pe actuali și să-i aducă la clinică. Aspectele sociale se pot ameliora cât de cât cu ajutorul comunității (salvarea copiilor de exemplu). Regula de abținere e de cel puțin doi ani pentru a dovedi că a scăpat de compulsiune (noțiune cheie, cu care luptă tot timpul).

Frecvența recăderilor în cazul tuturor toxicomaniilor este foarte mare și proporția este descendentă, în sensul că cel mai mare procent de recăderi este în prima lună după externare.

În DSM IV sunt clasificate tulburările legate de utilizarea alcoolului (dependența și abuzul) și tulburările induse de alcool (intoxicație, sevraj, delirium prin intoxicație și sevraj, demență, tulburare amnezică, tulburare psihotică, tulburare de dispoziție, tulburare de anxietate, disfuncții sexuale, tulburări de somn, alte tulburări).

Rolul B1 în alcoolism . În cazul tuturor dezintoxicărilor alcoolice se recomandă administrarea profilactică de vitamine. Inițial, se preferă calea IM. Odată ce triada clasică confuzie, ataxie și oftalmoplegie este rareori întâlnită complet în encefalopatia Wernicke iar sindromul se întâlnește mai frecvent decât se presupune de obicei, ne vom gândi la posibilitatea acestui sindrom atunci când un pacient aflat în dezintoxicare prezintă unul din semnele următoare – ataxie, hipotensiune și hipotermie, confuzie, oftalmoplegie/nistagmus, tulburări de memorie, comă. Complexul de vitamine va fi administrat parenteral înainte de a administra glucoza. Se recomandă 200 – 300 mg pe zi IM de B1, ca doză minimă pe cel puțin 2-5 zile (tiamină – cp. 10 mg și fiole de 10 și 100 mg).

2. Patologia neurologică, somatică și de maternitate

Patologia de maternitate

Convențional totul e băgat la patologia organică pentru că sarcina, nașterea, alăptarea presupun situații organice speciale, patologia fiind și ea mai deosebită.

Până la naștere pot exista anumite tulburări psihice legate mai ales de o posibilă situație conflictuală, de ex. o sarcină nedorită sau un conflict în familie (teama de pierdere a soțului sau lipsa acestuia) și care determină de obicei manifestări indirecte, adică ascunse. Gravida se poate plânge de cefalee, depresiuni, totul se leagă de evoluția normală sau patologică a sarcinii (HTA, edeme), risc forte de eclampsie, frică de ce o așteaptă.

Contează foarte mult aici încurajarea de la ginecolog în primul rând, care spune că sarcina evoluează bine, că nașterea e pregătită. În practică se produc însă posibile iatrogenii, adică ginecologul, de formație mai rapid, poate să exprime dubii uneori nefondate, care au efect la oamenii mai problematici.

A doua frică a mamei în această perioadă e că în perioada de concepție, primele luni, a avut o gripă, sau a luat niște medicamente, neștiind că era însărcinată, și face o reacție fobică.

Tratamentul este în principiu simptomatic. Se evită medicamentele în primele luni, după care tranchilizantele, somniferele pot fi date. Contează enorm legătura psihoterapeutică.

În primele zile după naștere și travaliu situația organică e mai specială, și pot surveni confuzii mintale legate de hemoragii masive, infecții, resturi placentare. Confuzia se poate exprima prin obnubilare, stupoare, tulburări productive (halucinator-delirante), delirant vizuale, impulsuni suicidare, homicidare. Dacă aceasta se desfășoară în mediul clinic, riscul nu e foarte mare, mai mare e acasă.

Legat de această confuzie e și pruncuciderea. Expertiza trebuie să dovedească retrospectiv că a fost un episod confuzional. Deși unele au motivațiile lor să scape de copil. Sunt și unele complezențe (femeie singură, în context negativ) și actul, disperarea pot fi înțelese. Sau sunt femei neglijente, singure, care adorm pe copil. Dacă asta se repetă la doi-trei copii, se pun probleme de ordin social.

Psihoza de naștere e încărcată, mai ales pentru anturaj, de grave presimțiri: nu cumva e o nebunie, sau începutul ei, sau era nebună și nașterea a relevat-o? Deci prognosticul la confuziile din primele 10 zile este rezervat. Majoritatea se remit sub tratament. *Alăptarea se întrerupe*, spontan sau medicamentos (Bromocriptină). Se îndepărtează copilul (la bunici, creșă, leagăn), pentru că e în pericol.

La 50 – 70 % din femei poate fi descrisă o *formă de tulburare depresivă postpartum* („baby blues”) constând din fenomene tranzitorii, manifestate prin dispoziție depresivă, anxietate, concentrare dificilă, labilitate afectivă și tulburări ale somnului, care dispar de obicei fără tratament în două săptămâni.

Depresia postpartum se diagnostichează dacă simptomele, încadrabile în depresia majoră, durează mai mult de două săptămâni. Depresia postpartum are o incidență de până la 10% din toate femeile care au născut.

În perioada de alăptare, mai ales la primipare, tot în context ades nefavorabil, irup fenomene psihotice, de tip depresiv, schizofreniform, paranoid, mai rar maniacal. Trebuie verificate anumite etiologii ce pot da tulburări de acest tip: encefalită, tulburări autoimune, anomalii endocrine și electrolitice, mai ales hipercalcemia, și tulburări septice. Aici suntem în plină psihiatrie. Prognosticul e foarte rezervat, însă nu în 100% ele fac psihozele endogene cunoscute. Ne putem întâlni fie cu coincidența acestor situații (psihoza ar fi debutat oricum și situația aceasta specială doar a favorizat declanșarea ei), sau sunt doar sindroame psihoorganice de tip mai special care se remit fără urmări. Din prudență însă se recomandă să nu mai aibă altă sarcină, lucru cam neglijat la noi. E un fapt social foarte grav să lași o psihotică să facă copii, pentru că în primul rând nu-i poate îngriji. Multe dintre ele ar părea că țin la acești copii. De obicei însă sunt femei reci, distante, care-și urăsc propriii copii (nu-i suportă când plâng, le vine să-i arunce, să-i sugrume, „îmi vine să ...”), cu tendințe compulsive și chiar impulsuni – când actul e comis.

Primiparele constituie peste 50% din pacientele care prezintă o psihoză de acest tip. Tulburarea nu este asociată cu gemelăritatea, moartea neonatală, nașterea prematură sau complicațiile obstetricale. Există o incidență crescută a psihozei postpartum la rudele de gradul unu ale femeilor cu tulburare afectivă bipolară. La lăuzele care au fost diagnosticate anterior sarcinii cu tulburare bipolară, 40% vor prezenta semne de psihoză maniacală recurentă postpartum; în schimb pacientele cu tulburare depresivă unipolară nu prezintă un risc crescut. După o psihoză postpartum există un risc de aprox. 30 – 50% de recurență a psihozei postpartum, cele mai susceptibile de a face tulburarea fiind bipolarele. De asemenea, aprox. 40% din pacientele cu depresie și psihoză postpartum vor avea un episod ulterior, de obicei o tulburare afectivă, nelegată de sarcină.

Altă problemă psihologică este relația cu tatăl. De multe ori, căsătoria a fost de complezență, de compromis. Dar afectiv lucrurile nu merg așa de ușor, se creează un complex afectiv, o încărcătură afectivă, în conflict cu ce te îndeamnă rațiunea, motiv psihopatologic de ruptură intimă, de răsturnare, de pierdere a persoanei.

Tratamentul va cuprinde psihotrope și susținere psihoterapeutică. Susținerea emoțională, informarea privind îngrijirea nou născutului și asigurările privind natura frecvența și tranzitorie a unor manifestări depresive post partum sunt de ajutor.

Dintre psihotrope se utilizează antidepresivele triciclice, neuroleptice pentru corectarea agitației, tulburărilor de gândire și a hiperactivității. Lăuzele cu tulburare bipolară vor primi litiu.

Lăuzele vor fi avertizate că în timpul tratamentului administrat nu este recomandabilă alăptarea, deoarece litiul și haloperidolul sunt toxice iar benzodiazepinele produc letargie și tulburări de reglare termică la nou născuți.

Patologia neurologică și somatică

Bolile infecto-contagioase pot avea determinări meningoencefalitice sau pot indirect să influențeze funcționarea cerebrală prin agenți patogeni sau toxine (fără meningo-encefalită). Infecțiile pot produce modificări cognitive, comportamentale și afective. Modificările pot apare în cazul unor infecții sistemice, dar mult mai frecvent apar în cazul unor infecții ale SNC. Aceste boli sunt tratate de medicul generalist sau de cel infecționist. Ele nu apar decât în mod accidental în clinica de psihiatrie (de ex. atunci când survine un episod de meningo-encefalită în clinică). Le mai tratează și neurologul.

E vorba deci de febră (un *sindrom infecțios*), la care se adaugă un *sindrom neurologic* (de ex. un sindrom meningeal, sindrom encefalitic – mai ales crize de pierdere a cunoștinței), un *sindrom psihiatric* de confuzie mentală

(obnubilare, delirium, oneiroid etc.). Tratamentul e etiopatogenic în principal. Tratamentul psihiatric ce se adaugă e simptomatic. Un bolnav cu febră și cu o condiție generală precară în caz de agitație nu trebuie tratat ca un agitat de la psihiatrie; el nu suportă neurolepticele sedative în dozele obișnuite (ele dau hipotensiune arterială severă, colaps și poate muri). Noi opinăm pentru o sedare cu tranchilizante injectabile și hipnotice. Dacă totuși nu cedează, adăugăm neuroleptice incisive cu antiparkinsoniene (de ex. Haloperidol cu Romparkin). Suntem împotriva tratamentului cortizonic. Infecționiștii intră de obicei cu antibioterapie + corticoterapie masivă. Din punctul nostru de vedere, cortizonul poate da un sindrom psihodisleptic (confuzie și agitație la cortizon), care poate fi greșit interpretat ca fiind dat de infecție.

Dintre bolile infecțioase în cadrul cărora pot apare tulburări psihice, mereu altele în epoci diferite, putem aminti: tifosul exantematic, febra tifoidă, holera, bruceloza, hepatita virală acută, reumatismul articular acut cu determinări cerebrale, meningoencefalitele virale.

Encefalitele virale pot fi acute sau cronice. În cele acute se descriu somnolența, letargia și confuzia. Alți pacienți se pot prezenta cu irascibilitate și hiperactivitate. Unii resimt anxietate, teamă, au crize de frică sau furie. Simptomele somatice comune includ febra, cefaleea și fotofobia. Encefalitele virale cronice pot avea o simptomatologie somatică ștersă. La adulți pot domina simptomele extrapiramidale sau convulsiile. La copii apar tulburări de comportament. Pot exista deficite neurologice sau intelectuale. S-a descris un sindrom asociat infecției cu virusul Epstein – Barr.

O serie de boli au o presupusă etiologie ce implică virusurile lente, cum ar fi bolile kuru și Creutzfeldt – Jakob, panencefalita sclerozantă subacută și leucoencefalopatia multifocală progresivă. Bolile kuru și Creutzfeldt – Jakob sunt encefalopatii spongiforme cu evoluție de luni de zile, mortale. Boala kuru se caracterizează prin ataxie cerebeloasă, tremor, disartrie și labilitate emoțională. În boala Creutzfeldt – Jakob se descriu demența progresivă, fasciculații mioclonice, ataxia și somnolența. Nu există tratamente specifice.

Problema actuală e SIDA, care poate și ea să dea determinări meningoencefalitice, tablouri psihice nespecifice de la ușor la confuzional. În primele trei luni de la infectare pot apare encefalita și neuropatia acută. La bolnavii care au dezvoltat SIDA, în 10% din cazuri, apar manifestări neurologice, dar la necropsie 3/4 dintre cazuri au leziuni cerebrale date de virus, de infecțiile oportuniste sau de tumorile cerebrale dezvoltate. Se descriu demența (mutism, incontinență, paraplegie, mioclonus), encefalita, meningita, tumori, demielinizări, retinita, mielopatia și neuropatia periferică. Se reînnoiește speranța cu așteptarea unui vaccin.

Meningita meningococică se poate prezenta ca un delirium, cu evoluție dramatică. Pacientul e confuz, bolborosește sau vorbește neclar, este neliniștit sau dezorientat. În faza acută poate fi zgomotos sau violent. În cazurile sub-acute predomină somnolența și confuzia. Cazurile cronice au concentrarea dificilă. Sunt prezente de obicei semnele de iritație meningeală și febră.

Meningita TBC apare când infecția TBC se propagă la nivel cerebral. Debutul e insidios, primele simptome fiind oboseala, iritabilitatea, amărăciunea, insomniile. Dacă crește tensiunea intracraniană, apar cefaleea, confuzia, obnubilarea. Pe parcursul evoluției apar semnele de iritație meningeală. Examenul LCR arată glucoza scăzută, proteine crescute, pleiocitoză, prezența bacilului Koch, evidențiată prin colorație pe lamă sau în culturi.

Coreea Sydenham se dezvoltă după infecții streptococice recurente (de obicei amigdalite). La nivel cerebral sunt afectați nucleii bazali și cortexul cerebral. Din punct de vedere psihic se descriu instabilitatea emoțională, tulburări de memorie, concentrare dificilă, iritabilitate, mișcări anormale (grimase și mișcări coreiforme ale membrelor).

De fapt infecția care ne interesează și ne aparține e *sifilisul*. În anii '20, 10% din internările la psihiatrie erau pentru paralizia generală, o formă de sifilis terțiar. E o boală venerică, extrem de rar transmisă congenital, cu o evoluție cuaternară și cu patru sindroame psihiatrice aferente. În *stadiul I*, din punct de vedere psihiatric, se pot produce reacții nevrotice obsesionale până la suicid. E celebra sifilofobie (mai ales la bărbați, care își văd leziunea; femeile o constată mai greu și pot fi descoperite abia în stadii mai avansate). Ei fac deci niște reacții, anticipând consecințe tardive posibile.

În *stadiul II*, cu reacții seropozitive, pot exista și determinări meningoencefalitice. Cea mai celebră e neurastenia, cu o cefalee care nu cedează la nimic. Se plâng de dureri de cap, iritabilitate, incapacitate de concentrare, eșec intelectual (mai ales că de obicei sunt tineri); aceste simptome apar de obicei la câteva luni sau ani de la șancrul primar, de care uneori nu știu nimic. Când se face RBW și iese +, se indică prelevarea LCR, și dacă și acesta este +, sau dubios, se face tratament specific la minimum (penicilină 10-15 milioane sau tetraciclină) și se repetă RBW. Dacă s-a negativat, se repetă după 6 luni. Dacă nu s-a negativat, există riscul unei dezvoltări nevrotice, caracterizată printr-o reacție nesfârșită de frică, de legătură cu dermatologul, de teroarea analizelor. Nu este vorba aici de sifilisul în sine, ci de faptul că el se întâlnește cu tot felul de oameni, cu fragilitatea umană, care e decompensată de cauză organică, ca și de multiplele contexte, situații de viață care intervin (sunt tineri, trebuie să se căsătorească etc.).

Stadiul III, sifilisul cerebral, cu leziuni cerebrale: *meningo-encefalita sifilitică cronică* (nu e încă paralizia generală), cu tablouri clinice foarte variate (nevrotice, psihopatice, psihotice), care au caracteristica de a avea atât RBW

cât și LCR cu reacții + pentru sifilis. LCR e pozitiv în mai mult de 90% din cazurile netratate. Proteinele sunt crescute de 2-6 ori peste normal, globulinele sunt crescute mult și există o pleiocitoză, care pentru cifre de mai mult de 100 celule/ml indică o infecție activă.

Meningita sifilitică afectează primar meningele, față de PG care afectează parenhimul cerebral. Apare de obicei la 1-3 ani de la infecția primară. În general personalitatea este mai puțin afectată atunci când parenhimul cerebral nu este atins. (a) Meningita bazală este o inflamație a meningelui de la baza creierului. Există manifestări neurologice ce includ cefalee, amețeli, somnolență, confuzie, tulburări de memorie, însoțite de anomalii pupilare, ptoză, surzenie, paralizii faciale. (b) Meningita verticală, rezultă din inflamația suprafețelor convexe cerebrale (emisferile cerebrale). Apar cefaleea intensă nocturnă, amețeli, afazie, amnezie, lentoare în vorbire și convulsii. Tratamentul e specific și nespecific.

Stadiul IV, sifilisul cuaternar sau paralizia generală progresivă (PGP), asociat sau nu cu tabesul dorsal (boala neurologică), poate surveni după o perioadă de latență foarte mare, ani de zile (15-25-30) de la șancrul primar, astfel încât clasic se socotea că PGP e așteptată în jurul vârstei de 45 de ani (dacă începi viața sexuală în jurul a 20 de ani). E o *meningo-encefalita cronică nespecifică*, cu un debut polimorf în care la sindroamele curente (maniacoal, depresiv, confuzional, neurasteniform, psihopatoid) se adaugă clinic inexplicabile și surprinzătoare elemente dementiale (absurdități, lipsa simțului critic, a logicii, a explicațiilor, a motivațiilor etc.), o pierdere a tonusului muscular, oboseală, edem papilar, cefalee, tulburări de somn. În fața acestui tablou mai dificil de încadrat, explorăm și găsim LCR +. Cheia evoluției și eficacității tratamentului nu este dată de cât de intens pozitiv este LCR, ci de numărul de elemente citologice, care arată intensitatea și evoluția procesului anatomo-patologic. De la normalul de 3-4 elemente la 50-150-300 de elemente/mm³ e semnificativ. Dacă reacționează bine la tratament, numărul lor va fi în scădere, până la normalizarea LCR sau fixarea la o cifră sub 50 de elemente, care arată o stagnare a procesului.

După debut apare faza de stare, în care bolnavul e de obicei informat, internat și supus procedurilor specifice terapeutice. Dacă tratamentul dă rezultate, se produce o remisiune, adesea cu defect minim. Cu cât defectul e mai mare, deci cu cât deteriorarea e mai mare, măsurată clinic după conduita și psihologic după deficitul axial, adică intelectual (scăderea atenției, memoriei, judecății, dezinhibiție pulsională afectivă, acte absurde etc.) cu atât bolnavul se îndreaptă spre un sindrom demential de tip paralytic, adică o demență globală, cu elemente fantastice, absurde, instabile, deci cu un delir polimorf cu aceste caracteristici. Caracterul zis paralytic se referă la tendința de grandoare neacoperită, absurdă (enormitatea

improbabilă a averii, filiație absurdă etc.). Absurditatea e contradictorie (sunt primii care cer un leu, o țigară, după ce au spus cât de mari sunt). În evoluția nefavorabilă se tinde către boli somatice, complicații intercurrente; pot muri prin infecții pulmonare banale (au capacitate de apărare scăzută), oportuniste, și frecvent prin insuficiență hepatică (tratamentele masive dau în mod secundar hepatită, ei sunt și niște superinjectați), insuficiență cardiacă, renală, plus cașexie, escare etc.

Tratamentul. Primul eficace a fost prin febră mare (piretoterapie), obținută prin malarioterapie (deci boala tratată prin altă boală). Se inoculează sânge malarizat și se obține malarie. Trebuie să se obțină o boală cu atâtea crize încât să dea minimum 40-50 de ore de febră peste 38°C. Pentru menținerea sușei de malarie, spitalele aveau secții speciale de anofeli. Al doilea: antibioterapia, care se poate repeta la 6 luni (cura de antibiotice este de 30 de milioane, un milion pe zi, după testarea penicilinei, pentru evitarea reacției Herzheimer). Al treilea: vitaminoterapie masivă, mai ales perfuzii cu extracte proteice, deci susținerea stării generale e toată arta tratamentului.

Defectualii, demenții, deși nu pun probleme de pericolozitate, contagiozitate, sunt pensionarii definitivii ai spitalului sau căminului spital.

Altădată, debuturile cele mai spectaculoase erau cele fără tulburări psihiatrice evidente, ci prin acte medico-legale (căsătorii, tranzacții, negustorii eșuate, de unde se ajungea la expertizare și la LCR+).

Bolile neurologice

În anumite afecțiuni neurologice coexistă și tulburări psihice. Unele sunt foarte derutante, pentru că ne putem gândi la psihoze endogene (schizofrenie, PMD), dar ele sunt boli neurologice cu sindroame psihiatrice secundare. Dintre aceste boli neurologice, amintim: bolile degenerative, bolile vasculare cerebrale (vezi involuția), tumorile cerebrale, encefalopatiile infantile însoțite de oligofrenii (vezi oligofreniile).

Din prima categorie probleme de diagnostic se pun în unele cazuri de scleroză în plăci și în coreea Huntington, boala Kreutzfeld – Jacobs (boala vacilor nebune). În scleroza în plăci (leuconevraxita, *scleroza multiplă*), boală tragică, cu evoluție episodică ce poate da iluzia însănătoșirii, genul acesta de repetiție, de recăderi, poate determina stări depresive până la suicid. Ceea ce e interesant și important e că tabloul disociativ organic dă simptome discordante: disociere afectiv-intelectuală, indiferență sau inversiune afectivă, bizarerii, raptusuri. Există afectare vizuală (aproximativ 40% din pacienți prezintă acest simptom ca urmare a nevritei optice), nistagmus, dizartrie, tremor intenționat, ataxie, deficit al simțului poziției și vibrator, disfuncție a vezicii urinare, slăbiciune a membrelor,

paraplegie, dezorientare spațială, răspunsuri emoționale tulburate. Orice parte a sistemului nervos poate fi afectată. Deci simptomatologia poate varia foarte mult.

Clasic pacienții sunt descriși ca fiind euforici sau cu o bună dispoziție patologică. Unii pot fi iritabili sau deprimați. Prezența semnelor neurologice temporare, efemere poate ridica suspiciunea unei somatizări. Neurologul zice că e o boală de-a lui și face corticoterapie, iar psihiatrul zice că e de-a lui și face masiv neuroleptice. E o neînțelegere și frecvent nu știm cu cine să ținem. Bolnavii au particularitatea de a-și menține luciditatea (nu pare o boală demențială mortală) și au numeroase organizații, fundații, asociații foarte tari pe plan mondial.

Alături de scleroza multiplă, o boală demielinizantă cronică, se descrie o encefalomielită diseminată acută, care poate cuprinde atât SNC cât și măduva spinării. Debutul este brusc, de obicei după exantemul unor boli virale, ca rujeola, rubeola, varicela sau după vaccinarea contra rabiei sau variolei. Uneori nu se poate decela un eveniment premergător. Inițial apar cefaleea, confuzia, rigiditatea cefei. Paralizia și deficitalele senzoriale reflectă afectarea măduvei spinării, iar stuporul, convulsiile și coma – afectarea cerebrală. Mortalitatea este de 10 – 50%. La supraviețuitori se descriu frecvente manifestări neurologice reziduale, deficite intelectuale, modificări permanente de comportament, precum agresivitatea crescută sau izolarea socială.

În coreea cronică Huntington, tabloul este organic demențial. După ani de zile de evoluție (caracteristice sunt mișcările involuntare), rămâne la pat cu tablou demențial: e indiferent la bine sau la rău, nu mai poate să judece, e gatos, nu mai știe nici ce mănâncă, e violent, animalizat, sălbătic, moare prin cașexie finală și boli concomitente.

Tumorile cerebrale

Tumorile cerebrale se caracterizează prin semne generale incluse în sindromul de hipertensiune intracraniană, sindroame neurologice locale, din care foarte importante sunt pierderile de cunoștință și epilepsia generalizată sau parțială, un sindrom psihiatric de acompaniere, nespecific, variat, foarte derutant, astfel încât te poți înșela ușor asupra tumorii cerebrale, pentru că semnele obiective sunt relativ tardive și greu de evidențiat. Asta duce la o fobie generală de tumoră. Neurologii și chirurgii au cam 50% pacienți cu fobie de tumoră cerebrală (au cefalee – neapărat să meargă la computer-tomograf). Abia de la neurochirurgie vin la psihiatrie. Drumul psihiatru – neurolog – neurochirurg e mult mai rar.

Sindromul de hipertensiune intracraniană include: fund de ochi modificat (edem papilar, vase turgescențe, congestionate, o întoarcere venoasă

stânjenită), cefalee, vomă, tulburări de conștiință, EEG modificat cu unul sau mai multe focare inexplicabile, PEG (pneumoencefalografia) arată o asimetrie ventriculară, o modificare în circulația LCR (de obicei o hidrocefalie internă asimetrică), cu posibile atrofii corticale aferente acolo unde este presat creierul, angiografie cu modificări (sistemul vascular injectat cu o substanță de contrast prin carotidă și apoi radiografiat, poate arăta de ex. un anevrism pe silviană). Clinic nu există specificitate. Computerul tomograf și imagistica modernă arată cu un coeficient foarte mic de eroare dacă masa cerebrală e modificată. Azi, din imaginea respectivă se poate spune și natura biochimică a leziunilor respective. Psihiatrii pot greși, de ex. să facă electroșoc la un depresiv, care după asta moare, iar la examenul anatomopatologic se vede tumora. Sau mai pot veni cu sindroame schizofreniforme, deliruri paranoide. Aproape ca o rutină trebuie suspectată tumora cerebrală, sau măcar un fund de ochi trebuie făcut (la 40% din cazuri FO este tardiv modificat). Și cei operați cu succes rămân cu un defect organic pe viață, care poate face obiectul psihiatriei. Deci există și defecte post-operatorii psihice și neurologice. Viața se menține, asta e important, dar nu și personalitatea.

Tulburările de personalitate pot să se manifeste în direcția accentuării unor trăsături preexistente (de exemplu, un individ foarte ordonat poate deveni obsedat de curățenie). Personalitatea poate fi modificată mult, cu o dezinhibiție ce duce la un comportament sexual inadecvat, fără nici o rușine.

Orice funcție cerebrală poate fi afectată. Un individ poate deveni distrat sau poate să prezinte deficite de memorie evidente, să aibă modificate judecata sau calculul mintal, să aibă halucinații. Se pot observa unele tulburări de conștiință, cu tendință la somnolență, de obicei. Pacientul poate fi confuz, poate confabula, poate să se concentreze cu dificultate.

Anumite simptome pot orienta asupra unor localizări specifice. Tumorile de lob occipital sunt asociate cu halucinații vizuale simple, tumorile parietale – cu deficitele senzoriale și agnozie. Tumorile de lob frontal se pot manifesta prin modificări treptate, insidioase ale personalității, cu pasivitate, apatie, aplatizare afectivă, iritabilitate, anxietate iar comportamentul devine impulsiv și dezinhibat. Tumorile de lob temporal se aseamănă clinic cu tabloul de epilepsie de lob temporal. Frecvent se întâlnesc simptome paroxistice motorii, perceptuale și comportamentale. *Intensitatea simptomelor este legată de localizare și ritmul de creștere al tumorii. O tumoră care crește încet dă modificări de personalitate, iar una cu ritm rapid de creștere poate produce delirium.*

Traumatismele craniocerebrale

Traumatismele craniocerebrale provoacă o patologie acută cât și sechele – o patologie cronică. Frecvența lor a crescut în ultimul timp, în primul rând prin accidente de circulație (semn de civilizație) și prin violență (semn de violență publică). Pot fi TCC închise sau deschise. Din punctul nostru de vedere sunt 4 categorii:

Comoția cerebrală – TCC după care la examinarea clinică nu sunt prezente semne neurologice, ci semne psihiatrice, de obicei șocul de accident, până la o pierdere a cunoștinței în general scurtă, de care nu totdeauna subiectul știe, și cu un tablou clinic oarecum curios: respectivul e vesel, vorbește cam mult, zice că nu are nimic, nu știe, nu înțelege de ce e adus la spital. Dar trebuie să se interneze 2-3 zile, sau i se recomandă repaos și supraveghere la domiciliu (să bea lichide multe, să nu bată lumina prea tare, adică vrăjeli...). O excepție, dacă respectivul este victimă – comoția cerebrală se lungește, se complică, și depinde și de inculpat -se negociază). După o comoție cerebrală poate începe un sindrom cerebrastenic de 1-2 ani, ce poate duce la infirmizare, pensionare, procese nesfârșite, victimizarea celorlalți. Ei vin la expertize și noi trebuie să descifrăm toată situația. E foarte greu, pentru că nu există substrat anatomic obiectivabil în comoție, nu are modificări EEG, PEG e normal, și atunci e folosit termenul de sindrom subiectiv comun („*Rent Neurose*“ la germani, fosta comoție cerebrală de război, din cauza suflurilor de explozie, etc.)

Contuzia cerebrală – pierdere a cunoștinței durabilă, de ore, zile, săptămâni, e o comă cu sindroame neurologice obiectivabile – pareze, paralizii, anestezii mai clar evidențiate la ieșirea din comă, deci aici întâlnim deficite neurologice, semne de encefalopatie, examenul psihologic poate arăta deficit obiectivabil, poate exista sau nu epilepsie post-traumatică, deteriorare mentală până la demență.

La ieșirea din comă, individul poate prezenta un delirium post-traumatic datorat leziunilor tisulare sau hipertensiunii intracraniene, cu comportament agresiv, înfricoșat, dezorientat, cu fluctuații ale conștiinței și halucinații mai ales vizuale. Durata este variabilă, dar o durată prelungită sugerează o afectare tisulară semnificativă. Poate exista și un sindrom amnestic-confabulator, caracterizat prin confabulații, deficit de memorie, tulburări de percepție.

Hematomul epidural sau subdural – cu evoluție în doi timpi. Secvența este accident – comoție prezentă sau nu – interval liber – timpul doi cu tulburări de conștiință progresive, până la comă. Internat de urgență, se vede că a avut un cheag la cap. Pericolul principal este pentru artera temporală mijlocie, deci la loviturile directe sau indirecte la tâmplă. Deci întotdeauna

când avem o anamneză de TCC, trebuie să supraveghem posibilul accident vascular cerebral. Se vor urmări cefaleea, deficitul neurologic (ce reflectă localizarea hematomului), variabilitatea nivelului de conștiință, iritabilitatea, confuzia. Se au în vedere posibilele patologii preexistente, ca alcoolismul, senilitatea, epilepsia și pareza datorată luesului.

Epilepsia post-traumatică tardivă este o complicație de care tuturor le e frică. Nu trebuie după TCC să facem EEG-uri repetate, pentru că epilepsia tardivă apare abia după minimum 3 luni, de obicei 3-6 luni – 2-3 ani de la accident. E important de știut, pentru că un vechi epileptic (la care boala e de obicei ascunsă din diferite interese) poate profita zicând că face crizele în urma accidentului. Epilepsia post-traumatică poate beneficia de intervenții chirurgicale care extirpă cicatricea cerebrală. Nu însă și în cazul unui traumatism vechi, din vremea copilăriei, caz în care cicatricea și leziunea constituită nu mai pot fi extirpate cu succes și să ducă la restitutio ad integrum (așa-numitul focar epileptic nu mai e operabil).

Deci, după traumatism pot exista un *sindrom posttraumatic* (cefalee, anxietate, astenie, insomnie, amețeli, deficit mnezic, deficit prosexic, îngustare a intereselor, toleranță scăzută la alcool, iritabilitate, labilitate, scăderea potenței sau a dorinței sexuale), o *tulburare de personalitate posttraumatică* (modificări de personalitate ce pot cuprinde iritabilitate, cverulentă, agresivitate, impulsivitate, iresponsabilitate, aspecte paranoide, izolare) și un *sindrom posttraumatic defectual* (cu pierderea inițiativei, bradipsihie, hipomnezie, hipoprosexie, confabulații, pierderea motivației, confuzie, deficite de vorbire și motorii, convulsii, mai ales după traumatisme cranio-cerebrale deschise).

Epilepsia

Epilepsia este o boală urâtă și gravă, cel mai ades invalidantă, tratată de neurologi și psihiatri. Este un complex simptomatic caracterizat prin modificarea tranzitorie, episodică a conștiinței, ce poate fi asociată cu convulsii și/sau tulburări afective și de comportament.

Boala se manifestă prin tulburarea activității electro-fiziologice a celulelor cerebrale, ce duce la crizele epileptice. Apar modificări EEG, variații ale conștiinței, tulburarea funcționării SNV, convulsii sau tulburări psihice. Activitatea epileptică poate fi precipitată de hiperventilație, privare de somn, stimulare senzorială (stroboscop, zgomote puternice, senzații tactile), traume, febră, stres emoțional, modificări hormonale (ca, de exemplu, cele din pubertate sau de ciclu menstrual), substanțe psihoactive, ca alcoolul, fenotiazinele, antidepressivul triciclic și antihistaminicele.

Se pot delimita trei mari grupe: crizele de grand mal, crizele de petit mal și epilepsia psihomotorie (de lob temporal).

Ce e caracteristic pentru *criza de grand mal*? Clasic, e precedată de o zi sau două de semne premonitorii (de obicei, indispoziție sau o schimbare observată de bolnav). Una din caracteristicile epilepsiei este stereotipia manifestărilor, același bolnav având cam aceleași crize și aceleași fenomene premonitorii. Fenomenele premonitorii nu sunt obligatorii. Ele sunt urmate de momentul ce precede cu puțin criza – aură – și care nici ea nu este obligatorie, dar care poate indica câmpul cerebral sau cortical și uneori focalizarea. Există epilepsie cu focar generator localizabil (în procent foarte mic, 5%), restul e genuină, fără a putea localiza exact focarul, dar acesta putând fi sugerat de aură (scintilații – lobul occipital; mirosuri – lobul temporal etc.). Urmează criza propriu-zisă de pierdere a cunoștinței, cu caracteristica că e dintr-o dată, totală, brutală, și fără aparare. Bolnavul cade, se lovește, sau noaptea în pat se zbate, se izbește de pereți (pitiaticul cade frumos, are timp să se așeze, să se apere). În epilepsie nu are timp, instalarea e foarte brutală, nu ai timp să judeci. Se cade într-o comă, bolnavul se încordează câteva secunde – faza tonică – urmată de o fază clonică foarte periculoasă și ea, pentru că se poate izbi cu capul de ceva, urmată de o fază stertoroasă (respiră zgomotos), și apoi în mod obișnuit în 1-2 ore se trezește, revine la starea de conștientă. Nu știe ce s-a întâmplat, decât indirect (pentru că lucrurile s-au mai repetat). Se trezește ud, cu dureri și sângerări ale limbii și deduce că iar a avut o criză. Dacă în desfășurarea accesului de grand-mal, pericolul este pentru el (arsuri, înec, TCC), după consumarea accesului și nerevenirea la starea de veghe perfectă, există pericolul pentru cei din jur, pentru că confuzia post-procesuală e de tip crepuscular (agitație, agresivitate). Accesul de grand-mal e perfect reprodus de electroșocuri, după care pacienții trebuie de asemenea supravegheați.

Absențele – sunt întreruperi de conștientă (fără celelalte manifestări ale accesului), de o durată de 5-30 secunde, care au un EEG caracteristic, așa numitul 3 cicli/secundă, în timp ce înainte și după acces sunt vârfuri de 100-200 mV, stereotipe în toate derivațiile. Bolnavul nu cade, întrerupe foarte puțin activitatea, și apoi și-o reia de unde a întrerupt-o. Când se întrerupe, face niște gesturi, se șterge cu batista, clipește etc. Aceste forme sunt foarte frecvente, greu de tratat, rezistente la tratament. Cu mult mai ușor previi un grand-mal decât o absență. Contraindică și ele o mulțime de meserii.

Echivalențele psihomotorii cu pusee psihotice. Atunci îl poți confunda cu un schizofren, pentru că e imprevizibil, bizar (se numește în acest caz echivalența epileptică cu tablou schizofreniform). Durata este de obicei de 30 secunde – două minute. Se produc diverse stări afective, ca mânia, groaza, panica, o stare asemănătoare cu transa, izbucniri de agresivitate, sentimente de înstrăinare, excitație, confuzie, însingurare, déjà vu, implicarea mușchilor masticatori și aivorbirii, ce duce la apariția unor

mişcări la nivelul feței și o bolboroseală, halucinații ce pot implica orice modalitate senzorială, amnezia episodului, un EEG caracteristic cu vârfuri de 4-8 cicli/secundă în derivația anterioară frontală, uneori o producție delirantă. Apare de obicei în epilepsia temporală.

Epilepsia este cea mai violentă, agresivă maladie, de aceea ajung la psihiatru, de obicei cu diagnosticul de „Epilepsie cu tulburări psihice”; aceste tulburări psihice se numesc intercritice, legate de suferința organică. E așa-numitul caracter epileptic. Caracterului epileptic i s-au descris cu specificitate aderența, adezivitatea, vâscozitatea – ale gândirii, caracterului în general. Kretschmer a descris tipul epileptoid predispozant ca athletic dismorfic. Epilepticul clasic a fost descris ca un om blând, religios, calm, mios, slugarnic. E un tip bipolar, pentru că fața de aparență blândă, la o contrarietate, uneori minimă, izbucnește într-un acces de furie de maximă agresivitate. Un epileptic te poate omorî. E distructiv, violent, face tulburări crepusculare, omoară și pe urma nu știe. Pentru aceste acte e internat și tratat pe viață.

În tulburările epileptice există o deteriorare, pacienții părănd lenți și deficitari intelectual. Cu toate că există o oarecare afectare organică, nu putem să nu notăm efectele psihologice ale scăderii stimei de sine și ale impactului bolii asupra stilului de viață.

Tratamentul epilepsiei este cel clasic, la adult 0,30 g fenobarbital, combinat cu 1-3 tablete Fenitoin, sau Primidon. În ultimii ani, se tinde către o înlocuire a tratamentului clasic, sau o combinație cu Carbamazepina (Finlepsin), Valproat de sodiu (Convulex, Depakine), iar pentru crizele de petit mal – Petilimid (Zarontin – etosuximidă) 3-9 tablete.

S-a spus că este o boală sfântă, care te leagă de divinitate, asta datorită marilor genii care au avut această boală (de ex. Dostoievski; la Van Gogh se pare că a fost o epilepsie simptomatică datorată insolației).

Bolile autoimune

Bolile autoimune sunt tulburări în care organismul inițiază un răspuns imun contra propriilor țesuturi (adică patogeneza include mecanisme imunologice). Acest proces poate afecta SNC și, prin aceasta, va duce la manifestări psihice diferite.

Lupusul eritematos sistemic (LES) se produce de 9 ori mai frecvent la femei decât la bărbați, mai frecvent între 20 și 50 de ani. Unii pacienți pot prezenta acuze psihice, de obicei simptome afective. Se descriu labilitatea afectivă, simptome psihotice (halucinații, idei delirante), deficite cognitive, convulsii, pareze. Leziunile anatomo-patologice ale SNC pot fi o vasculită necrotizantă a arteriolelor și a capilarelor, microinfarcturi și depuneri de Ig și complement în plexurile coroide.

Vascularitele sunt boli autoimune ce afectează primar vasele de sânge, adesea la nivelul SNC, cu producerea unor simptome psihiatrice.

Bolile interne

Mai ales în cele grave, care afectează metabolismul general, circulația și deci baza materială cerebrală, la tabloul și ades final se adaugă suferințe psihice cu o anumită coloratură (altfel la cardiac decât la hepatic sau renal). Deci la tulburările specifice organului respectiv se adaugă tulburări psihiatrice. Un hepatic final nu are ce căuta în salonul de agitați.

E vorba de obicei de o confuzie mintală, de obicei de origine endotoxică în cazul insuficienței hepatice finale, unui cord insuficient în tulburările circulatorii (insuficiență cardiacă, crize Adams-Stokes, cord senil etc.), insuficienței renale finale, în care înainte de comă pot apare obnubilări ce se pot confunda cu somnul. Destul de frecvente sunt tulburările psihice în anemia feriprivă, pernicioasă, de asemenea în tumorile de orice origine.

Tratamentul este simptomatic, adică aproape nu este. Oricum, nu trebuie tratați cu agitații noștri obișnuiți.

Tulburările psihice în endocrinopatii

În endocrinopatii putem întâlni simptome psihice. Eugen Bleuler și mai ales Manfred Bleuler au descris psihosindromul endocrin. Tablourile sunt amestecate. Este important de a afla trăsăturile personalității premorbide, de exemplu, dacă anterior sindromului endocrin avea tendința de a merge către depresie sau interpretare paranoidă și dacă sindromul endocrin accentuează aceste tendințe.

În *patologia hipofizară*, pentru hipofiza anterioară se descrie un sindrom hipofizar anterior. În gigantism se descrie un infantilism psihic, deci în ciuda dimensiunilor somatice este o persoană fragilă și nesigură; complex psihic ar fi cu timiditate, probleme sexuale – că nu își găsește partenera; dacă nu se salvează prin sport, rămâne cu probleme psihopatoide pe viață. Pentru acromegali predomină depresia, sindromul dismorfofobic. S-au mai descris tendințe paranoiace, cu agresivitate, cverulență. Aceasta ne duce cu gândul la ceea ce a observat Kretschmer în legătură cu relația între trăsăturile corporale și psihic.

În *hipopituitarismul global* (sd. Sheehan) se pot confunda cu o neurastenii cronică, cu un sindrom depresiv cenestopat, cu o anorexie mintală. Fetițelor slabe li se recomandă să se mărite și se vor îngrășa, dar după aceea observă că acestea slăbesc progresiv, se cașectizează. În aceste situații aspectul psihiatric nu este decât secundar. În sindromul de hipofiză posterioară – diabetul insipid – prevalează un complex de inferioritate, în care prevalența este gândul la apă și la WC.

Tumorile hipofizei și ale hipotalamusului pot modifica funcțiile endocrinologice și neurologice. Inițial cefaleea e rară, deoarece nu există hipertensiune intracraniană. Memoria și gândirea vor fi influențate prin

presiunea exercitată pe structurile bazale frontale și temporale. Tumorile hipotalamusului vor duce la modificări de apetit (obezitate sau inaniție). Apar labilitatea afectivă și reacții de furie. În diabetul insipid apare un consum exagerat de apă iar secreția inadecvată de ADH duce la intoxicație cu apă și edem cerebral.

În sindromul *hipertiroidian* pe lângă etiologia psihogenă (se descrie Schreck Basedow) se poate instala și progresiv. Este un om care slăbește, îi strălucesc ochii și este mai exoftalmic, devine nervos, tahicardic și o piele cu totul specială (piele aspră pentru hipo, fină pentru hipertiroidie). Mintal, remarcăm o tahipsihie, fiind iuți la minte, par chiar pripiti, dar strălucitori. Nu mai au răbdare ca să asculte, sunt combinativi, cu imaginație bogată. La femei se mai adaugă și aspectul estetic, văzând că le „ies ochii din orbite”. Chiar operația nu va reduce aspectul categoric al exoftalmiei, rămâne cu un sindrom psihopatoid pe viața, un stigmat endocrin. Apar oboseala și slăbiciunea, insomnia și o pierdere în greutate, în ciuda apetitului crescut. După apariția timpurie a neliniștii, tremorului, ulterior vor apare afectarea memoriei, a orientării și gândirii. Tabloul se poate complica, evoluând spre un aspect obesivo-fobic, pseudomaniacal sau schizofreniform (cu idei delirante și halucinații). Hipertiroidia vârstnicului poate fi mascată de o simptomatologie dominată de apatie, confuzie și depresie. Sindromul *hipotiroidian* congenital dă idioția. La adulți, sindromul hipotiroidian, pe lângă îngrășare, constipație, dificultate la frig, psihologic dă o lentoare mentală, o tendință la tristețe, o bradipsihie; este inversul hipertiroidianului. Se mai descriu astenia, somnolența, slăbiciunea, iritabilitatea. Pe măsura agravării bolii, memoria și gândirea vor fi afectate în așa măsură încât individul pare să aibă o demență. În cazuri severe se ajunge la comă. Netratarea bolii poate conduce la deficite cognitive permanente. Profesorul Parhon lega de tiroidă psihoza maniaco-depresivă; el considera că mania este legată de un hipertiroidism, iar melancolia de un hipotiroidism. Nu este chiar așa de categoric, dar o tiroidă este esențială în a da ritmul de viață, iar ritmul mental e dat de tiroidă.

În *hipoparatiroidie* se produc dereglări ale metabolismului calciului (o hipocalcemie), se schimbă excitabilitatea neuromusculară, apar crize care în cazul modificărilor paratiroidiene se pot confunda cu epilepsia și cu difteria. Simptomatologia include excitabilitate crescută, parestezii tranzitorii, crampe, manifestări tetaniforme, fasciculații musculare, convulsii. Din punct de vedere psihiatric se descriu confuzia și neliniștea psihomotorie, somnolența, halucinații și depresie. Tot mereu o mulțime de nevrotice le vom vedea pe la cabinete cu aceste diagnostice – hipocalcemie? pitiatism (subliniat de două ori) și precizare de diagnostic pentru epilepsie. Frecvent avem de a face cu aceste trei diagnostice. Care este aspectul psihopatologic al crizei? Este senzația de moarte iminentă.

Deci nu numai că te contracti și ai o tulburare de conștiință, dar crezi că atunci vei muri. Acești oameni beneficiază foarte mult de prezența unui medic care să-i asigure că vor trece peste acest moment și că vor trăi, deoarece ei sunt într-o panică mare.

Hiperparatiroidia se produce de obicei din cauza unor neoplasme paratiroidiene, de obicei adenoame benigne, care duc la o concentrație crescută de calciu seric. Hipercalcemia poate apare și în boli ce afectează sistemul osos, precum boala Paget, mielomul multiplu, metastazele osoase. Pacienții hipercalcemici prezintă apatie, anxietate și iritabilitate. Pot deveni agitați, confuzi, paranoizi sau deprimăți. Slăbiciunea musculară este un simptom comun.

În sindromul *hipopancreatic* diabetul zaharat dă un capitol de psihiatrie. Dacă atinge niște intelectuali astenici, ce se întâmplă când se descoperă diabetul? Devin niște hiperprudenți, cu cântarul; se vor ocupa mereu de ceea ce mănâncă, cât mănâncă, devin mici chimiști cu laboratorul în baie sau în bucătărie, își văd de analizele lor și casa trebuie să meargă cu toate ale ei – deci se produce o îngustare, o exagerare hipocondrică a depresiei. Foarte mulți nu trebuie să facă insulină, alții nici nu au mari restricții de regim, totuși depresia înaintează fiindcă la centrul de diabet unde merg regulat se întâlnesc cu diverși bolnavi de diabet care au făcut complicații și se sperie unul de altul. Deci se produce un efect iatrogen, încât aceștia sunt niște nevrotici speriați și frica lor o vor transmite partenerului și copiilor pe care îi vor duce regulat la analize.

În cazul *hipercorticismului*, pe lângă obezitate și hipertensiune s-au descris 2 sindroame psihopatologice și anume melancolia și sindromul schizofreniform. Unii pacienți pot prezenta neliniște, insomnii, o dispoziție expansivă și hiperactivitate. În ultimii ani prin medicația psihotropă (sau prin comele de insulină făcute mai demult) s-a remarcat că unii schizofreni se deformează, se îngrașă și fac un debut de Cushing iatrogen. Deci este o intricare pe de o parte schizofreniformă din Cushing și un Cushing la schizofreni.

În *insuficiența corticosuprarenală* (boala Addison), tabloul psihiatric seamănă cu o neurastenii gravă. Este descurajant ca pe viață să faci un tratament de substituție, să iei hormoni, să cauți să te îngrași mâncând mereu și totuși să rămâi slab. Este o infirmitate destul de mare. Dacă debutul este brusc, este o tulburare cu risc vital. Se descriu slăbiciunea, voma, obnubilare, deshidratare, hipotensiune și tulburări de conștiință. Fără tratament prompt, se ajunge la colaps circulator și moarte. Insuficiența cronică produce apatie, fatigabilitate, iritabilitate și depresie. Uneori, pacientul devine confuz sau psihotic.

În *sindromul hipermedulosuprarenal*, unde se produc crizele de hipertensiune malignă, se pune foarte greu diagnosticul. Criza de hipertensiune dă o criză de pierdere de conștiință, de obnubilare, de agitație.

Există o anxietate intensă, transpirații, palpitații, tremor, amețeli, cefalee, paloare, simptomatologie similară atacului de panică. Crezi că este bolnav psihic, dar are T.A. maximă 280 mm Hg, nu se știa, îl iei sub observație, nu scade cu o medicație obișnuită, se pune problema diagnosticului diferențial al crizei adrenergice.

Obezitatea și anorexia nervosa. Anorexia nervosa poate fi de fapt o echivalență psihotică, depresivă sau schizofreniformă. De obicei se tratează ca o depresie.

Obezitatea este condiționată adesea de bulimie, iar aceasta la rândul ei de un mecanism nevrotic anxios. Se produce impulsul de a mânca, bolnavul consumă mult și repede, după care se duce și vomează, pentru că îi e frică să nu se îngrașe. Această obezitate este deci o maladie psihosomatică.

În *sindromul hiperovarian*, ovarele funcționează ca niște pompe de incendiu (Neicu). Un exces de libido complet -pe de o parte nimfomane, pe de altă parte hipermaterne.

În *sindromul hipoovarian* este însoțit de infantilism psihic, o întârziere mintală ușoară (va rămâne o „fetiță”); o jenează că vârsta o forțează să se mărite, să aibă copii și totul se face contra voinței ei; rămân singure, izolate, cu sindroame schizofreniforme. Se poate corecta prin tratament de substituție.

Mai frecvent apare dezechilibrul foliculină – progesteron și mai ales insuficiența relativă de progesteron, deci hiperfoliculinemia. Aici putem întâlni patologie nevrotică, psihopatii (isterice mai ales) și complicații în viața socială, scuzate prin boală. Pot duce la patologie ginecologică, tratamente inclusiv chirurgicale, care adaugă un handicap în plus.

Sindromul hipertesticular (dacă nu este vorba de o tumoră malignă unde fericirea este scurtă și apoi urmează o prăbușire ireversibilă) determină un sindrom de hipermascul unde statutul de om este foarte greu de ținut. Este parcă imoral, dă încurcături medico-legale până să descifrezi despre ce este vorba.

Sindromul hipotesticular are aspect de gigantism, adică ne apare ca un băiat înalt dar nedezvoltat din punct de vedere al trăsăturilor masculine, mai politicos decât trebuie.

Medicamentele folosite în practica medicală

Medicamentele folosite în practica medicală pot avea diferite efecte psihice. Astfel, hormonii sunt administrați pentru a crește sau a inhiba activitatea endogenă a glandelor. Există o variabilitate în funcție de individ, dar severitatea manifestărilor se corelează și cu doza. *Corticosteroizii și ACTH* pot da euforie, agitație, neliniște, insomnie. La doze mari poate apare un tablou de manie sau de ideeție paranoidă. Se pot observa confuzie și

dezorientare. Unii pacienți din contră pot prezenta o reacție opusă, prezentând o depresie gravă. Întreruperea corticosteroizilor poate da depresie, apatie, iritabilitate sau psihoză.

Hormonii tiroidieni în doze mari pot da un tablou care poate mima hipertiroidia (slăbiciune, tremor, palpitații, anxietate, insomnii, agitație, intoleranță la căldură, delir cu confuzie, dezorientare sau tablouri psihotice, precum halucinații și idei paranoide). În cazul unei administrări de I^{131} și propiltiouracil, ce ar da o hipotirodie rapid instalată, se pot remarca idei delirante, halucinații, delirium.

Insulina și hipoglicemiantele orale pot produce o hipoglicemie acută sau cronică. Hipoglicemiile ușoare sau moderate pacientul este iritabil și este greu de intervievat, cu tulburări cognitive sau confuzie. Pacientul poate fi letargic și se poate plânge de cefalee. La nivel mai scăzut al glicemiei apare delirium, ce poate evolua până la comă. În cazul unei hipoglicemii cronice poate apare o tulburare de personalitate organică, cu tulburarea controlului impulsului, afectarea judecării, izolare, izbucniri de afect. În timp se poate constitui o demență.

Antiinflamatoarele nesteroidiene, folosite foarte frecvent, pot da stări toxice în doze crescute. Salicilații produc confuzie, agitație, tinitus, halucinații (de obicei vizuale) și delirium. La doze mari, fenacetina dă dispoziție depresivă, letargie, amețeli, detașare și deficit de concentrare. Fenilbutazona poate cauza cefalee și reacții psihotice la doze mici, iar la doze mari delirium cu halucinații, convulsii și comă. Indometacina produce cefalee la aproximativ 50% din pacienți. Reacțiile severe pot cuprinde depersonalizare, confuzii, coșmaruri, depresie, halucinații, ataxie, delirium.

Medicamente utilizate în tratamentul infecțiilor. Sulfonamidele pot produce confuzie, depresie și psihoze acute. Penicilina iv a cauzat psihoze acute cu agitație, anxietate, halucinații. Cloramfenicolul a produs depresii și delirium. Antituberculoasele pot produce efecte psihice în administrarea acută și cronică, de exemplu izoniazida a fost asociată cu următoarele efecte: anxietate, iritabilitate, confuzie, ideeție paranoidă, iar în cazuri severe un sindrom schizofreniform, etc.

Agentii antineoplazici, în general, nu trec bariera hematoencefalică, cu excepția alcaloizilor de Vinca.

Disulfiramul în doze normale produce o scădere a libidoului și a potenței, alături de slăbiciune, tulburări de memorie și concentrare, somnolență, dezorientare și confuzie (la doze mari). Ingestia cronică duce la fenomene de toxicitate, datorate sulfurii de carbon, cu manifestări parkinsoniene, depresie, neuropatie periferică și delirium. Nu trebuie uitată reacția la alcoolul din produse diverse (cosmetice, etc.) care poate duce la palpitații, dureri toracice și colaps.

Efectele unor toxice din mediu

În momentul de față există o mulțime de toxice, cu care populația intră în contact fie la locul de muncă, fie locuind în medii poluate, fie utilizând unele toxice (ca solvenți organici și droguri).

Intoxicații cu:

Oxygen – inhalare de oxigen pur la mai mult de 2 atm.: modificări ale dispoziției, iritabilitate, labilitate, amețeli, paretezii, pierderea cunoștinței.

Bioxidul de carbon – între 2 – 10 % crește frecvența respirației și amplitudinea mișcărilor respiratorii, urmată de cefalee, confuzie, delirium.

Monoxidul de carbon – duce la hipoxie, cefalee, greață, vomă, amețeli, tulburări de vedere; la 20-40% – tahicardie, tahipnee, convulsii și sincopă; la aprox. 60% insuficiență respiratorie și moarte;

În intoxicația acută apar leziuni la nivelul globus pallidus, substanța neagră, rezultând convulsii și fenomene extrapiramidale, iar în intoxicația cronică – apar depresii episodice, izolare, apatie, defecte de percepție și memorie, dezorientare.

Unele metale (plumb, mercur, thaliu, mangan, arsenic, bismut) și fosfații organici dau fenomene psihice și neurologice importante.

Mai se pot cita deficiențele nutriționale (B1, B6, B12, acid nicotinic) și etiologiile metabolice: b.Wilson, porfirie, encefalopatii (hepatică, uremică, hipoglicemică), cetoacidoza diabetică și coma necetozică, hipo/hipernatremia și hipoxia.

Interferența psihiatriei cu bolile interne

Există 7 situații privind patologia somatică și patologia psihiatrică:

1. Patologie psihică exclusiv, unde omul este foarte bine din punct de vedere somatic, dar are ceva psihic.

2. Bolnavii psihici cu concomitențe somatice – de la bătătură la orice patologie căreia nu i s-a găsit un corespondent psihiatric.

3. Patologia somatico-psihică, de organ, când devin cronice, decompensate grav (la nivel hepatic, renal, cardiac, pulmonar); se însoțesc de sindroame de patologie acută psihiatrică, de tulburări de conștiință până la confuzii mintale grave. În aprecierea tabloului clinic somatic, acești somaticieni se bazează pe aprecierea stării de conștiință. La contagioase, medicul care trece la contravizită vede un bolnav că trece într-o stare de somnolentă mai specială, care poate fi o agravare comatoasă. Deci se poate orienta după aceasta. În clinica de interne, de asemenea, vechii clinicieni vorbeau de uremia liniștită – după ce bolnavul vărsa, era agitat, ureea

creștea și la un moment dat se liniștea; era un semn că era pe sfârșite. Psihiatric înseamnă o confuzie liniștită, o stupoare și deci o precedare a comei. Invers, dacă se intervenea cu perfuzii etc., se putea observa o ameliorare, o clarificare a conștiinței bolnavului.

4. Patologia psiho-somatică, adică patologie somatică de origine psihică. Câteva entități sunt hipertensiunea arterială, colita spastică, boala Basedow, boala ulceroasă, infarct de miocard. Pe vremuri i se spunea și patologie cortico-viscerală. În ultimii ani s-a mai lărgit și cu patologia dermatologică, alergică. S-a scris și despre factorul psihic în apariția și evoluția cancerelor.

Îmbătrânirea, după prof. Aslan, înseamnă o patologie psihosomatică.

5. Patologia psihosomatică complicată somato-psihic: colita de 20 de ani și care se complică hepatic, etc. Boala hipertonică este psihosomatică, dar după zeci de ani devine somato-psihică, adică face arterioscleroză cerebrală, AVC, care complică starea psihică.

6. Boli somatice cu concomitențe psihice – nu orice boală somatică determină ceva psihic și pot fi două lucruri paralele. Deci un om poate să facă o boală somatică – o hepatită – cu evoluție nefavorabilă și să aibă și o concomitență psihică care să nu aibă o legătură cu hepatita și care a precedat-o, de ex. o schizofrenie.

7. Boli somatice exclusive: recruții la spitalul militar – hernie, apendicită – „îl operăm”, dar nici un aspect de examen clinic sau psihiatric.

Involuția

În mod convențional, după 45 de ani începe vârsta a treia. Tot convențional, în România, până la data pensiei (de 62 la bărbați și de 57 la femei) se cheamă perioada preinvoluțională; după aceea urmează perioada involuției. Este o convenție. Din punct de vedere al psihiatriei nu este o corelație strânsă între anii de pe buletin și starea mintală. Se știe că o mulțime de oameni mor cu o minte foarte limpede și se poate spune că vârsta aduce nu senilitate, ci seninătate, adică o maturitate târzie, adică se pune ordine în casa lui, în capul lui și începe să modereze o serie de aspecte care au avut prioritate la un moment dat în viața lui, devin mai „înțelepți”. Se întâlnesc persoane care prezintă tulburări, datorate unor concomitențe organice. Este vorba de un dublu proces, care se produce după vârsta de 45 de ani. Este în primul rând un proces vascular, care duce în final la o oxigenare mai proastă, cu o alterare a metabolismului cerebral și secundar poate da chiar leziuni cerebrale. Un al doilea mecanism al involuției este atrofierea zonelor recente și fine, zona neuronilor de cea mai recentă achiziție. Cele două căi se pot combina și duc la îmbătrânire. Majoritatea

tulburărilor este data de mecanismul vascular, mecanismul celălalt dând manifestări mai puțin zgomotoase, transformările sunt mai puțin perceptibile. Când te referi la șeful tău poți spune că „mai greșește, fiindcă s-a sclerosat“ ca primă posibilitate, sau că „s-a cam senilizat“. Statistic se folosește primul termen.

Suntem la perioada preinvoluțională, deci după 45 de ani, când omul atinge titlurile, averile, copiii au intrat la facultate, toate se așează, dar începe o patologie foarte variată – încep sindroamele nevrotiforme, psihopatoide, psihotice și dementiale. Deci este vorba de toată patologia, este vorba de o psihiatrie care apare acum, aici și nu este vorba de un schizofren sau altă boală care „îmbătrânește“.

În mod clasic, această patologie este legată de meno-andropauză. Acest moment accentuează slăbiciunile premorbide și le accentuează. Rare sunt persoanele scutite și auzi țărăncile spunând „m-a iertat“. Este vorba la o femeie de o schimbare a stereotipului ciclului, care nu se explică prin cauze locale. Trebuie să se facă un diagnostic diferențial, să nu fie cancer sau altceva și tot crezi că este o menopauză. Dacă totuși este așa ceva, pe lângă aspectul vegetativ (bufeuri, transpirații, etc.), se observă o labilitate psihică: plânge și râdefără motiv, este nervoasă și capricioasă ca și cum ar fi la prima sarcină. Acum ea are partenerul care nu prea o „ascultă“ și încep niște probleme intrafamiliale. Își face complexe că a îmbătrânit, că s-a urâțit, că el se uită la alta.

Tablourile nevrotice sunt depresiv – cenestopate. Spitalul este plin de astfel de cazuri. Femeile par îmbătrânite precoce și sunt speriate, nejustificat de consumate. Dacă ar fi corectate și endocrin, ar putea prelungi starea de dinainte. Este momentul când se operează și o schimbare de caracter – „s-a acrit“; este o răutate în a vulgariza o dificultate a femeii. Dar este și o apariție de sindroame psihotice cu gelozii patologice – deci sindroame interpretative. Multe despărțiri melodramatice, cu 2 copii mari etc. Tot mereu este invocat „nu mai are nici o rușine“. Este vorba de partener. Se produce și o cotitură către religiozitate. Se gândește că a făcut multe păcate, se spovedește și se împărtășește regulat, ține posturile și devine membră în consiliul bisericesc.

Dar bărbatul? Nu recunoaște andropauza, el merge înainte! Totuși, ea există și veți vedea că masca andropauzei este neurastenia – „vrea Predeal“. I s-a spus „mai schimbă atmosfera“. Se produce o schimbare ce caracter, o prelungire a vieții la modul biologic și o ultimă reajustare strategică, iar soțiile o consideră ca „o ultimă nebunie“ și își spune că va trece și asta „se va întoarce la ea“. Andropauza duce la tulburări psihopatoide, irascibilitate, tiranie, dezinteres față de copii, ruptură cu copii. Se poate și ea corecta hormonal dacă nu sunt contraindicații, care pot agrava dacă nu sunt

respectate, cum ar fi adenomul de prostată, etc. Noi biciuim aceste aspecte hormonal, dar se produce apoi o prăbușire gravă. O prelungire contra naturii înseamnă a forța corpul și pot apare numeroase complicații. Pentru meno-andropauză politica noastră nu este de renunțare totală ci de acceptare armonică a vieții, de compensare spirituală sub alte laturi și nu de încăpățănare ca femeia să aibă ciclul neapărat iar bărbatul să-și facă tot timpul testosteron.

Trebuie să se înțeleagă acest lucru și face parte din profesia, filosofia fiecăruia și medicii înțeleg aspectul natural și nu prea se joacă cu natura.

Dacă trece la patologia mai gravă a acestei perioade vom descrie *melancolia de preinvoluție (depresie cu elemente psihotice)*. În contrast cu cea din psihoza maniaco-depresivă, care este stuporoasă și dă o lentoare globală subiectului, melancolia din această perioadă este agitată, cu panică, angoasă, bolnavul își rupe hainele, se trage de păr, ai impresia că a scăpat atunci de un cataclism, se agită de colo-colo. Posibilitățile de suicid sunt groaznice, dau rezultat, fiindcă se aruncă de la etaj sau în fața trenului, se spânzură sau beau sodă caustică. Dacă le vezi și l-ai cunoscut și pe cel care s-a sinucis, nu mai uiți niciodată acel caz. Sunt și greu de tratat, fiindcă ECT după 45 de ani pune anumite probleme ortopedice. Uneori ne vin bolnavi care își neagă propriile organe, spunând că nu le mai au, că se vor chinui veșnic, că nu vor putea muri (sd. Cotard). Delirul Cotard pare un adevărat infern al omului. Nu-și mai recunoaște soțul, pe medicul curant și spune că au murit.

Asemenea cazuri sunt foarte greu de tratat, fiindcă nu se mai hrănesc singure și tot personalul se luptă pentru a reechilibra un asemenea bolnav.

Altă psihoză a acestei vârste este *psihoza paranoidă*. Când auziți – „...oid” – presupune *halucinații auditive și delir de persecuție*. Este vorba de obicei de bărbați care devin suspicioși, se baricadează, fiindcă cei de deasupra și de dedesubt dau drumul la gaze – ei înfundă orice crăpătură de la geamuri și uși, bat geamul în cuie, pun șifonierul în ușă, cu patul deasupra ca să nu vină Sanepidul. Se intră peste el după 1-2 săptămâni, cât timp el nu mai apare la pâine sau la lapte și se descoperă un om speriat cu delir de persecuție. El declară la procuror și sunt crezuți că fiica, fiul, nepoții vor să-i omoare și să le ia casa și ce mai au. Că nepoții au ascuns aur. Delirul se cheamă de „mică amplitudine” și se referă la ceva posibil. Pot fi în aceste perioade agresivi, să dea cu lopata sau să fugă cu perna pe cap. Se produce și o modificare de caracter și se ajunge la paranoia. Deci anumiți psihopați paranoiaci ajung să li se accentueze trăsăturile, devin impulsivi, brutali, vociferează, cred că totul se realizează bătând cu pumnul în masă, deci au tehnici de forță și pentru lucruri minore te reclamă, este imposibil să fii de acord cu ei, te reclamă permanent. Deci în paranoia de involuție, până să

se descifreze mecanismul, ei „fac ordine“ la lapte, pâine, cu orarul etc. În această perioadă poate să apară psihoza cu debut tardiv, deci un om care a fost normal poate face PMD ca debut sau o schizofrenie și se cheamă psihoză funcțională de preinvoluție.

Preinvoluția poate să mai aibă două forme foarte grave de demențe senile: **boala Pick** și **boala Alzheimer**. Demențele sunt stația terminus pentru toate bolile psihice de natură organică (infecții, SIDA, TCC, tumori cerebrale, alcoolism, îmbătrânirea psihozelor endogene), dar și pentru involuția fiecărei persoane, care se poate accentua și scurta pe o cale vasculară (demența ASC) și pe o cale atrofic-degenerativă (demența senilă).

Boala Pick se produce mai ales la femei, care rămân la pat, sunt tăcute, nu-și mai fac gospodăria și nu fac nimic. Spre deosebire de neurastenii, care se leagă la cap, „nu mai pot“, aceasta nu se mai plânge de nimic, deci este o retragere liniștită și nemotivată într-o *apragmazie, abulie și mutism*. S-a mai descris și *ecolalia*, un semn important pentru diagnostic. Dacă o întrebi: „ce mai faci, Lenuțo?“, ea răspunde cu aceeași întrebare – ce mai faci, Lenuțo. Aceasta ne va duce cu gândul la boala Pick. Este un substrat organic, o atrofie corticală specifică de zonă prefrontală, atinge deci polul psihic, intelectual al creierului, deci se reduce intelectual, deci se demențiază, dar nu zgomotos.

Boala Alzheimer debutează nespecific, cazul fiind văzut de mai mulți medici și trecut prin mai multe diagnostice mai ușoare, confundându-se cu toată patologia de involuție, diagnosticul impunându-se până la urmă prin excluderea altei patologii organice cerebrale (sifilis, tumoră cerebrală).

Diagnosticul pozitiv este susținut prin tomografie sau PEG, care evidențiază atrofia cerebrală generalizată, cu predominantă frontală și în polii anteriori ai lobilor temporali, cu LCR normal, fără semne de HIC, care se adaugă examenului clinic complet.

In boala Alzheimer, funcțiile psihice superioare sunt pierdute și aceasta dă conținutul de demență. Funcțiile neurologice clasice (motilitatea, sensibilitatea, reflexivitatea) ca și funcțiile viscerale sunt păstrate. Între aceste două categorii de funcții, superioare și inferioare, Delay („Les trois memoires“) a descris a treia categorie de funcții intermediare, pe care le-a numit instrumentale, deoarece se interpun între funcțiile psihice care dau ordin și funcțiile neurologice care execută ordinul prin trei instrumente neuropsihice simbolice, care dau socoteală de memoria perceptuală în gnozii, memoria cuvintelor în fazii și memoria gesturilor în praxii.

Deci, se poate vorbi despre o demență instalată după 45 de ani (relativ timpuriu), inexplicabilă prin factori organici de tipul infecții, TCC etc., și care are ca *semn patognomonic triada A-A-A (agnozie, apraxie, afazie)*. După faza inițială, nespecifică, se pot observa ascuțirea trăsăturilor de caracter

negative (egoism, avarit ie, r autate, r azbunare, duritate), multiple tablouri nevrotiforme, corporale, cu nesf ar ite explor ari de laborator, posibile tablouri psihotice, cel mai frecvent psihoza depresivă, cu sc aderea chefului de viața, dezinteres pentru profesie, precipitarea pensiei, preocup ari de suicid  i de moarte  i atracția cimitirului, psihoze paranoide în care (cu sau f ar  voci) vecinii sunt agresivi, comploti ti, distrugători, etc. Dar această confuză epop e  i odisee este  mp anat  cu ceva semnificativ pentru clinicianul avizat. El reține din nesf ar ita anecdotică în primul r and *sc aderea memoriei de fixare şi de evocare, care duce la o pierdere a achizi iei de nout ti  i la pierderea trecutului recent, instal ndu-se de fapt o amnezie antero-retrogradă, progresivă, globală, care aminte te de superba lege a lui Ribot, de regresie a memoriei*. Aici intervine şi un diagnostic diferențial, în interiorul demenței, în sensul că ne găsim în fa a unui sindrom demențial, fiindcă sunt grave tulburări de memorie, de discernământ, înlocuite cu un plus sau minus afectiv primitiv şi cu acte absurde, demen iale, pe care bolnavul le face fără să  tie de ce şi pentru ce. Dacă aceste tablouri sunt însoțite de fenomene vasculare, accidente neurologice  i păstrarea unui nucleu al personalit ii – o fa ad  în care bolnavul are o critică a deteriorării  i o labilitate afectivă până la incontinen  (r s  i pl ns spasmodic) – ne gândim la o demen  ASC vasculară. Dacă tabloul evoluează lent, fără fenomene neurologice clare, ne gândim la o demen  senilă, dar dacă în sindromul demenței senile apar mici elemente instrumentale, ne gândim că se poate impune ipoteza bolii Alzheimer.

Clinica clasică a atras atenția asupra tulburării de memorie, descriind un bolnav căre p r se te patul pentru a merge la WC, pecare nu îl găsește  i face pe oriunde, după care, revenind la pat, se urcă în patul altui bolnav. Acest incident clasic l-au socotit semn patognomonic. Bineînțeles că nu este semn patognomonic în sensul rash-ului scarlatinic, fiindcă poate surveni în confuzii, somnolen e, la bolnavii injecta i sau pur şi simplu un accident nesemnificativ. Dar dacă la vizite repetate se raportează același incident, faptul deschide ipoteza unei boli Alzheimer.

 n aceste situații, un examen neurologic negativ impune explorarea funcțiilor instrumentale, în care intră denumirea obiectelor, de la cele mai banale la cele mai rare,  in nd cont şi de cultura subiectului şi de ceea ce el ar fi trebuit să știe  i a știut. Aici răspunsul este invers dec t la oligofren. Este știut că oligofrenul cunoaște  i răspunde de lucrurile cele mai concrete, cele mai detaliate  i nu denume te cu cuvântul genezic. Deci el este proprietarul unei concrete i, în timp ce în boala Alzheimer el pierde aceste concrete i  i le  nlocuie te cu generalit ti, cum ar fi „este un lucru“, „este ceva“  i perifrazeaz   ncerc nd să dea o definiție utilitară obiectului respectiv, deci nu răspunde cu un cuvânt exact ci cu mai multe cuvinte inexacte, deci răspunde vag  i aproximativ.

Mai trebuie să fim atenți la explorarea faziei. Cum se știe, *fazia are două componente – motorie și senzorială*. Componenta motorie este mai păstrată decât cea senzorială și doar în faza terminală asistăm la o deteriorare a ei, prin instalarea logocloniei, adică o despărțire a cuvântului în silabe și repetarea stereotipă a silabei finale. *Componenta senzorială este atinsă precoce*, dar trebuie să ne asigurăm că nu este o hipoacuzie. În Alzheimer, bolnavul aude dar nu înțelege (afazie senzorială). Ne putem da seama astfel – dăm ordine scurte bolnavului, dar el le execută încurcat sau nu le poate executa. Exemplul clasic este „du mâna stângă la urechea dreaptă” și el o duce la cea stângă sau la nas. Există desigur o ierarhie a înțelegerii care presupune în primul rând atenție și nu distincție, dar nu orice om atent înțelege și deși dă impresia că înțelege, constăți cu stupeoare că de fapt el nu înțelege. La început crezi că este rea voință, încăpățănare și îl pui să repete ordinul, dar atunci observi că nu-l poate executa fiindcă nu l-a fixat sau dacă îl repetă fiindcă l-a fixat, nu înțelege schema conținutului. Aceasta este afazia și ea indică cu fenomenală precizie *afectarea zonei Wernicke* din carrefour-ul fronto-temporo-parietal.

În fine, în boala Alzheimer bolnavul se dovedește *apraxic* în sensul că gesturile cele mai banale pe care le-a făcut toată viața fără probleme începe să le complice, să le lungească, să le facă pe dos, astfel că fără a fi asistat el face din actul de îmbrăcare, dezbrăcare, folosirea WC-ului, spălare, manipularea aparatului casnic – face totul pe dos sau nu mai știe să le facă. Deci nu mai știe să vorbească, să meargă, nu mai cunoaște pe nimeni, nu mai știe ce a știut și devine dintr-un profesionist un „nimeni”, definitiv rătăcit în propria intimitate. El devine o povară pentru familie, un test de fidelitate a partenerului, a rudelor, a grijii copiilor. Trăim într-o lume în care fiecare are din ce în ce mai mult treaba lui, autonomia lui, cariera lui, idealul lui și apariția bolii Alzheimer îi încurcă pe toți în sensul că toți se scuză ca să evite sau în cel mai bun caz ar plăti oricât să-l știe internat undeva. Aici intervin societățile Alzheimer, care cuprind membrii familiilor care au sau au avut un caz și care facilitează internările și controlează finanțarea instituțiilor specializate ca și menținerea standardelor de îngrijire mergând până la penalizarea neglijențelor ca și asigurarea serviciilor religioase și chiar a unei înmormântări decente, cu reglarea aspectelor legate de moștenire.

Durata totală a bolii este de 5-7 ani, dar s-au descris și cazuri cu evoluție mai îndelungată. Evoluția depinde și de calitatea îngrijirii, devotamentul aparținătorilor, de instituțiile specializate în acest sens.

S-au emis numeroase ipoteze privind etiopatogenia acestei boli, cum ar fi aluminiul, substraturi enzimatic deficitare, etc. Boala este incurabilă, dar datorită evoluției îndelungate pune problema unei strategii terapeutice. Boala Alzheimer nu rămâne o boală ce ține de psihiatrie sau de neurologie, ci o subspecialitate pentru neuro-psihiatrie și nursing-ul specializat.

În prezent, noțiunea de boală Alzheimer tinde să își lărgască conturul și să cuprindă toate demențele tardive. Noi credem că este o forțare, o exagerare și că trebuie să rămânem la noțiunea de boală Alzheimer în care în tabloul clinic trebuie să existe sindromul demențial și sindromul neurologic AAA.

Involuția. Este perioada când visul este să ieși la pensie și crezi că ai scăpat de toate „corvezile” și devii un cetățean „Apimondia” etc. Se poate continua patologia din preinvoluție sau poate apărea abia acum, dar cu trăsături particulare.

Melancolia senilă. Nu este cea agitată din preinvoluție, ci devine apatică – zace la pat și își așteaptă moartea, nu mai este bun de nimic.

Paranoidul senil. Devine absurd, caraghios. Se pot produce ritualuri magice ca să scape de dușman. Taie preșurile și actele și le dă foc la 12 noaptea. Să vedem cine iese primul, acela este cel mai mare dușman. Deci este o absurditate.

Paranoia senilă. Este paranoia grandioasă. Sunt toți cei care: „dacă aș conduce eu țara...”. Scriu la cei mari. Îi felicită de toate sărbătorile și trimite propunerile „caietul 22 în problema finanțe mondiale...”. El studiază, ascultă, se interesează de toate problemele și pe plan mondial consideră că trebuie el să dea cheia rezolvării lor. Sunt grandomani, cu un caracter oribil.

În cazul în care sindromul se bazează pe halucinații auditive – este o *parafrenie tardivă* – grandoare mistică. Vom asista la o repetare a lui Moise. Primesc „directive de sus” și trebuie să le îndeplinească. Deci este sfințirea finală. În paranoia devine ministru, aici devine sfântul sau sfânta. Fac culte proprii. Nu-l recunoaște nimeni, nici un cult nu-l recunoaște.

La bătrânețe se mai poate produce *presbiofrenia Wernicke*. Este o demență veselă; sunt niște optimiști euforici, care povestesc vrute și nevrute – este un sindrom Korsakov senil, adică confabulează. Foarte simpatici. În „Micii burghezi” de Gorki este un moșulică – Păsărarul – când acțiunea se complică, apare și el, așa de deplasat în acea atmosferă, toți caută să-l dea afară, și așa este și psihoza pe care o descriu în cadrul unui serviciu de psihiatrie, adică este complet deplasat. Tu te certă cu sora pentru lucruri grave, a murit cineva și vine și el cu „acum hai să vă dau o friptură”.

În *demența senilă* se pierde total și ireversibil personalitatea, cu amnezie anteroretrogradă globală, cu abolirea criticii – indiferent la bine și la rău. Cresc impulsivitatea, agresivitatea și posibilitatea actelor antisociale. Se găsesc în toate căminele de bătrâni. Ținuta este neglijentă, se îmbracă curios, aduc tot ce găsesc, inclusiv lucruri inutile – mucuri, cotoare, pungă. Le iei totul și ei refac. Ultima dorință de a avea o mică avuție absurdă. Devin total dependenți, înșelați la pensie, lasă aragazul nestins, este indiferent la gravitate. Au polifagie, nu se satură și ajung internați într-un cămin spital.

În DSM IV sunt descrise, la capitolul demențelor, demența tip Alzheimer (cu debut precoce și tardiv), demența vasculară, demențele datorate HIV, TCC, bolilor Parkinson, Huntington, Pick, Creutzfeldt-Jakob și altele, incluzând unele demențe cu etiologii multiple.

Tratament

Tratamentul medicamentos se micșorează cu o treime față de doza adultului. În principiu, medicația este aceeași, dar în fiecare caz putem avea surprize psihodisleptice, chiar la un tranchilizant sau la un hipnotic. De evitat medicamentele care dau variații tensionale, și tulburări de ritm cardiac.

Tratamentul actual al bolii Alzheimer (potențatori cognitivi și agenți neuroprotectori)

Scopurile acestor tratamente sunt de a ameliora sau încetini deteriorarea memoriei cât și menținerea funcționării independente. Strategiile de tratament includ inhibitorii de colinesterază, reducerea radicalilor liberi și agenți antiinflamatori.

Agenți colinergici. Ipoteza colinergică a demenței a dus la aplicare unor inhibitori ai colinesterazei. Precursorii de acetilcolină ca lecitina sau colina nu au demonstrat rezultate deoarece nu cresc activitatea colinergică centrală. Agoniștii postsinaptici au avut efecte secundare importante. Inhibitorii de colinesterază cresc transmisia sinaptică colinergică prin inhibarea colinesterazei la nivelul fantei sinaptice. Acești agenți depind de prezența unor neuroni colinergici intacti de aceea eficacitatea lor este mai mare în stadiile precoce de boală. Fizostigmina nu s-a putut utiliza din cauza timpului scurt de înjumătățire care necesită administrare la fiecare 2 ore cât și din cauza procentului de greață și vomă raportat (57 – 79%). A produs o ameliorare cu 4-6% superioară aplicării placebo. Inițial s-a utilizat tacrin, dar din cauza unor efecte secundare importante a fost înlocuită de mai noile donepezil, rivastigmină și galantamină. Inhibă colinesteraza, deci reduc distrugerea acetilcolinei, care e dovedită ca factor esențial în procesul memoriei. Există unele diferențe de acțiune farmacologică: donepezil și galantamina acționează pe acetilcolinesterază, rivastigmina acționează și pe butirilcolinesterază. Galantamina acționează de asemenea pe receptorii nicotiniци (unele studii epidemiologice au găsit un risc mai mic de bA la fumători; numărul receptorilor nicotiniци e redus în creierele pacienților cu bA).. Efectele secundare sunt previzibile și datorate stimulării colinergice excesive– greață, vomă, diaree, amețeli, insomnie. Donepezil (Aricept) a fost aplicat din 1996. Necesită o singură administrare pe zi. A dat o scădere de 4-6% față de placebo pe scale cognitive și de modificare globală. Efectele secundare cele mai importante sunt manifestările gastro-intestinale și insomnia. S-au remarcat ameliorări importante în plan comportamental

(scăderea dezinhibiției, iritabilității, anxietății, ideilor delirante). Rivastigmina (Exelon) a fost utilizat din 2000. este administrat o dată pe zi. Acest tip de substanțe sunt paliative deoarece încetinesc dar nu rezolvă progresia bolii în comparație cu placebo. Rezultatele cele mai bune se obțin în fazele timpurii ale bolii. Tratamentul trebuie continuat pe perioade lungi de timp. S-a raportat o agravare a stării la întreruperea medicației.

Memantine (Ebixa) este un medicament nou, care acționează ca antagonist al receptorilor NMDA (N-metil-D-aspartat) și se socotește că are acțiune neuroprotectoare deci ar modifica evoluția bolii. Rolul neuroprotector a fost demonstrat și în cazul unor episoade de episoade ischemice tranzitorii, unde a redus leziunile neuronale. Poate fi administrat oral. Glutamatul este important pentru învățare și memorie, dar excesul său este asociat cu moartea neuronală (excitotoxicitate – pătrundere excesivă de ioni de Ca în neuron care duce la producerea de radicali liberi care exercită o acțiune toxică pe membrană și organitele celulare.). Memantina pare să corecteze dezechilibrul glutamatului și previne deteriorarea cognitivă și funcțională în condițiile unei bune tolerabilități. S-a demonstrat utilă și în ameliorarea durerii neuropate din diabet.

Antioxidante. Vitamina E limitează formarea de radicali liberi, stresul oxidativ și peroxidarea lipidelor. Ameliorează de asemenea supraviețuirea neuronilor din culturi expuși la beta-amiloid. Producerea excesivă a radicalilor liberi este legată de efectele neurotoxice ale betaamilodului (crește sinteza de peroxid și radicali hidroxid liberi care acționează direct pe membrana celulară. Selegilina este un IMAO cu proprietăți antioxidante care crește catecolaminele din SNC și care ar încetini progresia bolii.

Nootropele sunt o clasă de psihotrope care au acțiune de potențare a memoriei și învățării. Acetil-L-carnitina are o structură analogă Ach și e clasificată ca agonist slab Ach. Piracetamul este un derivat de GABA; ulterior au apărut pramiracetam, oxiracetam, aniracetam. Se pare că mecanismul ar implica eliberare crescută de Ach, mai ales în hipocamp. Se socotește că ar fi utile la pacienți cu forme ușoare de demență, ameliorând memoria, dispoziția și comportamentul.

Antiinflamatoare. Aplicarea lor se bazează pe teoria că citokinele promovează sinteza de proteină precursoră de amiloid (amyloid precursor protein – APP) care este precursorul beta-amiloidului. S-a observat un procent scăzut de demență Alzheimer (dA) la pacienții cu artrită reumatoidă și mai multe rapoarte sugerează că utilizarea de antiinflamatoare nesteroidiene este asociată cu un procent mai mic de dA la pacienții care urmează tratamente cu astfel de medicamente.

Ampakinele sunt substanțe care facilitează transmisia prin stimularea receptorilor AMPA de glutamat (receptori cu un rol important în potențarea de lungă durată, proces important în formarea memoriei).

Nimodipina este un antagonist de canale de calciu folosit în boli cerebrovasculare datorită efectului de normalizare a nivelurilor de calciu intracelular sau influențării unor enzime implicate în cogniție.

Psihostimulantele ex. metilfenidatul pot ameliora dispoziția la depresivii demenți dar nu ameliorează cunoașterea. Procaina hidroclorid poate acționa ca inhibitor de MAO, având acțiuni similare.

S-au mai aplicat inhibitori de anhidrază carbonică, anticoagulatele, acidul nicotinic, piritinolul, meclofenoxatul, oxigenul hiperbaric, vasodilatatoarele cerebrale (papaverina, vincamina, cinarizina, pentoxifilina), potențatori metabolici ca amestecurile de alcaloizi de ergotamină cu acțiune antagonistă slabă pe receptorii alfa-adrenergici și modificatoare ale nivelurilor de AMPc, posibil și acțiune agonistă parțială pe receptorii dopaminergici, serotoninergici și nA, vitamine, chelatorici rezultate echivoce și eficacitate limitată sau nedovedită

Sindromul psihoorganic, indiferent de etiologie, ajunge la stația finală care este sindromul de deteriorare și sindromul demențial. Aceste sindroame durează cât viața bolnavului și se agravează progresiv, devenind din sindroame cronice medicale sindroame cronice medico – sociale, pentru care propunem denumirea de cazuri dependente organic de condițiile sociale. Aceste cazuri devin din cazuri medicale – cazuri sociale și pun problema ca comunitatea românească să se adapteze la această realitate. Deocamdată rețeaua de cămine spital este cu mult sub necesități, lăsând la o parte că și psihiatria trebuie să își diferențieze cadre pentru acest capitol. În țările dezvoltate (Suedia) există o dublă organizare atât a rețelei instituționale cât și a rețelei comunitare. Se pune problema atât a ajutorului bănesc (așa-numita pensie de însoțitor) cât mai ales a ajutoarelor la domiciliu (masă caldă zilnică, administrarea medicației, însoțitor de noapte sau pentru perioadă de zi). Mai este și o problemă economică și medico-legală, în sensul că trecerea în îngrijirea comunitară presupune cedarea averii, în special a casei pentru o cameră în cămin, amenajată cu lucrurile și după gustul rezidentului. Deși distanța pare utopică, este foarte probabil că va deveni una dintre exigențele adaptării la indicatorii europeni de sănătate publică.

Sistemul psihozelor endogene

Este cunoscut că după o descriere izolată de-a lungul sec.XIX, la sfârșitul secolului, Kraepelin a reușit să dea un sistem unitar al psihozelor, care a rămas valabil până azi. Sistemul nu s-a schimbat, însă ceea ce este nou este că între entități au apărut forme intermediare (de ex. între schizofrenie și PMD a apărut forma schizoafectivă, între schizofrenie și paranoia a fost plasată parafrenia etc.).

Noi credem că sistemul endogeniilor este legat logic de la polul cel mai complex și „superior” al paranoiei către polul cel mai inferior și destrămat al schizofreniei. Prin urmare, pentru psihozele delirante avem următoarea coborâre pe verticală: paranoia, parafrenia, schizofrenia afectivă, schizofrenia. Deasupra acestui sistem delirant trebuie să situăm PMD-ul, pentru că este o boală relativ mai ușoară, deci mai aproape de normalitate, pe de altă parte este mai discontinuă și, prin intervalele libere mai normale, oferă un alt destin.

Sistemul integral ar fi: PMD, toate entitățile delirante și, înainte de finalul schizofren, se plasează psihoza schizoafectivă. Tabelul final ar fi: manie, melancolie, paranoia, parafrenie, psihoză schizoafectivă, schizofrenia paranoidă, schizofrenia catatonică, schizofrenia simplă, hebefrenia.

Criteriul fundamental al stabilirii psihozei este relația kantiană subiect – obiect, care este destul de diferită și tipic modificată pentru fiecare psihoză.

În excitația maniacală, subiectul este atât de dilatat încât obiectul nu mai contează, este continuu depășit, este un obstacol insignifiant. Persoana (subiectul) e plină de ea, în sensul vital, cel mai elementar, plină de forță, de libido, de bucurie, de aceea este un conflict extrem de mare când se pune problema bolii și internării, căci în acele momente se simte mai bine decât toată lumea. De aici explicația conflictului cu orice autoritate, care e surprinsă că nu e respectată, când de fapt intră în categoria obiect insignifiant. Nu se ajunge la delirul constant pentru că instabilitatea este maximă și subiectul este dominat de această vâltoare și nu are timp să-și creeze statute. Dacă excitația este medie, ca în hipomanie, atunci puterea pacientului capătă și forme sociale și substituie de fapt funcțiile puterii. De aceea hipomaniacalul e un gradat, e un șef, face controale, uneori cu succes, escrochează, în timp ce maniacalul se plimbă cu mașina, chefuiește, risipește, se bagă în afaceri păguboase, face proiecte mari pe care le înlocuiește. În orice caz, maniacalul stă în realitatea obiectului. Maniacalul

consideră obiectul mic și se joacă cu el, nu-l ia în serios. Obiectul trebuie să-l satisfacă la modul cel mai simplu, de exemplu un raport sexual e direct și firesc, fără alte scrupule. Obiectul e consumabil, este producător de plăceri. Pentru aceasta el face schimburi, afaceri, neavând perseverența necesară trece dintr-una într-alta și dintr-o încurcătură în alta. Nu suportă nici o constrângere din partea autorităților, forței, pe care o eludează, o ignoră și este în stare să se bată cu mai mulți.

În melancolie e invers, subiectul este copleșit de obiect. Experiența melancolică este descrisă ca o imposibilitate de a trăi, ca și cum obiectul e copleșitor și blochează total subiectul. Concluzia că nu mai are nici un rost vine și din trăirea imenselor încurcături și dificultăți ale obiectului. El se consideră părăsit de D-zeu, într-o soartă nefastă, într-o lume ne bună, absurdă, inconștientă, iresponsabilă, care îi dă vitalitatea automatismului, mașinăriei. În obiect intră și corpul lui, care poate fi nefuncțional sau chiar distrus (ca în sindromul Cotard) și cu impresia că se va chinui veșnic, că nu va dispărea niciodată. Este evident o extremă a suferinței umane, care atinge viziunea dantescă. Oricum subiectul și-a pierdut orice libertate, orice speranță, orice sens și de aceea face tot posibilul să dispară și nu crede că poate fi ajutat de psihiatri și mijloacele lor. Chiar dacă în psihozele afective se ajunge la delir, acesta nu este primar, este secundar tulburării afective și este congruent cu aceasta, în contrast cu delirul schizofren, care e primar și incongruent cu starea afectivă.

Raportul subiect – obiect este în paranoia schimbat, în sensul că subiectul controlează sistematic, până la sadism, obiectul. Se duce, de fapt, un război îndelungat și chiar dacă se pierde bătălia, se continuă războiul. Doar bătrânețea sau diversele accidente care scurtează viața pot slăbi lupta, mintal ea continuă dar nu modifică convingerea paranoiacă în justetea adevărului fals. Există deci un contencios istoric al neînțelegerilor care periodic se acutizează, dar nu se rezolvă niciodată. Conflictele pot avea faze mai accentuate și faze mai șterse, dar interpretările continuă să se acumuleze. Voluntarismul, tirania, autocrația, monologul, pedepsirea, răzbunarea, ura sfântă, forța sau demonstrația de forță, intimidarea, declarațiile solemne de distrugere, trăirea permanentă a pericolului, secretul, dușmanii, uneltirile, vigilența, schemele, scenariile, segregările, ostilitatea, agresiunea – depind până la urmă de forța de reacție și exasperare a obiectului, care are totuși limite temporo-spațiale. Oricum nu se știe când istoria va clarifica dosarele paranoiei. Ego-ul este maxim dilatat, sigur de sine, convins de misiunea cvasidivină a mesajului, de faptul că nu e unic numai în lume, dar unic și în secole. Și având simpatie față de marile figuri ale istoriei și fiind simpatizați, în mod paradoxal, de o mulțime de oameni slabi și oprimați, care văd în ei o șansă de răscumpărare. Este de fapt o tragedie, ca intelctele puternice să ajungă cei mai periculoși

nebuni. Psihiatrii nu au de-a face cu ei decât postmortem sau când istoria răscolește asemenea dosare. Psihiatrii au însă de-a face cu cei de calibru mai mic și care poluează realitatea, cu procesomani, cu cei cu revendicări nesfârșite, cârcotași, periculoși prin manevrele obscure și urmările lor. Bineînțeles că nu există o specie pură de Eu paranoiac și contează proporția în care se aliază cu hipertimia, care îi conferă curajul, energia, rezistența, dar se poate asocia și cu slăbiciunea, cu astenia fizică și atunci rezultă o paranoie de suprastructură (sistem cognitiv supradezvoltat față de acțiune), nu de acțiune, de luptă. O specie periculoasă pentru medici este hipocondria, în care subiectul reclamă intervenția medicului pentru boli imaginare, după care târăște medicul în proces pentru terapie greșită.

Paranoia este boala cel mai greu de diagnosticat pentru că, având în conținutul ei obiectul realului, derutează și nu are de-a face cu rețeaua de psihiatrie, decât după fapte violente care pun problema expertizei (motivația crimelor). Găsește și susținători, nu recunoaște autoritatea psihiatrică și, fapt distinctiv, acceptă pedeapsa în regim normal, nu fuge de pedeapsă și continuă să-și susțină ideile chiar și în fața plutonului de execuție. Cu paranoia, definiția nebuniei, a bolii mentale întâmpină dificultăți, în sensul că imaginea nebuniei este alienarea ca ieșire din comun, nu ca dominarea comunului. Ceea ce surprinde în paranoia nu este bizareria, pentru că ideea poate fi realistă, ci mijlocul afectiv investit care este de intensitate și mai ales durată ieșită din comun și incorectabilă. De aceea paranoia se apropie de cronică, epopée, roman, serial, proză interminabilă și face un contrast clar cu parafrenia, în care subiectul respectă practic obiectul și îl reflectă în dublă contabilitate, într-un mod fantastic, fapt alimentat de trăirile halucinatorii. Deci boala păstrează un subiect cu o lume proprie, se servește de obiect atât cât îi este necesar să supraviețuiască, în rest îl ignoră și de aceea s-a vorbit de ea ca de un poem, cu teme fantastice, de care subiectul e când persecutat, când încântat, oricum trăiește într-o grandoare imaginară și îi place să fie acest altcineva, care stârnește interesul prin poveștile sale deosebite.

Raportul subiect – obiect capătă în schizofrenie caracteristici proprii și cea mai importantă este cea în care obiectul persecută, invadează, blochează subiectul (Scharfetter – invazia egoului). De aceea această boală stă la polul opus maniei și paranoiei, pentru că subiectul invadat își pierde independența, autonomia, granițele îi sunt călcate, în primul rând de părinți, apoi de autorități (acestea mai ales prin tehnicile nemaipomenite ale epocii), atribuindu-i-se o putere magică, ocultă, misterioasă și în fapt – neidentificabilă, astfel că suferința e nesfârșită și ori de câte ori încearcă să reacționeze, greșește ținta. Originea răului rămâne misterioasă. Nu găsește decât rareori înțelegere pentru conflictul propriu-zis ci doar compasiune pentru tragedia ratării. Iese din comun și constituie alienarea propriu-zisă,

pe care nimeni nu o acceptă. De aceea zidul acestei stigmatizări se menține și după ce, cu mijloace actuale, se face ceva. Disocierea subiectului duce la confuzia ego-ului cu celelalte ego-uri și chiar cu fragmentarea obiectului, deci se instalează o devălmășie, în care nu mai este conștiința proprietății, sentimentul intimității, ori acțiunea normală se constituie prin implicarea obiectului într-un scop și un mijloc. În schizofrenie obiectul este practic pierdut și scopul este mereu degradat la autosatisfacții imediate (fumat, consum mărunt), imposibilitatea de a structura timpul, practic dependența pentru supraviețuire de ceilalți sau de o instituție. Ei nu își înțeleg tragedia decât foarte rar și atunci se sinucid, altfel sunt indiferenți sau consideră că părinții care i-au făcut sau societatea în care trăiesc trebuie să-i întrețină.

Scharfetter (1980) a adus o contribuție, după Kraepelin și Bleuler, la înțelegerea psihopatologiei ego-ului în schizofrenie. Prejudecata după care nebunul e mai liber decât omul de rând a fost desființată de către Henri Ey (1968), după care boala mintală înseamnă o pierdere a libertății, chiar când aparent ea pare că o exprimă, pentru că libertate înseamnă un anumit raport subiect – obiect, în care de fapt subiectul se dezvoltă în conlucrare cu obiectul. Cum s-a văzut, libertatea paranoiacului distruge obiectul, iar libertatea schizofrenului distruge subiectul. Așa că libertatea în mod paradoxal se înscrie între paranoia și schizofrenie, adică o proporție subiect – obiect care se menține, în oarecare luptă cu ceilalți.

Psihoze afective (mood disorders)

Împreună cu schizofrenia acest grup este unul din cei doi piloni ai psihiatriei clasice, ai nebuniei. Schizofrenia este permanentă, pe viață, psihoza maniaco-depresivă (PMD) e periodică. Deci există o diferență de înscriere în timp. Schizofrenia e o ruptură delirantă. PMD e o denivelare afectivă. Ca profunzime a bolii, schizofrenia e mai profundă, mai gravă.

PMD e o boală care deformează afectivitatea către polul negativ (depresiv, melancolic), sau către cel pozitiv, simetric (excitația maniacală; a nu se confunda cu „manie“, care în psihopatologie înseamnă o prevalență, o apucătură, o exagerare personală).

Clasificarea DSMe următoarea: episoade de tulburare de dispoziție – maniacală, depresiv, mixt, hipomaniacal. Tulburările depresive – tulburarea depresivă majoră, tulburarea distimică (depresie de nivel nevrotic, cu o evoluție de minim doi ani în antecedente). Tulburări bipolare – bipolară I (alternare de acces maniacale cu cele depresive, cu sau fără pauze), bipolară II (alternanța între melancolie și hipomanie), tulburare ciclotimică (alternanță de depresie moderată sau ușoară și hipomanie). Tulburări de dispoziție datorate altor cauze.

Scurt istoric

Melancolia a fost descrisă de Hipocrate, care o considera efectul bilei negre (observație valabilă și azi, vezi diskineziile biliare).

În Evul Mediu boala a fost atribuită, ca toate bolile psihice, diavolului, adică mania era socotită urmarea vânzării sufletului diavolului care te conduce la distracție (vezi legenda lui Faust) iar melancolia reprezenta plata păcatelor față de faptul că ai greșit.

Legătura dintre melancolie și bucuria excesivă (excitația maniacală) a fost observată în secolul al XIX-lea de Falret și Baillarger. Primul a observat ciclicitatea bolii, numind-o „la folie circulare”. Al doilea a considerat-o o singură boală cu două faze: „la folie à double forme” (i se mai spunea „la maladie de Falret et Baillarger”).

În 1899, Kraepelin descrie PMD. Cu această denumire se creează al doilea pilon al construcției și care, după cel de-al doilea război mondial, se numește bipolară, psihoză bipolară (ICD 10, DSM IV).

Etiopatogenie

Este o psihoză endogenă (deci nu exogenă, reactivă), cu precumpănire ereditară. Întotdeauna întrebăm de sinucideri în familie (care pun stigmatul pe astfel de familii), dar la mulți nu o găsim, așa că toți zic „neam de neamul meu n-a avut boli mintale”. „Endogen” vrea să zicăcă nu i-am găsit cauza.

Fiziopatologic e o maladie biologică, nu una psihologică. PMD e exemplul tipic de boală ce nu trebuie preluată de cine nu știe biologie. Pentru că este o dereglare de „plus” sau „minus” a centrilor afectivi (diencefalici).

Pentru că periodicitățile sunt legate de sistemul nervos vegetativ, și de biologic în general, PMD e modelul că noi posedăm ciclicitate, că afectivitatea noastră are ciclicitate, că avem un ceas, un pace-maker, un ritm fundamental care ne menține în normalitate (care ne dă somnul și veghea atât cât ne trebuie) și care ne dă amestecul de tristețe și bună dispoziție din care la normal trebuie să predomine totuși a doua. Dacă vrem să schimbăm acest ritm, îl dereglăm.

Deci PMD trebuie înțeles ca un ceas dereglat, înainte sau în urmă din când în când. Are deci o întârziere (lentoare, inhibiție, angoasă, tendință spre polul morții) și invers (tendință spre polul vieții, ceva bahic, dionisiac, brutal, vulgar, o nuntă, un vis al unei nopți de vară) care e excitația maniacală.

Psihopatologie

Deși boală afectivă, se descrie cel mai bine logic, pentru că se descriu două emisfere simetrice de conduite, la fiecare descriindu-se activitatea, afectivitatea și gândirea.

La depresie găsim: încetinirea activității (bradikinezie) până la stupoare, depresiune, adică indispoziție, scăderea gustului vieții (sau mai superficial spus – „*nu are chef*“, dar de-adevăratelea), ideea înceată, lentă, prăpăstioasă, despre moarte (idei de suicid). Această conștiință care alunecă spre polul morții conține pericolul, potențialul, nenorocirea morții, e o fabrică de moarte, o fabrică ascunsă însă (dacă nu e ascunsă, nu e depresie adevărată; dacă o spune în gura mare nu-l ia nimeni în serios). Potențialul suicidar e deci misterios și tocmai aici intervine flerul psihiatrului. E unul din marile mistere ale omului, din acest punct de vedere omul rămâne greu previzibil.

Excitația maniacală se caracterizează prin: activitate crescută (tahikinezie) până la agitație, o bucurie, o fericire primitivă, nejustificată, o exaltare excepțională, în care tot universul e înlocuit de subiectivitatea clipei, o fericire de neegalat, ceva orgiastic, cu neconsiderarea dificultăților reale ale existenței; durează ore, zile, săptămâni sau luni, fugă de idei, tendință la grandoare și la petrecere continuă, cu toți.

Clinica

Excitația maniacală

Se caracterizează prin exagerarea, creșterea proceselor afective către polul vital de animal sălbatic (deci nu cel spiritual). Merg către o răsturnare de tip animal. S-ar putea caracteriza prin triada – hiperactivitate (cu logoree), fuga de idei și euforia (buna dispoziție). Tabloul standard de manie este tabloul omului care pur și simplu a înnebunit de fericire. După o perioadă de trei – patru zile în care un om se poate simți neliniștit, indispus și cu insomnie, îl apucă aproape brusc o stare de bine. Maniacalul tinde către o sociabilitate exagerată, deplasată, o familiaritate, o vulgaritate, o intimitate rapidă. Se pierde rușinea, inhibiția. E o dezinhibiție scuzabilă, instinctuală, pulsională, care nu poate fi judecată ușor, ci e exemplul tipic de cădere sub incidența propriului inconștient ce se desfășoară în acest automat maniacal. Aparent ei ar fi de invidiat și de lăsat în pace, un fenomen natural atât de rar de a te simți fericit, dar în momentul în care ei se simt excelent, se apucă de niște planuri de activitate, mai bine zis de dezordine a activității, care se desfășoară zi și noapte, plină de încurcături, peripeții, deoarece viteza proceselor mintale crește deosebit și se superficializează, calitatea și finețea lor scade.

Acești oameni devin nervoși, impulsivi, instabili și se agită zi și noapte. Există o gamă a acestei excitații. Partea ușoară poartă numele de hipomanie, partea de mijloc poartă numele de excitație maniacală, iar partea extremă poartă numele de furor sau furie maniacală sau manie coleroasă și aceste trei forme fundamentale descriu de fapt trei forme clinice, de fapt trei niveluri de excitație.

De obicei se prezintă mania standard, care este cea de la mijloc. Pare mai firesc să le luăm în mod natural de la mania simplă (hipomania) până la cea coleroasă.

Ce este *hipomania*? Este o stare de excitație ușoară. Este încercată aproape de fiecare om episodic, accidental, când e în prima fază a beției, sau când bea mai multă cafea decât trebuie, deci când îl excită ceva. E o stare de bine, indiferent de vreme, de reumatismul avut, de boala copilului; deci indiferent de ce este în jur, subiectul se simte deodată tare, înarmat și invulnerabil, nu-i mai pasă de constrângere, de amenințare și are sentimentul unei vieți noi, al unei libertăți deosebite pe care și-o descoperă, deodată i se pare că până atunci a fost un om prost, prea supus, care a înghițit multe, a trebuit să tacă, să asculte. Activitatea lui începe să poarte pecetea acestui subiectivism exagerat și el are nevoie de afirmare în ciuda condițiilor exterioare. Din acest factor al dispoziției decurg celelalte simptome. Subiectul devine vioi, atent, observă repede, memorează repede, asociază ușor și, fapt important, devine foarte simpatic și sociabil. Îi plac glumele, râde ușor, nu poate păstra seriozitatea în ședință sau alte situații unde trebuie să fie liniște și seriozitate, așa că de aici pot începe conflictele, adică pentru un om serios el apare ca un obraznic care nu se controlează, pentru ceilalți apare ca un bufon necesar pentru a-i destinde și a le face viața mai ușoară.

Alt tip de încurcături provin din faptul că el începe să se bage, să lanseze planuri și aici el provoacă conflicte, adică el spune de pildă că norma e prea mică și trebuie crescută, atunci urmează conflictul, nu e susținut decât de cei care vor să crească producția, deci hipomaniacul poate ajunge omul nr.1 într-un colectiv, discutat ca eroul care vrea să crească producția întreprinderii și ceilalți nu îl înțeleg. Deci el devine un fenomen. Concomitent cu asta însă face niște lucruri care o să îi scadă autoritatea, adică începe să împrumute bani, pentru că serviciul îi aduce prea puțin și cu acești bani se bagă în afaceri, poate chiar cu ce nu este permis.

Există și încurcăturile sexuale. El devine extrem de superficial și stabilește foarte multe legături, întâlniri și începe să se încurce, promite foarte mult. Deci hipomania este o tulburare de caracter gravă, dar se întâmplă la un om care până atunci era un om așezat, nu un escroc, un om echilibrat; totul se petrece într-o mare veselie, ușurință, superficialitate și iresponsabilitate. În excesele lui instinctive intră și condusul cu viteză, abuzuri în consumul de alcool, deci va ajunge prin baruri, intră în medii suspecte, fiind peste tot o figură agreabilă. Pe lângă abaterile de la morală, tulburarea liniștii publice, ultraj, se adaugă un aspect foarte social – participarea cu o ardoare exagerată la mitinguri, demonstrații, Hora Unirii – toate se fac cu ei în fruntea coloanei, nu ca paranoiaci ci ca oameni

realmente dăruți, care aclamă până la răgușeală și sunt niște agitatori naturali foarte simpatici. Cum nu-i mai trebuie să doarmă, este un neobosit și toată lumea din jur se miră de energia lui, însă nimeni nu îndrăznește să considere că este vorba realmente de o nebunie și toți își spun în sinea lor că desigur își va frânge gâtul cu câte face, dar pe de altă parte toți îl cam invidiază, căci se simt bătrâni și neputincioși în fata acestui om atât de viguros și energic.

Dacă însă a mai avut în viața lui un episod de hipomanie, familia se alarmează și încep să dea telefoane la doctori, să se informeze cum să îl interneze. Este extrem de greu să internezi un hipomaniacal. Să zicem că îl invităm să stăm de vorbă cu el. El ne apare foarte bine și nu vom găsi nici un pretext ca să punem mâna pe el. Dacă îi propunem să facă ceva, imediat ce pleacă – uită. Trucul cel mai frecvent de a aduce pe un hipomaniacal la spital este că nevasta lui suferă, deci îi va cere să o ducă la doctor („să mă consulte, că te-a făcut și pe tine bine”) și în felul acesta îl ducem direct în salonul unde va fi reținut, cu texte gen „am internat-o pe nevasta ta, dar e nevoie să o ajuți, e nevoie de supravegherea d-tale și te internăm și pe tine câteva zile”. Deci dacă se simte excelent și va trebui să rămână internat, își va da seama ulterior de acest truc, dar îi va trece. Deci hipomania este mai mult medico-legală, imorală, de accident, de pușcărie, pe el nu poți să-l insulti sau să-i spui că e nebun și trebuie internat. El rămâne în instituția lui și dacă e conducătorul instituției, poate să bage acea instituție într-o viteză extraordinară pe perioada cât durează accesul.

Când apare însă nivelul superior, de excitație maniacală, această fază nu mai este compatibilă cu rămânerea în societate, în serviciu, pe stradă. De ce? Pentru că aici, odată cu instalarea unei totale insomnii, zi și noapte vor face o gălăgie insuportabilă. Deci vorbesc fără sfârșit, devin răgușiți, pot să urle, să cânte zi și noapte pe o perioadă lungă de timp. Mai mult decât atât; pun casetofonul sau radioul la maximum, cântă, dansează, deschid ferestrele, fac toate zgomotele posibile, nu le pasă de nimeni, deci e ca o nuntă permanentă, dar numai în capul lor, pentru că ceilalți alarmează poliția, dau telefon la Salvare și atunci bolnavul pleacă de acasă. Poate pleca în afara localității și nu e ușor să pui mâna pe el. El nu mai este omul barurilor, el călătorește mult, fără țintă, poate ajunge în multe locuri, către stațiuni, mare, distracții, poate consuma averea rapid și proteste, el nu se mai uită, scoate banii cu pumnul, poate pierde și buletinul, el nu mai ține cont și face această risipă prostească în dezavantajul lui. Poate în excesele lui să bea, să aibă excese sexuale, dar mai curând el produce un asalt, un viol, pentru că oamenii se feresc de el. La urma urmei nu se bagă nimeni decât în momentul când el se va lua la bătaie cu cineva și din acest conflict va fi depistat. În busculadă iar nu e bine interpretat, se consideră o reacție la bătaie, căci un om are voie

să fie nervos dacă cineva l-a insultat sau a sărit să îl bată. E foarte firesc să se agite. În faza aceasta mania este internată de obicei de către autorități. Maniacalul rămâne un izolat față de hipomaniacal, care reușește să transmită ceva; maniacalul propriu-zis e atât de deplasat încât ceilalți se uită la el ca la un nebun. Maniacalul încearcă și el să intre în contact cu lumea, dar lumea se ferește și atunci cântă și joacă pentru el.

În faza ultimă, maximă, de excitație, adică de furor maniacal, de manie coleroasă, este vorba de obicei de un maniacal, care văzând intenția de internare a familiei și a autorităților se pornește să se apere, să le arate el ce poate. În acest moment al apărării maniacalului vedem o forță înzecită, o capacitate de luptă extremă, unică și mai ales o forță distructivă extraordinară. El este în stare să-și distrugă complet casa, sau se urcă pe casă, se baricadează, de e nevoie de pompieri cu furtune și stingătoare ca să-l imobilizeze sau o brigadă de poliție luptă serios ca să-l imobilizeze și să-l aducă legat balot la spital, uneori rănit din cauza lui, deoarece se zbate cu o energie uluitoare. Este o calamitate, o dezlănțuire de forță nebănuită. Furia se produce mai întâi acasă, suferă familia, apoi vecinii, autoritățile locale care vor să dea ajutor pentru internare. Aici se produce scandalul – „eu le-am făcut, eu le distrug” și atunci se baricadează, distruge tot.

Furia maniacală continuă și în spital câteva zile și locul oficialilor îl iau infirmierii, care sunt și ei niște mici megalomani proști, și îi insultă, se bat.

Mania confuzivă se observă la oamenii vârstnici, organici, cu hipertensiune, arterioscleroză, în care agitația epuizează sistemul vascular și deci dă o confuzie prin hipoxie cerebrală. E o formă gravă. Caracteristică este totala confuzie incoerentă. Numai dacă știm că este maniacal, ne punem problema acestei forme, altfel l-am lua drept un delirium din alcoolism sau unul infecțios, sau vascular. După episod are amenzie totală, semn de tulburare gravă de conștiință.

În tabloul clasic se reține numai aspectul drăguț al bolii, adică se spune așa: maniacalul știe multe, vorbește multe, face asociații prin asonanță, face poezii, orice cuvânt îl prinde, îl rastoarnă cu o rimă, are tendința de utilizare a unui vocabular pornografic, tema sexuală îl preocupă foarte mult, este ironic, face bășcălie.

Lumea normală pentru existențialiști e lumea grijii, deci lumea normală e anxioasă, omul normal e un anxios și permanent preocupat de organizarea unui viitor și rabdă în prezent, sacrificându-se pentru câteva sărbători pe an, în rest strânge banul. În contrast cu acest normal, maniacalul este o afirmare temperamentală, deci omul se desocializează. Viața e concepută în sensul ei cel mai vital, nu ca o conservare a speciei, ci acel „a trăi” – adică mănâncă, bea bine, iubește, cântă, se distrează, îi antrenează și pe

ceilalți. Deci un vârtej existențial, în care nu mai e vorba de a trăi clipa psihopatică ci de a trăi viața – viața nu mai are nimic metafizic, divin, restricții. Binswanger a descris mania ca pe o boală antiistorică, ca o permanență a unui prezent festiv.

Pentru H.Ey (concepția organodinamică), mania este o psihoză acută, în care se produce o primă destructurare a conștiinței, se pierde scurgerea socială a timpului – timpul social. Se câștigă un timp subiectiv accelerat.

Concepția ontologică ține seama de schema persoanei, adică o persoană normală se construiește pe patru niveluri, fiecare nivel integrează și structurează pe cel subiacent, e un fel de concepție neojacksoniană. *Nivelurile sunt biologic, psihologic, social la care se adaugă un nivel etic-spiritual, după părerea noastră.* Mania nu este o comedie, ci este tocmai *pierderea celor două niveluri de sus; e invadarea nivelului spiritual și social de către nivelul biologic și psihologic.* Nu e o comedie pentru că totul e imoral, să vezi cum se sălbăticește omul, cum nu mai își dă seama că a te culca are o regulă, și niște consecințe, că banii luați nu se pot arunca oricum. A o privi ca o comedie, înseamnă că nu ne vom interesa de ea serios, dacă însă o vom vedea ca pe o dramă, atunci ne angajăm și știm ce trebuie să facem ca să stăvilim această comedie aparentă.

În ce constă această invazie? E o gravă regresie; mania nu e o glumă deloc. O persoană normală își inhibă temperamentul prin caracter; în manie caracterul este scăzut și invadat de temperament. Din temperament predomină conținutul afectiv. În manie crește în primul rând nivelul pulsional, exprimat printr-o voință puternică, dar instabilă. Deci apare deodată o poftă teribilă, dar nu e aceeași – o poftă schimbătoare continuă – apare pofta de viață pentru care maniacalul sacrifică restul structurii persoanei lui. Viteza acestui ciclu instinctiv este crescută. Deci sașietatea care controlează ciclul instinctiv normal nu mai funcționează după modelul obișnuit. Crește pofta de mâncare, pofta sexuală, pofta de mișcare, de comunicare, de sociabilitate, de distracție. Aceste pofte compromit cunoașterea, ea devenind sclava acestor pofte. Unei pofte trebuie să-i corespundă un obiect, deci maniacalul va fi atent unde se ivește ocazia să-și satisfacă aceste pofte. Deci atenția este crescută – e ca un radar – îndreptată în toate părțile. Remarcile lor vor purta pecetea acestor pofte. Remarcă calitățile care îl interesează pe el.

Atenția maniacalului este dezechilibrată, în sensul că atenția spontană crește și scade atenția voluntară. El devine atent la orice excitant din mediu și în loc să-și continue ideea și planul, el vorbește în legătură cu excitanții care intră atunci în sfera lui de atenție. Percepția maniacală este vie, dar superficială, din cauza incapacității atenției de concentrare. Percepția este rapidă, fugace, instantanee, le prinde din zbor, fixarea este uluitor de rapidă,

este de ajuns să-și arunce ochii ca să rețină imaginea, e de ajuns să audă ca să reproducă. Evocarea e tumultoasă, bogată și oarecum tematică. Maniacalul, vorbind și înflorind toate, confabulând, ajunge să se dezlănțuie pe anumite teme ale vieții. Maniacalul este omul festivității și al distracției. Are false recunoașteri și false referiri, socotind că cei din mediul lui au participat și ei la distracții. Din această dezordine a memoriei de evocare cu cea de fixare, cu percepția superficială și cu atenția spontană crescută pot rezulta falsele recunoașteri și falsele evocări. Prin urmare, deodată te trezești inclus – și când am fost noi la bar, sau acolo, și te demască, tu te simți jenat dintr-o dată, vrei să pui stavilă acestui episod, dar el continuă și ceilalți imediat socot că este un subiect bun de aflat.

Fuga de idei maniacale nu trebuie confundată cu logoreea incoerentă a hebefrenului. E o creștere formală a ritmului gândirii. Gândirea maniacală este în viteză și din cauza aceasta este dezordonată. Nu e incoerent și nu spune lucruri fantastice dar nu are un discurs organizat. Maniacalul face foarte multe paranteze, mai bine zis nu atât parantezele unui retorist care știe ce e o paranteză, ci pornește de la o idee și foarte ușor se îndepartează lateral de ea, pornind de la un cuvânt sau de la o sugestie a interlocutorului și tot interlocutorul trebuie să țină socoteala și să-l aducă la idee și aceasta se repetă de foarte multe ori. Discută și iar deviază, în timp ce la schizofreni incoerența este mai profundă, se produce chiar în cuprinsul propoziției și interlocutorul nu știe ce a vrut să spună pacientul. La maniacal înțelegem ce vrea să spună perfect, ne pare rău că nu-și menține firul ideii, adică nu are o ordine și credem că nu se mai termină. Acest simptom se numește incontinență sau presiune verbală. E o gândire galopantă, superficializată, cu ritm crescut al asociațiilor, o gândire de proastă calitate care merge pe multe colaterale, fiecare la fel de bogată și dusă pe laturile neesențiale și superficiale. Impresia este că maniacalul se risipește și dă impresia unui interlocutor neavizat că e zăpăcit, incoerent. Maniacalul oriunde merge, începe dominarea verbală și lumea este fascinată de verva lui.

Care este conținutul gândirii maniacale? Maniacalul nu este un delirant, deci pentru aceasta el nu este un nebun, pentru că dacă nu ești delirant nu ești nebun în sensul propriu. Totuși el are o tulburare de gândire, această fugă de idei și o tematică proprie care îl scoate din realitatea curentă. Tematica gândirii maniacale este înțeleasă plecând de la tulburarea lui afectivă. Deci este inteligibil de ce el are anumite teme. Maniacalul se simte bine, prin urmare găsim o tendința megalomaniacă, de mărire, e o persoană importantă și o spune la modul lăudăros și foarte vulgar; dacă el se simte mare nu mai i se pare nimeni mare, cei mari îi par mici. Fiind desființat nivelul social, așa cum am spus, titlurile sociale și restricțiile sociale i se par de râs. Și atunci el face și discută de sus, în bășcălie. Și în primul rând

cu cine? Cu cei care vor să fie mari în public, cu polițiștii. Deci tot ce acumulează omul normal ca o megalomanie nejustificată, o mărire, maniacalul o demască. Mare nu poate fi în capul lui o secretară, un portar, etc. Care vrea să i se respecte titlul și funcția, tocmai acela cade ca obiect batjocurii lui. Dacă spui că ești medic primar, el spune – *bine, dar nu te uiți la tine, tu ești medic, ăia sunt pantaloni pe tine?* Te-a făcut de râs și atunci îl lași în pace imediat. Dacă e o bolnavă maniacală căreia îi faci observație că e mereu pe alei, te poți trezi că îți spune – *și ce, îți pare rău că nu mă plimb cu tine?* Poate să spună multe porcării. Deci în cadrul sexului, maniacalul e cu tendință la coprolalie, la limbaj pornografic și prin aceasta ne coboară într-o lume unde nu ne convine deloc.

El nu este un delirant. Actele lui vin din acea forță pe care o are și în capul lui i se pare că anumite rigori sociale sunt exagerate și nemotivate. Mărirea maniacală este verosimilă. El nu va spune decât titluri care merg. De exemplu va intra în orice întreprindere spunând că este inspectorul cutare și așa cum o spune este crezut, deci oamenii care judecă numai după aparență lucrurile pot fi induși în eroare de un maniacal. Chiar la spital ei vin cu titluri de inspector și pot face ce vor din personalul administrativ care nu-l cunoaște. Alt titlu este de ofițer de poliție. Intră în cârciumă, se amestecă în vorbă cu ceilalți și îți cere să te legitimezi la un moment dat fără să justifice acest lucru, își dă titlul respectiv și te invită să mergi cu el. Asemenea lucruri sunt acte medico-legale care par incredibile dacă nu știi că este vorba de un maniacal. Alt titlu este de reprezentant al unor case de comerț, al unor asociații.

Altă temă a maniacalului este tema bogăției. El face din toate realizările lui în perioada excitației multă vâlvă și paradă, ca și când ar fi niște lucruri unice, tot ce are el este cel mai bun – mașina, casa, nevasta cea mai frumoasă, copiii cei mai deștepți.

În afectivitate dispoziția este ridicată. Caracterele dispoziției: labilitate extraordinară – el știe ce este compasiunea, dacă s-a întâmplat un eveniment poate plânge, protestează primul dacă este o ilegalitate. Are o irascibilitate, un sentiment de înfrățire, deci va fi și primul la hora unirii, are un sentiment de solidaritate, dar acesta este facil. Are creșterea nivelului pasional. Dragostea și ura maniacalului sunt maxime dar fugace, deci nedurabile, schimbătoare, el face multe pasiuni chiar în aceeași zi, în comparație cu omul normal care chiar dacă face una, două se poate nevroza. Maniacalul însă e bun pentru toate.

Mania reprezintă o dereglare a mecanismului instinctului vieții, este o creștere biologică a poftei de viață. De aceea el vorbește, mănâncă, iubește

mult, de aceea el se consumă. Este vorba de o risipă omenească absurdă pentru că în relația dintre subiect și obiect (lumea) se produce o răsturnare, nu mai este echilibru. Lumea devine un mijloc mic de consum pentru un subiect exaltat, nemăsurat de mare. În manie caracterul dispare. Caracterul este o achiziție socială, o frână, în manie totul este luat de valul temperamental. Maniacalul demonstrează ce este omul temperamental dezlănțuit. De aceea popoarele temperamentale par hipomaniacale, cum sunt sudicii (italieni, spanioli), care par toți cu un fond de hipomanie, de veselie. Cui le par așa? În primul rând nordicilor, nu? Vine unul de la Stockholm la Roma, vede că zi și noapte ei cântă și umblă cu masinile pe toate drumurile, sunt uimiți de acest contrast temperamental. Nordul se ocupă de biserică, de comunitatea protestantă, totul trebuie să decurgă după niște norme și cu seriozitate, omul e de caracter și de cuvânt, cu respectarea contractelor, etc. Sudul trece drept traficanți de toxice pentru nord, ca să excite pe aceștia, fiindcă ei nu au nevoie, nu iau, deci ei câștigă bani de la o categorie de nordici inhibați, care trebuie să se excite. Cei din nord vinla cei dinsud serioși și cum nu se uită le dispare valiza, dacă merg și mai la sud remarcă faptul că aceștia nu lucrează. Adică concepția despre lume se schimbă complet. Această schimbare transculturală pe care psihiatria din ultimele decenii o accentuează, ne face să avem un model de manie aproape în fiecare țară în parte. Noi suntem mai mult sudici decât nordici, cu dificultăți în formarea caracterului tocmai din cauza acestei rădăcini temperamentale înclinată la compromisuri, despre care noi spunem că sunt influențe turcești dar vin și din această vitalitate a noastră mai greu de disciplinat și înclinată către plăcerea vieții simple.

Totul ca activitate ia viteză. Este o polipragmazie, dar de calitate inferioară, este o împrăștiere de activități și se remarcă în această activitate nota de gălăgie, scandal, impulsivitate.

Diagnosticul pozitiv

Diagnosticul pozitiv al maniei trebuie pus pe semnele minore, practicianul nu trebuie să aștepte ca pacientul să joace într-un picior ca să-i pună diagnosticul. Unul din semnele cele mai importante este insomnia. Este un semn observat de clasici, care l-au numit „semnal”, cântecul cocoșului. Când maniacalul începe să povestească câți cocoși a auzit cântând azi noapte – să știi că el s-a trezit de la orele 3 – 4 noaptea, deci somnul i se scurtează și acesta este începutul. Acest fapt este valabil pentru al doilea acces, pentru că la primul acces luăm plasă cu toții. Nu ne trece prin cap care dintre noi va face manie peste o lună. Dacă însă a mai avut accese, atunci familia este prevenită, ea știe și nu mai așteaptă apariția altor simptome.

Diagnosticul diferențial

Diagnosticul trebuie să fie deci de sindrom și apoi de boală, adică în primul rând să excludem alte sindroame maniacale. Ce ar trebui exclus? Un consum de băuturi, de droguri (heroină, cocaină, marijuana, khat-ul și chiar cafeaua – drogații chiar pot urmări euforizarea) sau o intoxicație involuntară cu altceva, pentru că în prima fază poate exista o excitație în multe intoxicații. Toxicomanul are un ușor aspect confuzional, obnubilat și mult mai brutal decât maniacalul. Te înșfacă, nu te ia cu „frumușico”, cum face maniacalul. Deci e vorba de impulsivitate, de plasticitatea toxicomanului.

Ne mai întrebăm dacă cumva nu este vorba de un om foarte obosit, adică atunci când iese din gardă sau după o acțiune în care a stat zile și nopți ca să calculeze ceva?

Apoi sindromul maniacal se întâlnește în debutul de paralizie generală. Deci nu scapă nici un maniacal fără LCR examinat, fiindcă dacă nu are sifilis, totuși a trecut prin multe experiențe sexuale și trebuie controlat chiar dacă nu are trecut luetic sau fișă la dispensarul de dermato-venerologie.

Alt sindrom maniacal poate fi întâlnit în *moria* (o hipomanie ce apare în cazul unei tumori cerebrale). Tumora cerebrală frontală poate fi asimptomatică neurologic ani de zile și noi să considerăm că a început o manie sau o hipomanie. Deci un sindrom maniacal internat presupune excluderea unei tumori cerebrale, efectuându-se: fund de ochi, EEG, examen neurologic, CT, etc. Caracteristicile moriei sunt următoarele – veselia din morie nu are contagiozitatea, transmisibilitatea din manie, nu este atât de simpatcă ca a maniacalului, moriaticul pare un flegmatic, un bășcălios, un om care nu este totuși plin de viață, nu există o hiperactivitate, face glume fără perdea; mai mult plin de nervi, de ironie, dar nu are acea forță de mișcare a maniacalului. În plus moriaticul vine după o anamneză nevrotiformă, el se plânge de luni de zile de cefalee, de lipsă de concentrare, este considerat un astenic, ceea ce nu este cazul maniacalului. Moriaticul poate prezenta semne de hipertensiune intracraniană, plus declinul intelectual și al simțului critic. El apare ca un pseudodementiat; cei din jur îi spun – *Ce, dle, te-ai tâmpit?*

Hebefrenia – aici e un schizofren incoerent, cu euforie nătângă, bufonerie, netransmisibilă, cu delir polimorf (maniacalul e sinton, euton, nu separat de ceilalți). În manie nu există un delir polimorf, glumele sunt spirituale, uneori este șficut; gluma unui hebefren este uneori de neînțeles, o glumă proastă, nătângă, bizară, rece. Hebefrenul este fantast, maniacalul este ultrarealist, maniacalul vorbește de sex, hebefrenul de cu totul alte năzbâții, total rupte de realitate. Plus celelalte semne din seria schizofrenă – incoerența reală, delir politematic incoerent, cu tendință la fantastic, năzdrăvănii și ciudățenii. Pretenția hebefrenului e „spirituală”, maniacalul

să nu audă de „*chestii din astea*“. Hebefrenul e un însingurat, un „geniu“; maniactalul e omul de rând, cel mai de rând.

Mania, mai ales cea coleroasă, trebuie deosebită de stările de agitație care pot urma unui acces de epilepsie (atunci știm că este un epileptic, care face o stare de agitație după acces sau are echivalențe interaccusuale în perioada dată). Diferența este că maniactalul este treaz, orientat, ai legătura cu ochii lui (când îl privești ai legătura ca și cu orice alt om), la epileptic nu te poți uita în ochii lui, sunt tulburi, vorbește ca un automat rupt de tine, ți-e frică de el, epilepticul este ca și cum te întâlnești noaptea cu un necunoscut, când nu-ți spui că „*acum vine prietena mea*“, ci că „*acum vine unul și îmi dă cu ciomagul în cap*“. Deci în fața epilepticului te apucă teama, gândindu-te că poate să facă un act violent, față de maniactal care te dispune cu ceea ce face. Mai avem în vedere ateroscleroza cerebrală, hipertensiunea arterială.

Kretschmer a observat că unii oameni care fac manie au o anumită constituție fizică. El a legat mania de tipul de om picnic (mititel, gât scurt, cap rotund, fața în lună plină, grăsuț). Acești oameni, în afara maniei, sunt niște oameni sociabili, în niște profesii mijlocii, care lucrează cu public, nu se bagă în vârful conducerii sociale, nu se vor izola să scrie opere ci vor fi negustorașii sau responsabilii de tot felul de treburi, sau în funcții în care servesc, de exemplu șoferi (dinamici, mobili, de viață, joviali, le place câte un păhărel). Ei au o constituție contrastantă cu tipul longilin – astenic, care ar predispuce la schizofrenie. Deci maniactalii se „dezvoltă“ pe orizontală, în timp ce schizofrenii pe verticală. Deci Kretschmer a descris doi poli ai dezvoltării personalității umane. Mai noi sunt studiile care încearcă să demonstreze că tulburarea afectivă bipolară se datorează unei dereglări hipotalamice, caracterizată printr-un exces de amine cerebrale, dintre care principala cunoscută este serotonina.

Etiopatogenia are o explicație inversă decât la melancolie. Dacă acolo se pierde obiectul (adică universul), un doliu la pierderea obiectului, aici universul devine foarte mic, o minge din care faci ce vrei. Mania e un joc, o aventură nesfârșită, o instabilitate maximă, de aici fuga de idei, se plictisesc ușor, trec de la una la alta, o veselie gratuită, și mai ales concordantă, care se transmite (nu isterică, forțată, teatrală), tot sufletul lui este antrenat în râs și râzi și tu cu el. Cântă, joacă, dansează, se dezbracă, sfidează lumea, natura, frigul, exagerează, beau mult, fumează mult, nu mai dorm și totuși nu obolesc, răgușesc și tot vorbesc.

Dacă sunt contrașiși, pot deveni coleroși și se bat. Ei dau satisfacție publicului. Se iau de autorități, se bat cu polițiștii. Atunci începe furorul maniactal, care dovedește o putere nemaipomenită. Alt semn e risipa, multitudinea proiectelor și dezordinea. Nu mai există lege, legalitate, ordine, frică, ci sfidare; pe cât posibil scapă de polițiști (pe care îi pot face

să moară de râs) dar dacă apare conflictul cu ei, de obicei aceștia îl iau de beat și-l aduc la Central. La spital timp de zile, săptămâni, întorc pe dos tot salonul, fac pact cu toți revendicativii, gata să bată pe toată lumea.

Singura legătură pe viață a unui psihiatru e cu maniacalul. Trebuie să fie o legătură discretă, pentru că ei spun tuturor exact ce nu trebuie, de bine sau de rău, sunt „gură spartă“.

În forma mai ușoară, hipomania, există pericolul escrocheriilor. Toate vin din ușurința de a privi viața.

Evoluția.

Evoluția maniei se face în *accese* ca și melancolia, cu o durată de 3-6 luni, și poartă numele de manie simplă. Poate fi un singur acces sau două – trei într-o existență și în rest omul e normal (dar o observație mai atentă poate să aducă detalii de diferențiere – rămân psihopatoizi cu o ușoară tentă hipomaniacală).

A doua formă e cea *cronică*. E o forma neplăcută, fiindcă duce la internare definitivă. Maniacalul cronic nu poate fi ținut acasă, e risipitor, are alt ritm față de ceilalți.

Urmează *psihoza maniaco-depresivă remitentă*, adică accese de manie urmate de accese de melancolie și invers. Depinde de vârstă. Accesele maniacale predomină la tinerete, iar cu trecerea timpului, episoadele depresive predomină. Îi zice remitentă, fiindcă între aceste faze nu se produce o *restitutio ad integrum*.

Forma intermitentă. Deci un cuplu (depresie/manie), cu *restitutio ad integrum* și fără repetare, sau cu o rară repetare. Dacă este vorba despre acces de manie urmat de depresie, apoi iar manie etc., fără nici un interval liber, este ceea ce se cheamă „folie circulaire“ a lui Falret. Circularul este tocmai această trecere continuă.

Mai există *forma mixtă*, adică accesele nu sunt tipice, nu este manie tipică, e o manie care plânge și o melancolie care vorbește mult. Formele mixte sunt derutante, se produc odată cu apariția sindromului organic, atunci când apare ateroscleroza.

Prognosticul.

Este bun pentru criză, dar pentru întreaga existență prognosticul este rezervat. Nu poate să formeze o familie de cel mai înalt nivel, din cauza consecințelor economice, fiind risipitor, cu problemele descrise la tabloul clinic.

Prognosticul pentru familie – familiile rezistă și suportă partenerul de obicei în aceste accese. Chiar sunt niște cupluri înduioșătoare, partenerii cunoscându-se foarte bine, se poate recurge în cazul apariției episodului la trucul cu spitalul la care trebuie dus partenerul, că s-a îmbolnăvit.

Maniacalul se ocupă el de rude, să ajungă la spital, dar acolo el este cel reținut. Apoi râde, fiindcă știa deja trucul, dar nu admitea să vină el așa, singur, avea o utilitate.

Este posibilă transmiterea la copii, dar nu dominant ci recesiv, de aceea una din întrebări se referă la antecedentele psihice ale bunicilor.

Conform DSM IV TR, combinarea maniei cu melancolie poartă numele de psihoză bipolară tip I, iar combinarea hipomaniei cu melancolia poartă numele de psihoză bipolară tip II. Combinarea hipomaniei cu distimia formează ciclotimia iar depresia ușoară sau moderată de minim doi ani formează distimia.

Tratament

Mania trebuie internată, nu se tratează la domiciliu. Tratamentul propriu zis este de sedare – pe cât posibil injectabil. Reputat antimaniacal este Haloperidolul (f.5 mg – 5-30 mg/24 ore) sau Majeptil (f.10 mg. – până la 70 mg./24 ore). Aceste neuroleptice incisive se asociază cu neuroleptice sedative (Plegomazin sau Levomepromazin, ca la melancolie), plus tranchilizante, plus hipnotice. Se ține acest baraj până diminuează excitația, se reduce la jumătate medicația, se continuă tratamentul de întreținere în funcție de cât de cooperant este bolnavul. Să nu se uite asocierea cu un antiparkinsonian și hidratarea masivă.

În cazurile coleroase se poate face TEC, deși nu cu aceeași indicație ca la depresii.

După acces se dă carbonat de litiu, pentru prevenire. Litemia trebuie să fie de aproximativ 0,8 mEq/l. Controlul litiului este mai frecvent la începutul tratamentului, apoi lunar, apoi la trei luni.

Tratamentul modern tinde să utilizeze timostabilizatoare. Indicații, doze minim și maxim

Tratamentul de întreținere trebuie făcut pe durata minimă a accesului (deci minim șase luni).

Probleme de tratament este neobținerea remisiunii, trecerea/schimbarea fazelor (virajul nedorit) și ciclurile rapide.

Prognosticul PMD

Boala odată decelată cere internarea. Prognosticul e rezervat. Importantă e medico-legală, prin potențialul de suicid; proiectul de suicid se va realiza odată și odată. Deci e o maladie imprevizibilă în esență, și până la un punct inevitabilă.

Poate evolua periodic și unipolar / periodic și bipolar / fără pauză – din manie în melancolie și invers, se cheamă circular / unipolar și cronic / unipolar și un singur episod / unipolar și cu multiple episoade, cu intervale imprevizibile.

În timp, intervalele se scurtează. Din forme pure și tipice se tinde către forme mixte. Se combină cu ASC-ul, cu involuția, și se poate confunda și duce către o formă pseudo-bulbară.

E mai bine ca în disputa nevroză-psihoză să fim mai circumspecți și să luăm toate măsurile.

Clinica melancoliei

Melancolia este o psihoză caracterizată printr-o stare de suferință interioară, de durere morală, sufletească. Cauza profundă ar fi o anomalie cerebrală funcțională, exprimată prin scăderea aminelor cerebrale de transmisie. Aceasta determină o încetinire a întregii activități psihice, care este resimțită dureros în planul conștiinței, deci omul asistă, se compară, știe că a fost altfel și în mod secundar este întristat de soarta lui. Tabloul clinic este schematic bazat pe triada inversă cu cea de la manie, adică bradipsihie, bradilalie și tristețea. Se manifestă sub multe forme clinice. În afara sindromului clasic, ea poate deruta. În primul rând există o mască hipocondriac – cenestopată care se tratează intens la interne, endocrino, neuro; e o mască psihosomatică, luată ca boală locală. Cele mai multe tablouri sunt abdominale (bolnavul se consideră bolnav digestiv – hepatic, gastric, biliar, constipat etc.) ori el este blocat vegetativ. La fel sunt afecțiunile toracale – cardiopatie ischemică, iminența de infarct, insuficiență neclară cardio-respiratorie, astm etc. Ca și o mulțime de exacerbări reumatismale, spondiloză (cu cefaleea asociată). Eventual există ceva organic, dar totul se exacerbează când intervine depresia, care trebuie tratată și ea, nu numai factorul local.

A doua mască este a angoasei sau anxietății (toate de fapt se pot combina), care dă neliniștea; e omul continuu frământat (poate fi confundat cu psihostenicul).

La extrem se ajunge la melancolia agitată, când nu mai doarme zi și noapte, își rupe lucrurile de pe el, încearcă să-i convingă pe ceilalți de starea lui, dar ei nu-l înțeleg. Nu se mai poate stăpâni.

De o gravitate și mai mare este melancolia confuzională, în care se tulbură și conștiința; e obnubilat sau stuporos, cu refuz alimentar, nu mai vrea și nu mai poate să vorbească. Expresia lui tristă e ca și când ar vrea să spună ceva și nu poate, ca în ultimele momente ale existenței (ca și când ar fi pe cruce).

Forma mixtă e un tablou care în mod ciudat amestecă semnele depresiei cu momente de bine și euforie derutantă, ca imediat să plângă și să treacă iar într-o stare proastă.

Boala poate începe cu indispoziție și insomnie. Bolnavii simt că nu se pot trezi ca în fiecare zi, adică să înceapă să-și facă treburile de dimineață și le vine să nu se mai dea jos din pat. Totul li se pare extrem de greu, să se

îmbrăce, să se spele, să mănânce, să repete schema zilnică. Se consideră prostiți pentru că procesele intelectuale nu se mai pot desfășura, nu-i mai ascultă. Este un om îndurerat și conștient de durerea lui. Îl putem vedea pentru prima oară într-un stupor melancolic. Vedem că nu este vorba de un confuz, nu are febră, nu este un catatonic, un tânăr cu negativism alimentar sau verbal, nici indiferent sau ostil în conversație, și nu vedem nici tânărul care a căzut în stupor după un șoc emoțional. De la acest prim contact, avem de eliminat cele trei posibilități de alt stupor, adică de stupor schizofren (catatonic), isteric și confuzional.

Atenția scade masiv, bolnavul nu mai poate citi, nu mai poate să se concentreze – deci atenția voluntară scăzută, atenția spontană scăzută. Totuși nu e vorba de obnubilare, bolnavul este vigیل, dar nu pare adormit, percepe greu realitatea, cu întârziere, trebuie să-i repetăm întrebarea, trebuie să insistăm. Se plânge că are memoria blocată, că nu fixează, că funcționează cu extremă dificultate, ceea ce dă convingerea bolnavului că s-a produs ceva intelectual, adică s-a demențiat. Evocările care există proiectează pe bolnav în trecut. Bolnavul iese din prezent și evocă dureros și monotematic latura tristă a existenței. Se referă la un trecut afectiv al familiei, deci la niște lucruri adevărate și trăite de acest bolnav și de această familie. Orice om, orice familie își are rușinile ei, rușini pe care și le ascunde. Face parte din atitudinea noastră de a nu zgândări fără rost anumite treburi. În melancolie, în orientarea către trecut, sunt aduse pe tapet toate lucrurile pe care le-a comis această familie, e un roman al mârșăviilor, al rușinilor, al imoralităților prin care a trecut această familie. E ca o confesiune necerută, făcută cu mare sinceritate. Deci omul, doctorul se simte coplesit de o încredere mult mai mare decât îi trebuie pentru examenul psihic, în care familia apare într-o poziție jenantă și toți acești oameni din familie par niște oameni cumsecade care se interesează de bolnav, și se trezesc brusc dezvăluți, demascați.

Gândirea este lentă, aparent sărăcită și cu un conținut extrem de limitat. Este o continuă văicăreală pe tema pesimistă a vieții. Mi-a venit sfârșitul, știu eu sigur, degeaba îmi spuneți că nu, că eu nu mai mă fac bine, trebuie să mor, am visat azi noapte pe mătușa mea moartă. Își alege teme de moarte ca să le discute. Psihoza maniaco-depresivă aparține mai mult femeii decât bărbatului. Tema morții, a bolii, a inutilității devine de nesuportat. Din când în când un oftat, o propoziție, un geamăt și parcă mereu vrea să termine discursul. Dacă ne încăpățânăm să avem un discurs complet al acestui tablou, putem observa două stadii – unul nedelirant, prevalent, în care bolnavul ne povestește că parcă are pe el o piatră, parcă i-a înghețat mintea, e blocat în funcția lui. Ideea lui stagnează și el se consideră un bolnav care se demențiază și se vaită din această cauză.

Față de acest prim stadiu prevalent e unul mai profund, care este stadiul delirant. *Melancolicul poate delira și caracteristic melancolicului este că delirul este centripet, nu centrifug, în timp ce delirul schizofren paranoiac, paranoic este delirul de persecuție și învinovățire a celorlalți.* Melancolicul se consideră singurul om de pe Pământ vinovat, el este singurul vinovat al tuturor eșecurilor familiei lui, delirul acesta de vinovăție putând atinge limite fantastice. Delirul melancolic poate prezenta această accentuare a conștiinței morale; el demonstrează că în sufletul nostru chiar inconștient este o fibră morală. Melancolicul consideră că trăiește un păcat metafizic, o vinovăție, că toată viața lui a trăit în păcat, compromisuri și acum înainte de a muri trebuie să se chinuie. Nu și-a educat bine copiii și din cauza aceasta au ieșit așa. Da, dar e doctor, i se replică. E, dar se putea mai bine. Nevasta, că nu s-a purtat bine cu ea, nu a înșelat-o, căci e un om corect, dar nu a ajutat-o destul, a făcut tensiune, deci tot ce s-a întâmplat e din cauza lui. Câți au murit din cauza atitudinii lui rezervate și egoiste, pe câți îi putea ajuta și nu a vrut... pe câți din provincie, rude, nu i-a refuzat să le țină copiii spunând că nu are spațiu. Familia își dă seama de absurditatea sindromului, îl presează să mănânce, să bea, nu se poate. Melancolicul ajunge la concluzia că nici cu ei nu te înțelegi, nu pot pricepe că i-a venit sfârșitul și atunci încearcă să și-l grăbească. Sinuciderea este o concluzie firească pentru melancolic și singura scăpare mai rapidă, în cadrul contrastului că el vrea să moară și familia vrea ca el să trăiască.

Melancolicul nu spune că el vrea să se sinucidă – el vede noaptea cum se lasă lumina aprinsă, se stă cu el, și atunci își ascunde acest plan; chiar așa nu o face cu mare ușurință. Un melancolic poate lucra la planul lui de a se sinucide luni și ani de zile (asta o declară când a ieșit din comă). Soluțiile pe care și le alege sunt dintre cele mai sigure – adică spânzurare, tăiat de tren, împușcare, sodă caustică; se observă că aspectul cu drogul nu aparține în ordine melancolicului, dar nu trebuie ignorată nici această posibilitate. Nu crede în posibilitatea și seriozitatea drogurilor pentru planurile lui. Melancolicii salvați se pot gândi la repetare. Aceasta face să existe în psihiatrie ideea că un melancolic reușește până la urmă să se omoare. Tot ce facem noi sunt amânări și paleative.

O altă temă împletită strâns cu tot ce am vorbit este tema hipocondriacă, nu numai mîntea nu-i mai merge, dar nu-i mai merge tot ce-i mergea înainte, adică el este un constipat, prin urmare s-a blocat intestinul și poate chiar s-a distrus și de ce? Pentru că acolo este un cancer, știe el, deci iată tema hipocondriacă, care este centrată în primul rând pe aparatul digestiv, pentru că melancolicul nu mai are poftă de mâncare, refuză alimentația – de ce să mai mănânc, dacă mâncarea nu trece, eu nu mai primesc nici apă. Se poate ajunge la delirul Cotard, adică la un tablou caracterizat prin triada – *negarea*

organelor interne, *veșnicia*, *eternitatea* chinurilor și *enormitatea* acestei trăiri, adică nici chinurile iadului nu sunt suficient de descris față de chinurile sale, atât de enormă este suferința veșnică prin care trece. Sindromul Cotard este relativ rar în cadrul melancoliei și este semn de la clasici de cronicizare a bolii. Acest sindrom e o variantă delirantă din cele care se încadrează la melancolia delirantă fantastică. Nodet a descris-o ca o variantă a parafreniei.

O variantă frecventă e *melancolia anxioasă*. E a involuției, iar tabloul clinic nu mai e de stuporos ci de agitat. Bolnavul își frământă mâinile, batista, se văicărește, se mișcă continuu, se observă că e în panică, angoasat de o mulțime de lucruri, plânge, dispneea o sperie, durerile viscerale. Dacă vezi un asemenea bătrân, ai impresia că parcă e adus de la o catastrofă, un foc, e speriat, nepieptănat, dezordonat îmbrăcat, nu mai ține la o anume ținută și spune – ajută-mă. După cultura lui tinde mai mult către un aspect religios în care medicul e ca un preot pentru el; e o funcție magică a medicului în care acesta pare un salvator.

Varianta confuzională e cea mai gravă. Un om de pildă începe cu o stupoare, apoi se agită zi și noapte câteva zile, tulburarea lui de conștiință se adâncește, nu mai e o încetinire a statusului biologic, ci devine și o rătăcire, o incoerență, o dezorientare, o obnubilare.

Deci melancolia poate avea o serie de alte sindroame de la stupor la agitație, de la melancolie hiperlucidă la una gravă confuzională; mai pot exista și forme mixte, adică amestecată cu fenomene maniacale, fuga de idei la melancolic. În toate variantele sindromul fundamental e afectivitatea, indispoziția, este sentimentul de durere, e o scădere pulsională a impulsului de viață și de conservare, este ceea ce s-a numit anesteziadureroasă, durerea că nu mai poți suferi, că nu mai poți să te plângi – masca grecească a suferinței împietrită în durere.

Ceea ce pune pecetea melancoliei e depresia vitală și ceea ce în plan superior s-a descris ca durere morală. Nu poate spune ce simte, dar afirmă că nici o durere din lume nu se compară cu durerea morală. Descrierea e ca și când ar fi o biată ființă oprimată, apăsată de greutatea universului, a unui munte. Această suferință împinsă la absurd dă ultima formă, melancolia delirantă, a cărei esență e autoacuzarea, sentimentul de culpabilitate, de vinovăție. Bolnavul se autodenunță (la poliție) și se consideră vinovat, reactivează trecutul, atribuindu-și vinovății reale sau nu, și care pot declanșa în familie o grozăvie de reacții (poate spune că a trăit cu copilul sau etc.). A doua temă e cea de nenorocire, de ruină („din cauza mea, din vina mea, am nenorocit destinul, viitorul întregii familii, logic este deci să mă omor – și eu și cei iubiți” – deci pericolul suicidului este foarte mare). Când toate aspectele ating extremul se numește sindrom Cotard: se socotește cel mai nenorocit de pe lume, se va chinui veșnic (aici

veșnicia e o noțiune umană, nu transcendentă, nu teologică), deci idei de imortalitate, la care în cadrul acestui sindrom se adaugă idei de enormitate și de negație.

Psihopatologia de esență existențialistă descrie o conștiință melancolică. E vorba de o tulburare a trăirii timpului psihologic. Acest timp, pe care îl măsurați pe ceas, nu e un timp psihologic, ci e un timp social obiectiv pe care ni-l corectăm în fiecare zi după ceas. Deci în contrast cu lumea normală care vrea să se acorde cu timpul social, timpul psihologic înseamnă un sentiment al scurgerii timpului, mai repede sau mai încet, și al umplerii sau goliciunii, este deci timpul afectivității, e ritmul trăirilor, e ca și când fluviul conștiinței curge mai încet sau mai repede decât ar trebui (Minkowski).

Conștiința melancolică este o tulburare de conștiință în care dimensiunea temporală e afectată în sensul încetinirii. La această idee a lui Binswanger, poate singurul existențialist modern care știe și clinică și care nu te încurcă citindu-i cazuistica, se adaugă și o idee din psihanaliză care vede în melancolic un subiect care și-a pierdut obiectul direct sau imaginar, în cadrul endogeniei e vorba de pierderea obiectului imaginar, iar în cadrul doliului e pierderea obiectului real, deci e ceva reactiv și cântă ca Orfeu pierderea lui Euridice. Care e obiectul? E lumea întreagă ca sens și simbol.

Trăim cu o forță inconștientă toată viața, aproape inconștienți că avem un obiect, în orice caz ne simțim bine în această lume și sperăm că o să ne simțim bine. Acesta e normalul, în contrast cu melancolicul, care în dimensiunea cronologică se hrănește cu speranța viitorului, speră și speră.

La începutul vieții te bazezi pe forța biologică, ea îți dă plăcerea din toate – bei o cafea, cântă o pasăre, dai mâna cu cineva, totul te încântă. Apoi această forță afectivă scade continuu și tu o înlocuiești cu valorile: citești cărți, mergi la teatru, avem deci niște valori pentru care considerăm că merită să trăim; nu mai spun că dacă ne căsătorim, vin copiii și am răspunderea să-i duc mai departe, deci chiar dacă renunțăm la aspirațiile adolescenței de a deveni prin ceva nemuritori, chiar și atunci găsim rațiunea de a trăi și aceste rațiuni sunt rădăcina inconștientă a subiectului de a se lega de ceva mare și suficient de sistematizat ca să-și facă mereu bilanțuri pozitive. În curgerea aceasta mare, foarte puține persoane scapă de unde de melancolie, unele exogene inevitabile, de pildă înmormântarea celor apropiați, eșecurile inevitabile sau dezinvestirea progresivă întâi în partenerul tău, care la început e total, apoi cu anii îi scad procentele și te mulțumești apoi așa cum este; apoi cu copiii tăi, care la început sunt un bebe, îi vezi cu un potențial de genialitate, apoi pe la 14 -15 ani alergi pe la toate școlile ca să îl poți băga, măcar la Bolintin, să facă liceul și dacă iese doctor ca și tine ești fericit sau oricare altă diplomă ca să nu te faci de rușine. Deci faci asta într-o normalitate afectivă; căderea în melancolie vine

ca o prăbușire inexplicabilă, cu prodroame scurte și nespecifice, mai degrabă s-au descris în manie. În melancolie nu prea s-au putut descrie prodroame ca în epilepsie, când bolnavul simte că îi vine criza.

Debutul e într-o dimineață, în care psihologic se întunecă totul, rămâne la pat, nu se mai îmbracă și crede în mod sigur că i-a venit sfârșitul. Se fac o serie de consultații pentru boli somatice, se pune întâi problema unei hepatite, aproape orice boală pe care vrei să o descrii -vei descrie mai multe măști, și aici interniștii bineînțeles că vor găsi o anemie, un surmenaj sau ceva în legătură cu inima – o endocardită lentă, sau o gripă, deci din cauza epidemiei care e acum. Se dau explicații inexacte, bolnavul ajunge prin clinici și poate acolo lumea își va da seama că ce predomină este dorința de a muri; de la acest cuvânt începe neliniștea personalului, a doctorului, a familiei, care își dau seama că aici e vorba de un om care nu se socoate bolnav dar nu mai vrea să trăiască, aceasta e problema lui, și doctorii se miră fiindcă orice om normal care a făcut vreo boală somatică vrea să încerce un tratament ca să scape de ea, iar acest bolnav nu vrea deloc, deci nu există o colaborare cu pacientul.

Psihopatologia a mai subliniat că, fiind o invadare irațională foarte profundă, apare aici un instinct al morții, deci pe lângă instinctul vieții, libido-ul, apare un instinct de distrugere, de agresivitate în contrast cu cel de conservare. Ar fi vorba de două variante, heteroagresivitate – care duce la crimă și la tendințe de persecuție paranoidă și o autoagresivitate – care duce la sinucidere, deci la dispariție.

Un cercetător sud-american, Delgado, a adus o idee foarte bună pentru înțelegerea noastră – a spus că melancolia se găsește la extremitatea unui continuum afectiv, nu e cădere în melancolie ci o deviere către acest pol. Între el și polul maniacal pot fi infinite treceri și stări; noi descriem numai tabloul extrem al acestor stări.

Din punct de vedere afectiv are o dispoziție îngrozitoare, se simte prost. În ce sens? La analize nu apare nimic organic, analizele sunt bune, dar el își simte gura cleioasă, amară, uscată, încărcată, are silă de orice i se propune pentru a intra în rândul celorlalți, toate invitațiile la acțiuni simple și elementare i se par inutile, îmbrăcatul, venitul la masă, pieptănatul, toate i se par insurmontabile. Emoțiile sunt către polul negativ, cu următoarea mențiune – cu cât boala este mai gravă, cu atât melancolicul este mai împietrit, deci marele melancolic nu plânge, este împietrit în durere, în groaza lui interioară. Istericul plânge ușor, nu și melancolicul. Deci tragedia real trăită nu este la ton mare și cu lacrimi multe și nici cu manifestări, ci este cu economie maximă de mijloace. Sentimentul melancolicului este sentimentul sfârșitului. Nu este vorba de sfârșitul apocaliptic al lumii, este sfârșitul lui real, de aceea el și-l pregătește, îl grăbește și îl execută, deci el

are instinctul morții (în sens freudian) dominator, exacerbant. El vrea să termine și a dovedit-o în cursul istoriei că poate să termine, cu toată știința psihiatrică și vigilența celor din jur. Melancolicul va ști să termine, dacă nu la primul acces, atunci la următoarele, așa încât fiecare dintre noi dacă avem în familie sau trebuie să îngrijim un asemenea bolnav, ne întrebăm în sinea noastră când se va produce totuși acest lucru inevitabil, pentru că suferința lui este atât de reală și ascunsă totuși, încât el nu o mai poate suporta, nu mai poate suporta să trăiască.

Care sunt formele clinice de melancolie? Ceea ce s-a descris până acum este *forma simplă*. O a doua formă este *forma anxioasă*, în care pe prim plan nu este atât tristețea, cât o mare neliniște. Bolnavul zi și noapte este neliniștit, își mișcă mâinile, permanent se mișcă de colo-colo, el pare angoasat, inexplicabil pentru cei din jur.

O a treia formă este *forma stuporoasă*, în care bolnavul rămâne împietrit la pat. Am vorbit altă dată de diagnosticul diferențial al stuporului și stuporul melancolic este una din cele patru forme de stupor. Ne dăm seama de el, când în momentul când vrem să vorbim cu bolnavul, simțim că el ar vrea să ne spună ceva, dar nu mai poate să ne vorbească.

O a patra formă este *melancolia confuzională*, mai frecventă la bătrâni, de altfel ca și cea anxioasă, în care primul plan este ocupat de dezorientarea temporo – spațială, de un aspect acut toxiinfecțios și de abia după ce prin tratament îndepărtăm acest prim plan, ne dăm seama că de fapt are și un al doilea plan melancolic. De prima dată zicem confuzie mintală.

Melancolicul este deci cu aceste forme omul de suicid real, nu demonstrativ, de suicid groaznic sau de automutilare groaznică. Un exemplu ar fi omul care și-a scos ochii (Oedip a avut o depresie reactivă la aflarea adevărului), dar nu trebuie să ne mire gestul că a putut el să își scoată ochii, s-au văzut cazuri și prin spitale. Alt fapt groaznic este heterosuicidul, adică omorârea tuturor celor din casă și apoi a lui, ca să nu rămână după el niște nenorociți. Suicidul multora poate fi amânat din cauza copiilor, nepoților, etc. De altfel în psihoterapia pe care o faci cu un om care a vrut să se omoare nu poți să-i demonstrezi absolut niciodată că trebuie să trăiască pentru el însuși, pentru că el îți spune că nu mai are pentru ce trăi și atunci cauți să-l legi de ai lui, ori la melancolie legătura cu ei îi va încălca răspunderea și atunci obsedat de această gravă tragedie că el ar pleca și lasă niște oameni nenorociți, atunci termin cu toți. Există cazuri faimoase de heterosuicid.

Suicidul melancolic este de o desăvârșită simplitate. El nu-și face testamentul, nu lasă nici o scrisoare de adio, nu precizează cui lasă moștenire diferite obiecte sau bani, ce să se facă cu casa. Melancolicul a plecat dintre noi și nu vrea nimic de la noi. Nu lasă indicații de felul în care

vrea să fie înmormântat. Explicațiile anturajului după moarte sunt fără valoare, este vorba de un suicid endogen fără o explicație psihogenetică exterioară și nu are nimic din toate motivațiile pământești pe care le știm noi. Nu intră aici în discuție de asemenea nici pasiunile simple și omenești.

Diagnosticul pozitiv urmărește pozitivitatea acestei suferințe, a acestei subiectivități care nu mai poate trăi și nu mai poate merge mai departe. E arta fiecărui psihiatru să simtă temperatura afectivă, să simtă că omul a ieșit din real și vrea moartea. El nu are conștiința bolii, nu vrea la spital, spune că e viața lui, ce ai tu cu ea. Te simți și tu încărcat, te bagă în durere și în răspundere. S-a vorbit de aceea despre melancolie ca despre cea mai umană boală, cea mai existențială și filosofică. Ești într-un alt tărâm, cu un destin închis. Minkovski a vorbit despre timpul subiectiv al depresivului.

Diagnosticul vizează și evitarea tragediei suicidului. Ce e periculos este coada melancolică – bolnavul ne poate deruta în vederea ducerii la sfârșit a planului de sinucidere. Noi îl dezinhibăm, îl liniștim afectiv, dar nu trebuie să îi schimbăm profund afectivitatea și fiindcă în spital el aude de la infirmieri că va veni mereu, aceasta îi agravează profund ideea că cine a venit va veni mereu, deci va repeta actul și o va face acasă, ca să nu supere pe dl.dr., care a fost așa de cumsecade.

Prognosticul este rezervat, din cauza pericolului sinuciderii. De aceea este o urgență medicală și nu se poate garanta viitorul unui melancolic. Nu va mai putea pleca singur la munte sau la mare, nu se știe care ar fi condițiile în care și-ar pune planul în aplicare.

Urmărirea catamnestică pe lungi perioade de timp arată că în intervalul liber, melancolicul rămâne un filosof pesimist. El nu ajunge chiar să aibă un mare chef de viață, să trăiască cu plăcere și trăiește din angajamentul existențial să nu supere pe ceilalți, nu am văzut fată măritată, se leagă deci de alte lucruri care nu țin de el – nu va spune niciodată că trăiește pentru el. Preocupările lui vor rămâne sobre, religioase, modeste, de disculpare, el e între crize un psihastenic nehotărât, îngrijorat, obsedat.

Diagnostic diferențial. Esența este între sindromul depresiv psihotic (deci cu potențial maxim de moarte) și cel nevrotic (care ne amenință cu moartea, ne înfricoșează, dar nu știe ce să facă ca să mai trăiască). Nevroticul are o conștiință exagerată a bolii și se agață de doctor, psihoticul nu are conștiința bolii și nu vrea să audă de doctor. De aceea toate clinicile sunt supraaglomerate cu depresii nevrotice; cele psihotice sunt date la ferpar. Depresia nevrotică este o depresie superficială, conștientă, reactivă, provocată de toate nenorocirile posibile ale lumii, deci provocată de evenimente anterioare, este un bolnav cu care de obicei putem comunica și putem chiar să-i modificăm dispoziția, dacă insistăm să facem o glumă, vedem că nu este chiar așa de dus încât să rămână indiferent la tot ceea ce spunem noi.

Depresia nevrotică este mult mai demonstrativă. Subiectul se consideră bolnav, are nevoie de doctor, de compasiunea lui, vine el la doctor, cere el ajutor și tratament, vrea să se facă bine, este docil și ascultător cu tratamentul, respectă cu sfințenie programul pe care i-l dăm, este deci practic invers decât melancolicul care nu vrea să audă de doctor, este adus la doctor.

Depresia nevrotică poate ajunge la suicid, dacă și-a făcut un bilanț negativ real. Suicidul este motivat, în timp ce la melancolic nimeni din familie nu găsește nici o justificare, ba din contră apare extrem de absurd, pentru că condiția materială, morală, familială este chiar foarte bună. Accesul nu poate fi explicat mai ales primul, ulterior se dau explicații că este o boală psihică. Boala este mai frecventă la femei, la involuție unde notă anxios – hipocondriacă predomină, boala are și un coeficient ereditar. Sunt familii de melancolici, de aceea una din întrebările foii de observație este dacă au fost sinucideri în familie. De obicei nu știi dacă a fost psihoză maniaco-depresivă, dar știi că o mătușă, fără motiv, s-a spânzurat și asta poate să însemne un semn de existență a unei gene depresive în această filiație.

Pentru a diferenția *neurastenia*, vom observa că există conștiința bolii, nu delirează, e o reacție firească la un om care s-a epuizat prin efort și conflict. Nemții au vorbit de Hintergrund (culise). K.Schneider a descris melancolia endogenă ca o melancolie Untergrund – de bază, ceva venit din inconștientul și corporalitatea noastră încă nedescifrată, de bază. Atunci ce se înțelege prin „culise”? În inconștientul nostru ani de zile scoatem din scenă și punem în inconștient o mulțime de chestii și la un moment dat se umple paharul și ne trezim la un moment dat că după o gripă nu ne mai revenim, apare deprimarea și nu știm de ce. Aceste depresii nevrotice care nu sunt date de „imediat” ci de acumulări anterioare de frecuşuri, de uzură a vieții ne face să folosim noțiunea aceasta de culise.

Psihastenia are în comun cu melancolia debutul și ieșirea – trebuie să vă spun că tratez psihastenicul ca pe un depresiv. Psihastenicul se zbate într-un plan intelectual, în timp ce melancolicul e căzut în afectiv. Psihastenicul e uneori gratuit în frământările lui, melancolicul din contră e centrat în sentimentul lui de „negru și mort”.

Depresia psihopatului distimic. Există oameni nefericiți în toată lumea, dacă îi consideri melancolici îi supui la un tratament mai grav decât merită și poți să îi promiți degeaba că îl vei scoate din starea aceasta deoarece el e constituțional așa, nu pot ieși dintr-un pol depresiv – sunt lenți, depresivi, pesimiști, vorbesc mult despre moarte, se gândesc la ea, ocupă profesii serioase ale vieții, morale, sunt bisericosi. În viața obișnuită și independentă sunt enervanți/ enervante, sunt taxate drept niște Casandre, tipul care dezarmează, descurajează colectivul. Colectivele încearcă să scape de ei.

Există o variantă exogenă – depresia de doliu/melancolia de doliu, în care conținutul depresiei este legat de o întâmplare reală și se șterge în timp.

Există o depresie a paranoizilor, dar e secundară și amestecată cu învinovățire – m-au lucrat; e adevărat că vreau să mor dar măcar să nu mă fi lucrat așa; cât le-am lucrat, am muncit pentru ei toată viața, le-am dat la toți case, am fost și președinte de sindicat și de când m-au adus la spital nu a venit nimeni cu o floare.

Depresia cu nuanță interpretativă paranoidă e mai ușoară, mai nevrotiformă. La paranoiaci tot secundar e suicidul secundar – „îl omor și mă omor și eu”. E tipul de întâmplare din pădurea Andronache, în care el, locotenent de cavalerie, o lua pe domnișoara, se duceau acolo, îi trăgea un glonte în cap, fiindcă credea că a umblat cu colonelul lui și apoi se împușca și el, o interpretare de gelozie și deziluzia lui profundă că nu mai trebuie să trăiască și să se repete ce a pățit acum.

Sindromul depresiv din schizofrenie – de obicei la ieșirea din episodul psihotic, când e externat și nu se poate adapta, când capătă conștiința infirmității sale și când devine conștient de prejudecățile și obstacolele de integrare; se poate omorî; e depresia post-accesuală a schizofrenului, sau depresie farmacogenă, pentru că s-a observat că și medicația o poate genera. Uneorischizofrenia poate debuta prin sindrom depresiv, nemotivat reactiv și cu elemente atipice: plictiseală, indiferență, bizarerii.

Combinarea celor doi poli, celor doi piloni (schizofrenie și PMD) – forma afectivă a schizofreniei, deci care e un fel de PMD, dar cu elemente care nu merg, sunt atipice.

Sindromul depresiv al epilepticilor, care poate duce la suicid; există aure depresive care pot atinge culmi de disperare.

Depresiile pe fond organic – de involuție, post traumatisme cranio-cebrale, tumorale.

Debutul depresiv este frecvent în paralizia generală. Această entitate poate avea toate simptomele pământului, dar specific nu e decât LCR. Are cu totul alt tratament.

Depresiile alcoolice, forma ; ei zic că beau pentru că sunt depresivi, sau pentru că i-a lăsat nevasta, că i-a lăsat potența, și de aceea beau și mai tare, și iar cad în depresie când li se ia toxicul, și tot așa – este o depresie în circuit.

Deci sindromul depresiv este nespecific, se poate întâlni în toate afecțiunile psihice endo- și exogene., intensitatea lui este relativă și înșelătoare. Se descriu depresii mascate, un capitol foarte variat cu taboluri de mare diversitate, polimorfe.

Evoluția bolii

Este în accese. Totuși către involuție se poate croniciza și permanentiza către o melancolie, astfel că în ultimii ani ai vieții în primul plan nu mai stă

depresia și demența, că se pierde și intelectual și sfârșește ca o demență. Există de la Falret și Baillarger o schemă a evoluției și a combinației maniei cu melancolia. Deci combinarea acestor două faze – manie și melancolie – a fost observată încă de acum o sută de ani, când un om :

- face exclusiv accese de manie, mai multe în cursul vieții, accese separate prin intervale imprevizibile de timp, purtând numele de manie simplă.
- invers, când face câteva accese de melancolie, independente, simple, fără nimic altceva, fără intricare cu altceva, poartă numele de melancolie simplă.
- situația următoare poartă numele de manie remitentă, pentru că este vorba de obicei de două – trei sau mai multe accese de manie neîntreruptă și neseperate prin perioade de totală revenire. Observați că între accese este mai sus și mania poartă numele de remitentă, pentru că în psihiatrie numai accesele care dispar total poartă numele de restitutio ad integrum. În rest vorbim de remisiune. În manie ca să dea remisiune este o excepție, mania trebuie să dea vindecare și forma care nu dă vindecare se cheamă remitentă.
- mania intermitentă, adică acces/ perioadă bună/ acces/ perioadă bună etc. Și alternează cu strictă regularitate binele cu accesul și atunci se cheamă intermitentă.
- altă situație descrisă de Falret în 1850 sub titlul „Folie à double forme circulaire“
- este o psihoză maniaco-depresivă fără interval de sănătate. Se trece din manie în melancolie, din accese de melancolie în manie, și așa toată viața. Sindromul apare în sens circular, dar nu trebuie înțeles chiar așa pentru că lucrurile merg spre involuție, unde totul se complică și cu factorul organic demențial și amplitudinea circulară scade. Deci se pleacă de la oscilații mari și se ajunge cu vârsta la oscilații mici. Deci această formă nu este identică de-a lungul întregii existențe.
- altă formă este folia cu dublă formă intermitentă, adică un acces de manie cu un acces de melancolie, apoi un interval liber; apoi secvența se repetă.
- nebunia cu dublă formă alternă este acces de manie, pauză, acces de melancolie, pauză.
- psihoza maniaco-depresivă, cu stări mixte. Concomitent cu accesul maniacal bolnavul are și fenomene melancolice, iar când are acces melancolic are și intricări de fenomene maniacale. Ar însemna ca în plină veselie plânge și invers. Fenomenele mixte aparțin de obicei de stări date de factori organici, toxici. Deci sunt formele pe care le fac bătrânii, alcoolicii.

În DSM IV, tulburările de dispoziție sunt împărțite în depresive și bipolare. Cele depresive sunt tulburarea depresivă majoră (cu episod izolat sau recurent) și tulburarea distimică. Tulburările bipolare sunt: tulburarea bipolară I (manie/depresie) și tulburarea bipolară II (hipomanie/depresie), tulburarea ciclotimică și tulburările de dispoziție datorate unor afecțiuni medicale și uzului unor substanțe. În DSM IV TR, tulburările sunt cuprinse în rubrica tulburări afective și împărțite în trei grupe: tulburări bipolare și tulburări monopolare cu episoade depresive și depresii recurente. Apoi fiecare episod poate fi de intensitate ușoară, medie sau severă și cu/fără tulburări cognitive psihotice.

Se înregistrează o creștere a formei ciclice, o impuritate a remisiunilor și o trecere din depresie în hipomanie cronică prin tratament

Manie – tratamentul anticonvulsivant – lamotrigină, valproat, care concurează tratamentul clasic cu haloperidol și e ferit de riscul SEP.

Tulburările afective – DSM face distincția și la manie și la depresie de cu/fără tulburări psihotice. Fără a face precizarea că cei fără tulburări psihotice sunt tulburări nevrotice iar cei cu tulburări psihotice presupun o manifestare delirant – halucinatorie (vezi tulburările de conștiință H.Ey).

Tratamentul

Când există pericolul de suicid, e necesară și supravegherea și o echipă specializată antisuicidară. Deci trebuie tratată în mediu specializat, cu grație, încuietori, supraveghere. Aici indicația de terapie electroconvulsivantă (TEC) e majoră: șase ședințe, după avizare. Dacă are contraindicații ortopedice, se face TEC protejat.

Tratamentul antidepresiv

Tratamentul depinde de particularitățile cazului, trăsăturile sindromului depresiv respectiv. Substratul biochimic este comun. Depresia este interpretată cel mai frecvent ca un minus de 5HT și nA. În mod logic, substanțele antidepresive cresc neurotransmițătorii deficitari sau modulează pe cei existenți.

Tabloul depresiv este semiologic impur pentru că asociază comorbiditatea anxietății. Așa că tratamentul antidepresiv este și antianxios și hipnotic. Antidepresivele se descriu în evoluția lor pe mai multe generații – triciclicele (cap de serie amitriptilina, imipramina, clomipramina), IMAO, a doua generație (tetraciclicele – mianserina și maprotilina), a treia generație – SSRI, SNRI, și cele duale – venlafaxina, mirtazapina, milnacipran. Succesiunea lor cronologică se explică prin nevoia de a trece de la un efect global asupra receptorilor la efecte din ce în ce mai diferențiate. Astfel, triciclicele au dezavantajul efectelor secundare multiple (anticolinergice,

cardiotoxice, creștere ponderală...*vezi tratamente*) cât și riscul la supradoză, alături de riscul de viraj și provocarea ciclurilor rapide în aplicare în tulburarea bipolară. Tetraciclicele au avut avantajul unui spectru antidepressiv și anxiolitic dar metaanalizele au arătat că nu se exclude riscul cardiotoxic.

De aceea apariția generației a trei a fost socotită ca o revoluție dar depresia rezistentă rămâne relativ frecventă. Generația a trei a fost mai specifică, mai bine suportată dar necesitând totuși uneori schimbarea produselor și chiar combinarea lor, finalmente rămânând totuși și cazuri rezistente care pun problema adăugării modulatorilor, anxioliticelor și ECT. Complanța este o problemă mai ales la debutul tratamentului cât și la întreruperea tratamentului. Din punctul de vedere al efectului propriu-zis trebuie așteptat la inițierea tratamentului cel puțin 1-2 săptămâni până la apariția efectelor antidepressive. Un fapt paradoxal este că ameliorarea poate crește riscul de suicid, pentru că remisiunea nu este psihic globală, întâi este energetică și de dispoziție și la urmă vine corectarea cognitivă.

Tratamentul este al accesului și cel de întreținere. Primul episod depresiv se va trata cel puțin 4-6 luni, de preferabil peste 9 luni. Întreruperea prematură AD a dus la revenirea simptomelor depresive la aproximativ ½ dintre pacienții tratați. O mare parte dintre cei care au avut un prim episod, vor avea episoade ulterioare de depresie iar peste 80% dintre cei cu două episoade vor avea alte episoade. Tratamentul de întreținere scade riscul revenirii depresiei cam cu 2/3. Dzele de întreținere ar trebui să fie la fel cu cele utilizate pentru tratamentul acut. Există puține date care să susțină utilitatea dozelor mai mici. Recăderea după ECT este similară cu cea la întreruperea AD. Strategiile din depresia rezistentă la tratament se bazează adesea pe experiența clinică și opinii ale unor experți și nu pe terapii standard bazate pe evidențe. Presupun creșteri ale dozelor, combinarea unor antidepressive, adăugarea unor amplificatori ai efectelor ca timostabilizatoare, pindolol sihotice atipice, hormonii tiroidieni sau ECT. Depresia psihotică răspunde slab la tratamentul AD și este necesară adăugarea de antipsihotice sau ECT.

În cazul complicațiilor, a virajului maniacal, se dau stabilizatoare de dispoziție, antipsihotice și se întrerupe antidepressivul. Tratamentul clasic al maniei este cu haloperidol la care se adaugă litiul, valproatul, lamotrigina, carbamazepina. În prezent olanzapina injectabilă și-a demonstrat eficacitatea în mania acută. Evidențierea unei ciclicități rapide presupune retragerea antidepressivului, optimizarea tratamentului cu timostabilizatoare, eventual utilizarea unor combinații de timostabilizatoare la care se mai pot adăuga antipsihotice atipice sau tiroxină la doze mai mari decât cele utilizate în terapia de substituție.

Un efect nedorit în tratamentul antidepresiv este agravarea unor fenomene psihotice care reclamă schimbarea tratamentului. Combinarea cu benzodiazepine și hipnotice trebuie să țină cont de fenomenul de posibilă dependență, mai accentuată la unele cum este alprazolamul (în funcție de timpul de înjumătățire). Pe lângă medicamente, în principiu depresia este cea mai susceptibilă de tehnici psihoterapeutice – psihoterapia de sfătuire, diferite forme de terapie individuală, de grup, mai la modă fiind terapia cognitivă și interpersonală dar și psihanaliza, terapia existențială.

După primele 10 zile de tratament, apare de obicei ameliorarea și se scoate de la supraveghere și se trece la combinarea cu psihoterapia individuală și de grup. Bolnavul este încurajat. În primele zece zile nu se forțează, de ex. dacă nu vrea să mănânce (pentru că el nu are gustul mâncării); de fapt nu-l forțăm cu nimic (rude, prieteni, televizor etc.). Trebuie pur și simplu îngrijit și lăsat în durerea lui. După zece zile îl încurajăm („arăți mai bine, să facem câțiva pași, să ieșim la aer”) iar dacă începe să poftască ceva, e cu atât mai bine.

În tratamentul melancoliei se pot produce anumite fenomene secundare nedorite. De exemplu se poate produce o dezinhibiție a stuporosului. Bolnavul melancolic care nu avea puterea să se omoare o are acum, deci se poate produce suicidul sub tratament prin inhibiția medicamentoasă, de aceea melancolicii nu se tratează la domiciliu. O altă complicație este dezlănțuirea accesului de manie. Deci există posibilitatea ca pacientul să treacă la polul celălalt (viraj).

2. Deliruri cronice sistematizate (tulburări delirante)

Paranoia

Paranoia este un termen dat de Heinroth, în 1818. Este numai termenul, deoarece definiția a fost dată de Kraepelin, care a descris-o astfel: este vorba despre un delir cronic sistematizat nehalucinator, care se instalează insidios, de cauză internă, cu păstrarea ordinii, coerenței și clarității în gândire, voință și acțiune.

Definiția e completă, ajutându-vă să o separați de la început de schizofrenie, parafrenie și de psihopatii. E un model de definiție și în plus arată și concepția lui Kraepelin, pentru care această boală nu e exogenă, nu e o reacție ci e un proces endogen.

Paranoia trebuie concepută ca entitatea de la extremitatea psihiatriei, fiind psihoza cea mai confundabilă cu normalul. Ea nu e ca celelalte psihoze

o producție imaginară, nebunească, prin care omul de pe stradă poate să distingă ușor omul normal de nebun, paranoia e o boală a realității. Schizofrenia e o fugă de realitate în autism. Parafrenia e o fugă de realitate în imaginație.

Paranoia nu e fugă ci o băgare în realitate, un fel de băgare așa de profundă și așa de puternică că după o lungă perioadă de evoluție i se poate descifra anomalia și trebuie știut că uneori rămân dosare nerezolvate.

Caracteristica delirului este sistemul – perfecta coerență a acestui sistem, care are forță de convingere, care contaminează, putând provoca paranoia indusă. Dacă omul normal se compune dintr-o viață personală și una publică în diferite proporții, în paranoia se produce o indisociabilă proiectare a personalului în social, și nu ar fi nici un rău dacă paranoicul, prin tipul de persoană care este n-ar strica interacțiunile cu ceilalți, sau dacă ceilalți ar putea să suporte paranoia. Din punctul de vedere al paranoiacului, ea nu ar fi o boală ci un anume tip de om, dar fiindcă ceilalți se solidarizează după un număr de ani de luptă, survine ceea ce se cheamă decompensarea paranoiacului.

Boala a fost descrisă de clasici în trei stadii. Începe cu un proces de invazie, ca și parafrenia, o invazie nevrotiformă, cenestopată, care la paranoiac se caracterizează printr-o maleză, o indispoziție. Printr-o frământare interioară de ani de zile, ajunge la o șansă, o cristalizare. I se pare că din acel moment lumea i se redeschide, a dat lovitura și pe această pistă falsă, totul devine invers, adică e un optimist și un luptător până la moarte. Acest moment cheie poartă numele de transformare megalomaniacă a persoanei paranoiace, care îi oferă o bază de luptă, în ciuda unor persecuții reale și supraomenești. Deci nu suntem în cadrul paranoidului, care crede că e condus de aparate, și nici în cadrul parafrenului, care crede că sunt conjurații cosmice, care să-i stabilească lui filiația. Aici suntem în persecuții reale. Faza terminală e a unei bătrâneți deosebite, adică e o bătrânețe târzie, îi îngroapă pe ceilalți și șterge de pe listă mereu, rămânând cu o vitalitate extraordinară. I se mai atenuază progresiv tensiunea cu care luptă dar niciodată ideea sau ideile pentru care luptă. Jine ca atunci când va muri să i se scrie pe cruce ce a dorit el, parcă ar vrea să i se ducă mai departe să zicem „idealul“.

Formele clinice

Când zicem paranoia, zicem forma clasică, cronică de psihoză. Mai există o formă acută descrisă de Gaupp (paranoia reactivă, legitimă, curabila, trecătoare, de maxim un an), care e decompensarea unei psihopatii paranoiace în condiții astenizante. Se reface condiția, se reface bolnavul, se compensează, iese din această psihoză. Se mai numește și paranoia

abortivă. Mai există și paranoia tardivă, adică decompensarea de involuție – cazul unor bătrâni care toată viața au avut trăsături paranoiace, fără să aibă un trecut psihiatric.

Diagnostic pozitiv și diferențial

E în contrast cu diagnosticul de parafrenie, foarte greu de pus, fiindcă paranoiacul disimulează, unul din dușmanii lui este chiar psihiatrul, de aceea în timp ce cu toți bolnavii putem spera la un fel de legătură, contact cu pacientul, cu paranoiacul este foarte greu de realizat. Și atunci diagnosticul îl bănuim după anumite conduite de rezervă, de neîncredere, de distanță cu care ne întâmpină, de prudență și preliminarii ale răspunsului. Ne poate întreba – „Dar de ce mă întrebați pe mine asta?” sau „Nu credeți că mergeți prea departe?” sau „Nu credeți că sunt niște întrebări care se pun la tâmpiți?”. Deci în tot timpul examinării lui i se pare ca nu ne pricepem, că nu are rost, că nu ne înțelegem, că îl putem lua drept altul, că el ar avea ceva dar el nu are nimic în fond. Acest răspăr al examenului e un criteriu de pozitivitate pentru noi, un simptom foarte prețios.

Diagnosticul pozitiv nu-l punem totuși numai după această atitudine ci atunci când avem în față dosarul care conține delirul. Un paranoiac nu vine niciodată din prima zi la medic, ci după ani de hărțuială cu societatea.

Nu vom găsi în încercarea noastră elemente din celelalte psihoze. Dacă vom găsi, atunci acel caz nu e paranoia pură. Deci nu vom găsi în nici un caz dezlănțuirea imaginativă a parafrenului, din contră paranoiacul e strict la real și foarte prozaic. Nu vom găsi devitalizarea și introvertirea schizofrenului, din contră paranoiacul e extrovert și hipertim. Nu vom găsi tristețea și autoacuzarea, deznădejdea și disperarea melancolicului, din contră paranoiacul e un om de „vom învinge!”. Căutăm cu mare asiduitate componenta alcoolică, care poate fi ascunsă, deoarece paranoiacul nu poate admite că ar fi un bețiv. În fine, nu vom confunda paranoia de involuție cu demența senilă, unde amnezia și absurditatea sunt pe primul plan și nu istețimea și inteligența ieșite din comun ale bătrânului care deranjează, căci observă prea mult și nu tace. Nu vom confunda paranoia nici cu mania. Maniacul este un risipitor, un generos, un omenos, un glumeț, un ironic. Paranoiacul e tare ca și maniacul, dar e agresiv, ostil, egoist, nu e generos și altruist. E o confuzie însă frecventă. Paranoile ușoare și moderate la care ajungem la un acord cu socialul, dăm noi această mască de hipertimie ca să nu punem o etichetă prea grea, fiindcă eticheta de paranoia e foarte grea, trebuie pusă cu mai mare prudență decât cea de schizofrenie. Nu vom confunda cu nici una din nevroze. Paranoiacul nu e un astenic, un nehotărât, nu e un psihastenic, singura confuzie poate fi cu demonstrativitatea istericului, fiindcă paranoiacul băgându-se în

realitate poate face gălăgie în instituțiile publice, toate cu sens și adresă, în timp ce istericul face un spectacol parasexual facil.

Paranoiacul s-ar putea confunda cu simulanții. Autoritățile cred că paranoiacii sunt simulanți și că medicii au aranjat cu familia socotind și punând diagnosticul de nebun; distincția e că simulantul vrea să fie paranoiac, el și spune la proces: „cum mă condamnați, dacă sunt paranoiac?”. Paranoiacul spune: „nu contează că acești medici vânduți sistemului spun că eu sunt nebun; să vă luați după ce spun eu, că nu sunt nebun”.

Și DSM IV TR nu mai vorbește clar de paranoie (nici ca psihopatie, nici ca psihoză) și preferă termenul de alte tulburări psihotice în care introduce tulburarea delirantă, tulburarea psihotică scurtă, tulburarea psihotică indusă (folie a deux), tulburarea psihotică datorată unei condiții medicale, tulburarea psihotică indusă de o substanță, și nici un cuvânt despre parafrenie.

Tratament

Este semiiluzoriu; paranoia e lăsată în mediul social și cât poate fi utilă societății nu se pune nici o problemă; când e antisocială, problema e a izolării. E o tragedie să izolezi un paranoiac, un om hiperlucid, să-l amesteci cu criminalii, epilepticii, demenții.

Tratamentul neuroleptic îl face inofensiv pentru o perioadă, dar nu duce desigur la destructurarea convingerilor acestor bolnavi; se recomandă psihiatrului să și-i facă colaboratori sau să-iimplice în lucruri foarte pozitive; desigur, depinde de tema pe care o are bolnavul.

Psihopatologia

Psihopatologia este tot ce a adus secolul XX în înțelegerea acestei afecțiuni.

În 1924, Gemil Perrin a scris o carte „ Les paranoïaques”, în care descrie de fapt psihopatia paranoiacă; pe noi ne interesează fiindcă paranoia nu apare niciodată din senin ci apare – așa după cum observăm – pe trăsături psihopatice anterioare.

Autorul a caracterizat psihopatia paranoiacă prin 5 trăsături:

1. méfiance – neîncredere, suspiciune în ceilalți
2. orgoliu
3. agresivitate
4. psihorigiditate
5. judecată falsă

Nu trebuie explicate toate cuvintele, mai puțin judecata falsă; dacă am lua în sens strict psihiatric ar însemna – psihoză – orice delir ar însemna

judecată falsă; totuși psihopatul paranoiac fără să delireze are o judecată falsă. Adică e înclinat să interpreteze greșit, să reducă la cele cunoscute fără a ține cont de realitate așa cum este.

Aceste trăsături aparțin unei constituții, s-a vorbit de o constituție paranoiacă. Care e ea? Fizicește e un om puternic, dacă e atlet, solid, viguros, cu atât mai bine, dacă nu cel puțin să fie bine legat, mititel, adică ideea de „vână” trebuie să o dea în orice caz. Deci paranoia cronică pe care o descriem e boala oamenilor tari, cu nervi de oțel, dintr-o bucată. Pe această personalitate se produce evenimentul cheie (după denumirea lui Kretschmer – Schlüsselerelebnisse), picătura care umple paharul, dar nu e bine spus. Se produce deci un fapt real de la care începe istoria delirului; de la acest fapt real într-o primă fază, paranoiacul e ca siderat, ca îmbolnăvit – „m-a scos din uz” și se comportă ca atare; apoi reînvie și trece de fapt în boala lui la atac, adică tocmai când iese din îngrijirea primei perioade.

S-au descris două variante mari de paranoia: una e cea care prelungeste prevalența – paranoia pasională. S-a știut totdeauna că pasiunea e un fel de nebunie, dar dacă ea ocupă toată viața noastră și se centrează pe un anumit sector din realitate se transformă într-o paranoia pasională.

Să descriem puțin acești bolnavi și tipurile lor de boală. E vorba de un sistem delirant greu de deosebit de prevalență care se înfundă într-un sector de realitate. Clérambault a numit această – dezvoltare în „colț” (un colț de realitate). Nu e vorba de o mică manie, un hobby care face compensarea unui om normal, ci pare ca un fel de „hiperspecializare” a unui om față de media grupului din care face parte.

În personalitatea premorbidă e vorba de un hipertim, care are trăsături paranoiace, adică e mai susceptibil decât trebuie, mai inflexibil și înclinat să nu facă nici un compromis. Acest om serios și plin de viață e supus declanșării paranoiace – un eșec, un conflict, o neînțelegere, o pagubă care i se impută, o discuție, un conflict cu administrația, de la eveniment urmează căile pasionale – procesul care devine procesivitate (interminabil). Această luptă, pe care el o duce numai cu președintele dar și cu baroul avocaților, cu portarul, cu toată lumea și concomitent cu procesul reclamă la ministerul de justiție tot sistemul juridic și duce pe mai multe planuri această luptă cu autoritatea – se cheamă cverulență. Este deci o ceartă cu autoritatea pe acte, dacă ar fi o ceartă de mahala ar fi numit un scandalagiu dar el e un cverulent, deci se adaugă ceva deosebit.

Procesul conține persecuția, adică paranoiacul luptă pentru dreptate, pentru restabilirea adevărului, punerea lucrurilor la punct și pedepsirea vinovaților, deci sintagme cu care încheie orice avocat o pledoarie. Paranoiacul e însă contestat din cauza judecăților de plecare, nu din cauza celor de ajungere. El trage concluzia că s-a făcut o nedreptate, judecând

fals premiza. Această primă judecată – trebuie să ai o experiență umană, de viață socială foarte serioasă ca să-ți dai seama dacă e falsă sau nu; toți cei care nu o au îi dau dreptate. Îi spun paranoiacului: „luptă dle că vei câștiga, ai dreptate”.

Lăsând la o parte complicațiile sociale posibile ale vieții umane, complicații reale, distorsiuni posibile ale dreptului, ale autorităților etc., paranoiacul nu-și capătă toată dreptatea fiindcă el o vrea pe toată și atunci când vede că nu merge, folosește căi de persecuție, devine un persecutor: intimidează, amenință, lovește, denunță continuu, vânează toate greșelile celorlalți și se bucură dacă sunt dați jos; uneori își pune în sarcină lui și lucruri care se întâmplă ulterior și nu mai au nici o legătură cu el dar le consideră tot o urmare a sesizării lui de exemplu.

O altă pasiune este cea a invenției. Este o formă concretă a unui nou adevăr care trebuie impus lumii. Desigur că de el se leagă o fericire a persoanei că poate spori capitalul lumii cu ceva. La paranoiac nu atât invenția e importantă, ba chiar e discutabilă sau minoră, ci prioritatea și drepturile care se cuvin.

Mai există și idealismul pasional, descris clasic de Dide și Guirot, sau așa numita paranoia de luptă (Kampfparanoia). Aici trecerea către normal, erou, geniu pasional, etc. este foarte greu de stabilit; depinde de înălțimea idealului și probele concrete că această luptă se dă pentru acest ideal. În ceea ce privește paranoiacii propriu ziși, ei sunt descriși cu un ideal despre sine, despre persoana lor, complet deplasat și ei se comportă conform acestui ideal deplasat, ducând o luptă de o excepțională forță și sălbăticie; au o dorință nepotolită pentru care luptă.

Idealiștii pasionali au drept model pe don Quijote, dar sunt cu mult mai jos decât gratuitatea idealului lui Quijote și nu o fac cu manierele lui. Se descriu în general oameni complexați, copilăria frustrată, cu o familie la fel, care au cunoscut mizeria și sărăcia, exploatarea, umilința, bătaia, conduși de oameni care nu aveau nici un merit. Și atunci se deșteaptă în ei acest complex descris ca „complexul de aviditate”, adică pofta, aviditate de putere ce este crescută la extrem. E unul din mobilurile care animă pe oricare dintre noi, deci tot timpul vom putea face confuzia cu realul, dar când vorbim de paranoia va trebui să înțelegem asta ca o exagerare, o caricatură a unei trăsături normale.

Această frustrare inițială creează paranoiacului un fel de angoasă cronică, pe care el o supracompensează prin agresivitate. Idealul lui e să ajungă atotputernic – deci fără să-șidea seama el vrea să ajungă D-zeu, fiindcă numai acestuia i s-a atribuit trăsătura de atotputernic; tot ce e uman acceptă relativitatea și a puterii și a vieții, oameni care au ajuns chiar sus trăiesc sentimentul că totul e relativ. În această rubrică se înscriu cei care revendică

conducerea lumii, reformele și ereziile politice și religioase, existând chiar supoziții și studii asupra structurii psihice a unor personalități din istorie.

Gelozia patologică constituie un alt exemplu de revendicare pasională. E vorba de apariția nefondată a unei infidelități a partenerului, care determină un proces paranoiac îndelungat de cercetare, acumulare de probe, stoarcere de confirmări și pedepsire uneori cu suprimarea vieții partenerului pentru această presupusă faptă. Desigur că în inconștientul oricărui cuplu există destule aspecte neclare în legătură cu posibilele relații și sentimente ale partenerului față de o a treia persoană. Mai mult decât atât; triumphiul conjugal, ca fapt neadmis, dar care e la ordinea zilei și alimentează zvonurile, scandalul și teatrul de mâna a treia, constituie o forță, o prejudecată care alimentează și falsifică judecata anumitor parteneri. Viitorul gelos are un sentiment de inferioritate și de nepotrivire cu partenera, fie din cauza vârstei, fizicului, profesiei, fie din cauza scăderii lui prin oboseală și alcool.

În aceste condiții chiar conduita normală este suspectată. Dacă partenerul continuă o viață relativ normală, dar aparent independentă de problematica gelosului, înseamnă că nu îl iubește îndeajuns, ceea ce după o logică simplă și destul de răspândită înseamnă implicit că „are pe alta/altul”. Și atunci, orice direcție ar lua conduita partenerului, poate fi considerată ca o infidelitate. Dacă pleacă de acasă sau stă acasă, dacă se îmbracă frumos sau nu, dacă se spală sau nu, dacă vorbește cu cineva la telefon, dacă a fost salutat pe stradă. Dacă poartă notițe neclare, numere de telefon, adrese, dacă a cumpărat ceva fără să știe partenerul, dacă are bani sau nu îi are, toate pot deveni obiectul unor discuții în care gelosul vrea să impună ceea ce pentru el este evident, iar pentru partener este curată nebunie.

În acest context de discuții interminabile, scandaluri și bătăi, gelosul poate să obțină sub teroarea amenințării cu moartea chiar declarații scrise de la partener, cu lista „completă” a celor cu care l-a înșelat. Poate fi incitat și de o rezervă schizoidă a partenerului. Încearcă să verifice, „știind” că această femeie ascunde foarte mult. Iar femeia nu poate să spună; ce să spună? Dar interogatoriul ei continuă și atunci ea se duce și reclamă acest lucru; asta a fost și proba lui. Înseamnă că trăiește cu cel de la poliție, anchetatorul, colonelul și „s-a unit cu el ca să mă distrugă pe mine”. Ajunge la spital, fuge de acolo și acasă vede gratii – deci s-a baricadat ca să nu o poată prinde în nici un fel. Stă zi și noapte la scară, ca să vadă cine iese. Ea pleacă la serviciu, el o somează să meargă cu el la procuror, că „te-am prins”. Soția a făcut următoarea greșală, cere internarea definitivă a soțului, fiindcă îi este frică să mai trăiască cu el, asta i se pare lui cea mai bună dovadă că vrea să scape de el. Și va încerca să o suprime.

Erotomania este credința falsă că ești iubit, dar persoana fiind prea sus social și împiedicată de alții, nu poate să-ți întoarcă iubirea.

Urmează apoi categoria largă a revendicărilor. Din orice lucru real se poate depăși măsura psihopatiei și trece în revendicare paranoiacă.

A doua mare categorie de deliruri paranoiace este cea a delirului de interpretare, descris de Serieux și Capgras (nebunia rezonantă). Ea poate face parte componentă și din mecanismul pasional, adică să se cupleze cu pasionalul, dar s-a descris și separat. Aici evident e vorba de un geniu ratat, adică originar acești bolnavi au nevoie de o explicație și o descifrare ieșită din comun. E continuarea curiozității copilului, care trebuie să treacă și la adult și la savant și rămâne nestinsă toată viața. Din această trăsătură foarte normală și pozitivă social, poate rezulta o paranoie când se produce momentul percepției delirante; dintr-o percepție reală se „inferează” un concept eronat. Este definiția lui Dromard asupra mecanismului interpretării. Prin inferență se înțelege atât mecanismul logic de inducție de la particular la general, cât și cel de deducție adică de la general la un alt general. Adică se produc niște erori din care se induce un lanț, un sistem împins până la ultimele consecințe. Orice se poate interpreta. Noi zicem aici interpretat nu în sensul psihologiei normale, în care a interpreta e a gândi; o folosim în sensul de falsificat. Deci orice poate fi falsificat. Toate încep să capete un sens când nu au nici un rost.

Bineînțeles că lucrurile nu sunt chiar așa, adică interpretările au o selecție la început; cu vremea nu mai au nici o selecție. Clasicii dădeau următoarele exemple – interpretarea lui „bună ziua” (nu mi-a dat bună ziua, sau mi-a dat bună ziua ironic sau cu insuficientă considerație, ce se crede el?), complotul trecătorilor (dacă se tot uită pe fereastră, se poate întâmpla să treacă iar tipul cu umbrela, cu cățelul și să se uite în curtea lui; dacă o face și a treia zi, se confirmă prin repetiție stereotipă a unui gest căruia îi dă un sens persecutor), sau rezolvă rebus și își zice – ce, crede că mă poate ataca? de trei rebusuri dau de cuvântul varză, ce își bate joc de mintea mea?, legăturile posibile de la radio, din jurnal, nu la modul schizofren, absurd, ci ca o apărare, ceva inteligibil.

Interpretările endogene sunt numeroase, orice poate fi o interpretare dacă ești cu tendință la delir de interpretare. Sunt interpretările de dureri grave, de la dureri de măsea, de cap și oricare durere ce poate fi un cancer; se merge la doctor, care spune că nu e nimic și crede că i se ascunde diagnosticul. Îl puneșilaaparatsi el crede că l-a îmbolnăvit și mai grav („mi-a declanșat”), se transformă într-o persecuție medicală (iatrogenă).

Acest mod de a trece dintr-o interpretare în alta se cheamă -în rețea (tot Clérambault a dat acest termen), nu în sector; deci aceștia sunt capabili să-și

sporească rețeaua într-un mod imprevizibil și nu numai pe o revendicare pasională, pasionalul în afara acestei situații e ca și normal. Acest delir de interpretare e mai vecin cu schizofrenia paranoidă decât cel pasional.

A treia categorie de deliruri paranoiace, de un tip cu totul special, este delirul senzitiv de relație Kretschmer. Acesta este cu totul particular, fiindcă e un delir de persecuție care apare la o personalitate premorbidă fină, slabă, intelectualizată (nu cea tare descrisă de Genil – Perrin). E un hiperemotiv, anxios, sensibil, timid, cu trăsături psihastenice, nu paranoiace, care e foarte sensibil la contactele sociale. Aceste cazuri sunt mai degrabă niște domnișoare ultrafine, ultrarafinate, care vin acasă și se bagă cu capul în pernă – „Ce ai, mamă? – Iar a intrat bruta aia în birou...nu mi-a răspuns la bună ziua,sau – Cu aia eu nu mai lucrez în birou, nu e manierată, nu-mi răspunde la salut, eu pun hârtiile aici, ea mi le mută și mi le rătăcește”. Suntaceste mici interpretări și sensibilități, în care tu cauți să-i explici că trebuie să își păstreze serviciul, că toată lumea suportă azi tot felul de situații. Cu toată explicația, într-o zi poate să vină și să își dea demisia și să vină acasă. Deci care ar fi deosebirea?

Delirul, deși e bine organizat și sistematizat cu cu toate probele, nu duce la pedepsirea, persecuția persecutanților, ci ca într-o depresie, pierde chiar el, delirantul. Deci dacă e o „finuță”, intră dimineața în birou, veselie mare, i se pare că e privită deosebit și capătă intuiția delirantă că a fost demascată; era ca o aluzie că ar trăi cu șeful, nu se știa sigur; dacă ei râd așa, înseamnă că s-a aflat, eu aici nu mai pot să intru și de rușine pleacă acasă și apoi este internată de familie.

Paranoiacul este invers, un nerușinat s-ar putea spune. Delirul de relație e prea multă rușine, prea multă dependență de conduita celorlalți, prea multă paradă de cât de fin și manierat e, cât de bine crescut și delicat și în ce mediu trebuie să trăiască, și de aici delirul de relație și coloratura depresivă. Nu sunt oameni periculoși. Delirurile sunt reversibile, putând beneficia de psihoterapie, ca o legătură omenească explicativă, care să îi conducă spre maturizare, pe acești oameni de eșec în general în meserie, examene, dintr-o prea mare sensibilitate.

S-a vorbit de un delir al guvernantelor, înțelegându-se acele femei ciudate, care rămâneau adesea necăsătorite și fărăa fi avut vreo relație cu proprietarul, tatăl copilului,visau la un sfert din moșia lui. Niște fete bătrâne de o sensibilitate excesivă.

Paranoia e mai importantă în cadrul psihopatiei paranoiace. Delirul paranoiac este așa de greu de pus în evidență că adesea e bine să știm care sunt trăsăturile psihopatiei și să nu ne înșelăm măcar asupra acestui termen.

Am notat vreo 187 de trăsături, gândindu-mă la ce nu intră în delirul paranoiac și ce rezultă dacă se exagerează cu una din trăsăturile acestea.

Deci e vorba de o ieșire din comun printr-o trăsătură și care poate duce, unele derivate din ceea ce se cheamă orgoliu și altele sunt derivate din ceea ce se cheamă „gândire falsă”.

Orgoliul dă următoarele trăsături: rigiditate, susceptibilitate, agresivitate, duritate, pedanterie, sfidare, ironie sistematică, critică fără autocritică, mistificările, impostura, atitudinea distanță, rece, oficială, dispoziția întunecată (indispoziția tocmai pentru a ține la distanță), tendința de a face totul în numele valorilor maxime (poți crede că e un tip foarte mare în funcție de ideile care le vehiculează; în timp ce populația numește pe maniacal „fudul”, adică un încrezut de tip hahaleră și nu îi acordă prea mare importanță, paranoiacul e considerat un om fără suflet, fanatic, cu diavolul în suflet deși el se vrea un D-zeu), nemilos, necruțător, răzbunător, demascator (își poate măsura puterea prin câți a băgat la pușcărie), om de sinteze fără analize, nu are răbdare să studieze, se autoprezintă ca un om calm, dar toți știu că dacă e atins la coarda sensibilă e extrem de coleros. Nu e un om critic (cu critica) căci fie e un apologet, spunând omul acela e pâinea lui D-zeu, să ai încredere totală, fie e un detractor – adică a scris ăla două cărți, alea sunt proștii, l-a copiat pe ăla și ăla.

E foarte interesant că paranoiacul la noi nu e un ascetic, cum se mai descriu prin tratate. Mai curând se ascunde sub lozinca „Nimic din ce e omenesc nu îmi este străin”. Foarte puțini mistici, alții cu paranoia politică, gelozii și foarte rare erotomanii.

E un om de o mare sănătate – unde pune capul doarme, nu visează, mănâncă bine, toate le face în forță, nu își menajează soția, are și ea problemele ei, pe el aceste probleme nu îl interesează. În general este un om ultraurât – nu estetic – care se prezintă ca un instinctual, el se crede așa de inteligent din cauză că „are instincte”, prezintă venirea lui dintr-o natură sălbatică, eu sunt un om pentru natură, nu spune că el pleacă cu lădițele de bere și că doarme prin păduri; spune că merge la aer; tot timpul aceasta logica particulară care arată că paranoia la noi virează către un materialism vulgar și nu către Savonarola.

De aproape, e un anarhic, un dezorganizat. La un moment dat trebuia cineva să fie trimis în India și a sărit unul, care a spus (tip de replică caracteristic, la ceva foarte interesant): Ce ne trebuie Yoga? Ce, noi vrem ca prin Yoga să ne introvertim? Adică să pățim ce a pățit Eminescu? El cu mintea stricată de Occident și de Schopenhauer știa ceva și de filosofia indiană și... de ce să mai transformăm un specialist într-un zăpăcit, care o să vină aici și o să facă prozele. Păi ăia acolo nu au ce mânca”. Sau la sfârșit de ședință toți arată foarte obosiți și nu mai pot urmări și atunci el spune „uite de ce în România nu se poate face nimic, fiindcă toți sunt niște puturoși”. Paranoiacul nu știe ce e surmenajul.

Paranoiacul nu acceptă că sunt nevroze. Din cauza aceasta avem foarte multe neînțelegeri. Despre neurastenie spune că sunt prefăcătorii, aranjamente pentru concedii. Bineînțeles că pot fi și din acestea. Dar să afirmi că nu sunt înseamnă să te plasezi în afara nosologiei. E ca și cum un chirurg ar spune de exemplu că nu există apendicita, că e numai pentru șmecheri care vor să aibă cazuistică, să-și „ascută cuțitele”. Acest portret al psihopatului paranoiac este extrem de vast și foarte interesant.

Paranoia de involuție capătă trăsături foarte serioase; sunt oameni în retragere, care au fost psihopați paranoiaci cu diverse funcții și care nu pot sta din cauza energiei lor, din cauza vitalității lor și care dacă sunt folosiți adecvat și cât timp se mențin cumsecadenu e nici un rău – în comitetul de bloc, ajută să se facă formele în diverse organizații, la comitetul de Crucea Roșie, etc., dar dacă este cu un început de paranoia de involuție, atunci se produc lucruri grave: denunță, dă la ilicit, se întreabă și judecă toate actele – ai schimbat mașina sau nu, nevasta, ai dat copilul la liceul cutare. Un milion de șantaje și medicii pot fi plăcerea lor deosebită. De exemplu un paranoiac de la Brașov a studiat cu mare meticulozitate un grup de medici, le-a făcut apoi denunțuri. El era un sanitar la pensie, care activa în comitete voluntare de igienizare. După expertiza de la București a trimis o telegramă de felicitare.

În DSM IV sunt descrise, la tulburarea delirantă, tipurile: erotoman, megaloman, gelozie, persecuție, somatic, mixt, nespecificat.

Tratament.

Paranoia rămâne în general netratabilă. Este de înțeles că nu acceptă tratamentul voluntar, neavând conștiința bolii. În anumite situații conflictuale, când pot deveni periculoși pentru anturaj sau societate, sunt internați obligatoriu, și fac un tratament sedativ. Se modifică temporar agresivitatea, și se încearcă o reorientare a luptei, dar desigur că nu capătă satisfacții depline și lupta continuă cu toate riscurile. Ea poate duce la conflicte cu autoritatea, la represiuni, închisoare, răzbunări.

Psihiatrul trebuie să păstreze distanță și să sfideze fără să jignească sau să ironizeze. Ei rămân și clienții fără sfârșit ai comisiilor de abuzuri, ai audiențelor, ai certificatelor, ai expertizei. Dacă sunt personalități importante, devin cazuri istorice controversate la nesfârșit. Istoria oscilează între a-i condamna și a-i aproba.

Parafrenia

Parafrenia este o entitate nosologică autonomă, nu o formă clinică. Termenul nu se folosește la plural, adică nu se spune parafrenii. În concepția clinicii, forma pe care o descriem este o parafrenie a adultului, iar forma tardivă este o variantă a involuției. E mai puțin interesantă din cauza terenului sărăcăcios pe care apare. Se descrie parafrenia adultului, deoarece e mai bogată psihopatologic.

Parafrenia este un delir cronic sistematizat halucinator, spre deosebire de paranoia care e un delir cronic sistematizat nehalucinator. Pe lângă aceste definiții cam greoaie, putem avea în minte următoarea imagine. În timp ce paranoia e un roman, o proză sistematizată, parafrenia este un poem modern, deci ori de câte ori veți avea în față un bolnav care vă propune o construcție foarte complicată, gândiți-vă dacă se încheagă în roman sau în poezie. Această mare deosebire arată ceea ce va fi descris în continuare.

Care este poziția nosografică a acestei boli? Ca termen a fost inventat de Kraepelin, care a socotit-o de la început ca o formă de demență precoce; aceasta la prima ediție. După 20 de ani, la a 8-a ediție a tratatului, o socoate entitate separată și în cadrul ei descrie 4 forme clinice.

Dar chiar în aceeași perioadă, școala franceză (Dupré și Logre) descrie delirul de imaginație. Descrierile franceze sunt seducătoare și de aceea cei doi autori merită mereu amintiți fiindcă ei au spus că parafrenia e o poveste de iubire și aventură, un fel de Monte Cristo. O a doua caracteristică pe care au văzut-o ei și ne face să dorim să vedem parafrenii în timp ce nu dorim să vedem paranoiaci, doar să citim despre ei dar nu să-i vedem, e că parafrenicii sunt nonviolenti, planurile lor megalomane fiind așa de mari, privesc lumea conflictelor reale de sus și superior și nu se mănjesec pentru oase mărunte. De aceea, au fost lăsați liberi și au trăit ca niște specimene ale spitalelor, nu au fost ținuți în închisori – spital ca paranoiacii, nu au fost expediați la cronici ca schizofrenii paranoizi, ci au fost ca niște fenomene care prin îmbrăcămintea, conduita și povestea lor interminabilă sunt cazuri didactice cât trăiesc.

În aceeași perioadă, Gilbert Ballet a descris psihoza halucinatorie cronică. Vă dați seama că toți 3 au descris același lucru cu alți termeni. Este poate entitatea cea mai dezbătută din nosologie.

Sinteza următoare a făcut-o Nodet, un elev al lui Claude, în 1938, care a descris sindromul paranoid cu trei forme principale:

- forma paranoiacă – romanul sistematizat
- structura paranoidă – autismul ermetic și incomunicabil – un fel de limbaj cifrat, de poezie abstractă și ininteligibilă – schizofrenie
- structura parafrenică

Tablou clinic.

Este o existență care se schimbă la un moment dat și care toată viața va fi altă existență. Este un om care o rupe definitiv cu lumea asta, creându-și o lume cu mult mai bogată în planul imaginativ – deci fantastică, pe care o alătură, o juxtapune lumii acesteia. S-a vorbit de o diplopie, dar termenul în sine înseamnă ceva enervant, în timp ce această dublă lume a parafrenului e uimitoare. Parafrenul este omul care poate sări de colo colo fără să-și pună problemele pe care ni le punem noi; cum se poate să ceară pensia și apoi să-și expună lumea fantastică?

Ce înseamnă o lume fantastică? Lumea reală e o lume a contractului și de luptă contra mistificării. Oricine încearcă în realitate să înșele, să mintă. Nu înseamnă că în realitate nu sunt foarte multe încurcături. Când vorbim de parafren nu ne referim la mincinoși, hoți, escroci, ci ne referim la un fantastic aproape estetic, adică la un suprarealist.

Temele pe care le propune această lume fantastică sunt de început de lume, teme magice, cosmogonice, aparțin primei perioade a umanității, deci când nu învinsese pozitivismul, realismul, contractul; era o lume de început reprezentată de aceste idei fantastice: cum a început lumea, din ce este constituită, care sunt personajele metafizice ale acestei lumi; spre deosebire de această gândire preistorică și primitivă, ce e particular parafrenicului e că el se situează în centrul acestei povești și are curajul să facă din lumea ca obiect, proprietatea absolută a subiectului. Reinventează deci pe Dumnezeu, ca abstracție maximă. Se observă ca paranoiacul? desființează schema: eu, id, supraeu și face din aceasta o singură problemă, adică o proiecție absolută a unui id sublimat; dacă ar fi fost numai un id, ar fi rămas ca un animal sălbatic.

Pentru psihiatrul actual, lumea parafrenică nu e complet sistematizată; suntem forțați să spunem așa, admitând un grad mai mare de sistematizare ca în schizofrenia paranoidă, dar dacă o judecăm cu sistematizarea paranoiacului, atunci ne dăm seama că logica șchioapătă la parafren și aceasta e și natura poeziei și a poetului, fiindcă în însăși natura actului de creație, care e cel mai fin are oroare de geometrie, de număr de silabe precise; poetul modern nu mai face poezia clasică, care era goală, adică respectă canonul dar nu avea fond. Cine vrea să aibă fond rupe formele și așa face și parafrenicului.

O altă caracteristică a lumii parafrene e că în timp ce omul normal îngustează lumea, se întristează și se răcește, parafrenul evoluează fără deficit și moare fericit. Chiar dacă face în timpul vieții boli somatice grave, nici nu le dă atenție: cancer, fracturi, etc., nu-și face problemele omului obișnuit.

Mecanismul esențial e paramnezic, adică e vorba de halucinații de memorie, dar asta e prea puțin. Ne putem întreba mai departe de unde acest șuvoi de paramnezii care vine din profunzimea afectivă, inconștientă.

Spre deosebire de clasici, care vedeau în parafrenie o extensie a halucinației de percepție deci, tulburările de percepție care alimentează delirul sunt socotite azi ca putând lipsi, dar nu și fără halucinații de memorie, deci fără a confabula. Deci de aceea francezii au avut dreptate numind-o boală a imaginației – delir al imaginației. Dacă e vorba de imaginație, înseamnă că ei se aseamănă foarte ușor cu primitivii, cu copiii, artiștii, poeții, dar poezia a trecut și în partea romantică și în pictura suprarealistă; deci se apropie de ce e mai extravagant în artă, de construcțiile cele mai mari, e cea mai extraordinară megalomanie imaginabilă. Nu mai au nevoie să și-o provoace prin nici un toxic exterior și o pot face ei.

Această construcție imaginativă e susținută continuu de o flacără a exuberanței, care dă impresia de viață tânără, vitalitate și de creație perpetuă.

Psihopatologie

Când stăm în față cu un delir de acest tip, observăm următoarele caracteristici:

- tulburarea evidentă este de gândire – e alături, paralogică, în care în loc să constatăm un discurs care să respecte canoanele realității, noțiunile, tipurile de judecată ale realității, observăm din contra o uimitoare amalgamare sincretică, topind domenii; parafrenicul nu e encicloped, are oroare de împărțirea lumii pe științe, capitole, el e un om total și exprimă totalitatea în felurile lui de creație.

Ideile pe care le vehiculează nu sunt vulgare; e inversul maniei. Asta ajută și la diagnosticul diferențial. El vorbește de creație dar nu de sex, are o pudoare; e invers la manie, râde de creație și vorbește de sex. Creația lui e imposibilă – transiteri și reîncarnări de suflet, care pot să apară cu milenii în urmă și pe care le privim detașat, le putem privi ca monumente ale culturii indiene sau ale Asiei, pe când parafrenicul ni le propune ca o poligenezie generală, universală, posibilă și sub ochii noștri. Constatăm că mitul pe care ni-l propune nu e foarte clar și până la urmă e himeric, el nu-și dă seama de deficiența logică profundă în care zace. Adică el a trebuit să și-l încheie, să vadă lipsurile și să le completeze. Așa face o gândire logică, creatoare. El nu simte această nevoie și ne lasă în această magmă informă, în care el continuu bagă teme. S-a vorbit deci de dinamismul delirului parafrenic, de metamorfozarea continuă prin care trece. Corp și Cosmos sunt una în preschimbări continui. Această trăsătură principală care e paralogica, megalomană, este o lume heracliteană, adică în ea se dă

o luptă; parafrenia pune problema maniheismului – a răului în lume. Noi nu știm dacă Dali vrea să simbolizeze aceeași lume și nici nu credem că el ar avea o asemenea boală.

Cum spuneam, parafrenicul are o luptă cu răul, crede în diavol ca reîncarnarea răului, deci într-o personificare primitivă a acestui rău, el nu a evoluat asupra formelor pe care le ia răul.

Ce e caracteristic e că deși tema persecuției trebuie să o recunoaștem, el se simte așa de tare încât crede că o manipulează și o învinge; cât trăiește, veți vedea că nu a învins-o dar ne spune că oricând poate da o dispoziție să termine cu răii, dar acest lucru nu se produce niciodată.

Persecuția ia următoarele forme: comploturi foarte încurcate, conjurații, otrăviri (romane romantice, presărate cu experiențe de înălțare, lărgire, extensie cosmică).

În descrierea modernă a parafreniei, cu mult mai importantă fabulația decât halucinația.

Aceste trei trăsături psihopatologice care alcătuiesc lumea parafrenă stau în contrast diplopic cu a patra, care e păstrarea personalității – expresia de armonie interioară și de eficacitate în realitate. Parafrenul actual vrea să se ocupe de albine sau de altceva real, nu-și pune flori în cap și să se plimbe apoi pe aleile spitalului. Deci asistăm prin tratamentele actuale la omenținare a celei de-a patra trăsături, adică de menținere a unei personalități suficiente pentru a menține o viață reală. Viața reală desfășurată nu la un nivel social organizat, așa cum se știe de la toți psihoticii afară de paranoici; nu vor să se integreze în lumea reală, nu la condică și servicii stricte; rămân niște particulari interesanți care vând miere sau mere.

Tabloul clinic descris este cel din perioada de stare.

Evoluția

Se face în faze. Diverși autori au descris trei – patru faze. Magnan a descris patru faze, care sunt: 1. analiza subiectivă (faza de incubatie), 2. apariția halucinațiilor auditive, 3. delirul megalomaniac, 4. deteriorarea dementială (de un tip special).

Prima fază poate dura ani de zile și omul ne apare ca un nevrotic. Deci cu multiple cenesstopatii și frământări, lucruri incerte în care se menține statutul social, se îngrijește la doctor ca un nevrotic și are conștiința unei boli ușoare.

În faza a doua apar halucinațiile. Deoarece descrierea lui Magnan are 100 de ani, acesta era capitolul cel mai dezvoltat, cu descrierea bogăției de halucinații, cu halucinații auditive și pseudohalucinații, ca elemente ale

sindromului Kandinski – Clérambault. Ca la semiologie, primele manifestări halucinatorii sunt elementare – fâsâituri, zgomote, pași suspecti; apoi se îmbogățesc, devin voci, pot apare și la alți analizatori. În funcție de sfera pe care o va cuprinde, va conferi și formei clinice un tablou particular. Adică dacă rămâne pe auditiv, se vor desfășura aspectele de persecuție, pe halucinațiile vizuale – delir mistic; dacă va fi olfactiv și gustativ, temele sunt corporale, de transformare hipocondriacă, de persecuție corporală.

Azi vedem această invazie halucinatorie tot cu caracter fantastic și asta ajută la diagnostic. Alcoolicul veți vedea că e banal, paranoidul maximum vorbește de hipnoză, laser, de mecanisme ultratehnice, nu au însă un caracter fantastic al parafrenului, care spune că vocea ar veni din haosul haosului – numai din aceste două cuvinte începi să te gândești dacă nu e vorba de o formă de parafrenie? Numai din caracterizările cu totul deosebite.

Faza a doua halucinatorie te-ar fragmenta, ai păți ca în schizofrenia paranoidă unde ești ca unun automat condus de voci – „fă, du-te...”. Dar în această boală se menține o unitate, mai joci un rol dar persoana se menține, spre deosebire de schizofren, care nuștie că nu mai are persoană.

Faza a treia este delirul megalomaniac. Descriș de clasici ca o confuzie logică a faptului că parafrenicul trăiește o persecuție așa de înaltă că el trebuie să-și dea seama că e un om foarte important, comunică cu galaxiile, ce rost are să mai amâne? Trebuie să spună că e Dzeu și să ... A fost văzut ca un fel de logică. Mai nou nu e de a vedea în asta o logică ci un mecanism de apărare.

Faza a patra, dementială, e discutabilă. Există păreri că parafrenul nu e atins de demență (amnezie progresivă), ci din contră își conservă nu numai masca afectivă dar și bogăția de trăiri.

În cadrul evoluției acestei boli, trebuie cunoscută și noțiunea de *parafrenizare*. Deci în timp ce Mayer susține că parafrenii se schizofrenizează, clinica, Jansarik au descriș parafrenizarea schizofreniei paranoide. Anumite forme de schizofrenie paranoidă pot avea momente floride în care pot avea tabloul de parafrenii, deci o parafrenizare a schizofreniei paranoide. Această intricare de sindroame e necesar de cunoscut, fiindcă se poate produce și la paranoia. E de înțeles și un dosar complicat, cu multe diagnostice, care credeți că se datorează unei diversități de concepții. De fapt se pune diagnosticul la un moment dat, pe ce se vede, fără să se țină cont de nosologie și de toate discuțiile, ci numai de tabloul pe care l-am văzut. E o posibilitate.

Formele clinice, după Kraepelin, sunt patru și anume: parafrenia sistematică, parafrenia expansivă, parafrenia confabulatorie, parafrenia fantastică. Dacă aveți sagacitatea să le deosebiți, veți vedea ce fragilă este descrierea și intenția de a le deosebi. totuși e o chestiune de nuanțe.

În *parafrenia sistematică* predomină delirul de persecuție mai evident, forța gândirii este mai mare și de aici o posibilă sistematizare. E cea mai apropiată de paranoia și s-ar confunda cu ea dacă nu ar fi și halucinațiile. Deci aici ar fi către polul paranoiac de maximă sistematizare și organizare. Normalul stă între un paranoiac și un schizofazic. Acestea sunt posibilitățile maxime din punct de vedere al organizării.

Parafrenia expansivă, pseudomaniacală – predomină afectivitatea, ea conferind megalomanie, generozitate, înălțime, romane cavalești, nu instincte ci relații manierate, manieriste, povești cu „romanul trandafirului“. Apare mai frecvent la femei, unde afectivitatea este mai pregnantă.

Parafrenia confabulatorie corespunde cel mai bine termenului de psihoză de imaginație a autorilor francezi. Mecanismul principal e halucinația de memorie, adică confabulația. Cel mai frecvent este vorba de o poveste de filiație. Frapează caracterul insolit, extraordinar și nesfârșit al fabulației.

Parafrenia fantastică e cea mai apropiată de schizofrenia paranoidă, prezentând ca și ea un delir incoerent, dar spre deosebire de ea, în afara momentelor delirant – halucinatorii se păstrează personalitatea relativ armonioasă.

Parafrenia de involuție predomină la femei surde, domnișoare bătrâne, călugărițe, la care apare un delir halucinator bogat cu teme mistice și sexuale, fără semne de deterioare organică.

Prognosticul este rău funcțional – trebuie pensionat, dacă nu chiar izolat. Prognosticul vital e foarte bun; spre deosebire de schizofreni care făceau TBC, boli somatice, fiindcă nu se alimentau, parafrenicul e jovial, arată bine.

Etiopatogenia

E vorba de anumite considerații clinice, nu se putea vorbi de etiologie în mod serios. Vom observa anumite trăsături care ar pune problemă. Apare pe o personalitate adultă, în contrast cu schizofrenia care apare în adolescență. De aici bogăția și explicația unor mecanisme deosebite; de aici frumusețea fiindcă bolnavul deja s-a îmbibat de cultură și acum își face cărămizile lui, templul propriu.

Predomină la femei, dar nu e exclusă la bărbați. De ce predomină la femei? Dacă e să admitem un postulat, adică în adult trebuie să predomine rațiunea, trebuie să vedem că tipul de rațiune de la femeie este nu cea abstract – logică ci cea imaginativ – concretă, intuitivă, deci mai colorată, mai afectivă. Această corespunde pentru tipurile tip, nu pentru femeia matematician și bărbatul feminizat, adică sunt și intricări de tipuri.

Diagnosticul pozitiv

Dacă bolnavul comunică cu noi, diagnosticul e ușor și de neconfundat. Dacă el se teme de închidere și măsuri restrictive, atunci el disimulează și nu duce în eroare. Trebuie să avem cu deliranții niște trucuri și tehnici care să ne ducă pe pista pe care trebuie. Deci să ne umilim într-o primă fază, adică să nu fim prea afectuoși la modul cum ne purtăm cu un maniacal, deci nu vulgari ci manierați și foarte respectuoși cu primele zece întrebări. Deci de ce ați ajuns la noi? Aveți vreo problemă juridică? Deci formule mai înalte, mai „radiofonice“, ca să simtă și el că e într-un univers mai intelectual și nu ne grăbim. Observăm că răspunsurile lui sunt stricte și parcă ne-ar întreba ce mai vrei și putem descifra o tendință către ironie și dispreț a condiției noastre. De pildă ne poate spune „Voi ce faceți, pescuiți nebuni și în rest pentru ce ați învățat?“. El îți propune altceva. E comun la paranoiac și la parafren de a disimula, cu o nuanță de agresivitate poate mai mare la parafren. Înainte de a desfășura delirul, noi simțim că e un om important, orgolios și trecând peste rezistența disimulativă, pătrundem în descrierea pe care am făcut-o.

Diagnosticul diferențial

Academia cere să facem o luptă aici cu toate diagnosticele fiindcă diagnosticul pozitiv e așa de evident spre deosebire de alte afecțiuni încât diferențial e pro forma, ca să nu confundăm. De la apropiat la îndepărtat, în ordine:

- oneiroidismul și oneiroidia (povești fantastice) date de tulburări de conștiință de moment care sunt: din alcoolism, deci delirul subacut alcoolic, delirul posttraumatic (aici se pot face chiar confuzii, ei fiind moriatici și veseli după accident – în loc să-ți spună cum s-a răsturnat cu mașina îți pot spune fel de fel de povești). Să nu le confundăm deoarece sunt foarte trecătoare, de o săptămână, iar parafrenia este de 50 de ani. Nu confundăm fiindcă niciodată nu confundăm bolile acute cu cele cronice, având alte criterii.
- în cadrul bolilor cronice să încercăm separarea de schizofrenia paranoidă, fiindcă criteriile sunt și la schizofrenie, adică teme mai limitate, incoerență, manipulare, automatism, o senzație copleșitoare de înfrângere a subiectului, invers ca cea a parafrenului de victorie; deci schizofrenul ne apare nefericit, nenorocit, sărăcăcios iar parafrenul apare bogat, fericit, expansiv.
- diferența cu paranoia; e diferența între omul realității și omul lui D-zeu, omul fantastic sau e diferența între om și D-zeu. Paranoiacul vrea să impună celorlalți oameni ceva, ceilalți au altă treabă și caută

să-l izoleze pentru că el, paranoiacul, nu se lasă niciodată. Ca să zic cinematografic – paranoiacul ne încurajează – vezi teroare pe autostradă și după ce stăm speriați de ce vedem două ore, în ultima scenă apare ca un suedez blazat, lasă un zâmbet care merită prețul biletului și ne încurajează și pe noi pentru viitor, să facem și noi prăpădeniile la scară mai mică. Paranoiacul cinematografic, am zis, deoarece filmul este totuși o poveste fantastică, nu pot fi lucrurile chiar așa, deci aparțin comerțului de imaginație, paranoiacul real nefiind un om simpatic, de el vrem să scăpăm, e periculosul; să nu vorbești, toate le întoarce pe dos și pe urmă... De paranoiac se tem nu numai oamenii obișnuiți, ca noi, dar și puternicii autorității; de altfel paranoiacul nu are de-a face cu oameni obișnuiți, el are treabă cu oameni importanți, pe care trebuie să-i lămurească, să-i schimbe. Ne bazăm pe criteriul clasic, să nu aibă halucinații.

- marii expansivi pot fi confundați cu parafrenicii. Se pune problema să nu fie și un PG. E regula – parafrenul să aibă la dosar un LCR negativ.
- urmează apoi forma de involuție din presbiofrenia Wernicke cronică, care poate de asemenea să fie confundată cu parafrenia tardivă. Bleuler spunea că schizofrenia tardivă și parafrenia tardivă nu trebuie să se însoțească de sindrom organic, psihoorganic demential. În presbiofrenia Wernicke unul din sindroame e demența, amnezia antero-retrogradă pe fondul căreia apar confabulații și un moșulică euforic, simpatic, etc. A nu se confunda aceste entități deși au în comun aceeași bună dispoziție pe care o întrețin în servicii, același tip de personaje.
- confuzie se mai poate face cu halucinoza Wernicke, care e o poveste de grosolană persecuție și gelozie, de o realitate cruntă față de irealitatea parafrenică. Bineînțeles că sunt și stigmatul somatic ale alcoolului.
- delirul Cotard din melancolia delirantă. De altfel Nodet, 1938, a descris o parafrenie melancolică. Noțiunea e valoroasă, deoarece parafrenia e considerată de obicei ca euforică. În melancolia Cotard delirul e fantastic, deci are trăsături parafrenice, imortalitatea ținând de acest fantastic, dar subiectul e chinuit de victimă și se acceptă ca victima, în timp ce parafrenicul e un învingător, numai lumea e punctiformă, el e mare.
- confuzia cu delirul mistic din epilepsie. Epilepticul pentru numeroase motive e un mistic. Cel mai serios motiv este incurabilitatea

lui și suferința lui pre și post accesuală. A nu se confunda cu parafrenul – delirul mistic al epilepticului e foarte îngust și se bazează pe anumite trăiri halucinator – delirante, sunt echivalente de fapt alecrizelor lui. Între crize epilepticul e un habotnic, se bate să-și spună crezul. Epilepticul e de un calm ieșit din comun, dă impresia de prostănac, încurcat intelectual, e de o mare lingușeală, nu lipsește la hrană. Parafrenul e în afara bisericii în mod oficial. Dacă a spus că e Dumnezeu nu a făcut nimic asemănător cu sfinții reali. Epilepticul e un credincios, pe când parafrenul e un personaj religios imaginar.

- pseudologul fantastic – adică acel psihopat descris de Birnbaum (1920), care este mincinosul maxim, o face din plăcerea maximă de a minți. Deci nu e escrocul, interesatul, care vrea să înșele, să câștige lumea. Escrocul e omul din shop. Pseudologul fantastic e omul de creație, care poate să scrie basme, să câștige din literatura pentru copii. Are o logică – e o denumire veche, când imaginația era separată de gândire. Se credea că ce își imaginează copiii e un surrogat al gândirii. Azi, având un concept mai larg asupra gândirii, putem încadra pseudologul la marii imaginativi pitiatoci. Fiindcă ei vor să placă, să fie demonstrativi. Publicul cel mai ușor de găsit e cel al copiilor.

Parafrenia a fost înlocuită în descrierile moderne ori cu delirantul cronic fantastic, ori cu mitomanul, ori cu creatorul. Fiind o extremă a imaginației, ea trebuie să rămână ca un reper fără de care psihiatria rămâne doar la polul inferior, adică din bipolară devine prozaic monopolară. Psihiatria a fost studiul alienării, a marilor alienări. Trebuie să se evite ca în clinică să domine psihopații, cu atât mai mult cu cât aceștia aduc antisocialitatea și transformă în perspectivă clinică într-un surrogat de pușcărie.

Tratamentul

Nu este nici o deosebire între tratamentul schizofreniei și cel al parafreniei. Diferențele pot fi date de substratul somatic, adică de vârsta și de contraindicația tratamentelor brutale de șoc. Dat fiind incurabilitatea de principiu a bolii, e bine să le facem acestor oameni ceea ce le făceau vechii clinicieni: le ofereau definitiv o cameră și îi lăsau să se desfășoare. Azi conducându-ne după dinamismul contabil, cu externări totale, nu mai ținem decât parafrenii antisociali, care pot fi incluși într-un program ergoterapeutic.

3. Schizofrenia

Tulburarea schizoafectivă

Este vorba de o nouă entitate nosologică, propusă în 1933 de Kasanin, despre care însă se discută mai mult în ultimii zece ani, mai ales după acceptarea în DSM și ICD.

Se știe de la Kant că nu are realitate decât fenomenul pe care ești pregătit să-l înțelegi. Prin urmare și această noțiune poate fi eludată și redusă la sistemul krepelinian, fiind trecută de către unii în psihoza bipolară, de către alții în schizofrenie. Ar fi ca un parti pris al psihiatrului și al școlii de care aparține, după care unii văd mai multe psihoze afective, iar alții mai multe psihoze schizofrene.

Admiterea unei noțiuni intermediare între acești doi stâlpi ai nosologiei krepeliniane presupune o revizuire a sistemului clasic, o deschidere în dogma endogeniei, de fapt o reconsiderare a punctului de vedere a lui Hoche, 1912, după care nu avem de a face cu entități independente ci în practică avem de a face cu un continuum sindromologic. Până la departajarea unei independențe biologice a entităților (genetică, biochimică. etc) ipoteza lui Hoche mi se pare admisibilă cu următoarea precizare. Se înțelege că nu ne-am propus să discutăm tot sistemul sindromologic, deși în treacăt fie zis numai acesta este organonul, instrumentul diagnosticului diferențial. Ne limităm la segmentul psihozelor endogene, ca să înțelegem cât mai exact poziția schizofreniei afective.

Dacă admitem șase psihoze endogene, așezate pe verticală (și nu descriptiv pe orizontală) în ordinea unei ierarhii structurale, vom avea un pol superior și un pol sau o extremă inferioară. Deci în ordinea de la superior la inferior, sau a destructurării progresive, clasamentul este următorul:

- psihoza maniacală
- psihoza melancolică
- paranoie
- parafrenie
- psihoza schizoafectivă
- grupul schizofreniilor

Cum se vede din această clasificare, psihoza schizoafectivă este un amestec simptomatic și sindromatic al cărui elemente provin din entitățile krepeliniane care au precedat-o. Se știe din psihopatologie că în situația în care tabloul clinic prezent conține elemente din două sau mai multe entități, în diagnostic atârână entitatea cea mai gravă, cu toate implicațiile terapeutice ale acestei alegeri. Chiar și DSM atrage atenția ca durata fenomenelor

paranoide să fie mai mare decât durata fenomenelor afective. Important este că prezența unor oscilații afective într-un tablou schizofren constituie un element de evoluție mai ușoară, cu un prognostic mai bun, cu o remisiune mai solidă și mai durabilă și cu posibilitatea unor întreruperi terapeutice după o stabilitate de minim trei ani.

A doua consecință – prezența elementelor afective indică și tratamentul cu modulatori afectivi, de tipul litiului sau carbamazepinei. Pe de altă parte, fenomenele de disociere obligă la un tratament în cură și de întreținere, cu neuroleptice, ca în schizofrenie, de minim trei ani. De aceea amestecul sindromologic explică și amestecul terapeutic și explică până la urmă și necesitatea admiterii acestei a treia entități, ceea ce de fapt corespunde unei logici moderne non-aristotelice, după care tertium est datum. Să nu uităm că în felul acesta este mai ușor să înțelegem de ce în genealogia schizofrenilor găseam PMD.

Sunt autori care susțin că în cazul în care schizofrenia afectivă se exprimă prin depresii atipice, prognosticul acestor cazuri e mai rezervat chiar decât al schizofreniei, pentru că riscul suicidar este mai mare. De acord cu această aserțiune, cu precizarea că există o varietate de depresii în evoluția schizofreniei, deci în afara schizofreniei afective, care comportă același risc.

În planul semiologiei, în mulțimea și varietatea infinită a tablourilor clinice, psihiatrul trebuie să aibă de fapt aceeași grijă ca și la diagnosticul schizofreniei. Adică să caute cu dibăcie elementele de automatism, delirante sau halucinatorii, și să pună în al doilea plan fenomenele reactive, psihogene, inteligibile, ipotezele etiopatogenice ale familiei, și chiar și elementele delirante și halucinatorii inteligibile. Psihiatrul este ca un fel de căutător de aur, care trebuie să dea la o parte cantități enorme de steril semiologic ca să ajungă la certitudinea alchimică a aurului diagnostic, care dictează strategia terapeutică – relație pe termen lung cu pacientul și familia lui.

Un al doilea criteriu mai obiectiv este axa a cincea a diagnosticului, adică căderea nivelului de funcționare a persoanei până la internare și după internare. Bineînțeles, folosind aici scala în cinci puncte, terapeutul va urmări o remisiune de tip A sau B, și va evita remisiunea de tip C,D,E.

Un al treilea criteriu este în scăderea anuală a numărului de săptămâni de internare în favoarea creșterii numărului de săptămâni de supraveghere ambulatorie.

Un al patrulea criteriu este menținerea familiei și a grijii pentru creșterea și educația copiilor, știindu-se că afectivii au o rată de păstrare a familiei mai mare decât schizofrenii.

Oricum, prezența tulburării afective crește coeficientul de umanizare și posibilitățile de resocializare sunt mai mari. Deocamdată în spitalul nostru

și chiar în țară nu avem statistici și cercetări care să ateste sau să infirme cele afirmate de noi, pentru că aceste observații rezultă dintr-o considerare atentă și o grijă pentru nuanțarea cazului individual. Ceea ce contează este acesta și statistica este doar orientativă, dar nu are ultimul cuvânt în evoluția cazului.

Această entitate poate fi confundată, pe lângă celelalte psihoze endogene mai sus menționate, cu ciclotimia, distimia, psihopatia schizoidă, schizotipală, borderline, psihozele ASC, toxicomaniile, psihozele alcoolice. Pe toate le avem în vedere și le eliminăm, le diferențiem pe baza grăuntelui de automatism Clerambault, care ni se pare mai util decât conceptul de disociere și defect, care este greu de adus la același unison printre psihiatrii.

Un fapt interesant este că pe măsură ce această entitate e mai bine cunoscută, este și descoperită mai frecvent și oricum intră în diagnosticul diferențial al fiecărui caz de schizofrenie. Clinicianul preferă tulburarea schizoafectivă schizofreniei, pentru că contactul cu bolnavul este mai bun și prin urmare complianța mai bună, defectul mai mic și posibilitățile de resocializare mai mari.

Schizofrenia

Schizofrenia este o psihoză cronică, procesuală, caracterizată prin disocierea personalității. E caracterizată printr-o slăbire a relațiilor interpersonale, a sentimentului coexistenței, printr-o pierdere a realității psihologice, toate ca rezultat al pierderii unității persoanei, adică a conștiinței de sine, adică a ego-ului (Scharfetter). În definiția lui H.Ey, ea este o rupere de realitate și o înlocuire cu o lume autistă dezorganizată progresiv. Este psihoză endogenă prototip al nebuniei, al alienării, pivotul care permite comparația, diagnosticul diferențial cu toate celelalte entități. E spaima oricărui psihiatru, în fața oricărui caz el se gândește și la schizofrenie.

Noțiunea e relativ recentă (E.Bleuler – 1911). Până atunci existau nebuni care nu se numeau așa. În sec.XIX se izolaseră câteva tablouri ale schizofreniei – catatonie (Kahlbaum, 1863), hebefrenia (Heckel, 1871), delirul paranoid (Kraepelin, 1899). Este meritul lui Kraepelin de a fi observat ca indiferent de varietatea intrării în boală, toate tind către o demență precoce. Demența praecox e prima noțiune pe care s-a fondat apoi un sistem nosologic. Bleuler a adus după 25 de ani noțiunea de schizofrenie, adică de scindare a psihicului (schizein – scindare, frenos – psihic), care e o noțiune mai benignă, opunându-se foarte gravei noțiuni de demență precoce (demența prin definiție însemnând ceva ireversibil). Termenul de disociere, care apare în definiție, este esențial pentru înțelegerea acestei boli.

De la Bleuler până azi nu s-au adus contribuții în diagnosticul bolii, ci numai victoria procedurilor terapeutice a schimbat ideea de gravitate, de prognostic. Azi schizofrenia e o boală condiționată de sistemul psihiatric care înconjoară schizofrenul, de dorința sau respingerea mediului din care provine bolnavul, deci într-un cuvânt de posibilitățile de resocializare a schizofrenului.

Frecvența și vârsta îmbolnăvirii. Se admite universal o frecvență medie de 1% din populație. Majoritatea debuturilor sunt sub 30 de ani, dar nu există o regulă fixă a vârstei. Practic frecvența e mai crescută între 15 și 50 de ani, dar debutul poate fi și în afara acestor limite, diagnosticul făcându-se din ce în ce mai greu cu cât se încurcă cu involuția.

Etiopatogenie

Postulatul, și aici ne apropiem mai mult de geometrie decât de științele naturii, postulatul etiopatogenic esențial este: schizofrenia este principala boală endogenă determinată multifactorial; adică, nu e o cauză unică, nu e o constelație precisă și sigură, dar e o diferență etiologică între studiul normalilor ca lot martor și studiul schizofrenilor. Orice factor pe care îl cercetăm ca factor etiologic a fost incriminat dacă a fost găsit cu o frecvență mai mare ca lotul martor. În judecarea etiologică trebuie să ținem cont de vechile precizări didactice, adică: ce este factor determinant, ce este factor favorizant și ce este factor declanșator. Deși aceste trei noțiuni sunt evident școlare, ne ajută în interpretarea și mai ales în explicația pe care o dăm familiilor. În momentul actual, noi ne găsim forțați să explicăm fiecare caz deși așteptăm din altă parte informațiile științifice. Este limpede pentru psihiatru de azi că etiologia nu va fi descoperită în clinică, în practica noastră.

Care este prevalența? Așa cum probabil știți de la genetică, pe studii bazate pe un număr mare de cazuri, în Germania deceniului 4, s-a acreditat ideea că schizofrenia se înscrie între 0,85 – 1% din populație. Asupra frecvenței planează următoarele idei:

- schizofrenia este constantă indiferent de latitudine, longitudine; indiferent de regimul politic; ea se înscrie constant numai între anumite limite de vârstă, care de obicei încep cu adolescența și descresc masiv după 40 de ani. Noțiunea este admisă și sub adolescență, la copii, dar cu multe particularități care nu seamănă cu tabloul adultului și de asemeni este admisă mai mult teoretic la involuție, dar este extrem de rar să se pună acest diagnostic după 60 de ani. Așa cum preciza Kerbikov, diagnosticele tardive sunt de fapt schizofrenii ignorați mai multe decenii, adică nu sunt debuturi reale.

O treime doar sunt internați în cursul vieții lor, 2/3 rămân cu etichete psihopatoide, schizoide. Reușesc semicompensări sociale. Cred că această

noțiune trebuie înțeleasă după teritoriul geografic afectat. S-a observat că acolo unde este un spital, zona din jur conține și bolnavi.

- frecvența după sex este egală, diferențele țin mai ales de diferențele culturale, sociale, în sensul că psihiatria transculturală a adus precizări: numărul de divorțați, văduvi, căsătoriți nu e atât în funcție de diagnosticele psihiatrice cât țin de permisivitatea în care trăiește bolnavul respectiv.
- factorul de rasă: la un moment dat s-a observat o fragilitate mai mare la așa-zisele rase inferioare – negrii, evrei, armeni. Toate s-au dovedit false – era vorba de condiții sociale de izolare, de climat de ghetou, de emigrare, adică de instabilitate socială.
- climatul: schizofrenia a fost socotită boala nordicilor longilini, blonzi. Legat tot de anotimp, s-a remarcat că frecvența agravărilor, a recăderilor se poate observa în anumite luni ale anului.
- s-a subliniat și aspectul fenotipic, tipologia somatică. Caricatura acestui tip a fost longilinelul astenic. Pare dezarticulat, pare stângaci, merge dizarmonios, nu știe să alerge, deci sunt semne de mic copil că nu intră în calapoadele obișnuite ale armoniei somatice. Cât este de adevărat acest tablou? Observația lui Kraetschmer nu se aplică studiilor făcute de Manfred Bleuler decât la 1/3 din cazuri. Bleuler a găsitcă în cazul a celorlalte 2/3, întâlnim tot felul de fenotipuri. Deci ideea despre tipul astenic a început să cadă. Noi putem observa o anumită fragilitate somatică a schizofrenului, care se remarcă nu atât la debut, cât după un număr de ani.

Etiologia genetică. Ar fi vorba despre o dispoziție specifică poligenică. Frecvența bolii este mult mai mare la rudele schizofrenilor.

Etiologia infecțioasă. A fost susținută în catatoniile acute febrile, pentru reacția biologică a acestor forme.

Alți factori posibili. Familiile mai ales au observat că există schizofrenie post-traumatică. Mamele (se pune mare preț pe mamele care urmăresc 30 de ani un schizofren) au incriminat factorul posttraumatic („bătăile în cap”, căderile de la înălțime, bătăile în cadrul investigațiilor sociale). Încâmpul acestor cercetări există o mulțime de oameni care se bagă pur și simplu, fără să cunoască schizofrenia, adică știu să facă un anumit tip de analiză de urină și atunci își spun să vină și la spitalul Central, ca să vadă dacă nu cumva în schizofrenie urina se face verde.

Se pot nota o serie de sinonimii, care ar fi: dezorganizare funcțională, disociere, dezagregare, discordanță, incoerență, slăbire specială, dezordine, fragmentare, dezadaptare, distractibilitate particulară (în sensul de atenție distractibilă), toate cu al doilea cuvânt și anume – progresivă. Oricare din

aceste cuvinte acoperind sensul pe care l-am spus mai sus, adică de pierdere a eufreniei, a unității.

Ipoteza organogenetică. Somatogeneza a fost sprijinită pe ipoteza schizofreniei latente. Bleuler descriese tipul care nu intră niciodată în viață într-un ospiciu, ca excentric și rușinos. Dacă e latent, nu ar fi boală, a fost contraargumentarea. Diagnosticul ar trebui pus numai pe lucruri manifeste. Kraetschmer (1920) a descris leptosomul displastic, un tip calm, ciudat, inafectiv, care psihologic trebuie descris ca schizotim (deci rece afectiv) sau schizoid, adică și introvertit. Trăsăturile schizoidiei au fost îmbogățite de Manfred Bleuler, care a descris la 34% din bolnavii studiați o personalitate premobidă schizoidă. Lucru de reținut, pentru că merge mai mult către genetică și factori organici. Deci puteai să prevezi că este un candidat la schizofrenie după soma și trăsăturile psihologice adăugate. El a descris aici tendința la fanatism, la bigotism, la pedanterie și suspiciuni. 30% dintre cazurile lui nu au tulburări în personalitatea premorbidă, adică sunt descriși ca oameni armonioși, perfect integrați înainte de boală.

S-a făcut o legătură între apariția bolii cu momentele de modificări endocrine (pubertate, postpartum, climax), cu anumite tablouri patologice, de tipul gigantismului eunucoïd, obezitatea pluriglandulară, etc. S-a studiat metabolismul, emitându-se ipoteza intoxicării azotate în catatonie, sau factorul mov din urina schizofrenilor sau pata roz, obținută între un reactiv și urină, sau incriminarea taraxeinei, etc.

S-au putut produce psihoze experimentale, cu un tablou de tip schizofreniform, folosind psihodisleptice, de tipul LSD, mescalinei, psilocibinei. Aceste substanțe au mai fost folosite pentru reactivarea psihozei, în cazul apato-abulicilor.

Ipoteza psihanalitică. Psihanaliza vede în schizofrenie o distrucție a ego-ului care este invadat de un tip anarhic, dezorganizat, infantil, fixat pregenital. Câtă valoare are această observație? Realmente schizofrenii îi vedem legați definitiv de mama lor, sunt la vârsta pensiei și totuși depind de mama lor; poți să-l interpretezi numai psihanalitic? Nu. Oricum, aici stă ceva din observația aceasta general umană, că suntem legați de mame definitiv, chiar dacă trecem prin mai multe sau ne legăm de o femeie, avem apoi copiii noștri, rămânem cu o imagine a mamei cu privilegiu deosebit și definitiv. Acest lucru l-a făcut pe Jung, dizidentul lui Freud, să socoată că cel mai important complex afectiv este legat de arhetipul mama, deci de o idee fundamentală, printre alte numeroase complexe. Pe această ipoteză psihanalitică s-au făcut studii, ca să se demonstreze anomaliile sexualității pregenitale, problemele de dezvoltare sexuală la schizofreni. Există idei interesante asupra explicației prin onanie a schizofreniei și există și studii psihanalitice care se apropie de concepția psihogenetică.

Ipoteza organodinamică. Este concepția care îmbină minusul organic, somatic al schizofrenului, deci o serie de trăsături psihologice negative, o esență psihopatologică negativă a schizofrenului și interpretarea la toată semiologia manifestă, concepută ca dinamism pozitiv, adică ca un fenomen compensator a ceva care este pierdut mai profund și care nu poate fi încă determinat ca enzimă sau ca substrat metabolic. Cred că va fi și o ipoteză pe care o veți reține. (...)

Ipoteza psihogenetică. Pentru psihogeneticieni schizofrenia nu este o boală genetică, constituțională și tot ceea ce s-a observat corporal, metabolic, are două explicații: este un efect al unui tip de familie și este un efect al internărilor azilare prelungite.

S-a spus că este frecvent ca schizofrenul să stea izolat de lume, neglijat de infirmieri, de familie. Ce s-a observat în studiul familiilor de schizofreni? Familia schizofrenului nu este nucleară, nu e familia aceea cu un tată jupiteric, cu o mamă Hamangia și cu copilași care ascultă. S-a observat că asemenea familie nenucleară este o familie ciudată. Când faci vizite mai constante se observă că fiecare are o independență și o neprecizare de rol uluitoare. Tata studiază cristale, copilul are febră și mama se rujează fiindcă are program diseară. Aceste ciudățenii te fac să te întrebi – ce este aici? Este o dezordine modernă, nimeni nu are timp pentru nimic.

A doua observație este că familia schizofrenului prezintă un caracter schismatic și divergent al opiniilor. După ani de certuri ajung să nu se mai certe, fiindcă ei știu de la început că sunt divergenți în opinii: „îl știi pe tata... o știi pe mama“. S-a descris o atmosferă irațională, paranoidă, s-au descris preocupări incestuoase, apoi o izolare socioculturală a acestor familii; nu comunică nici cu rudele, nici cu vecinii.

S-a descris un minus sexual, părinții nu au o preocupare normală pentru așa ceva, tata nu apare ca un tată cu care să se identifice, iar mama nu e suficient preocupată ca fata să se identifice cu ea, deci sunt manifestări sexuale atipice, un fel de perversitate primitivă și pe de altă parte o lipsă de identificare sexuală. Deci bărbatul nu e crescut în atmosfera – „tu ești bărbatul, vei avea de îngrijit o familie, vei lua locul meu ca tată“; fata nu știe către ce viitor se îndreaptă persoana ei, știe mai exact profesional, dar ca rol uman nu. Cercetările familiale au fost făcute tot de către psihanalști, care ulterior având anumite constatări, s-au îndepărtat de canoanele clasice – de fapt sunt cercetări de neopsihanaliză.

S-a vorbit apoi de mama schizofrenigenă. Termenul e dur, să știe asta. S-au descris două tipologii – mama rece și mama extrem de posesivă. Deci normal este să fii rece și neposesiv sau posesiv și cald. Astea sunt cele două variante pe care le poți intui. Dar ca să fii rece și posesiv? E vorba de o mamă tiranică, care manevrează copilul, impunându-i, ca la o proprietate, (conduita) în toate contextele sociale. Tata a fost descris ca un pasiv și un ineficient.

Psihopatologia schizofreniei

Este vorba de descrierea unui schizofren abstract, deci care nu încapă în nici una din formele pe care le vom face ulterior și care să cuprindă atât simptomele principale cât și simptomele secundare. Ea poate fi făcută ca un inventar al tuturor formelor posibile sau mai funcțional, în simptome grupate în sindroame principale, care apar în această boală. În psihopatologie nu ne punem probleme de diagnostic, deci nu ne gândim tot timpul la importanța practică, ci ne interesează la modul teoretic descrierea bolii. Simptomatologia generală este comună, indiferent de forma clinică. A fost descrisă magistral de Bleuler (capitolul „Schizofrenii” din *Tratatul* lui Aschafenburg). Cea mai lungă descriere a schizofreniei a fost făcută de Gruhle, în 1932, ca o contribuție la *Tratatul de psihiatrie* al lui Bumke; sunt 800 de pagini consacrate schizofreniei, din care 300 sunt consacrate psihopatologiei. Care este tulburarea fundamentală în schizofrenie? Este disocierea personalității. Bleuler a descris în 1911 ca tulburări fundamentale cei 4 A: tulburarea Asociațiilor (a gândirii, a intelectului), Autismul, tocirea Afectivă, Ambivalența. Se pot descrie trei tipuri de tulburări – ale funcțiilor elementare, ale funcțiilor complexe și alte tulburări accesorii (iluzii, halucinații, idei delirante, tulburări ale activității vorbite și scrise, tulburări din seria catatonică). Asupra acestei scheme chiar Bleuler a revenit ulterior, dând o altă denumire și anume tulburări primare (nenerate de alt fenomen) și tulburări secundare, derivate din cele primare. Această ultimă concepție a rămas pentru că este mai funcțională. Fiul sau, Manfred Bleuler, dă o ultimă descriere în „*Psychiatrie der Gegenwart*”, cu următoarele tulburări primare: fragmentarea personalității, modificarea vieții afective și depersonalizarea.

Tulburare primară și fundamentală în schizofrenie. În schizofrenie se produce o scădere, o insuficiență primară a activității psihice. Bleuler ca să facă lumea psihiatrică să înțeleagă limpede această noțiune, căreia i-a consacrat toată viața și de care depinde înțelegerea întregii schizofrenii, a dat un exemplu strălucit din medicina internă: de câte ori se produce o fractură, întrebăm bolnavul cum a călcat, cum s-a lovit, etc ; dar dacă fractura se produce pe un teren de osteomalacie e evident că întâmplarea externă trece pe planul al doilea. La fel și cu schizofrenia. Se pot produce foarte multe reacții patologice, dar când ele survin pe un teren echivalent osteomalaciei, se înțelege că nu mai incriminăm factorul extern. Echivalența osteomalaciei pentru psihiatrie este tocmai această tulburare primară pe care o discutăm și o definim în termeni psihopatologici. Ea s-a chemat la Berze, în 1914, insuficiența primară a activității psihice. La Bleuler s-a chemat disociere. Minkowski a numit acest fenomen primar „ pierderea contactului vital”. Stranski a numit același fenomen primar „ataxie

intrapsihică". Cameron, în 1939, considera că tulburarea primară de gândire este o tendință la supraîncluzere noțională. H.Ey socoate că tulburarea primară este cerebrală, somatică, deci organică, fiindcă pentru el endogenia germană corespunde unei tulburări organice disociative. Această tulburare primară determină ceea ce, în spiritul lui Jackson, se numește: seria negativă de simptome, adică operațiunile gândirii nu se mai pot desfășura după ordinea obișnuită, fără să fie însă ca într-o confuzie, incoerență, dezordine, este cum ar rămâne jumătate din energia de desfășurare a acestor operațiuni. Dezordinea intelectuală este la fel și în viața afectivă. Deci, la H.Ey, dezordinea în planul afectiv, intelectual, activitate, exprimă organicitatea acestui proces. El se sprijină pe faptul că mai multe cercetări de biochimie au căutat să lege acest proces primar de neuropeptidele cerebrale. Ceea ce se produce, adică ceea ce vedem noi, sunt simptomele pozitive, care exprimă eliberarea etajelor inferioare, scăpate de controlul instanțelor superioare. În acest mod de înțelegere stă atât Jackson cât și pavlovismul, adică ce e negativ este pierderea a ceva superior, care este pozitiv, este eliberarea a ceva inferior.

Față de aceste puncte de vedere, la ora actuală tulburarea primară este socotită depersonalizarea. Este o dezvoltare a ideii lui Gruhle (1913) asupra delirului primar. Toți termenii dați până acum au fost criticați, inclusiv termenul de disociere și inocent poți să te întrebi ani de zile ce e această disociere. În concepția de depersonalizare, fenomenul primar în schizofrenie este o slăbire globală a personalității, în care subiectul simte progresiv că pierde libertatea interioară, nu mai dispune de propriile funcții și la început părți din el și apoi el în întregime devin automate. Schizofrenul ajunge să considere psihicul lui ca ceva independent, care îl comandă în toate felurile și în explicațiile lui privind depersonalizarea, el încearcă, când e ceva mai puternic, adică în forma paranoidă, să proiecteze, să acuze, să se agațe de alții sau de altcineva. Depersonalizarea e trăită în infinite modalități. În esență, toate sunt nemotivate și neinteligibile. Toate sunt incomprehensibile. Acest lucru l-a subliniat Gruhle, după Jaspers.

Dacă psihiatria din secolul trecut a accentuat în alienare halucinația, psihiatria din secolul nostru accentuează depersonalizarea, ca un fenomen superior unei tulburări grosolane, care este halucinația. Deși este o trăire și intelectuală și afectivă, se manifestă în planul intelectual mai expresiv. Este de fapt o schimbare a raporturilor subiectului cu lumea înconjurătoare în plan intelectual. Dacă psihicul normal este o legătură simbolică între subiect și obiect, în schizofrenie se produce o schimbare a acestei simbolizări. Semnificația lumii se schimbă și subiectul nu știe de ce.

Primul stadiu, care se numește *Wahnstimmung*, de trăire în plan afectiv a unei neliniști deosebite și neînțelese de bolnav, îi conferă o tensiune

interioară (noțiunea lui Matussek) și deci e matca din care vor apare celelalte simptome ale schizofreniei. În această fază putem vedea bolnavul ca nevrotic, ca reactiv, căutăm să-i facem toate plăcerile și căutăm să facem tot ce-i omeneste posibil ca să-l dispunem. Este imposibil, este ceva care îl înecă, este mai mult decât poate el spune. Ne găsim în faza în care expresia verbală a acestui fenomen e foarte dificilă, el trece de la lumea noastră simbolică către altă lume pe care nu a formulat-o simbolic. Deci în această perioadă putem găsi mai multe semne de întrebare pe care și le pune bolnavul însuși. Oare ce se întâmplă? Pe acest fond încă neconstituit apar primele forme de simptomatologie netă de boală. Acestea sunt interpretările delirante sau percepțiile delirante sau fenomenul cu două verigi, cum l-a denumit Kurt Schneider.

Deci în această lume pe care el o percepe nehalucinator și cu aceleași calități fizice, la fel ca noi, o vede, o aude la fel, ca noi, însă îi schimbă semnificația, lumea începe să devină amenințătoare și atunci gesturile, obiectele, ceea ce este scris în ziare, ce se aude la radio, ceea ce vorbesc ceilalți, capătă o nouă semnificație, deodată împotriva bolnavului. Dintr-o dată se constituie un delir de relație și se produce catastrofa simbolică, pe care Conrad (1958) o denumește apofanie – un fel de sfârșit de lume, o prăbușire în centrul căreia se află chiar bolnavul.

Este debutul franc psihotic, în acest moment pe care îl surprinde orice psihiatru și își cere scuze pentru uneori ani de întârziere a tratamentului, considerând bolnavul ca pe un bolnav de anumită nevroză, decompensare, etc. Acest fenomen pe care l-am descris legat, este descris separat și naște adesea confuzii, adică e descris ca mai multe feluri de deliruri, mai multe feluri de tulburări de percepție, când de fapt e unul singur, o trăire a depersonalizării, așa cum v-am spus.

Aici intră și falsa recunoaștere în schizofrenie, în sensul că se schimbă semnificația persoanei (sindromul Capgras și sindromul Fregoli). Nu e vorba de falsa recunoaștere a maniacalului, care din repezeală confundă pe Popescu cu Ionescu. În sindroamele Capgras și Fregoli există o semnificație dușmanoasă și contra bolnavului, a acestor schimbări de persoană. Nu ar fi nimic dacă ar fi doar simple confuzii.

Procesul nu e omogen, bolnavul poate avea la lucruri simple explicații normale și cu semnificații normale. Pot apare denivelări, pe care francezii le-au denumit bufee – procese active (Schub – la germani). În aceste momente active, pe lângă aceste două elemente expuse, adică Wahnstimmung și Wahnwarnemung (percepția delirantă), se mai adaugă și al treilea – intuiția delirantă (Wahneinfall). Adică intuiția delirantă nu se limitează ca percepția delirantă numai la un singur fenomen, ci descrie forme noi, deschide noi perspective asupra prezentului, trecutului și

viitorului bolnavului; din acel moment, totul va fi restructurat conform acestei intuiții delirante. E ca și cum ar fi o idee – forță, un cuvânt de ordine, care pune în altă lumină de acum tot ce va gândi el. Dat fiind că această intuiție delirantă nu este previzibilă, aceasta conferă schizofreniei o inconstanță esențială; deci noi nu putem conta pe faptul că noi suntem amici cu X. Și dormim său lucrăm împreună.

Spre deosebire de percepția delirantă, care se sprijină pe o verigă reală, perceptivă, intuiția delirantă nu se sprijină pe nimic, e cu o singură verigă; deci la percepția delirantă spune: „*D-ta intenționezi să mă omori pentru că ai ridicat mâna dreaptă în sus*” -ai făcut un gest, deci e o percepție; în intuiția delirantă, fără să mai ridici mâna, fără să faci nimic, spune: „*D-ta vrei să mă omori*”. Aici nu mai dă nici o explicație, aici stă deosebirea între cele două fenomene (nemții numesc acest fenomen – ohne anlass – adică fenomenul poate surveni fără nici un motiv.

Cele trei fenomene de până acum au fost descrise din 1913 de Gruhle; sub influența lui K.Schneider mai ales, la seria aceasta a delirului primar, s-a mai adăugat și al patrulea fenomen, care pentru K.Schneider era de cea mai mare importanță – sindromul Kandinski – Clérambault, adică delirul de influență sau xenopatic. Clérambault i-a zis automatism mental, apropiindu-se cel mai bine de înțelegerea modernă a depersonalizării, numai că a înțeles-o mecanicist, adică în dorința de a o explica a recurs la ideile vremii care azi par desuete.

Delirul primar reprezintă deci momente pe care trebuie să le pescuim – sunt cazuri în care nici nu mai dăm de ele; de ce? – fiindcă de îndată ce bolnavul a trăit ceva primar, mintea lui începe să meargă și să explice, adică să producă un delir secundar. Nimeni nu se lasă cu fenomene care vin împotriva voinței lui, fără să întrebe ce sunt. E garguiment sau e Wahneinfall? Exact cum judecam în patologia internă cu tot ce se întâmplă, o palpitație – desigur, îți spui că ai băut cafea, că nu ai dormit azi noapte... Această explicație secundară face parte din modalitatea normală a schizofrenului, adică din ceea ce i-a rămas normal, de a se compensa, de a se apăra de aceste fenomene primare care îl depășesc; el e un om amenințat și face ce poate cu mintea lui. Ce poate să spună el în treaba asta? Ce poate să însemne o amenințare și un atentat cronic la viața noastră? Temele sunt: *mă urmăresc, mă otrăvesc, vor distrugea mea, mă înșală, se apropie sfârșitul lumii sau războiul mondial*. Sau trebuie să ia acum niște măsuri radicale (moment de grandoare) – *dacă mi s-ar da acum puterea lumii, aș mai putea să fac ceva*. Deci atât momentele paranoide cât și cele de grandoare de la Bleuler încoace se cheamă secundare. Orice debutant nu vrea să accepte această clasificare; cum să fie halucinații și delir în stadiul secundar? Totdeauna noi suntem frapați de voci, de idei delirante. Lucrurile acestea sunt

secundare în sens psihopatologic, desigur că pentru diagnostic noi începem cu ce e aparent și practic, vorbindu-ne de voci sau idei delirante, vom merge pe ele ca să căutăm dacă vom găsi momentele primare.

În decursul anilor de boală care se desfășoară à la long, acest delir secundar cu elemente primare se amestecă și formează ceea ce se cheamă lume proprie (Eigenwelt), care coexistă cu lumea comună, după o dublă contabilitate, fenomen tipic schizofren. Când schizofrenul este cu un picior în lumea comună îl numim remis și îl externăm; când este cu ambele picioare în lumea proprie, îl băgăm în spital, etc. Și așa ține acest șotron. Fenomenul se cheamă autism, dar este un termen ultracriticat. A spune că este o tendință la interiorizare nu este suficient, fiindcă intelectualul are și el interiorizare și cu cât e mai inteligent, e mai interiorizat; relația interiorizat/exteriorizat este o relație normală în psihologie. Poți fi și ca om, ca tip de om – un interiorizat, fără a fi schizofren. Autismul este mai mult decât o interiorizare, e o alunecare într-o lume imaginată, dereală (noțiune lansată tot de Bleuler – 1921). De fapt el a reflectat numai la acest fenomen timp de 60 de ani, stând în sanatoriul lui numai cu schizofreni. A căutat să dea denumiri acestor fenomene deosebite, trăiri, fapt care probabil nu se va mai repeta în istoria psihiatriei.

Sistematizând, tulburarea principală este *depersonalizarea*, se exprimă în cele 4 fenomene spuse și se constituie o lume proprie, care este autismul. Minkowski a avut curajul, după E. Bleuler (în 1927), să spună că această lume proprie a schizofrenului este foarte sărăcăcioasă, fragmentată. Ne înșelăm, spune el, dacă credem că lumea imaginată, dereală, de vis a schizofrenului, ar fi mai valoroasă, originală, decât a omului banal; este vorba după el de un autism sărac. După el, autismul bogat ar aparține numai personalităților creatoare, care știu să exploateze visul, inconștientul (deci și să-l bată la mașina de scris). Este vorba de o alienare gravă față de conduita comună, de gândirea comună, de obiceiurile comune. Deci există o îndepărtare, pentru fiecare act există o discordanță, el nu mai are puterea să concorde cu ceilalți și cu el însuși. Conduita lui este imprevizibilă și bizară, adică ieșită din comun. S-a vorbit la schizofreni de o lume proprie (Eigenwelt). Nu mai poate să coopereze cu ceilalți, se autosatisfacă cu o lume imaginată proprie și adesea foarte săracă. Lumea proprie se cheamă „autism”. Este o deosebire față de interiorul unui om normal, care are intimitatea lui; fiecare om are o intimitate a lui pe care nu o știe celălalt sau o știe parțial, dacă o spui. Din acest punct de vedere și schizofrenul este un enigmatic, nu știi aproape nimic despre el și tot ce se întâmplă în fiecare zi te convinge că habar nu ai ce poate trece prin capul bolnavului tău. De aceea ei sunt „interesanti”. În timp ce omul obișnuit este previzibil, bolnavul de schizofrenie face acte cu totul imprevizibile și prin actele sale este o teroare pentru aparținători.

Clinica

Se descriu: aspectul exterior, comportamentul și expresia, tulburările de conștiință, tulburările afective, tulburările instinctive, gândirea schizofrenă, tulburările perceptuale, tulburările eu-lui, tulburările memoriei, tulburările inteligenței, personalitatea, tulburările somatice și somatopsihice.

Tabloul exterior; comportamentul și expresia.

Schizofrenia înseamnă o dezordine, impresia de orchestră fără dirijor, care se tot acordează, vrea să ajungă la melodie dar n-ajunge la nici o unitate din cauza diferitelor idei ale părților. E un ansamblu ce nu-și găsește centrul de gravitate coordonator (Baruch a vorbit chiar de schizofrenie socială).

Tabloul exterior traduce această dezordine esențială, această disociere a întregului. Un psihiatru începe să simtă prin experiență, chiar înainte de a vorbi, dacă se găsește în preajma unui schizofren (sentimentul precoce – praecox gefuhl). Exteriorul acesta exprimă ceva ininteligibil. Este exteriorul bizar. Bizar înseamnă inversul comunului și inteligibilului. Aceste bizarerii pasive pot deveni gesturi bizare, poziții bizare, prin ceea ce se cheamă manierism. Acest manierism este opusul naturaleții, spontaneității. În expresie manierismul înseamnă și sublinierea neesențialului; se face din principal și din secundar ceva important, nu mai știi ce e și ce nu e important. Tot aici intră și grimasele, clasicii au zis „*priviți la gura lui*”, face un botișor. Ne izbesc neglijența, murdăria și chiar mirosurile.

Atenția.

Atenția voluntară este scăzută. Asta arată testele obiective. Psihopatologia atrage atenția asupra faptului că acest proces este îndreptat cu farul către interior, deci sclavul autismului. Pentru lumea comună, schizofrenul apare ca un zăpăcit, perplex, un fel de savantoid, căruia trebuie să-i repeți sau să-l faci atent la ce îi spui, deci să-l scoți din lumea lui și să-l bagi în priza conversației. Deci schizofrenul nu e dispus să fie atent la lumea noastră; nu că nu poate, nu e dispus. Fiindcă lumea noastră nu e motivată pentru el sau e o lume amenințătoare. Aparent deci el e neatent, în orice caz nu are atenția spontană vie a maniacalului. Noi ne bucurăm că prin teste vedem că avea 70% scăzut și apoi 30% după tratament, deci necolaborarea esențială la toate testele psihologice pune în fața celui neavizat probleme foarte dificile, fiindcă psihologul pornește de la un om normal, generos, colaborator.

Tulburările de conștiință

Gândirea schizofrenă e clară. Schizofrenii nu sunt confuzi, decât dacă adaugă o beție, un medicament, o boală (febrilă, de ex.). Cu o privire clară

și o comunicare clară, ei spun niște trăznăi care nu ies din întunecimea conștienței; ei nu sunt obnubiți. Farmecul lor este că spun trăsnăi cu o privire foarte clară.

Tulburările afective.

Bleuler a vorbit întâi de tulburările de afectivitate și apoi despre tulburările de gândire. Nu întâmplător; în diagnostic, ele sunt mult mai greu de recunoscut decât cele de gândire. Dacă tulburările de gândire sunt mari, uneori te gândești dacă nu cumva este un simulant. Pentru că la un schizofren ceea ce izbește sunt în primul rând tulburările de afectivitate. Primul lucru remarcat în schimbarea afectivă a schizofrenului a fost pierderea simpatiei (Mayer-Gross – 1931). Se observă prin aceea că el renunță la ideea de a fi simpatic. Noi facem eforturi continue de a fi simpatici, de mici părinții încearcă prin educație continuă să debaraseze copilul de niște „sălbăticii“. Fiecare crede că contează pe un capital desimpatie. Simpatia se pierde de la depărtați la apropiați. Întâi spui – ce e mătușa de gradul trei? Mă voi ocupa numai de aniversarea nepoților, apoi și ei îți par mulți, cu timpul cercul se restrânge și noțiunea îți pare deplasată. Atunci ai următoarea filosofie – toți sunt ipocriți, mincinoși, trebuie să fim duri. Răcirea se extinde apoi la serviciu, unde te obișnuiești să nu saluți. Acest moment apare psihiatrului ca o rigidizare, termen care este foarte greu de înțeles și de definit. Ce înseamnă asta? E deci inversul flexibilității, bon-ton-ului, compromisului, schizofrenul este descris ca un om care „se răcește“, de la o fierbințeală maniacală aici se produce o răcire și an de an putem spune câtă răcire este până la a compara cu un sloi de gheață. El ne ajută prin descrierile lui, să ne arate cât de separat este de lume, prin fel de fel de materiale și de lucruri reci.

Pe acest fond, în primii ani se remarcă iritabilitatea, irascibilitatea, și mai fin, nemodulări afective – se spune un banc, toți râd, el nu, crezi că are o anume latență, dar apoi îți dai seama că el nu participă. Are deci o sensibilitate pentru problemele proprii și o reactivitate pentru problemele comune.

S-au descris de asemenea stări disforice, paratimice, panici, care de fapt aparțin Wahnstimmung-ului, nemotivate, neexplicate exterior sau bucurii stranii. Aceste stări se exprimă pentru noi prin paratimii. Mimica tinde să devină ca o mască de ghips, și se vede ca un zâmbet poate să te înghețe, când încetează fenomenul emoțional afectiv, și te trezești cu o mare răceală în ochii sau pe fața lui. Această față rece, de o afectivitate complet deosebită, uimește; pe voi nu, pentru că nu aveți un contact strict personal și de totală răspundere cu bolnavul.

S-a mai descris ambivalența. Inversiunea afectivă, termen foarte ușor de înțeles, momente de teatralitate ale hebefrenului mai ales, pervertire

instinctuală, pulsională, uneori patognomonică. Dacă mănâncă fecale, cadavre, nu mai aștepti să faci examenul psihic, te afli în fața unui fenomen suficient pentru a presupune existența schizofreniei. Manierismul ține tot de rigidizarea conduitei, de un afect solemn, baroc, artificial.

După unii autori, schizofrenul rămâne cu o viață afectivă suficientă pentru terapeutică, pentru a fi supus unui proces de transfer, de apropiere interumană, deci ar există speranțe din punct de vedere psihoterapeutic. După autori mai vechi, afectivitatea scade. Răceala duce la aplatizare, atimie, atimhormie, ca și cum conținutul și formele de manifestare ale afectivității secătuiesc, ducând la o linie izoelectrică de indiferentism complet și murind acest motor afectiv, motivațional, se înțelege că aparent și intelectul va fi aplatizat.

Legat de acest fenomen de coborâre e legat fenomenul de voință. Deși e cea mai largă noțiune de psihologie cunoscută, am impresia că e una din cele mai dificile noțiuni, și chiar când îi descriu tulburările, simt că noi punem repede un termen și de fapt nu acoperim cum trebuie tulburările din schizofrenie. De exemplu, în schizofrenie sindromul de influență reprezintă tocmai învingerea propriei voințe de o forță exterioară. Dacă am vrea să ne opunem acestei forțe, ne vom încăpățâna. În schizofrenie, influența devine activă, ceea ce dovedește că îi înfrânge puterea lui de voință. Această constatare ne duce la ideea că schizofrenul devine cu timpul abulic, îi scade voința, nu mai vrea să activeze, tot conținutul dinamogen scade. În defectul schizofreniei, Jansarik (1964) a descris acest fenomen, care e agravat de neuroleptice. Cu toate acestea, schizofrenul are momente de dezinhibiție impulsivă clastică, chiar omucidere, sinucidere, care dovedește că ar ști să ia o hotărâre, să se organizeze conform cu un plan volitiv propriu și că e greșit să considerăm la evoluții că e apatoabulic.

În plus, schizofrenul are uneori ambitendință, care se apropie foarte mult de ambivalență, adică iubește și urăște în același timp. Fenomenul cel mai pregnant în care schizofrenul parcă nu mai are nici o voință e cata-tonia și fenomenul de catalepsie.

Psihiatria germană a numit tulburarea afectivă fundamentală – „tocire” (Stumheit), tocire afectivă. Tocirea presupune ani de evoluție, care să ducă la indiferență și la ștergere afectivă, ani de rupere afectivă a comunicării, ori schizofrenul în primii ani e viu afectiv și are momente de sensibilitate foarte diferită de noi. Mai curând termenul ar fi o „simțire falsă”; e de fapt discordantă sau ataxia, nu mai unește simțirea de procesele cognitive. Termenul de discordanță a fost propus de Chaslin. Practic este vorba de un mod propriu de a simți, o nesimțire, o indiferență, o tocire, o reacție nepotrivită, discordantă, disonantă față de reacțiile de bun-simț. Nu sunt patognomonice. E rece când ne așteptăm la emoții, exploziv când ne așteptăm

la reținere și control emoțional. Aceste reacții discordante se numesc paratimii (adică alături de eutimia sintonă, normală). Când spunem râde sau plânge nemotivat, noi numim nemotivat ceea ce e legat de tulburarea lui primară, el având o simbolizare alta decât noi. Bleuler a introdus noțiunea de ambivalență, adică coexistența aproape imposibil de conceput a emoțiilor contrare, sentimentelor și pasiunilor contrare (de ex. zâmbește și te strânge de gât etc.). Mai caracteristică este inversiunea, lucru care uimește pe părinți, pe care-i urăște (cu străinii se poartă normal). Teroarea este maximă, invers proporțional cu distanța afectivă corectă, normală.

În conținutul afectiv este însă sâmburele psihopatologic al tulburării schizofrene. Se pierde sau se denaturează scopurile, țelurile. Se produce o brambureală. Are loc pierderea scopurilor înalte, o devalorizare fără regret a lucrurilor, un cinism („tu cu ce te-ai ales dacă ai învățat?”), brutalitate, nesimțire și înlocuirea cu derizoriul („lasă că iau examenul la anul, mă duc la anul”). Aici intervine un conflict în familie, și el începe atunci brutalitatea. Sau scopurile pot fi pervertite (de ex. ca să se realizeze, trebuie să ajungă neapărat în Cuba; Cum? Să vândă părinții casa pe dolari).

Afectiv, schizofrenia indiferent de agitațiile și complicațiile pe care le conține, tinde în timp la o sărăcire (sărăcire afectivă). Ei sunt reci, sau tind către o răcire. Păstrează distanța, o distanță astronomică, și interpun o manieră. Nu există cupluri în care să-și păstreze atasamentul față de soț, copii. Din ura aceasta inexplicabilă, din violența și agresiunea combinate cu răceala ies actele antisociale și criminale cele mai grave și înspăimântătoare prin cruzime și gratuitate. Uneori numai după caracteristicile crimei se deduce schizofrenul. De obicei nu au mobiluri curente. Aici intervine un amănunt psihanalitic – s-a observat că schizofrenul umblă pe la sex, dar nu în sens libidinal, de profit, ci de maltratare. Un cadavru emasculat sau cu distrugerii în zonele genitale e foarte probabil opera unui schizofren.

Tulburările instinctive

Instinctivitatea dezlănțuită, periodică, și neașteptată îi caracterizează. Acest imprevizibil se numește raptus.

Tulburările de gândire

Gândirea schizofrenă are două laturi: tulburările formale, în care căutăm disocierea, destrămarea, incoerența, neologismele, paralogismele, paragramatismele, blocajele, fadingul (adică variațiile de ton, ca la radio) și tulburările de conținut (în care survin fenomene psihopatologice de imensă importanță pentru diagnostic, totuși greu de descifrat fără experiență).

În primul rând e vorba de delirul primar (adică psihologic nu e condiționat de o altă verigă psihică). Ne interesează trei forme ale delirului

primar: dispoziția delirantă, intuiția delirantă, și percepția delirantă. Toate alcătuiesc un sistem delirant (Wahnsystem). Bolnavul devine o fabrică involuntară de falsificare a realității. În cadrul dispoziției delirante are loc schimbarea din senin (Wandel – schimbare) care îl surprinde și pe bolnav, e ca o presimțire, însoțită de intuiția delirantă, adică de o înțelegere bruscă, originală a unor frământări care nu aveau soluție și care capătă ca din senin o explicație. Acestea, însoțite de cea mai importantă – interpretarea sau percepția delirantă, care înseamnă perceperea realității ca un om obișnuit (deci nu halucinează), dar această realitate comună capătă o interpretare persecutorie personală („a făcut expres“ spune românul), originală, a lucrurilor banale.

În cadrul acestor idei delirante, cele mai importante sunt cele de influență exterioară, de ecou al gândirii, de furt, de ghicire a gândurilor, de transmitere a lor la distanță. Foarte rar prindem acest delir chiar în clipa când vorbim cu bolnavul. Acestea sunt ca niște bufee, pe care bolnavii le disimulează pentru că știu că acestea ne interesează pe noi. Esența falsificării realității e de fapt persecuția, această slăbiciune fundamentală a omului care vrea să fie mare, dar se simte presat, apăsător, umilit de restul lumii, adică în primul rând de familie și apoi de ceilalți (adică invers decât la psihopați).

Delirul secundar este posibil ca o prelucrare (Wahnarbeit), munca delirului, complexificarea lui, stabilirea de relații, de legături sau propria interpretare a propriilor halucinații. Pentru diagnostic însă e important primul. În masa ideilor delirante reținem pe cele de persecuție, de urmărire, de otrăvire și mai rar de grandoare.

Tulburări secundare de gândire. Până la expresia unui delir primar există o mulțime de tulburări de gândire foarte fine, care ne pot ajuta și ne pot face să ne așteptăm la ceva mai grav în cazul aceluia bolnav. Carl Schneider a descris, de exemplu, „gândirea săltăreată“. Deci gândirea schizofrenului, înainte de a deveni verbigeratie și incoerentă, dă semne de inconstanță, inconsecvență, ocolire. A fost comparat cu un caier de lână, care poate fi și strâns și larg, deci nu se fragmentează, nu devine incoerent, dar îți dai seama că te afli într-o conversație foarte laxă, parcă celălalt ar vrea și nu prea să-ți spună și totuși vorbește cu tine. O altă observație a făcut-o Schilder, ca „supraincluziune a ideilor simple“. Schizofrenul nu e simplu, nu știe să rezume în două – trei cuvinte. Orice lucru simplu devine complicat și include în el o mulțime de alte noțiuni, fără a-i păsa că celălalt este mai mult încurcat decât limpezit de ceea ce i se spune. Din această observație unii autori și-au pus problema dacă nu cumva schizofrenul nu intenționează să comunice, el fiind un om temător folosește comunicarea doar ca un truc, ca o pseudocomunicare, adică disocierea nu ar fi reală, ci ar fi încercarea lui de a evita, de a para, de a fugi de răspuns. Și culmea este

că atunci când simți că se întâmplă ceva cu un om, și e în stare de asta, atunci ești mai tare cu interogațiile și desigur că secundar îi crești delirul paranoid. Familia întrebând din ce în ce mai tare și psihiatrul îi spune că nu stau de vorbă cu copilul lor, atunci din interogația sistematică noi vedem că devenim polițiști, care vrem prin ordonare exterioară să punem ordine în gândire. Această formă de gândire laxă, care evită logica, se cheamă gândire paralogică, arhaică, nereală, nedementială, neorganică, fiindcă nu e absurdă; cu el ai impresia continuu că nu ești potrivit, că nu vei putea comunica niciodată cu acest om. În nesiguranța lui interioară, schizofrenul se considera salvat dacă ar da peste o idee forță pe care să o rezolve și asta să îi dea lui liniștea, să-i pună o bară la personalitatea lui, de aceea în mod ciudat dacă aude că cineva în lume a lansat o idee forte, își lasă pe moment restul preocupărilor și se agățade ea. El nu e capabil să exploateze aceste idei. Dacă merge pe o idee științifică, de nava cosmică și nu e capabil nici să se ducă la un cerc de amatori pentru electronică, face niște proiecte insignifiante, dacă ia pensia pe trei luni, va lua câteva lămpi și cu niște fire... de aici și până la idee e așa mult...

Aici trebuie băgate câteva tulburări, pe care izolat le știți bine, dar asamblat nu: mentismul, barajul, perseverările, stereotipiile de gândire. Mentismul schizofrenului pur – zile și nopți, presat de gânduri multe și străine, aparține unui fenomen primar de automatism. Barajul (Sperrung) nu e un fenomen mecanic, adică el s-a oprit, nu mai poate continua, asta e disocierea, nu mai asociază și iar va relua. Acest baraj este apropierea schizofrenului de zone și noțiuni amenințătoare, le vede cu mult înainte. Perseverările sunt legate de teme complexuale. Stereotipiile par niște jocuri întăritoare. Amintește stereotipia copiilor, care uneori spun lucruri neinteligibile.

Tulburările de limbaj.

Sunt foarte strâns legate de tulburările de gândire. Scăderile de ton, modificările de ton; fiecare schizofren are un timbru deosebit, dar nu avem cuvinte să descriem diferitele tonuri, fiindcă noi vrem numai lucruri de conținut. Pot apare inegalități de ton, fading-ul, mormăiala schizofrenului, care aparține solilocviei de dedublare, regresivitatea puerilă, ca în isterie, idiotie, paragramatism, folosire de mai multe ori de infinitive, deci de o vorbire impersonală, neologisme. Suita de neologisme, care dau glosolalia și asta împinse până la schizofazie, verbigeratie, când fragmentările sunt foarte mari, noi nu cunoaștem destulă lingvistică modernă ca să exploatăm tulburările de limbaj în schizofrenie. Trebuie să le prezentăm nu ca învățători ci ca lingviști, fiindcă tulburările din schizofrenie sunt de simbolizare. Aceste tulburări se exprimă atât în scris cât și în pictură. Pentru cele de scris sunt notate – scrisul cu litere mari, scrisul invers, scrisul dublu

în oglindă, ornamentările bizare, contorsionările, introducerea de alte litere, uneori ai impresia că a scris într-un limbaj necunoscut. Schizofrenul, spre deosebire de paranoic, nu scrie mult și scriu cam același lucru.

Din toată pictura psihopatologică, capitolul cel mai important este cel al schizofreniei și cel mai interesant că totuși ei găsesc un mijloc de comunicare, nu e real ci este un mijloc de expresie pentru ei înșiși.

Tulburările perceptuale

Constau în principal din halucinații și pseudohalucinații auditive (vocile), mai puțin iluzii și cenestopatii. Vocile, indiferent că sunt în cap sau la urechi, important pentru schizofrenie și esențial este problema scindării eu-lui într-un dialog compensator. Explicația tulburărilor halucinatorii este aceea că din punct de vedere psihopatologic esențial este ca toate funcțiile psihice, și mai ales cea intelectuală, gândirea, se prăbușesc în interior. Bolnavul se autizează; el iese din lumea exterioară (nu numai indiferent, cum ni se pare nouă). Stă în el, unde începe să se fragmenteze, să se disocieze, unde începe să vorbească cu el sau să se audă pe el, proiectat în afară. E deci un fenomen de regresivitate. El poate ajunge chiar fascinat de trăirile halucinatorii, sau înspăimântat, sau blocat, interzis. Această vrajă a și fost denumită regresivitate magică într-o lume preistorică, arhaică, magică, dezordonată, automat mentistă, în care bolnavul conversează cu un fel de silfide, idoli sau altceva. Aceste aspecte reprezintă în schizofrenie dușmanii. Asta e nebunie, malignitatea nebuliei, în calitatea de dușmani care au pătruns în intimitatea nepermisă a ta. Tu ai stat cu ego-ul tău crezând că niciodată nimeni nu va ști ce e în capul tău decât atât cât vrei tu ; ori să constați că în intimitatea ta intervenit forțe care te știu, te comentează la modul cel mai urât, mai insuportabil, asta te face să fii scufundat într-un infern.

Ceea ce au descris clasicii ca iluzii știm astăzi că sunt în majoritate interpretări delirante și nu iluzii, sunt percepții delirante; ceea ce au descris clasicii ca halucinații sunt în majoritatea cazurilor pseudohalucinații și predomină în ordine: cele auditive, mai mult decât cele tactile, decât cele cenestezice, gustative, olfactive, kinestezice și pe ultimul loc cele vizuale.

Adesea ne-am întrebat totuși de ce vocile, care sunt „pâinea noastră“, să le considerăm la modul peiorativ, adică că nu ar fi importante. În voci nu se mai crede ca în secolul XIX, fiindcă ele sunt produse și în alte boli.

În interpretarea modernă, fenomenul pseudohalucinator nu reprezintă decât o depersonalizare mai avansată, adică în care subiectul s-a dedublat. Acesta este și sensul din tratatul lui H.Ey, deci nu mai consacră sute de pagini fenomenului, care se vede limpede că derivă din tulburarea fundamentală.

Vocile pot apare și în alte boli și, dat fiind că sunt niște manifestări nespecifice care reprezintă doar destructurări ale conștiinței de moment, valoarea lor a scăzut foarte mult. Valoarea lor crește și e luată în discuție numai dacă însoțește un fenomen primar; în momentul când pseudohalucinația e dezvoltată în cadrul unui delir de influență este cu totul altceva.

Dintre toate, cele mai bizare, mai ciudate sunt halucinațiile corporale. Am impresia că atât Bleuler, cât și elevii lui, și-au construit chiar conceptul de disociere pe ceea ce spune bolnavul despre corpul lui. Când el spune că bucăți din corpul lui sunt în altă parte, sau jumătate este de sticlă și jumătate de lemn, sau înlocuirea unui organ vital cu cine știe ce aparat, abia în acel moment îți dai seama ce înseamnă fenomenul de depersonalizare; sau când el spune că el încape într-o nucă și ea stă în degetul ăsta, adică de un ilogism absolut tulburător. Nu trebuie să credeți că fenomenele de halucinație și pseudohalucinație țin de un nivel intelectual scăzut al subiectului. Să spunem, cu cât e mai intelectual el nu va spune că nuca intră în degetul lui mic; nu, trăirile schizofrenilor au această particularitate, în timp ce trăirile halucinatorii din celelalte boli organice, reactive, neorganice nu se însoțesc de aceste descrieri bizare.

Halucinațiile se leagă de delirul primar de influență, de delirul hipocondriac și tema cea mai frecvent observată este cea sexuală. Fiindcă am vorbit de delir și de halucinație, vă spun că ambele au încercat să fie explicate de psihanaliză, printr-un fenomen mai primar, adică s-a pus problema că fiind tema sexului, a morții, oare nu exprimă aceste lucruri inconștiente mai profund? Această primă teorie pe care a introdus-o Jung la Bleuler se cheamă teoria complexelor, adică nu cumva o stare afectivă capătă la un moment dat o putere mai mare decât trebuie, se exprimă printr-o idee, domină tot psihicul și dacă îl domină îi rupe unitatea. Tema sexuală: ideea e în cap la toți, toți o integrați și v-o rezolvați cred armonios, dar dacă ea rupe personalitatea și naște idei stranii și bizare, adică sexul ar fi condus, impus sau violat, numai ea ar putea un subiect de comunicare foarte interesantă, fiindcă nu e întotdeauna numai amenințare și viol și poate fi și invers, erotomaniacă, deci un fel de megalomanie răsturnată a temei violului, ei bine, atunci s-a pus problema dacă fenomenul primar nu e un complex. Mai mult, însoțește pe oricine la care, la cel mai mic gest de timiditate, cei din jur spun „*desigur, un complexat, l-am văzut eu, vorbeam despre... Și s-a înroșit*“. Toate micile dezordini afective, faptul că nu putem controla ceva, s-a lărgit în sensul că omul e prea complexat, refulat, hai să-i derefulăm, asta se extinde în înțelegerea nevrozelor. La schizofreni ideea complexului a fost împărtășită de Bleuler, dar cu mare abilitate transformată de el în autism – imperiul afectiv al imaginarului schizofren și nu a lăsat în complexul nevrotic în care omul ar vrea să comunice cu ceilalți și tocmai când vrea și el să comunice, se înroșește și i se spune că e un complexat.

Există o dinamică a halucinațiilor și a pseudohalucinațiilor care ține de dinamica bolii însăși. Sunt foarte vii și preocupă bolnavul în momentele de vârf, în bufee, sunt foarte vii în debut, se stabilesc multiple relații cu ele ulterior și se ajunge în faza de deficit final la o coexistență, la o indiferență, chiar la o lipsă de jenă față de ele, în sensul că în primii ani, bolnavul se mai ascunde în camera lui, vorbește singur, noi știm că el halucinează, dar în ultimii ani poate să vorbească pe alee, deci nu se mai jenează, nu i se mai par că sunt fenomene care trebuiesc ascunse de ceilalți.

Cele mai grave sunt cele cenestezice, corporale. Trebuie să ne dea de gândit. Am impresia că în egoismul chiar al persoanei normale, cu vârsta nimic nu mai contează, decât corpul, care ne ia toți banii pentru un concediu la mare, de aceea probabil că dacă vorbim sau mirosim nu facem atâta problematică. Deci chiar în dismorfofobia inițială, care dovedește tot o tulburare de schemă și deci de percepții, omul încearcă să o modifice, este schimbarea de nas terapeutică, care se complică cu interpretări delirante și cu faptul că nu poți să mulțumești clientul, deci nu ești un bun chirurg și nu îl mulțumești fiind vorba nu de nas ci de persoană. Nasul era pretextul.

Tulburările eu-lui

Din trăirea delirant-halucinatorie rezultă un eu disociat, care nu mai are conștiința unității voinței lui. Acest ego e sfârtecat deci, inconsecvent. Se amestecă decizia cu indecizia, logica cu absurdul, impresia ca fizic, mintal, moral ești multiplicat, nu te poți aduna într-un focar al voinței de acțiune unitară. Unitatea și la normal e o chestiune de mare luptă interioară pentru a fi eficace la cote înalte. Nu e de fapt dată pentru totdeauna, ci atinsă în momentele de creație, de instrucție (studentia, doctorat etc.). Schizofrenul nu mai atinge niciodată aceste momente de unitate.

Tulburările memoriei

Memoria nu e alterată, cel puțin teoretic, dar e o memorie neîntreținută, neîngrijită, care nu își revede datele principale, chiar dacă e întreținută de inteligențe ieșite din comun. Oricum, schizofrenii au surprins prin memoria lor. Datele însă nu sunt folosite în plan lucrativ, adaptativ, dar dovedesc că memoria lor nu s-a șters. Asta ne face să fim precauți, să nu vorbim oricum la vizită, pentru că ei rețin.

Putem vorbi de o hipomnezie de fixare, prin indiferență sau neatenție, importante de menționat fiind halucinațiile de memorie (confabulațiile); confabulațiile mnestică se întâlnesc în schizofrenia paranoidă. Acestui fenomen îi corespunde cel mai bine intuiția delirantă, care este o halucinație de memorie. În complexul fenomenelor Capgras și Fregoli intră și anumite tulburări de memorie.

Schizofrenul poate avea momente de dezorientare ca un confuz, cu amnezie lacunară, ce corespund sindromului confuzional. Acest lucru se întâmplă în momentele de agitație și mai ales când agitația nu e reactivă ci e dată de un fenomen primar, adică un *Wahnstimmung* foarte amenințător. Se observă în agitațiile catatonice sau paranoide că, după tratarea agitației, bolnavul se trezește ca după un *delirium tremens*, fără să știe ce a făcut.

Tulburările inteligenței

Inteligența pe care Kraepelin a socotit-o distrusă, pentru Bleuler este nu rareori deasupra mediei. Pentru adaptare, pentru viață, nu se cere atât o mare inteligență, cât o mare flexibilitate la conjunctură (să fii pe fază). Ista nu are schizofrenul. El e întotdeauna anacronic, are niște preocupări care-i uimesc pe ai lui („*cu asta moare de foame*”).

Personalitatea.

Concluzia e de ratare precoce. Noi prin tot ce facem încercăm o ratare mai redusă sau mai întârziată. E vorba ca întotdeauna de la nivelul la care ar trebui să fie, schizofrenul coboară vertiginos. E pensionat și nu-i pasă. Interesant e că ei nu se plâng de soarta lor. Nu-și fac probleme de viitor. Nu au ambiția unei afirmări a personalității.

Noțiunea cu care începem și sfârșim descrierea schizofrenului reprezintă pierderea unității. Dacă această pierdere o vedem fragmentar sau cel mai adesea nu, doar amenințată. Sunt indivizi care trăiesc permanent sub impresia amenințării. Care e conștiința de sine, personalitatea schizofrenului? El se descrie ca un om care trăiește într-o lume nepotrivită istoric sau o lume prea dură sau nonetică, o lume sălbătică. Pentru el lumea e preistorică, o sălbăticie. Când intră în contact cu ea, simte un pericol vital și face o stare delirantă.

Această neînțelegere profundă la acești indivizi e îndochinată de către antipsihiatrie, apărând ideea că lumea ar trebui construită după simțirea schizofrenului, adică în lumea oficială sunt numai niște oligoizi dinamici, organizați. Schizofrenul nu admite aceste modalități de existență. El crede că totul se face după niște regulamente stricte, care trebuie respectate. De ceea el duce o dublă contabilitate. Să trăiască un număr de ani și apoi să se retragă într-o proprie contabilitate, unde șterge granițele pe care le avem, fiecare dintre noi, cu lumea. El are lumea lui, nu-l interesează dacă mănâncă sau nu, dacă are ce să îmbrace, nu se teme de tot ce spunem noi, care pot avea vreo influență doar asupra familiilor lor, asupra lor nu. S-a vorbit din această cauză la schizofreni de o linie a vieții, de un desen particular. Este o noțiune germană și ne referim la traiectoria longitudinală, cum spune H.Ey, un gol în fișicul existențial, prin care trece acest fir, care e nucleul persoanei sau conținutul lui axiologic, adică sinele lui. La schizofren se

poate frânge de multe ori acest fir, de câte ori zicem – l-am remis, adică reușim să introducem la loc acest fir, – el se rupe și încercăm să mai lipim bucățile bine, altfel se dispersează. Faptul că această linie e frântă, obligă pe psihiatri să vorbească de un deficit esențial al bolii. Nu e restitutio ad integrum în schizofrenie. Schizofrenul este un fel de frângere, infirmizare, chiar dacă îi dăm ulterior serviciu, familie, diplomă, stigmatul rămâne definitiv. Când schizofrenul ajunge să renunțe la această lume și se plasează într-o lume autistă, unde numai subiectul lui este, obiectul nu-l mai interesează, atunci se simte el cel mai bine. El s-a simțit bolnav numai în primii ani, când s-a luat după noi, să fie ca noi, să meargă la doctor, să facă Fluaxol, etc. Dacă se depășește un număr de ani, nu se știe câți, și niște stadii, el se simte foarte sănătos și unitar. Sunt acei oameni care dispar din familie, pot să treacă granița, să facă niște lucruri extrem de personale și într-un mod cu totul excepțional.

Tulburări ale activității (parakinezii). În schizofrenie întâlnim stereotipiile, negativismul, catalepsia, agitația catatonică și gesturile patetice.

Tulburări de conștiință. Conștiința a fost numită clară, pentru a o deosebi de cea confuză (e un fel de claritate nonconfuză). E un fel de visare cu ochii deschiși, un fel de vacuum, pierdere. Mamele spun că e obosit. Conștiința schizofrenului trebuie descrisă după schemele moderne ale lui H.Ey.

Tulburări neurologice. Se descriu tulburări pupilare (o pupilă mai lentă), parestezii și anestezii (automutilările se datorează tocmai unei sensibilități deosebite), mers stângaci, artificial, cu pași mari, cu mâinile care nu însoțesc armonios mersul. Construcția cerebrală după Huber e diferită de normal. El a evidențiat-o prin PEG (1958), care ținde să dovedească că fenomenul primar e legat de un substrat cerebral. Ar fi ipoteza după care creierul acestora ar funcționa la un regim de oxigenare mai scăzut. El a descris dilatări de ventriculul trei, și a descris și o formă de schizofrenie cenesopată, care ar corespunde cu această imagine. Hill a descris patternuri EEG întâlnite mai frecvent în schizofrenie (unde ascuțite – choppy rhythm – de 4 c/s, rezistente la blocare prin lumină). Aceste fenomene, departe de a fi patognomonice, au fost sesizate ca fiind mai frecvente în schizofrenie.

Tulburările somatice.

Nu s-au găsit tulburări patognomonice. S-au observat tulburări circulatorii periferice. Ei au mâinile roșii. S-a vorbit de o secreție salivară mai vâscoasă, de constipație, de o scădere ponderală, tulburări endocrine (amenoree, impotență sexuală), numeroase fenomene vegetative tratate ca nevroze mulți ani. Un lucru e sigur, schizofrenul e mai fatigabil decât normalul. Chiar dacă se remite, această fatigabilitate îl oprește să lucreze opt ore atent și eficace.

Evoluția

Evoluția clinică a schizofreniei cuprinde o perioadă de debut, o perioadă de stare și o perioada terminală.

Prin perioada clinică trebuie să înțelegem perioada manifestă, știut fiind că 25 % din bolnavi, după Bleuler, au trăsături subclinice (premorbide) schizoide. Deși tulburările clinice sunt foarte bogate, ceea ce e foarte caracteristic în evoluția schizofreniei este o îngustare progresivă a sindromaticii. Se începe de la manifestări extrem de nespecifice și variabile, confundabile și se sfârșește către ceva foarte asemănător, de aceea unii clinicieni au spus că schizofrenia se vede la sfârșit și nu la început.

Se pot descrie retrospectiv totuși anumite particularități care ne fac să fim prudenți atunci când punem diagnosticul la debut.

Debutul clinic. Poate fi insidios, acut și nespecific. Putem întâlni orice combinație de simptome, mai puțin sindromul demential.

Debutul insidios poate fi pseudonevrotic și pseudopsihopatic. În pseudopsihopatie se produce o schimbare la un moment dat a copilului sau a adolescentului. Devine mai lenș, ia note mai proaste, devine mai distant cu ai lui, devine mai închis, dă impresia că trăiește momentul de adolescență, când trece de la preocupările copilăriei, mai înalte sau mai joase, la alte preocupări. Coexistă aceste tulburări cu transformările comune ale adolescenței, cu problematica tulburărilor endocrine, cu întâzieri sau precocități endocrine, cu credința generală că subiectul este insuficient informat asupra a ceea ce se va întâmpla cu el. Debutul pseudopsihopatic nu e caracteristic unei forme ulterioare precise și numai mamele de copii unici, din familii de intelectuali, au o grijă mai deosebită de copil și observă mai ușor aceste debuturi, adesea neglijate.

Debutul neurasteniform – subiectul se vaită de ceva, în timp ce la pseudopsihopatic părinții sunt cei care se vaită. Pe lângă ce știți de oboseala posibilă, legată de sesiuni, de viitorul examen, de facultate, deci pe lângă ce este posibil reactiv, deci de înțeles în neurastenia adolescentului, atipic sunt preocupările sexuale și mai ales sentimentul de vinovăție pentru o masturbație, uneori sălbatică și nemărturisită. Adolescenții au chiar preocupări chiar pozitiviste despre sex. S-au descris și debuturi în care schizofrenul comite o crimă și apoi disecă organul genital. Și celelalte nevroze pot oferi o mască, o haină de intrat în boală și anume – sindromul obsesivo-fobic. Ceea ce e specific debutului schizofreniei este că această mască se produce cu pasivitate, adică el nu luptă ca obsesivul obișnuit, care umblă din doctor în doctor ci mai degrabă tracasează părinții cu fobiile lui. Tot ceea ce a citit crede că se poate aplica la el, deci el nu o ia cu critică obsesivului fobic, ci de aici se văd neliniști deosebite și preocupări excesive. În aceeași perioadă se produce o cruntă fobie față de stomatolog. A treia mască nevrotică poate fi cea isterică, atât la băieți cât și la fete. Primii care

observă sunt bunicii, care spun cu mare îngrijorare părinților că copilul aruncă niște priviri crunte dacă încerci să-i spui ceva sau ei desigur minimalizează. Părinții desigur iau asta drept obrăznicii și trag niște băți, nimănui nu-i trece prin cap de ce urmează să se întâmple.

Cea mai curioasă formă de debut este cel medico-legal, care în modul cel mai spectacular duce la comiterea unei crime, total nemotivată, cu făptuitorul care nu era beat. Diagnosticul ar fi destul de sigur, dar de cele mai multe ori lucrurile se complică, subiectul era cu câțiva, poate a și consumat ceva alcool, înainte sau după, dar suspiciunea planează. Pot fi omorâți părinții, tatăl pentru băiat, mama pentru fată, mai rar frați, amici, situații ce pot intra într-un cerc psihologic de interpretare psihanalitică. Tot aici intră și alte acte antisociale greu de explicat, de tipul unor treceri de frontieră fără asigurare sau plan și tot ce numim treceri de frontieră absurde.

Aceste lucruri fiind frecvente la adolescent, vă dați seama ce dificil e să apreciezi aceste cazuri. Aici intră și violurile însoțite de elemente de o gravă brutalitate sau nepotrivite – de exemplu un tânăr care sare peste o bătrână.

Debutul medico-legal a fost interpretat de unii ca o schizofrenie latentă și a fost considerat ca forma cea mai ignorată de schizofrenie, așa că ea a trebuit ulterior să fie căutată prin închisori, deci prin cercetare pe delincvenți. Aceasta a dus la aceea că azi în toată lumea civilizată, crimele se expertizează psihiatric.

Debutul subacut. Este cel paranoid, cu fenomene de depersonalizare. Elementul cheie e cu privire la ideile de relație. Trebuie să ai forța de câte ori se încurcă ceva în capul tău și ești normal, să cedezi o parte din ideile de relație normale, adică foarte multe le observăm ca normali, dar nu le povestim ca celălalt să nu aibă o falsă impresie despre noi. De ce? – fiindcă nu putem reda niciodată complet contextul în care se produce ceva de relație; deci nu trebuie să fim înțeleși greșit, când contextul este extrem de verosimil, nu mai e o idee de relație; ideile de relație absurde au valoare pentru diagnostic. Între absurd și verosimil sunt elemente ca o zonă amestecată, adică viitorul schizofren e un timid și izolat și lucrează în mediul normal, hipomaniacal, de lume posibilă. Când spune – de câte ori vin găsesc planșa mânjită sau întoarsă – începem să ne întrebăm dacă este un lucru posibil și dacă da, dacă nu s-au mai produs niște manifestări, așa ca ceilalți să ajungă la aceste forme; sunt niște limite ale glumei și atunci când pe unul poți să-l legi și de picior la biroul lui, înseamnă că a depășit limita normală; asta pățesc și neurastenicii; la a doua oră dorm și anturajul, ca să îi învețe minte, îi leagă de scaun. Cu schizofrenul se produc lucruri și mai ieșite din comun, se pot produce și real niște lucruri amestecate, dar tocmai pentru că el a început să iasă din comun față de ceilalți.

În debut e foarte greu ca schizofrenul să recunoască că are voci; le descrie ca reprezentări foarte vii, fenomene eidetice și e înclinat să le socoată personale. E trecerea de la omul normal obosit la fenomenul psihotic.

Debutul subacut afectiv, cel mai adesea maniacial, e o manie iritabilă de la început, instabilă, deci ar părea o formă mixtă, ceea ce e foarte rar. Mai curios e că survine la longilinelul astenic, deci nu într-un context propriu sau familial de distimic.

Debutul acut confuzional poate îmbrăca ambele forme extreme – stupor confuzional, confundat cu bolile infecto-contagioase și socotit de unii psihiatri ca posibilă formă de encefalită, deci transferați de la contagioase după săptămâni de tratament ca encefalitici, și – confuzia agitată, care de asemenea este luată drept insolație, ca o oboseală după pierderea unui examen, post traumatică posibilă – copilul a fost la strand și s-a aruncat în cap. Tot timpul cauți factori și ai mereu în față factori explicativi ai unei situații.

Debutul catatonie acut poate fi identificat cu catatonie malignă, gravă (Stauder), care azi e considerată ca o reacție hiperergică panencefalică. Această formă încă nu am văzut-o; am văzut forme mai ușoare, curabile. Există forme descrise de Mayer-Gross – catatonie oneiroidă, deci confuză, nu vigilă.

Durata debutului este invers proporțională cu intensitatea manifestării, deci ani pentru cel lent și zile sau săptămâni pentru formele acute, ajungând la ore în formele supraacute.

Puțini cercetători au studiat perioada de debut, majoritatea s-au ocupat de perioada de stare și puțini sunt și cei care s-au ocupat de fazele terminale.

Perioada de stare

În perioada de stare sunt descrise de fapt formele clinice clasice, adică formele paranoidă, catatonie, hebefrenică, simplă, la care se adaugă alte forme descrise mai de curând – formele afectivă, hipocondrică, cenestezic,, recurentă, asteno-juvenilă, tardivă, latentă, grefată, amestecată.

Forma paranoidă e forma prototip, adică a bolnavului cu delir, halucinații, mai ales auditive, delir de persecuție cu halucinații auditive, formând prin excelență sindromul paranoid, nesistematizat, adică variabil în expresie, neformând un tot organizat. Cuprinde cele mai multe cazuri. Debutul este de obicei după 25 de ani și merge larg până la 40 de ani. Apare deci pe o personalitate matură, în care se produce fenomenul depersonalizării. E o depersonalizare gravă nereactivă și cu un răspuns disproporționat față de reacția posibilă și în care decisive sunt fenomenele de debut primar, socotite practic fenomene de prim ordin în diagnostic.

Din care forme de debut vine paranoidul? Vine din toate, totuși 3/4 vin din formele lente; deci a fost precedat de diagnosticul de nevroză sau psihopatie.

Dacă ar fi să înțelegem foarte schematic aceste patru forme clasice, ar trebui să înțelegem că nu reprezintă decât sublinierea unei laturi din

examenul psihic: la paranoid – tulburările de gândire, la catatonie – tulburarea de activitate, la hebefrenic – tulburările afective și când se produc toate acestea, deci personalitatea întreagă descrește – e forma simplă. Asta e foarte schematic, fiindcă în fiecare din forme și celelalte laturi sunt atinse.

Caracteristic paranoidului e că el are expresia de luptă: scrie, atacă, revendică, reclamă, cverulează. Se apără, deci duce un război cu forța fiindcă are personalitate. Urăște, acuza, bate, lovește. E o formă socotită periculoasă cu multe aspecte medico-legale. Familia se teme și îl vrea cât mai des în spital. Personalul se teme de el; e o perversitate, o răutate, malignitatea caracterială. E deci un om urât, pierde familia rapid, nevasta divorțează, se produc drame foarte rapid.

Omul se descentrează din gândirea lui obișnuită. În schizofrenia paranoidă, el consideră că se acționează în intimitatea lui cu niște aparate, prin unde, raze și este urmărit, condus, transformat într-un robot care acționează mecanic. Se pierde deci libertatea cea mai profundă și se pierde personalitatea lui. Deci este „sclavul” altcuiva. Ciudățenia schizofrenă este tocmai aici. Nu mai poți trăi ca om independent. Persecuția este variată, multiplă, ea poate fi vecină cu persecuții posibile – poți fi otrăvit, urmărit. Forma paranoidă se va baza deci pe idei de persecuție și pe pseudohalucinații auditive, interne, cenestezice și kinestezice. Nu este un delir sistematizat, deci este variabil și cu anumite fixități, mai ales pentru persoanele apropiate. Paranoidul este un om dificil, fiindcă reclamă și ține socoteală, este încăpățânat, să faci ce vrea el, este sucit, nu poate fi mulțumit niciodată, acuză mereu, greu de tratat, consideră că toate procedeele tale sunt manevre de persecuție: injecțiile, capcana hipnotică, electro-șocul; scriu și reclamă la diferite autorități. Cei de la cititul scrisorilor ar trebui să discearnă bine, dar este greu. Pe forma paranoidă se bazează toată mișcarea de antipsihiatrie, toate acuzele. Nu se distinge foarte bine ce este forma de conștiință paranoidă și ce sunt reacțiile oamenilor în grupul lor social. Nu este un motiv să zici că este un schizofren paranoid fiindcă nu îți place ție ce spune. Paranoidul nu are conștiința bolii și afirmă că el nu este bolnav – nu mă înțeleg cu ai mei și mă țin aici de comun acord cu doctorul de aici. Parcă i-ai da dreptate.

Forma simplă (sau negativă) nu are nimic pozitiv sau productiv; înseamnă o regresie inexplicabilă, lentă, a întregii persoane, de la o poziție, de la un statut social, către o rată inexplicabilă. Are toate condițiile și totuși ratează. Își ia lumea în cap și devine un vagabond de exemplu, fără nici o explicație. O renunțare la modul de viață, rămâne la el acasă, tăcut și liniștit, într-o indiferență fără probleme, ce este un eșec inevitabil și inexplicabil, o pierdere a aspirației de a urca scara socială, cuprins de o apatoabulie durabilă. E ca și cum ar intra direct în starea paradementală, terminală. Atributul de simplă poate crea iluzia unei forme ușoare, când de fapt e forma cea mai gravă.

Forma hebefrenică e forma clinică cel mai divers descrisă de toți autorii în ultima sută de ani. Triada care merită reținută, ar fi o manie atipică, cu mare incoerență, cu fenomene de bufonerie, stupiditate intelectuală. Ar fi trăsături specifice, totuși hebefrenicul poate avea un debut lung, de câțiva ani, în care să aibă alte trăsături. Forma hebefrenică are o bogăție delirant-halucinatorie și o mare incoerență. Caracteristică e deci o mare bufonerie, o euforie nătângă, deplasată. Debutează la tineri, în adolescență; deodată se pare că tânărul își lărgeste orizontul, o observație clasică este că se ocupă de filosofie, nu ceva sistematizat, e o predilecție pentru filosofia asiatică, indiană, yoga, parapsihologie, cumpără multe cărți, își pune cele mai mari probleme, toți îi par niște furnici semiautomate și semiconștiente, în contrast cu ce este sensul omului, al demnității umane și cu tot ce este încercare de a da acestei lumi „un dram de poezie”. Pentru asta se retrage în camera sa, scrie mult, zi și noapte poezii. Vine bacalaureatul, facultatea, dar el se ocupă doar de filosofie și nu crede că este cineva mai deștept ca el și mai citit ca el, care să poată să-i corecteze ce a scris și să spună dacă are talent sau nu. Neagă că este îndrăgostit și consideră că nu va putea găsi o fată care să corespundă idealului său. După ce trec câțiva ani și vezi că dincolo de imaginea de filosof original și genial nu este decât fum, o nonvaloare, ajunge la psihiatrie și îl apucă un râs prostesc și o ironizare pe ani de zile împotriva tuturor. Un fel de ironie continuă, bufonerie, în care debitează incoerent tot felul de idei trăznite. Este o criză pubertară atipică și care nu mai trece și evoluează nefavorabil, deși la început părinții cred că evoluează favorabil, pentru că el face saltul către un raport sexual sau către veselie, golănie; părinții cred că asta îl va vindeca de filosofia anterioară. Hebefrenia în faza de stare e boala care ilustrează conceptul de disociere, de incoerență.

Forma catatonică (cu variantele lucidă și oneiroidă) e forma împietrită în gesturi, atitudini (stupor), catalepsie, mișcări stereotipe, mutism, negativism verbal și alimentar. Forma lucidă poate avea formele stuporoasă și agitată. Reprezintă apanajul unei vârste mai tinere și dă impresia unei persoane slabe, contrar paranoidului. Catatonicul dă impresia că reacția lui e ca o apărare depășită, adică un om care nu mai poate suporta și rămâne într-o poziție; e omul de care nu ne temem, e singurul bolnav de schizofrenie de care ne e permanent milă, fiindcă nu mănâncă, slăbește, e un bolnav foarte mult îngrijit de familie și de personal, fiindcă e și cel mai ușor de remis terapeutic. E deci și o satisfacție și un succes al nostru, deoarece el apare nespécialistului ca un mort, dacă nu mănâncă, dacă zace așa, pare pentru omul simplu ca o agonie. Catatonia e mai rară, mai frecvent vedem mici tablouri catatonice, pe care le observăm pe alte fonduri, mai ales refuzul verbal, alimentar, mai rar semnul lui Kraepelin și Befehlautomatismii. Deci ne apar ca niște tineri foarte blânzi, înfricoșați, cât sunt în stupoare. Dar pot surveni agitații și agitația catatonică este una din cele mai periculoase, adică ca și cea din epilepsie e oarbă, plastică, nu poate fi stopată, amintește

de o situație cu un parkinsonian căruia i-ai dat un ghiont și nu mai poate fi oprit, merge înainte, dă impresia unui automatism, asupra căruia imobilizările și injecțiile nu dau rezultat. A doua zi trebuie făcut un ES, care poate să-l mai scoată din agitație.

Școala franceză nu a descris niciodată o catatonie pură, ar fi mai mult apanajul școlii germane, fiindcă s-a observat mai ales în formele agitate că se intrică cu hebefrenia și de aceea se preferă eticheta de hebefreno-catatonie, adică sindromul de agitație ar aparține nu catatoniei ci manifestărilor hebefreniei. Astăzi se recunoaște numai forma recurentă și aceasta e cea mai curabilă. În contrast cu forma hebefrenică, forma catatonică reacționează bine la tratament, deci pot exista remisiuni foarte bune. Aceeași formă a avut-o și Schumann, care făcea forme cu inhibare 2-4 luni și era în stupoare, când toată lumea îl credea demențiat, ca apoi să-și revină, să fie normal și să compună. E de obicei periodică și benignă (hebefrenia are o evoluție foarte proastă, prognostic prost, defect mare).

Forma hipocondriacă. Impusă de Huber, în 1958, ca o formă de nevroză cenestopată gravă și prelungită, care de fapt se dovedește mult mai gravă pentru că prezintă delir cenestezic, o stare disforică pe fondul căreia apar idei dimorfofobice, idei hipocondriace rezistente la tratament. Huber a descris o mărire de ventricol trei evidențiabilă prin PEG, care ar corespunde unei anomalii hipotalamice.

Forma recurentă (forma afectivă) este cu un tablou asemănător PMD, care însă are ca atipie elemente delirante și halucinatorii (chiar dacă sunt episodice). Între accese nu găsim o perioadă bună, normală. Pune probleme dificile de diagnostic diferențial cu PMD.

Forma asteno-juvenila e o neurastenie gravă, care duce la invalidare (una normală își revine după 2-3 ani de tratament, munte etc.).

Forma grefată apare la oligofreni, care la o anumită vârstă pot adauga aspecte de schizofrenie. Este o catastrofă. La puținul mental pe care îl aveau, acum se disociază și acela.

Forma tardivă. Bleuler a descris în 5% din cazuri o formă cu apariție tardivă, după 60 de ani, cu simptomatologie tipică de schizofrenie, tip paranoid. În stabilirea diagnosticului se cere excluderea semnelor de organicitate involuționale.

Există și unele cazuri care pot trece în timpul evoluției dintr-o formă clinică în alta, sau pot avea la un moment dat semne din mai multe forme clinice, de exemplu o formă hebefreno-catatonică care ulterior evoluează către o formă paranoidă.

În capitolul „Schizofrenia și alte tulburări psihotice” din DSM IV sunt descrise formele paranoidă, dezorganizată, catatonică, nediferențiată și reziduală ale schizofreniei.

Așa cum a remarcat Bleuler, schizofrenia este patognomonică prin faptul că nu dă vindecarea puseului ci doar o remisiune cu defect. Toți clinicienii au observat că defectul este progredient, cu alte cuvinte balanța între fenomenele pozitive și negative trece în favoarea celor negative (Andreasen). În anumite momente ale examinării, când bolnavul nu este în puseu, anturajul sau un alt doctor decât cel care cunoaște cazul, nu găsește nici o tulburare și uneori se îndoiește că bolnavul a fost schizofren. Acest fapt tulbură conștiința de sine a schizofrenului și complianța ca și încrederea în justificarea tratamentului anterior. De asemenea ridică foarte multe probleme medico-legale. În acord cu școala elvețiană, Scharfetter, Ciompi, noi credem că defectul sau tulburarea negativă a personalității schizofrene este de natură teleologică: schizofrenul ori nu mai e capabil de scopuri mari ori nu are tenacitatea să le realizeze. De aceea el nu este un elev prost însă nu termină, nu este un student prost dar nu termină, nu este un profesionist prost, poate ști chiar mai multe decât practicianul dar nu își pune meseria în valoare.

Diagnosticul pozitiv

Se pune clinic pe examinarea fenomenologică a trăirilor bolnavului. Diagnosticul de schizofrenie se pune greu dacă bolnavul ascunde, simulează trăirile, nu sunt dispuși să povestească. Este greu să le capeti încrederea și să-i faci să vorbească. Diagnosticul trebuie pus foarte prudent – poate fi vorba despre viață și moarte, poate fi vorba despre a ține o familie, copii, armata. Deci poate e mai bine să greșim prin minus decât plus. Medicul tânăr tinde să pună mai mult decât trebuie acest diagnostic. Deci s-ar putea spune că e o impulsivitate la diagnostic, care pornește de la înțelegeri limitate ale tabloului clinic. Dacă are de pildă halucinații, asta îl obnubilează imediat pe cel care ascultă și psihiatrul se gândește la schizofrenie. De asemenea, dacă bolnavul spune – o urăsc pe mama sau vreau să omor pe tata – medicul își spune că e o inversiune și spune că e schizofrenie. Dar, înainte de a-i studia problematica, să vedem care sunt simptomele pozitive, în care trebuie să credem. Diagnosticul pozitiv e clinic, nu de laborator.

După Kurt Schneider există simptome de rangul I și de rangul II. Dacă se întâlnesc ambele e cu atât mai bine pentru a pune diagnosticul. Numai cele de rangul II nu sunt suficiente pentru diagnosticul pozitiv.

Simptome de rangul I :

1 – sonorizarea gândirii. Sonorizarea înseamnă ruperea de unitatea gândire – limbaj, cu o ascuțire a laturii fizice a fenomenului. Avem impresia că suntem prizonierii unei gândiri sonore. Această uimire o avem în mod normal când intrăm într-o pesteră și dacă auzim ecoul nostru suntem foarte mirați etc.

2 – dialogul vocilor ; vocea reprezintă un străin, să nu înțelegem la modul literar; vocile comentează propria activitate, îi ordonă lucruri contradictorii, sunt imperative și prin aceasta periculoase („fă, drege, omoară“ etc., „el îmi spunea și eu îi răspundeam“). A vorbi cu tine însuți e o dedublare care poate fi și la normal, adică îți spui că ție însuți îți spui, dar atunci când spui așa, te referi la sinele tău ca la o a 2-a persoană (alter ego). Pentru că personalitatea schizofrenului e scindată – scindarea e profundă și duce până la nivelul halucinator. Fiindcă e o halucinație adevărată, schizofrenul îi răspunde ca unei persoane străine; și schizofrenul poate trece prin fenomene de atenuare a halucinațiilor (halucinoza) și să spună „dă-le încolo, că nu le mai raspund“ sau „nu contează, nu mă interesează ce spun“.

3 – voci care comentează propria activitate; activitatea e un lanț automat, pe care se așează câteva verigi voluntare; în modalitatea patologică se rupe lanțul automat, fiecare verigă poate trece din nou prin gândire, nu numai cea proprie dar și cea comentată. Ori o voce care comentează continuu devine obstacol al activității, încurcă foarte mult.

4 – sindromul Kandinski-Clerambault, constând în: pseudohalucinații, idei de influență (mai ales influențe corporale; aici intră povestea cu raza etc.). Corporalitatea reprezintă cea mai profunda disociere; când cineva își pierde spiritul, poate să nu știe, să nu-l doară asta niciodată, dar când se atinge ceva de corpul lui, atunci își ia neapărat bon la dentist... toate cazurile e în stare să le îndure, pentru ca să își aranjeze corporalitatea. După aceeași modalitate, schizofrenul consideră că dovada cea mai gravă a suferinței și persecuției lui e atingerea organelor genitale și a celor vitale.

5 – depersonalizare (adică în plină luciditate începe să aibă un comportament delirant-halucinator), derealizare gravă și persistentă

6 – percepții delirante. E de fapt o tulburare de gândire, o interpretare delirantă, e una din laturile delirului primar, aleasă de Kurt Schneider din seria lui Brühle ca cea mai sigură pentru diagnosticul pozitiv; aici mai erau și *Wahnstimmung*, *Wahneinfall*, deci celelalte fenomene de delir primar, pe care el nu le considera de prim rang.

7 – idei de relație (mai delicate) – delirul izbucnește treptat de obicei cu aceste idei („colegii vorbesc despre mine, râd de mine, eu acolo nu mă duc“)

Influența în domeniul afectiv, instinctual, volitiv; deci nespuse de voci, dar simțită ca atare – „sentimentele îmi sunt comandate și însăși voința de acțiune“.

Simptome de rangul II :

- celelalte halucinații (optice, gustative, olfactive, cenestezice)
- intuițiile delirante.

După cum se vede, majoritatea sunt laturi ale depersonalizării și din această depersonalizare – sindromul de influență exterioară Kandinski – Clerambault – este în prim plan ca delir primar.

Cu cât sunt mai multe semne, cu atât mai bine pentru diagnosticul pozitiv. Cu cât sunt mai puține și mai nesigure, trebuie să fim prudenți. Dacă sunt foarte izolate, trebuie măcar să fie de rang I. Această multitudine sau izolare de semne în diagnosticul pozitiv vine din trăsătura care trebuie înțeleasă la schizofren – acesta, în contrast cu istericul, ascunde foarte mult. Dacă istericul e înclinat la simulare, schizofrenul e înclinat la disimulare.

Mai trebuie să amintim și alte fapte importante, pe care trebuie să le avem la diagnosticul pozitiv. În examenul unui bolnav presupus de schizofrenie, suntem izbiți de sentimentul discordanței, acel *precox gefühl* descris de Rümke, inversul empatiei lui Jaspers. Aici e o condiție pusă de Kurt Schneider, dacă vrei să mergi pe sentimentul empatiei, trebuie să fii tu ca psihiatru un neschizofren cald, să știi ce e empatia, să ai timp să discuți cu bolnavul și să faci un examen psihic foarte omenesc, deci ne putem înșela dacă ne lăsăm pe antipatia pe care o avem dacă unul ne bate brusc la ușă, ne abordează brusc, etc.. Empatia, sau inversul ei, adică *Precoxgefühl*, se poate observa după un minim de o jumătate de oră de discuție informală, relaxată. În practică, această situație e destul de rară; nimeni în gardă nu mai are o jumătate de oră, nimeni în activitatea zilnică dacă nu e perfect organizat, nu poate să stea nici un minut relaxat de vorbă cu cineva, cu nimeni, nici cu ai lui, fiindcă dintr-o viață extrem de dezordonată, nu mai putem să aplicăm ceea ce știm. Bolnavul nu admite în legătura empatică ca dta să dai 15 dispoziții, telefoane, te ocupi de 2-3, adică concomitent faci o mie de chestii și chipurile vrei să intri și în sufletul lui. Psihiatru poate folosi termenul acesta vag, când nu îndrăznesc să spună de altul că e nebun, spune că el nu îl înțelege, nu poate stabili o legătură cu el.

Studiul axei longitudinale a persoanei e un semn și mai valoros, deci biografia povestită de aparținător. E bine dacă se poate în sedințe separate să rezervăm și aparținătorului o jumătate de oră, minim, să ne povestească viața subiectului și când s-a produs cotitura; familia ne poate povesti cum s-a produs o schimbare radicală, dar bolnavul nu are conștiința acestei schimbări, asta ne ajută fiindcă un psihopat chiar răutăcios va recunoaște că a făcut anumite prostii și trebuie să se schimbe, dar schizofrenia la debut are o incapacitate simptomatică de a-și schimba atitudinea – spune că mama e nebună, că îl pisează, etc. Ordinea practică ar fi problemele în faza de debut, în faza de stare, în faza terminală.

În debut, e important chiar pentru bolnav, deoarece o schizofrenie tratată în primii 3 ani e altceva decât schizofrenia tratată după ani de ignorare de boală. E greu pentru că 75% au debuturi mascate și lente, care se întind pe ani de zile, deci tot ce vom numi în această perioadă nevroze, psihopatii, reacții – se pot dovedi ulterior debuturi de schizofrenie. Pozitiv în aceste povești banale și reactive ar fi să urmărim niște fenomene – tendința la visare cu ochii deschiși, vom da la o parte tendința generală că suna ceasul și mai stăm 5 minute – e vorba de tendința schizofrenului de a se retrage

de mai multe ori pe zi în camera lui și poți crede că învață, dar se întinde pe pat, cu ochii în tavan, deci să ne asigurăm că nu-i e somn, îi trec fel de fel de lucruri, când luăm contact vedem că problematica lui e destul de serioasă și profundă. În această visare el își trece prin cap conflictul lui, nerealizările lui sexuale, neînțelegerea profundă cu familia care îl presează pentru realitate și el nu poate să se apropie, comparația pe care o face continuu că poate el nu a fost născut așa, poate că eu sunt altfel și ei nu mă înțeleg pe mine, ce rost are să fiu și eu ca ceilalți, deci este un anume tip de frământare care ne pune pe gânduri. El nu are de fapt o frământare ca a neurastenicului: ce bun eram eu, dacă mă duc la munte și mă refac, oare mă vor primi? Voi mai avea oare aceeași considerație din partea celorlalți sau mă vor da la o parte, mă vor socoti un bolnav mintal, etc. Deci e o diferență de problematică în acest dialog interior.

Trăsături care conferă tablourilor marginale – atipie: concluzia zilnică a familiei că are de-a face cu un indisciplinat, încăpățânat ieșit din comun, care s-a izolat și care dacă treci peste o anumită margine în fiecare zi, ajunge la violență. Necruțarea cu care critică toate acțiunile familiei și raceala, lipsa de interes pentru muncă, joc, relaxare. Face totul așa ca să fie făcut, chiar aniversarea lui i se poate părea o absurditate la care trebuie să participe, ca să nu mai facă scandal – i s-a făcut tort. Această înstrăinare e atipia tablourilor neurastenice și a decompensărilor psihopatie, presarată cu momente emoționale deosebite, care nu se petrec în public ci în camera lui, unde poți să îl găsești plângând; disperă, moment de luciditate a condiției lui deosebite, să spună că nu mai poate să se concentreze – îmi dau seama că nu pot merge mai departe, este de fapt momentul cel mai propice pentru a merge la doctor și el să descifreze în tabloul neurastenic atunci posibilitatea începerii procesului de care spuneam. Ceea ce el spune doctorului în această perioadă e numai durerea de cap, a slăbit vederea și nu mai poate să învețe cum învața; familia însă, luată în particular, vă poate spune tot ce am relatat mai sus că atipia acestei neurastenii și discuția profundă pune în valoare unul din cele opt fenomene spuse – și atunci spunem că e nevoie de internare 6 săptămâni pentru un tratament mai serios; cam atât spunem, fără să spunem familiei că e schizofrenie, rămânând să vedem cum se va comporta la acest tratament mai serios, dar nu spunem că e obosit și să-și ia o fetiță să se ducă la Sinaia – se va duce singur cu bani, poate să îi piardă, cu niște probe de indiferență care ratează pentru 1-2 luni ce trebuia început.

Ce e pozitiv în perioada de stare? Se poate întâmpla ca debutul să fie acut, psihotic și să nu ne pună probleme, sau să se întâmple ca bolnavul să fie reinternat, sau să vină de la alt pavilion, atunci să iei totul de la început chiar din perioada de stare, adică să te îndoiești de diagnostic și să te întrebi – de ce li s-a spus acestor bolnavi că au schizofrenie?

Ce este pozitiv? Îl lași pe bolnav să vorbească cât mai mult, vei vedea că se simte bine și că e cvasinormal. Schimbi la un moment dat stilul, punându-l în condiții de trac, adică întrebându-l mai dur, mai incisiv, manifestându-te tu un moment mai emoționat și el poate vedea o latură a ta pe care nu o bănuia; tu până atunci erai calm și pasiv, ascultai povestea lui – în asemenea condiții de trac el nu mai ține firul vorbei, începe să se piardă, vorbește alături, se oprește, gândirea lui devine mai vagă. Dacă insiști puțin s-ar putea să pui în valoare fenomene mai profunde, fiindcă dacă vei insista în acest moment este posibil să ai semne mai importante. Poți să îi spui atunci un proverb, spre deosebire de omul obișnuit sau mediocru intelectual, care ori răspunde normal ori nu răspunde, că nu prea știe. Schizofrenul va trânti un răspuns simptomatic – e un tip de răspuns pe care nu l-ai auzit niciodată în viață și pe care pe moment nici nu îl înțelegi și reiei cu el proverbul și observi că el mai dă și alte explicații fără legatură, deci el e capabil să judece, să gândească într-un fel bizar și gratuit, nu așa cum ar trebui să gândească un om pus la un excitant foarte banal. S-a vorbit de gândirea amorfă și fragmentată a schizofrenului în care de fapt intră această tendință la vag, cu o mulțime de greșeli, de la o pronunțare proastă la o proastă folosire a sensului – un sens prea lărgit sau prea îngustat al cuvântului. Pentru chestiuni fine de lingvistică poți să nu fii pregătit, dacă ești pregătit numai pentru a decela halucinații sau delir. Acestea sunt cazurile cele mai grele, în care nu avem fenomene grosolane și totuși sunteți forțați să iscăliți sub un diagnostic. Mayer-Gross consideră că atât fenomenele delirului primar cât și ceea ce se cheamă la Bleuler disociație, discordanță, adică fenomene negative, nu sunt semne patognomonice pentru schizofrenie.

Dacă nu există semne de prim rang, diagnosticul se amână până la a 2-a, a 3-a internare și cei care sunt prudenți așteaptă chiar 1-2 ani pentru pronunțare. Nu e un defect profesional al psihiatrului, ci o prudență profesională tocmai pentru seriozitatea diagnosticului. Închipuiți-vă să fie o rudă de a voastră și să fie nevoie să-l însurați cu un caz problemă, să nu fie schizofrenie, să fi venit cu o reacție la camera de gardă și să i se fi scris schizofrenie. Asemenea încercături pot să nenorocească definitiv anumite existențe.

Diagnosticul pozitiv se pune pe psihopatologie, deci pe meseria și conștiința psihiatrului.

Diagnostic diferențial

Întărește de fapt diagnosticul pozitiv, care va fi lăsat ca o concluzie firească. Diagnosticul diferențial poate fi un prilej de confuzie psihiatrică, de erudiție stralucită, prilej de demonstrație a valorii practice a omului care o face.

Capitolul acesta este dezarmant mai în toate tratatele, fiindcă după ce descrie o boală în toată frumusețea ei, la diagnosticul diferențial începe un joc de fraze că nu mai știi până la urmă dacă nu a repetat toată psihiatria la

boala respectivă; și la următoarea se repetă, așa încât psihiatria apare foarte grea în ajun de examen mai ales. Arhitecturizarea asta merge foarte greu.

Înșirând în ordinea apropierii și depărtării de diagnosticul pozitiv ar fi: schizotimia, schizoidia, parafrenia, paranoia, schizofrenia afectivă, psihoza maniaco-depresivă, tulburarea schizofreniformă, halucinația Wernicke, oligofrenia, neurastenia cenestopată, psihastenia, crizele isterice, confuzia mintală, epilepsia, demențele. Ar fi aproape toată tabla nosologică a psihiatriei, cu toate acestea nu e o ordine întâmplătoare. Spre deosebire de psihopatologie, unde tabla nosologică se expune de la ușor la complex, adică psihopatii, nevroze, psihoze, demențe, o ordine naturală a gravității, în diagnosticul diferențial trebuie să pornești de la schizofrenie, ea interesează.

Ce are comun cu *schizotimia*? Are izolare, timiditate, rușine, introversie. Ce are deosebit? așa e totdeauna, are realizări sociale de care nu se plânge și nu poți pune diagnosticul. Schizotimul poate fi academician, deci are o condiție de a pune la dispoziție gândirea abstractă și de a proiecta în forme sociale de creație. Asta dacă e intelectual strălucit; e un anume tip de artist abstract, anume tip de creator mai încuiat – nu participă la banchetul dat în cinstea lui, ne sfidează. Dacă e fată, schizotimia nu o oprește să iasă doctor, dar se căsătorește mai greu și are nevoie de un partener relativ asemănător. Rămâne o persoană mai discretă, conștiincioasă la serviciu și serioasă și rezervată în relațiile de familie, mama îngrijorată.

Schizoidia presupune o calitate nouă, care face din subiect un tip bizar, fără să aibe semne psihotice, nu duce o viață de grup, nu se căsătorește de loc, își vede de viață în mod misterios. Contactele cu lumea sunt minime, formale, reci, persoana se adâncește de obicei în studii abstracte de bibliotecă, evitând spectacolele, demonstrațiile, lupta, viața.

Schizofrenia paranoidă e foarte apropiată de *parafrenia fantastică*, în ambele fiind vorba de un delir cronic incoerent. Deosebirea constă în faptul că parafrenia, în afara momentelor delirant – halucinatorii, dă impresia unei personalități neautiste care se comportă relativ normal.

Are comun cu *paranoia* delirul de persecuție, dar nu se poate confunda cu aceasta, fiindcă paranoia reprezintă un delir cronic sistematizat nehalucinator, bazat pe o interpretare falsă dar cvasiverosimilă a realității. Paranoiacul proiectează o pseudorealitate pentru care luptă și convinge; e un fanatic extrovert în timp ce schizofrenul e un introvert misterios, care nu e în stare să afirme o realitate convingătoare și în care lupta nu se desfășoară într-un plan social ci doar într-un cadru intrafamilial.

Schizofrenia afectivă se poate confunda cu *mania*, în ambele fiind vorba de crize hipertimice, dar în timp ce în manie se produce o restitutio ad integrum, în schizofrenia afectivă se instalează un defect de personalitate. De asemenea nu se va confunda mania cu hebefrenia, mania având o euforie

transmisibilă, o fugă de idei relativ coerentă și isteată, în contrast cu euforia nătângă, de proastă calitate a hebefrenicului.

Schizofrenia în faza de debut în forma hipocondriac-paranoidă, ca și în remisiune, poate prezenta un sindrom depresiv, care nu se va confunda cu melancolia, fiindcă se însoțește de restul simptomelor din seria discordantă. În plus, melancolicul se autoacuză, în timp ce paranoicul acuză.

Tulburarea schizofreniformă. Schizofrenia ca psihoză endogenă trebuie deosebită de sindroamele schizofreniforme descrise de Langfeldt în 1936. Acestea sunt sindroame disociative condiționate organic cerebral, în cadrul unor encefalopatii posttraumatice, toxice, infecțioase, alcoolice sau involuționale. Aici anamneza este decisivă și de asemenea prezența unor elemente ale sindromului psihoorganic (scăderea nivelului axial).

În sensul DSM IV TR, tabloul clinic este același cu debutul de schizofrenie, diferența este dată de criteriul timp, tulburarea fiind sub 6 luni (tulburarea schizofreniformă).

Halucinoza Wernicke – e vorba de un alcoolic cronic (minim 3 ani de pierdere a controlului de a bea, exces de alcool), care aude voci care râd de el la persoana a treia. Nu sunt alte fenomene de automatism mental, adică influență, hipnoză, furt, alte procedee, deci e un fenomen relativ izolat pe baza căruia el își face un delir de persecuție și e riposta conform cu aceste trăiri ale lui. Tratamentul este mixt; se face dezintoxicarea, dezobișnuirea de alcool și tratamentul antihalucinator. Chestiunile nu sunt așa simple, deoarece o parte din schizofreni devin cu vremea alcoolici cronici și atunci avem: schizofrenie paranoidă, halucinoză Wernicke. Deci e un schizofren și un alcoolic cronic. Alcoolic cronic care să devină schizofren nu există, aici e și confuzia.

Relația cu *oligofrenia*; la un examen insuficient, un oligofren poate fi luat drept schizofren. Are în comun: pare la fel de nătâng, în afara lumii, prost îmbrăcat. Deosebit: oligofrenul e un instinctual, e viu, ca un cățeluș care ușor devine fidel sau mușcă, adică e același mecanism, e legat de oameni (*am venit cu mămica*). Schizofrenul zice – *ce ai venit cu mine... ce, nu pot să vorbesc și singur cu doctorul, când vorbesc eu tu să taci...* Un oligofren nu va vorbi niciodată așa. Vital, schizofrenul dă impresia de mort. Oligofrenul are poftă simple, vrea acadele, înghețată, e în climatul infantil în care vrea continuu. Dar există schizofrenie grefată pe oligofrenie, care aduce o notă de disociație; e debilul cu școlarizare minimă, care nu mai vrea să accepte condiția pentru care a fost pregătit, pentru că ori aude voci sau pedagogul îl persecută, ori se teme că ceilalți vor să-l omoare; deci e reacția debilului mintal în școala unde învață, deci nu mai poate să continue acolo. Va rămâne în depozitul de cronici al psihiatriei. Mai e un fapt. Depinde de vârsta debutului, în sensul că dacă procesul începe mai devreme, chiar dacă a fost un copil suficient de inteligent, nu a fost destul de pregătit în momentul

când a început. Adică la 12 ani, de exemplu, nu e ca un om de 35 de ani cu debut de schizofrenie paranoidă, ca experiență de viață. De aceea, pentru același motiv, un hebefren apare nătâng pentru paranoid, deci în cadrul formelor când avem în vedere aspectul intelectual, ținem cont de nivelul premorbid pe care îl are bolnavul, deci capitalul pe care îl va risipi ulterior.

Relația cu *neurastenia* este foarte frecventă, atât din cauza sărăciei de forme atipice care să ne facă să ne gândim la altceva, cât și din cauza pressing-ului de policlinică, care nu permite să îți dai seama de un proces, adică noi zicem să gândim, dar acolo trebuie repede și cu formulă, fiindcă știi că atunci când începi să gândești, faci rebeliune în sala de așteptare. Și unii mai spun și – de ce stă atât cu domnișoara? Chiar familiile preferă să ținem mulți ani termenul de neurastenie. E un semn de efort, de distincție până la un punct; am muncit, m-am zbatut, am obosit, dacă eram golan nu aveam neurastenie; din aceste motive schizofrenul are realmente comun în primii ani o latură neurastenică – nu mă pot concentra, mă doare capul, nu văd bine, am albit, nu am poftă de mâncare – elemente comune cu neurastenia. În perioada de stare și după tratament, ani de zile sau chiar toată existența, are acuze neurastenice (*nu mai sunt cine am fost, nu mai pot – nu mai aud voci, dar nu pot munci*). Neurastenicul se socoate un bolnav, vrea să se trateze și o face ani de zile, se îngrijește ani de zile prin spitale și sanatorii, are un interes pentru boala lui, pentru refacere; știe toate procedeele, bea toate sucurile, lăptișor, etc. În schizofrenie, neurastenia e doar un argument pentru a fi lăsat în pace. Pe primul plan e indiferența, vrea să fie lăsat în pace, e rupt de lume. Nu merge la cinema, fiindcă îl doare capul (neurastenic) ci fiindcă nu-l interesează. Filmele îi par pentru debili mintali, și e la fel cu toate schimburile omenesti, în timp ce neurastenicul, chiar el ne induce în eroare, își reduce contactele, nu mai face foarte multe lucruri pe care le-a făcut pentru a dormi mai mult, să se refacă – *sâmbata, duminica, nu mai vreau să văd pe nimeni, vreau să mă odihnesc ca luni să pot să o iau de la cap, ce știu cei care vin în vizită ce suport eu* – este neurastenic. Schizofren, de principiu și de ani de zile, nu poate accepta contacte, etc., atunci mama dă explicația că are o astenie mai serioasă, dar așa ea maschează o schizofrenie cel puțin simplă, dacă nu forme clare cu scandaluri. Dar schizofrenia francă într-adevăr nu se poate ascunde până la sfârșit.

Relația cu *psihastenia*. Apropierea este foarte mare și atât în debut cât și în decompensări psihastenice sunt sindroame obsesivo-fobice. Schizofrenia este mai mult decât sindrom obsesivo-fobic, pentru că pe lângă obsesii și fobii, survin și fenomene de influență (Sd.Kandinski – Clérambault), deci se șterg marginile persoanei, se depersonalizează. Au fost clasice confuziile în ambele sensuri. A fost cea de tip francez, în care s-a văzut multă psihastenie, după Janet, și au fost schizofreni netratați considerați ca niște defecte psihastenice. Trebuie știut că dacă aveți răbdare nu îi puteți

confunda, fiindcă psihastenicul este foarte legat de medic, este cel mai fidel pacient și cel mai interesant. Cu el se poate colabora, cu el se scriu cărți. Cu schizofrenul nu se poate face nimic, te pisălogește cu sexul, cu onania, cu fobia de nebunie; este schizofren, dar are fobia de nebunie, pentru că el a practicat onania și tata l-a bătut în cap. Deci sunt două personalități diferite, psihastenicul rămânând o persoană umană cu problematică penibilă, schizofrenul pierde această persoană și se îneacă în niște aspecte obsesivo-fobice care sunt minore față de faptul că el a pierdut calitatea de student, familia, serviciul.

Relația cu *isteria* în crize. Are comun cu isteria ripostele demonstrative – când îl rogi să vorbească mai încet, el țipă, se zvârcolește pe jos la modul infantil, că nu i-ai dat o țigară, că nu vrei să fumeze în casă, ești tiran, are deci foarte multe trăsături histrionice, așa că în debut, ani de zile, familia se opune la faptul că tu îi spui – *trebuie internat!*, iar ei susțin că *-e golan și face teatru, cum ați plecat dumneavoastră, s-a liniștit*. Totuși, isteria este cum o știm noi, o poveste de dragoste încurcată – ea e frumușică, s-a uitat la el, mai mare, cu doi copii, a dat divorț și se așteaptă că o să fie păruită. Se produc crize la serviciu, cade, el vine, o duce – *de ce nu te grăbești, mi-ai promis!* Deci sunt niște pressing-uri de dragoste, cu încurcături foarte umane. De asemenea ea vine în post, acolo e un aranjament pe care îl observă, ea e mai curtată, încep micile conflicte și ea începe să-și ia concediu. De ce i-a dat? -poate are ceva cu doctorul, cu șeful. Sunt niște lucruri reactive, omenеști, toată lumea le înțelege și tot restul spune că ea e o prefăcută, în timp ce schizofrenia are manifestarea în familie, lucrurile se petrec cu mama, cu bunica, și când mergem în vizită arată normal și familia spune – *eu mă mir că e așa de politicos*; toți sunt încântați de înălțimea discuțiilor – *mă mir că acasă vă face probleme*.

Relația cu *confuzia mintală*. Aici nu ar trebui să se facă încurcături, în sensul că schizofrenia, prin definiție se desfășoară la un regim de veghe, luciditate, în timp ce confuzia are următoarele semne: obnubilare cel puțin și sindrom confuzional. Are adesea o patogenie toxiinfecțioasă, posttraumatică, un eveniment biologic corporal în cadrul căruia se produce o tulburare mintală ori o boală somatică gravă finală. Practic, momentele de debut și de încurcătură cu alcoolul pun probleme. Confuzia mintală e de obicei spectaculoasă, de scurtă durată, evoluează în „crisis“, în timp ce confuzia din debuturile schizofrene se lungeste într-un „lisis“. Dacă la început era vorba de ceva oniric, oneiroid, poate chiar crepuscular sau amenzial, sau numai de obnubilare, ulterior fenomenele acutissime se retrag, și ne găsim într-un echilibru care nu ne convine fiindcă observăm fenomene psihotice la un nivel de conștiință mai ridicat și care arată evoluția procesului psihotic.

Relația cu *epilepsia*. Dacă orice formă de schizofrenie vă face o criză majoră văzută de voi personal, incontestabilă și nu descrișă aproximativ, atunci toată

povestea va fi tranșată și băgată la epilepsie care e o boală organică, mai grea decât schizofrenia, deci din acel moment aspectele paranoide trec pe planul doi, sunt mai puțin interesante, nu vom lupta cu halucinațiile, dându-i mereu haloperidol, fiindcă pe noi ne interesează să ținem în frâu fenomenul epileptic, care este agresiv, violent, declanșator, periculos pentru el și alții. Aici vom vedea dosare groase, cu ambele diagnostice, ba epilepsie, ba schizofrenie paranoidă. Pediatrii au chiar o probă terapeutică – dă un fenobarbital și vede el... Noi am pierdut acest obicei la adulți, dar vreau să-l introducem la cazurile dubioase. Deci excludem total cealaltă medicație și dăm trei zile fenobarbital. Dacă agitația trece și delirul se risipește, atunci vei vedea că aceste fenomene aparțin altui tip de proces. Tratatele nu spun să facem această deosebire, ele merg pe deosebiri psihopatologice, adică epilepticul e vâscos, bradipsihic, monotematic, e mult mai îngust, e hipocondriac, minuțios, cenestopat, halucinații mai mult vizuale, în timp ce schizofrenul e mai abstract, cu fenomene de influență exterioară, cu pseudohalucinații auditive. Aici nu poate exclude fenomenul chiar un EEG negativ, chiar activat și efectuat repetat. S-a înregistrat și fenomenul opus, de a pune prea frecvent diagnosticul de epilepsie temporală, în cazuri de schizofrenie paranoidă. Aceștia pot fi psihiatri de formație neurologică, pentru care boala mintală unică nu este schizofrenia cum este la psihiatri ci este epilepsia.

Relația cu *demența*. Schizofrenii îmbătrânesc într-un mod special. Fizic par mai păstrați iar mintal tind către o apatoabulie finală, care practic e foarte aproape de demență. Și totuși nu este demență propriu-zisă cu prăbușirea organică a memoriei și dependența absolută de mediu. Este mai mult o indiferență desăvârșită la trecerea timpului și istoriei.

Mai sunt de făcut anumite diferențieri, față de simulant. La pușcărie, înainte de armată, se joacă scena nebuniei. Începe un amok. Psihiatrul care e de teritoriu va fi și un mic vultur, care cunoaște întâmplările comunității, valurile chemării și tot ce înseamnă simulare. Trebuie văzut contextul psihogen, inteligibil, prin care transpare interesul antisocial. A ieșit din vârsta armatei, s-a terminat, a intrat în cele „omenești” – scandalurile psihopaților, bețiile, tâlhăriile și bătăile. Urmează apoi omul normal, gospodarul, care poate avea probleme cu gestiunea. Timp de mulți ani nu a avut probleme cu controalele, a ieșit perfect pentru că nu s-au făcut. Când vine un debutant încăpățânat, căruia nu îi este frică de amenințări, va descoperi încurcăturile. În fața acestei situații, se produce o catastrofă. Nici amicii, nici șeful nu te mai cunosc. Atunci se fuge rapid cu el la Spitalul Central, fiindcă în jur de 50 de ani a înnebunit, nu mai știe de el.

Acestea sunt situații frecvente de simulare masivă, pe care trebuie să le știți. Dacă la asta adaugăm intelectualul, care nu credea că poate fi închis și numai când se vede în celulă își dă seama că este o realitate ireversibilă, vă dați seama că reacția lui poate semăna cu o schizofrenie, cu agitație

îngrozitoare, tipă încontinuu, e deci o agitație isterică maximă, care se poate confunda cu o schizofrenie.

În ultimul timp, trebuie avută în vedere și posibilitatea unor tablouri schizofreniforme la cei care consumă droguri.

Putem cita și un caz de disimulare genială, cea a lui Rudolph Hess, un intelectual strălucit care a reușit să inducă în eroare toată conducerea partidului nazist. Avusese antecedente schizofrene, mascate sub neurastenie, dar era un schizofren care apărea ca eminența cenușie pentru partidul respectiv, producând la un moment dat foarte mari încurcături și care în mod ciudat a luat un avion și a zburat în Anglia.

Se mai poate vorbi de sindroame schizofreniforme pe fond organic (toxic etc.), tulburări nepsihotice – dezvoltări la psihopați (care pot spune o mulțime de grozăvii), reacții induse de oameni răuvoitori, manii colective (au văzut farfurii zburătoare, etc.).

La diagnostic diferențial, DSM IV TR accentuează dimensiunea în timp – psihoza scurtă 2 săptăm – 1 lună, psihoza schizofreniformă până la 6 luni, schizofrenia acută până la trei ani, schizofrenia cronică – peste 3 ani. În psihiatria modernă se dă mare atenție la remisiunii cu defect, mai exact defectului, care este o tulburare de personalitate, care este obstacolul principal în resocializare.

Evoluție

Prin definiție evoluează subacut sau cronic, îndelungat, ani sau toată viața. Dacă în patologia generală se poate vorbi de vindecare, în schizofrenie, dat fiind defectul patognomonic al bolii, se folosește noțiunea de remisiune. Cel puțin 1/3 nu dă remisiuni, 2/3 dau remisiuni.

Caracteristic evoluției schizofreniei e că, chiar dacă duce la remisiuni, nu duce la restitutio ad integrum, ci lasă un defect. Chiar dacă dispar halucinațiile și delirul, rămâne un defect după care îl recunoaște toată lumea.

Această evoluție pe viață poartă numele de proces. Este un sens, un monopol psihiatric, o noțiune ce se opune celei de reacție (răspuns la un excitant). Procesul se autoîntreține într-o dezintegrare continuă. Defectele post-procesuale pot fi un sindrom neurasteniform, obsesivo-fobic, depresiv, psihopatoid. Starea finală a cronicizării este apato-abulia.

Pentru aprecierea remisiunii, se folosește în clinică o scală în 5 trepte, notată cu literele mari: A,B,C,D,E.

Remisiunea tip A e restitutio ad integrum, deci vindecare fără defect, o revenire la nivelul premorbid complet, ceea ce pune la îndoială chiar diagnosticul de schizofrenie. În cazul unor evoluții favorabile sau mai ales terapeutice, boala dă o remisiune de tip B, în care defectul este nepsihotic, e psihopatoid. Subiectul își reia serviciul, își menține statutul familial și

poate prezenta recăderi nevrotiforme de tip astenic sau obsesivo-fobic, ce se pot corecta prin tratament ambulator.

Remisiunea de tip C corespunde la majoritatea cazurilor externate cu un defect psihotic. Bolnavul e pensionat și stă acasă, unde poate sau nu să aibă o activitate gospodărească concomitent cu idei delirante, halucinații, etc. Tipul D corespunde tabloului clinic de stare sau recădere psihotică, care necesită reinternare. Prin tratamentele actuale, D-ul are un potențial de remisiune către C sau B și toată arta terapeutică tinde către creșterea numărului de cazuri de tip B. Cu toate acestea, un procent din cazuri rezistă la toate tratamentele actuale, fără a putea fi remise și necesitând spitalizări indefinite și chiar transferări în secții exterioare. Acestea sunt cazurile de tip E. Acestea pot fi de la început forme simple sau mai frecvent survin după un număr de ani, în care au fost câteva remisiuni de tip C.

Ingrijirea unui schizofren impune sacrificii familiale. Ele se fac în primii ani, când familia speră într-o vindecare; după un număr de ani, când familia se destramă prin moartea bătrânilor, rudele nu se pot obliga și cer internarea definitivă. Astfel, după 45 de ani, bolnavul se îndreaptă către starea terminală descrisă de Kraepelin.

S-au descris mai multe forme terminale. Sunt cuprinse de Kraepelin în noțiunea de demență și de Bleuler în noțiunea de parademență. Cele opt tipuri descrise de Kraepelin au fost: simplu, halucinator, apatic, nerod, manierist, negativist, schizofazic, paranoid. H.Ey descrie trei tipuri terminale: inert, incoerent, delirant.

După datele actuale. 60% se remit, unde se includ și cele 25% de remisiuni spontane. În ultimii ani s-au interpretat stările terminale ca rezultat al hospitalismului și favorizate de un fenomen iatrogen medicamentos. De fapt, tratamentele șterg psihopatologia pozitivă și dau un sindrom apatoabulic adinamic (Sterz) sau al puterii dinamogene (Jansarik). De aceea la ordinea zilei în toată lumea se luptă pentru a învinge acest sindrom rezidual prin numeroase procedee de resocializare. De la începutul internării, concomitent cu procedeele de tratament intensiv se face un tratament social.

Prognostic

Depinde de calitatea remisiunii. Noi cerem mai ales o remisiune socială, deși suntem conștienți că nu e o remisiune perfectă. Ad vitam, schizofrenii trăiesc toți mai puțin decât restul populației (răcesc, accidente mortale etc.). Se poate observa că ei supraviețuiesc părinților.

Prognosticul este rezervat și variază în funcție de mai mulți factori: nivelul personalității premorbide, vârsta de debut, forma clinică, calitatea tratamentului, durata întreținerii, contextul psihogen familial, permisivitatea mediului de reînțoarcere, legătura psihoterapeutică pacient – medic.

Nivelul personalității premorbide. Un prognostic defavorabil se leagă de un intelect sărac, de debut în adolescență, de formele lente – simple sau hebefrenice, de tratamentul necorespunzător ca doză, combinație medicamentoasă, durată, cu familii indiferente sau ostile sau medii de reîntoarcere nepermissive sau rigide. De asemenea, un factor de considerabilă importanță e încrederea și supunerea la tratament. E de urmărit ca bolnavul să ajungă să aibă conștiința bolii sale și să accepte tratamentul de întreținere, ca și restul recomandărilor pentru a evita recăderile.

Oricum, prognosticul este astăzi cu mult mai favorabil decât era în era preneuroleptică. Deși nu se poate vorbi de un viitor cert, sunt șanse de recuperare care depind în mod decisiv de perfecționarea spitalelor de psihiatrie. Trebuie să recunoaștem, cu toate acestea, că uneori recăderile sunt inevitabile, deși se respectă toate recomandările, ceea ce ne obligă să presupunem că procesualitatea schizofreniei conține un dinamism misterios, chiar când aparent e vorba de o remisiune de bună calitate. Frecvența și durata recăderilor crește de-a lungul anilor, ceea ce conferă existenței bolnavilor un du-te – vino între internări și externări. Ar fi greșit să considerăm că tratamentele sunt iluzorii.

Terapie

E pe viață. Se poate considera că a început o dată cu introducerea curei de insulină, adică cu deceniul 4 al acestui secol; deci până în 1930, schizofrenia era o boală intratabilă, din ea scăpau doar 25% prin vindecare spontană sau miraculoasă. De atunci procentul ameliorărilor sociale, deci a posibilităților de externare, sunt până la 80 – 90%, după autorii și forța clinicii care îi tratează.

Tratamentul schizofreniei trebuie să aibă următoarele caracteristici: *precoce* (tratamentul din primii trei ani dă remisiunile cele mai bune, în timp ce o schizofrenie neglijată trei ani e mai greu de tratat); *complex, durabil* (toată viața, cel puțin doi ani după externare), *individualizat* (nu există o rețetă standard, tratamentul e conform cu bolnavul), *flexibil* (fiindcă la același bolnav trecem în decursul anilor prin toate variantele posibile), *consecvent* (ceea ce ține foarte mult de concepția terapeutică).

Obiectivele tratamentului sunt imediate (minore, tactice) și îndepărtate (majore, strategice). Obiectivele minore sunt suprimarea fenomenelor psihopatologice, deci e un tratament antipsihotic; prin această suprimare, rămânem în față cu apato-abulia, cu hospitalismul, deci cu handicapuri mari și atunci obiectivul major și depărtat este resocializarea. Practic azi trăim o epocă în care internările și externările se fac după o metodă rapidă, pripită – metoda pâinilor, a brutăriei rapide, bagi și scoți, rumenit sau nu se vinde oricum.

Care sunt metodele pentru a realiza aceste obiective? Metoda cea mai importantă e a tratamentului în spital. Schizofrenia este o boală care trebuie

spitalizată, cel puțin în primii trei ani o dată; e cea mai mare eroare ca tratamentul să fie făcut în ambulator. De ce ? Pentru că schizofrenul nu are conștiința bolii, nu e capabil să facă un tratament ambulator chiar dacă promite de frică; familia nu poate face ce face clinica, nu dispune de mijloace și fiindcă familia e dezinvestită afectiv în ochii schizofrenului. Toate aceste motive ne obligă la internări. Pentru ca internarea să fie eficace, schizofrenul trebuie să găsească în spital o echipă, nu numai un doctor care să se poată angaja pe termen lung, ci și o echipă solidară cu care medicul să poată lucra, deci solidară cu obiectivele medicului. Schizofrenia este o chestiune de contract foarte serios (bineînțeles că la noi încă nu se vorbește de acest contract).

Noi nu cunoaștem cauza schizofreniei, deci nu e vorba de un tratament etiologic. Cu toate acestea nu putem spune că e un tratament simptomatic, făcut orbește și strict empiric; ar fi o greșeală. Tratamentul de azi e semiempiric.

Se compune din :

1. procedee biologice
 - ECT (terapie electroconvulsivantă) – mai ales în formele catatonice, agitate, afective
 - insulinoterapie (abandonată)
 - psihotrope – neuroleptice, antipsihotice
2. procedee psihoterapice
3. procedee socioterapice
4. procedee personaliste

Tratamentul somatoterapic, biologic este baza tratamentului și trebuie făcut în fiecare caz, dar acesta nu este suficient pentru a restabili bolnavul.

Tratamentul schizofreniei

Tratamentul biologic a schimbat evoluția acestei boli. Este vorba de marea grupă a neurolepticilor, care după douăzeci de ani de folosință empirică a început să capete cel puțin parțial explicații de substrat biochimic. De pildă, ceea ce era clasificarea din Lyon în neuroleptice incisive și sedative a căpătat explicația în funcție de gradul de ocupare, de blocare a receptorilor D2. Prin urmare, schizofrenia este o boală organică datorată unei patologii neurobiologice cu o componentă genetică demonstrată. Se știe că transmisia nervoasă centrală și periferică este condiționată de substanțe chimice, neurotransmițători, conținuți în neuronii presinaptici, eliberați în sinapsă, preluați și metabolizați în neuronul postsinaptic și totul convertit cu impulsul electric.

Prima ipoteză credibilă a fost a lui Carlson după care în schizofrenie se produce un exces de dopamină. Această aproape axiomă a fost întărită de faptul că neurolepticele scad dopamina mai ales din nucleii subcorticali și provoacă ca efect secundar nedorit sindromul extrapiramidal. Aceasta este

generația clasică de neuroleptice care are ca etalon pentru neuroleptice sedative – clorpromazina, iar pentru neurolepticele incisive – haloperidolul. Tratamentul cu antiparkinsoniene anticolinergice corectează SEP. Până aici lucrurile par simple și logice. Dar de ce apare diskinezia tardivă, sindromul neuroleptic malign, de ce apare depresia secundară cu riscul de suicid. Alte delimitări au survenit ca să dea explicație despre evoluția nefavorabilă și rezistentă, cronică a multor cazuri.

În primul rând, delimitarea între simptomele pozitive și negative. S-a observat că cele pozitive sunt mai sensibile la tratament decât cele negative. Explicația actuală ar fi că neurolepticele acționează relativ specific pe anumiți receptori pentru simptomele pozitive, pe alții pentru simptomele negative. Aproape toate neurolepticele curente influențează simptomele pozitive însă mult mai puține influențează simptomele negative și tulburările cognitive. Explicația – simptomele pozitive se rezolvă prin blocarea receptorilor D2 mezolimbici pe când simptomele negative sunt influențate prin impactul pe circuitele frontale. Explicația este încă mai complexă în sensul că se vorbește de o balanță între receptorii dopaminergici și receptorii serotoninergici. Se pare că blocarea acestora din urmă determină mai ales în zona frontală o creștere a dopaminei ceea ce ar explica scăderea fenomenelor negative. Faptul că sunt hipofrontali se explică printr-o tulburare de dezvoltare în care ar fi o întârziere de migrare a neuronilor. Pe de altă parte cronicitatea ar aduce scădere a sensibilității și o necesitate de creștere dozei printr-o reacție excesivă de creștere a numărului receptorilor dopaminergici. Mai recent s-a precizat și că o blocare de peste 80% a receptorilor D2 ar explica apariția sindromului extrapiramidal.

Pe lângă SEP, neurolepticele au și alte efecte cum ar fi creșterea prolactinei (disfuncții sexuale, amenoree, galactoree, scăderea fertilității), datorită scăderii dopaminei la nivel tuberoinfundibular, creșterea în greutate (multifactorial, mai implicați 5HT și H1) și alte complicații metabolice ex. DZ, somnolență diurnă (H1), hipotensiune posturală (alfa1), efecte anticolinergice (uscăciunea mucoaselor, tulburări de acomodare vizuală, probleme digestive, constipația, pe lângă efectul pe cogniție până la confuzia colinergică).

Deci se poate vorbi deocamdată de trei generații de substanțe antipsihotice (clasică, acțiune principală pe D2 – clorpromazină, haldol, etc., „noi“, atipice, cu acțiune duală pe D2 și 5HT2 – olanzapină, risperidonă, ziprasidonă, quetiapină, amisulprid (acțiune deosebită, doar pe receptori dopaminergici) și un loc aparte pentru clozapină (fără efecte extrapiramidale dar pericol de agranulocitoză, de aceea nu este de primă intenție) și a treia generație, a agoniștilor parțiali. Adjuvante mai rare sunt insulinoaterapia și electroconvulsivoterapia. Pe lângă acest tratament de bază, care trebuie individualizat ca doză și de aceea sunt mereu schimbări, în

schizofrenie se mai aplică și alte corecturi simptomatice cum ar fi benzodiazepinele pentru anxietate și antidepresivele pentru depresia secundară, hipnoticele, modulatorii de dispoziție și chiar și litiul (mai ales în schizofrenia afectivă).

Deoarece practic schizofrenii rămân niște pacienți noncomplanți pentru tratamentul de întreținere, singura garanție deocamdată este aplicarea neurolepticelor de depozit (Modecat, Fluanxol și Haldol).

Durata tratamentului este practic pe viață și nu garantează decât scăderea procentului de recăderi, rămânând ca 25 – 30% să fie cazuri rezistente, să ceară internări prelungite sau chiar transferul în cămin spital. Rezultatele sunt incomplete dacă nu se adaugă procedeele de psihoterapie individuală și de grup, mai ales socioterapiile de tip resocializare, terapie comunitară. În definitiv, degeaba ameliorăm un schizofren dacă nu reușim să îl transformăm într-un element viabil, autonom, care să-și poată vedea măcar de el dacă nu și de familie. Rezistența socială e mare, vezi stigma (Sartorius). Se pare că aceste tehnici sunt mai greu de realizat decât tratamentul medicamentos. Oricum, cel puțin 1/3 din schizofreni sunt integrați social.

În cursul evoluției cronice, ameliorările sunt întrerupte de noi pusee (Schub) și apare un defect de personalitate greu perceptibil dar progredient care anulează persoana după 20 – 30 de ani de evoluție.

Clasicii observaseră debutul medico-legal, adică acte penale care se dovedesc fără motivație iar modernii adaugă importanța unui tratament profilactic în faza prodromală, ceea ce cere un diagnostic foarte fin, care precede ecloziunea halucinator-delirantă. Sunt schimbări caracteriale, un fel de fenomene negative (scăderea atenției, concentrării, neglijențe școlare, tulburări de comportament, care au început să fie supuse unei cure neuroleptice și au rămas sub urmărire, constatându-se o scădere a incidenței schizofreniei). Este de importanță practică ca rezultatul tratamentului să depindă de precocitatea instituirii tratamentului, chiar prodromale, apoi posibilitatea aplicării celor mai adecvate neuroleptice, în fine o organizare a rețelei de întreținere care să facă o unitate cu clinicile care tratează puseul. Atenție la fazele tratamentului, introducere progresivă până la efectul optim, scăderea sau chiar suspendarea în fața unor efecte adverse importante și menținerea dozei optime în tratamentul de întreținere.

Schizofrenia este o boală scumpă, atât pentru costul medicației cât și pentru serviciile sociale. Schizofrenia cere o echipă specializată indispensabilă pentru completarea sau suplinirea familiei de origine, esențială pentru scăderea abuzului de alcool și droguri cât și a antisocialității.

Noțiunea esențială este cura farmacoterapică (de angajament pe termen lung și faze de tratament), ceva complet invers metodelor de a elibera la

întâmplare, aleator o rețetă cu un anume medicament. Cura presupune trei faze: *adaptarea* la doză și tipul preparatului, *tratamentul intensiv (platoul)* – cam patru săptămâni, care apoi descrește către *tratamentul de întreținere*, pe o perioadă de minimum doi ani de la externare. Tratamentul de azi e neurotrop de fapt și nu psihotrop cum am vrea noi; adică acționează în substratul organic al creierului și e capabil de psihotoliză, adică deliroliză și halucinoliză, modifică dispoziția, e deci și antidepresiv. Cu mult mai puțin e capabil să scoată din apatie care nu trebuie confundată cu depresiunea.

Cura minimă de spital ține 6 săptămâni, după care urmează cura de întreținere. E absolut firesc ca un medic să vadă un bolnav cât o trăi, asta e idealul în terapie. Din păcate, din cauza greutăților organizatorice imense, un bolnav trece prin mai multe spitale și mai multe mâini, lucruri rele și criticabile, deci adesea suntem noi o frână în tratament fără să vrem.

De fapt, tratamentul medicamentos este inclus într-un program terapeutic de resocializare, care începe propriu-zis după zece zile de acomodare a bolnavului cu medicamentele și cu instituția. El constă în antrenarea bolnavului într-o rețea de ateliere terapeutice, unde patru ore de cinci ori pe săptămână se încearcă învățarea unui stereotip util. Bineînțeles că nu toți bolnavii doresc de la început acest lucru și oricum nu trebuie forțați de către personal. După amiaza, se pot face gimnastică medicală, plimbări, artterapie, meloterapie, psihoterapie de grup, vizite ale familiei. Schemele acestea sunt orientative fiindcă fiecare caz își are nuanțele lui, care obligă la variații continue ale programului de resocializare. În psihoterapia individuală se urmărește reconstrucția persoanei către nivelul ei anterior sau dacă nu o reorientare și în orice caz menținerea unui program activ la domiciliu. Se încurajează autonomia bolnavului.

Schizofrenul trebuie apropiat de activitățile practice elementare pe care el le subapreciază și le lasă pe seama familiei de care e dependent prin supraprotecție. Enorme probleme sunt câștigarea sau menținerea unei prietenii sau a unei căsnicii. Divorțul este aproape regula, și destinul copiilor lui nu îl preocupă. Problema noastră este să prelungim perioada de capacitate de muncă, să-l încadrăm și să îl menținem în activități, unde odată stabilit el poate fi de utilitate și uneori mai apreciat decât personalul obișnuit. Dacă nu se poate pensiona trebuie de asemenea încurajat să rămână activ. Oricum schizofrenia rămâne unul din handicapurile majore ale psihiatriei și sunt încă extrem de multe lucruri de făcut în câmpul psihiatriei sociale și comunitare.

Psihogenii (tulburări de stres)

Psihogeniile, endogeniile și organogeniile (cerebrogeniile, somatogeniile) formează cele trei părți ale psihiatriei speciale. Patologia este de fapt exogenă sau endogenă sau o combinație exo-endogenă. Patologia exogenă este psihogenă sau în combinație cu endogenă sau organogenă.

Psihogeniile se definesc ca acele boli psihice care sunt determinate de cauze psihice, exterioare psihicului incriminat. Psihogeniile survin după traume (stres psihic, psihogen) care dezechilibrează pe toată lumea în cazul unor șocuri severe sau numai pe anumite persoane, mai predispuse, în stresuri mai ușoare. Factorul psihogen poate acționa direct, într-un context violent, sau indirect, prin imaginea și reamintirea unui context violent (retrăirea violenței la vederea unui film de groază).

Psihogeniile urmează cele trei legi stabilite de Jaspers (1913), adică sunt reacții (nu procese spontane) ce urmează unor traume evocabile imediat sau pe parcursul evoluției; toată întâmplarea este inteligibilă, nu incredibilă sau fantastică și evoluția este cel mai adesea către o revenire la nivelul inițial (scade pe măsura rezolvării traumei sau îndepărtării de ea) cu excepția dezvoltărilor, a căror evoluție înseamnă o complicație progresivă.

Clasificarea psihogeniilor.

Psihogeniile se împart în psihogenii acute (subacute) și cronice. Psihogeniile acute cuprind reacția de șoc (delirium psihogen), cele subacute cuprind psihozele reactive depresivă, paranoidă, isteria de detenție, iatrogeniile, reacțiile nevrotice, decompensările psihopatice. Patologia cronică este reprezentată de nevroze, psihopatii și patologia impulsivă, dezvoltarea paranoiacă.

Aceasta este patologia psihogenă primară. Mai întâlnim și patologia psihogenă secundară, intricată în debutul și evoluția endogeniilor, în debutul și evoluția organogeniilor. Practic, în orice caz trebuie stabiliți acești trei factori și proporția lor conferă prioritate unuia dintre factori la diagnostic.

La noi, concepția despre psihogenii a fost simplificată și greșit înțeleasă, adică acestea au fost concepute ca niște simple efecte ale unor traume psihice. Ori, în întâlnirea cu trauma, ținem întotdeauna cont de factorul persoană, adică cine se întâlnește cu trauma (așa-numita vulnerabilitate). De aici rezultă efecte variate (unul poate ieși normal, altul nebun), deci semnificația traumei nu este aceeași pentru orice persoană.

A doua distincție e că trauma a fost primită în mod individual sau colectiv, efectul de masă fiind altul. Efectul, adică apariția psihogeniei,

depinde deci de cantitatea și calitatea stresului, forța persoanei care întâlnește acest impact.

Psihogenia este un termen impropriu pentru că de fapt trauma sau stresul rezultă din conflictul social deci este mai degrabă o sociogenie și nu o psihogenie. Așa că manifestările de masă (isteria colectivă, psihopatizările modei, crearea și răspândirea zvonurilor) sunt toate sociogenii. Sociogenia are un conținut politico-economic, conține caracteristicile istorice ale momentului. De aceea „nebunia lumii” e variabilă, e diferită. De aceea psihiatrul trebuie să aibă în pregătirea de bază nu numai psihologia ci și sociologia. Să cunoască conflictele epocii și cum afectează cazul studiat. Așa că pe lângă patologia clasică, psihogenă de doliu, azi trebuie să adăugăm patologia de șomaj, patologia de divorț, dizarmonia copiilor din familii dezorganizate, concurența pentru posturi, lupta generațiilor, patologia „contribuțiilor”, relaționismul, corupția, imoralitatea, conflictele între profesii.

După DSM IV TR, capitolul cuprinde tulburări anxioase, tulburări somatoforme, tulburări disociative, tulburări factice, disfuncții sexuale, parafilii, tulburările identității sexuale, tulburări alimentare, tulburări de somn, tulburările controlului impulsului, tulburări de adaptare, tulburări de personalitate.

1. Reacții și dezvoltări

Reacțiile de șoc

Se întâlnesc în situații de catastrofă. Catastrofele fizice au însoțit dintotdeauna umanitatea. Cele psihice sunt și ele de luat în considerație. Ne referim în primul rând la cutremure de pământ, războaie, terorisme, accidente, incendii, inundații, revoluții, atacuri brutale, deci toate situațiile care prin intensitatea stresului pun viața în pericol; deci viața devine în anumite situații amenințată.

Cum se reacționează la ele? Singur sau în grup fiind, stresul e copleșitor. În cadrul stresului maxim de brutal, se ajunge la starea de șoc, adică se afectează în sens confuzional starea de veghe. Se intră cel puțin în starea crepusculară (deci o îngustare a câmpului conștiinței); dă să fugă, nu se mai apără (sare pe geam de la etajul X, se aruncă în aglomerație etc.). Psihicul se dezorganizează și se pierde. Rămân niște automatisme animale, instinctive, foarte primitive, reacțiile sunt de scurtcircuit primitiv; nimeni nu-și poate imagina cum arată și ce face în astfel de situații (soții uită unul de altul, de copii, etc.). Dacă se adaugă și panica în masă e și mai rău.

Prăbușirea e și vegetativă, adică se poate muri de spaimă (colaps, infarct etc.). Oricum reacția de groază este cu transpirații, cu tremurături, tahicardie, pierderea controlului sfincterian. Alte elemente în afara fugii ar fi împietrirea (dovedind tot lipsa de apărare), aruncarea în bătaia focului mitralierei (ca gest de șoc); de ex. la Hiroshima, Nagasaki – umbre umane prăfuite, adevărat șir al fantomelor, mergând absente fără să știe încotro.

În astfel de situații, psihogenia nu mai întrunește criteriul inteligibilității. Nu-ți poate povesti cum a fost, ce a făcut, pentru că e caz de reanimare, adică de pus în condiții de protecție fizică în primul rând – se pune în pătură, la căldură, i se dau să înghită lichide sau i se pun perfuzii, se dau sedative, tranchilizante sau neuroleptice în funcție de T.A., se dau chiar anestezii, se scoate din focar, se duce în spatele frontului. E deci o psihiatrie militară sau paramilitară.

Efectul de masă (vezi „Psihologia mulțimilor“ Gustave Le Bon) – se produce un efect de contaminare în masă, printr-un mecanism de zvon, de apropiere a morții, de teroare a morții, oamenii se înfricoșează reciproc și pierd forța de apărare. Sunt lucruri foarte bine cunoscute, așa că armatele se tem azi de panică în rândul trupelor.

Reacțiile de șoc durează ore, zile, 2-3 săptămâni, dau restitutio ad integrum, sau dacă sunt personalități fragile sau bolnave anterior, se pot continua cu decompensările acestor personalități.

Reacțiile de subșoc

Sunt scurte sau durabile, în general până la 6 luni. Sunt reacții datorate în primul rând nu atât stresului propriu-zis, cât caracterului persoanei. Sunt deci psihopați iritabili, nervoși, îi contrazici și le sare țandăra și pot omorî pe oricine, fac stări de afect („știe el de ce l-am lovit, m-a înjurat, mi-a rânjit, s-a uitat nu știu cum, așa sunt eu la mânie“ – când auzi „așa sunt eu“ imediat pui diagnosticul de psihopatie impulsivă).

Reacțiile de subșoc sunt psihoze neconfuzionale, bolnavul este orientat temporo-spațial, cu conștiința aparent clară, dar face reacții psihotice. Reacția de subșoc cea mai tipică e *depresiunea reactivă de doliu*, la pierderea persoanei îndrăgite (copii, părinți, bunici, rude, rar pisica, câțelul, calul etc.), după care viața nu mai pare la fel și credem că niciodată n-o să mai fie ce-a fost. Din punct de vedere psihanalitic e vorba despre pierderea obiectului (adică a obiectului îndrăgit, în care am investit). Investirea afectivă se numește catexis. Pierderea e o pierdere afectivă. Noi le dăm pastile pentru că știm că se va cicatriza cu timpul; timpul șterge, reorganizează și poate reveni capacitatea de catexis, reinvestirea în altceva, altcineva, să mergi mai departe. Aici se pierde o rădăcină profund umană, pentru că oricât de independent ai fi, ești totuși totdeauna dependent de ceva.

Conținutul depresiei este deci inteligibil, legat de importanța pierderii (unii se jenează să spună obiectul). Pe moment nu ne dăm seama exact dacă depresia nu e endogenă (depresia e depresie); ne întrebăm dacă nu cumva are tendința la dezvoltare endogenă. De aceea diagnosticul se face prin aprecierea anamnestică corectă a factorului declanșator, pe care dacă nu-l găsim, spunem depresie endogenă, în cadrul PMD, psihopatiei distimice sau schizofreniei după trecerea episodului delirant.

Sindromul paranoid reactiv cuprinde reacții de persecuție favorizate de anumite situații și caracteristici ale unor persoane, susceptibile de persecuție. Sunt fenomene de alienare obiectivă, de ex. la emigranți, care pleacă în necunoscut și nu știu bine limba, nu știu ce se va întâmpla cu ei – e așa-numitul paranoid de izolare prin necunoașterea limbii. S-a descris și paranoidul acut al drumului de fier, după lungi călătorii cu trenul, la sfârșitul secolului trecut, ajungeau obosiți, epuizați la destinație și apăreau interpretări de persecuție. Persecuția se amplifică dacă ești surd; surdul interpretează persecutor, vede că miști buzele și crede că spui ceva nefavorabil despre el. Altă categorie sunt prizonierii de război (delirul prizonieratului), sau ofițerii care sunt primele victime ale propriilor soldați. În mulțimea reacțiilor de persecuție se pot include și exagerarea persecuțiilor reale sau o mulțime de situații în care se fac interpretări negative. Reacțiile paranoide sunt greu de interpretat față de adevăratele sindroame paranoide care sunt absurde și de la început îți dai seama că ai de-a face cu un bolnav mintal. În reacțiile paranoide se pleacă de la o verigă reală, este deci ceva verosimil. În reacția paranoidă se poate produce o contaminare și poate fi o reacție în 2 sau mai mulți. Aceste reacții se propagă cu o viteză mare în comunitate. Sunt legate nu de catastrofa directă ci de amenințarea ei probabilă.

Reacția paranoiacă este cea mai interesantă reacție psihotică. Numită „paranoia acută” – reprezintă declanșarea unui delir cronic sistematizat printr-o cauză reală. Este vorba de o personalitate cu un potențial paranoiatic care pățește o mare frustrare. Reacția este durabilă, pe viață. Deci în romanul paranoiaticului prima premiză poate fi reală, însă este interpretată cantitativ și calitativ disproporționat. Frustrarea nu este fantastică ci reală.

Alta este *paranoia slabilor* (delirul senzitiv de relație); exemplul didactic fiind fetele batrâne, care fac un delir de interpretare datorită vieții lor triste și sensibile pe care sunt forțate să o ducă. Cu cât trec anii, lumea crede că valoarea intrinsecă scade, și persoana e abordată din ce în ce mai direct și la un preț mai mic, lucru total traumatizant. Când vin cele mai tinere, crește tensiunea în mediul feminin și se ajunge la interpretare, la delir; e delirul senzitiv de relație descris de Kretschmer; tot ce se vorbește în jur e despre tine, în legătură cu soarta ta, „ia uite la urâta aia”. În diagnostic se ține cont de sensibilitatea persoanei, de finețea ei sufletească, că are un interior dezvoltat, sensibil. După ce vezi că e un om integru, fără fenomene

psihotice, vezi că e un fenomen curabil, cu prognostic foarte bun; se creează o relație bună de transfer. Se discută separat cu pacientul și cu mediul, pentru a se evita astfel de situații pe viitor. De asemenea se întâlnește la călugărițe, din același motiv (de ex. să se dezbrace la radiografie, situație penibilă). Îi spune paranoid pentru că se poate însoți și de experiențe halucinatorii (mai ales auditive, dar și vizuale, olfactive), fără a fi schizofren. E paranoid reactiv, curabil într-un fel.

Altă categorie de reacții de subșoc se numesc *scopoze* (simulări – „ma-lingering”). Aici intră două categorii de persoane. Primii au pățit ceva în mod obiectiv (accident, lovitură la cap mai ales) și după asta trag de certificat și revendică prin procese îndelungate pensie (plus diferențe până la salariu). Sunt văzuți anual la medico-legal și nu poți scăpa de ei, pentru că afirmă că continuu îi doare capul, nu se pot concentra, nu mai sunt ce au fost, „sunt un om terminat”. Investigațiile obiective nu arată nimic. Se mai numește sindrom subiectiv comun sau Rentneurose. Aici intra și accidentele de război.

A doua categorie sunt cei care n-au pățit nimic dar care au scopul să scape de lucruri penibile: armată, concentrări etc. (Sunt și alte scopoze, legate de ex. de ascunderea unor defecte la căsătorie). Scopoză e deci o noțiune de simulare sau supr-asimulare, e factice, ușoară, neconvingătoare.

Altă categorie sunt iatrogeniile, înnebuniri provocate de doctori la pacienți. Se poate provoca o exagerare, o spaimă, o agravare (semne de întrebare sau scris neclar în foi, investigații repetate sau amânate etc.). Pot duce la repetate intervenții și mutilări chirurgicale. Dacă vine cineva și spune că medicul a zis „ce noroc că mai trăiești”... Toate patologiiile cronice au creat iatrogenii, sau domeniul explorărilor obiective, tăcut, serios, kafkian, pot fi trimiteri abuzive la medici, iatrogenii de agravare – panica omului simplu care supraestimează aspectul savant medical și care uneori nu răspunde adevărului. Iatrogenia vine din brutalitatea unei informații.

Psihozele isterice de detenție (sindromul Ganser, puerilismul și pseudodemența isterică). Aici intră și reacția la investigații. La amenințarea arestării și după închidere pot surveni tulburări de conștiință, mai ales la personalități mai fragile, isterice, sau chiar la majoritatea oamenilor. Sindromul Ganser (sindromul răspunsului alături) se caracterizează prin răspunsuri totuși la obiect, dar cantitativ inexacte sau exagerate (ex. *câte degete ai la o mână? șapte*); asta îți sugerează că face pe nebunul. Puerilismul (infantilismul) isteric e o regresie în care începi să te pelticești, să răspunzi la persoana a treia. Pseudodemența isterică simulează nebunia, demența; începe să mănânce tot ce găsește pe acolo; limita când nu mai este pseudo-ci chiar dement, nebun, e mâncatul propriilor fecale. Reacțiile de subșoc dacă depășesc șase luni se numesc dezvoltări simple, spre deosebire de dezvoltă cu conflict care sunt cele nevrotice.

Conceptul de nevroză este socotit boală minoră în contrast cu conceptul de psihoză, care e socotit boală majoră. Conceptul de nevroză conține un conflict interior, în contrast cu conceptul de psihopatie care implică un conflict exterior subiectului. Conceptul de nevroză implică un anumit nivel al conștiinței de sine, care face ca bolnavul să se socoată bolnav (are conștiința bolii, are insight-ul, ceea ce înseamnă că el caută psihiatrul, caută tratamentul și este în general compliant, în contrast cu psihoticul care în general nu are conștiința bolii, nu vrea să audă de psihiatru și spital și nu e compliant, nu e sigur că va face tratamentul).

Tulburări psihice de adaptare

Sunt dezechilibrări fugare, de câteva zile până la maximum 6 luni, care adesea nici nu ajung la psihiatru, deci nu sunt tratate sau se autotrătează cu tranchilizante, antidepresive, etc. Aici intră evenimentele stresante ale oricărui om (veștile proaste, necazurile, frustrările, nedreptățile, conflictele, neînțelegerile în dragoste, promovările întârziate), pe scurt, dramele adesea neștiute ale fiecăruia și care forțează limitele normalității. Se pune un criteriu de durată și intensitate a conflictului pentru a se face trecerea spre capitolul nevrozelor.

În funcție de timp ele pot fi tulburări acute (până la psihoze scurte), subacute (chiar tulburări schizofreniforme) și cronice (în care trebuie să introducem după DSM IV – sindromul de stres posttraumatic).

2. Nevroze

Psihopatologia nevrozei

Conceptul de nevroză trebuie refăcut pentru că a fost deformat. A fost simplificat, în sensul că a fost considerat ca o reacție a omului sănătos supus la „suprasolicitare”. El se confundă oarecum cu oboseală și surmenajul și se așteaptă ca, prin repaos și eventual somnoterapie, subiectul să se restabilească. În clinică însă se constată că factorii stresanți imediați nu sunt întotdeauna foarte clari, că nevroticul pare întotdeauna încurcat și în dificultate de a-și exprima suferința și, ca să comunice cu medicul, ajunge pur și simplu să spună „mă doare capul, sufăr cu capul, sufăr de nervi”. Așa că nevroza s-a vulgarizat, s-a ajuns la o confuzie cu psihopatia și s-a ajuns în același timp și la un conflict cu autoritatea, care a văzut în nevrotic un simulant, un om care fuge de muncă, pe care nu te poți baza. Confuzia a alimentat și o ambiguitate medico-legală, în sensul că anumiți psihopați fac acte antisociale și apoi se vor iresponsabili pe baza unor certificate de nevroză, astfel că nevroticul a ajuns în anumite situații și un fel de terorist

al blocului, pentru că în bloc sunt zgomote și el e nevrotic. Copiii se joacă în fața ferestrei sale și el e nevrotic.

Situația aceasta a fost mai expresivă în vechiul regim, când lucrurile erau tratate empiric, în termenii numărului de zile de concediu medical, sau calitatea medicului era în funcție de acest indicator. Așa ne-am și trezit cu anumiți organizatori deveniți mari psihiatri. Iată cum conceptul de nevroză a căpătat un accent socio-cultural și politic și a dus la un fel de spaimă, pentru ca în cazul în care boala se prelungește, medicul, ca să poată ajuta totuși bolnavul, îi schimbă diagnosticul în diferite etichete psihotice.

Lumea așa-zis „sus-pusă” sau „bună” s-a ferit de acest diagnostic, preferând un tratament discret și disimulat sub eticheta insomniei, cefaleei, amețelilor, adică a unor simptome izolate.

Vremurile sunt în schimbare și pentru nevroze. Se trece de la un concept de masă la o persoană individuală. Înfloresc ofertele de psihoterapie, bioenergie, psihanaliză; rămâne însă nevroza ca principala sursă de diagnostic pentru toate specialitățile și numai cazurile dificile ajung în sfârșit la psihiatru. Să mai spunem și că foarte multă lume nu-și dă seama că este nevrotică, decât după ce a străbătut o perioadă grea și a ajuns la o soluție fericită (de exemplu, după un divorț o recăsătorire cu normalizarea situației, schimbarea unui serviciu, o călătorie în Occident, etc.). De fapt, nevroza trebuie înțeleasă ca parte a sistemului psihopatologic și ca diferență față de normal.

Idealul este ca fiecare om să străbată de la naștere la moarte câteva etape de complexificare, de diferențiere a psihicului, care să-l conducă la maturitatea adultului adaptat, prosper, creator, socialmente valoros, familist, pe scurt un cetățean de valoare, onorabil. La acest rezultat se ajunge prin lupta constituției genetice cu educația dobândită într-un sistem istorico-cultural.

Normalitatea trebuie înțeleasă nuanțat, cu cel puțin trei etaje. Un etaj creator, care nu e totdeauna permanent și nu e apanajul geniului, pentru că în acest caz umanitatea ar avea prea puțin pe un segment istoric. Este vorba de o dispoziție, o propensiune pentru colaborare, pentru unirea eforturilor, pentru solidaritate, pentru construcție socială, cu un optimism și un sacrificiu obișnuit, neeroic. Este o vreme de pace într-un climat estetic, în care tensiunile sunt privite critic, obstacolele, sunt depășite și există mereu o speranță, un viitor de mai bine, totul se face discret și armonios, fără falsul hipomaniei sau isteriei. Și așa există cât de cât un progres la scara micro- sau macrosocială. Bineînțeles se ajunge aici după multă socializare, educație etică, integrare și metabolizarea stresului. În acest etaj există personalitățile, adică persoanele reușite, fiecare având un roman, o odisee, o competiție, o concurență pentru afirmare și chiar pentru imortalizare.

Tensiunea negării de către ceilalți nu descurajează pe creator și nici nu îl face să aibă impresia că totul a fost deja spus. El caută să asimileze cultura care l-a precedat, fără să fie copleșit și să aibă complexul epigonului. Deci este o armonie între o vitalitate care este o proprietate unică și irepetabilă a insului și asimilarea unei moșteniri, care să-i asigure nivelul istoric și să evite pastșa. Etajul de dedesubt este al mării majorități a normalilor, care nu își pun problema creației și se mulțumesc cu un echilibru mediocru, cu realizarea mai ales în plan material. În aceste două etaje nu există numai normali perfecți ci și nenumărați anormali, cu trăsături psihopatologice minore și care în total dau întregul în care binele predomină. Deci în aceste trei etaje există un ego, care are o constanță, un echilibru, o siguranță de sine, o posibilă coexistență cu ceilalți și în care necazurile, neplăcerile, suferințele nu sunt excluse dar nu sunt copleșitoare și durabile. Subiectul își revine din oboseală, surmenaj, își clarifică angoasele, se regăsește, are un proiect existențial cât mai adaptat cu posibilitățile istorice și acceptă în definitiv că este atât cât poate să fie, și că oricum nu a trăit degeaba sau pe spinarea semenilor săi, ba, din contră, crede că a făcut ceva, că are ce să lase moștenire în profesia sa.

Fără îndoială că acest tip de om este și el existențial, are și el problemele sale metafizice. Îl va descoperi la un moment dat pe D-zeu, are anumite aprehensiuni ale morții, îl încearcă ideea dispariției, are nostalgia îmbătrânirii, nu a fost scutit de eșecuri și nu numai în dragoste, are rușini și vinovății, nu a fost destul de atent cu partenerul, cu părinții, cu copiii, putea face mai mult pentru prieteni, pentru societate, dar, una peste alta, rațiunea, filonul filosofic pozitiv predomină și aceasta este în fond materia psihică stabilo-instabilă din care se construiește o persoană.

Unde situăm nevroza? Adagiul lui Heckel că ontogenia repetă filogenia este valabil și, în plus, psihopatologia nu poate fi înțeleasă decât ca o ontogenie pe dos.

Schema lui Henri Ey este genială, pentru că dă patru etape până la maturizare, și tot patru etape sunt treptele de regresie ale psihopatologiei. O să le descriem pe larg în altă parte, aici doar le schițăm pentru a ajunge la nevroză.

Copilul mic este nimeni din punct de vedere subiectiv până la trei ani, când întregul anatomo-fiziologic devine subiect psihologic. Dacă la bătrânețe se dediferențiază și pierde tot de deasupra, ajunge la stadiul demential, în care se deteriorează și ego-ul subiectiv elementar. De la 3 la 12 ani ego-ul subiectiv devine un artizan al lumii comune. Se socializează, are aceleași cunoștințe ca părinții și încă mai multe noutăți de avangardă. Așa că deja începe să aibă iluzia că e mai deștept ca părinții. În fond, este plusul fiecărei generații. De la 12 ani la 18-25 ani acest om comun trebuie

să devină un personaj, adică să-și introjecteze un model social superior din domeniile spirituale sau profesionale și practic să absoluteze un liceu și o facultate prin care să i se deschidă o carieră, un viitor. Această treaptă nu se străbate automat și ea este de fapt premiza nevrozei. În caz de eșecuri mari, tot în această perioadă debutează și marile psihoze endogene. Dar, cum spuneam, acum se pun bazele nevrozei, pentru că din motive obiective și subiective nu se încheagă convingerile unei personalități și ale unui caracter, ci iese o ambiguitate care în fond nu știe ce vrea și care în loc să devină un adult creator, va suferi ca nevrotic sau, pur și simplu, va nega adultul la modul psihopatic. Iată de ce nevroza nu poate fi înțeleasă fără noțiunea de psihopatie, de psihoză, de normal. Este congeneră, o cale din mai multe căi posibile și asta explică de ce, la vârsta adultă, unul din generația ta este creator, altul psihopat, altul nevrotic, altul psihotic. Toți se întâlnesc cu mai mult sau mai puțin aceleași condiții, evident în mod individual, cu particularități personale. Bineînțeles că nu au aceeași stofă congenitală. Aici apare conceptul de vulnerabilitate, o modă pe care Timișoara a importat-o din Germania, cu toate că Morel și Magnan vorbeau deja de degenerescență cu mai mult de o sută de ani în urmă.

Factorii care explică nevroza nu sunt alții decât factorii personalității normale, care întâlnesc o persoană cu vulnerabilitate complexă. Pe de o parte un ego moștenit, mai slab, deci părinți cu anumită psihopatologie sau chiar nevroză, și mai important, imaturitatea se explică prin străbaterea imperfectă a etapelor expuse în schema lui H.Ey și în primul rând relația cu părinții pe care psihanaliza a ipostaziat-o în complexul Oedip, din care trăiește. E de reținut nu atât o mare încurcătură sexuală, cât un eu mai fragil, mai temător, mai sensibil, mai speriat de istorie și de noutatea înconjurătoare, mai prudent, mai dependent și, de ce nu, mai laș, fără curajul de a risca, dorind în mod excesiv absolutul, perfecțiunea, prevenirea, evitarea haosului, dezordinii, murdăriei, și în fond frica de coexistență. Partenerii pot avea SIDA, dar asta nu scuză onania și burlăcia, ceilalți sunt răi, dar trebuie să-i conduci sau să le fi subordonat, pe scurt, admitând mai mult sau mai puțin în secret o filosofie a ratării, suferinței, resemnării, umilinței, ca și cum se poate trăi fără luptă, competiție, victorie, etc.

Nevroza se desfășoară în principal în planul eu-lui (al conștiinței de sine), al intimității subiective și, de aceea, ea poate fi nu numai ignorată ci și disimulată, deși subiectul e de multe ori în viață la limita compulsivă a confesiunii, a mărturisirii. Când mărturisirea se face la momentul tinereții, al dragostei, aceasta poate aduce un echilibru, dar celălalt poate să se sperie de romanul tău. Se înțelege de ce nevroza este tratată cu o pseudoînțelegere, așa cum de pildă toți se pricep la fotbal, dar de fapt foarte puțini nevrotici pot întâlni un om compensator, care poate fi un psihiatru, pentru că în

cazul acesta, al transferului pozitiv (și aici psihanaliza are dreptate) se produce o fuziune, uneori pe viață, care nu rareori exasperează pe psihiatru, pentru că nevroticul dependent își găsește echilibrul în confesiuni periodice. Aceste legături umane (și nu sexuale) sunt greu de înțeles și ele sunt limitate în Occident prin prețuri ridicate.

Și totuși, după câte am spus, ce este nevroza? Ca să ne ușurăm această datorie, trebuie să apelăm la un principiu logic, pe care l-a formulat Gödel în 1931. Nici un sistem (nici o noțiune) nu se înțelege în ea însăși (principiul identității aristotelice), ci își găsește rațiunea suficientă (principiul lui Leibnitz) în corelarea cu sistemele (noțiunile) vecine. În psihopatologie, trebuie să avem clară polaritatea nevroza – psihoza și cine nu are cu claritate militară această distincție încurcă planurile și favorizează un ghiveci empiric. Căderea din normalitate sau neajungerea la ea este cultivarea unei neoformații afective, care s-a mai numit ego secundar (sau dedublarea eu-lui la Dostoievski), ce duce subiectul la un dialog interior supărător, care îl costă mai mult efort în păstrarea poziției în realitate. Ego-ul nevrotic aparent are același „reality testing”, adică principiul cognitiv comun, dar el fiind solicitat de un comentariu interior, când acesta predomină, realul poate fi neglijat pentru clipa respectivă și imaginați-vă ce înseamnă o asemenea clipă în condițiile conducerii unui autovehicul sau avion. Ceea ce caracterizează nevroticul este că această dramă interioară se face cu luciditate, cu conștiința clară și uneori cu prea multă luciditate. Deci ego-ul ca manager, ca responsabil al propriei subiectivități, a propriei întreprinderi, în loc să aibă grijă de marketing și profit, supraviețuiește șters, făcând nenumărate calcule interioare contradictorii, obsedante, epuizante. Aplicați această regulă pe oricare obiectiv exterior (mașina, cariera, partener, copil) și obțineți nevroticul. Bineînțeles că rămâne ceva indefinibil, un mister original, particular, intraductibil, un rest pe care nevroticul se străduiește să-l clarifice și să-l confeseze, se pare însă că nu va reuși niciodată. Și într-un fel asta e bine pentru că e misterul lui și misterele uneori atrag.

Toată această poveste este o caricaturizare a romanului nevrotic, pe care psihopatologia germană a rezumat-o în cuvintele „conflict interior”.

În contrast cu această lume nevrotică, care este și comună și intimă, e noțiunea de psihoză, în care lumea comună e practic pierdută pentru că e înlocuită cu interpretări afective bizare, originale, false, dezorientante, uneori adâncite de halucinații și alte destructurări onirico-oneiroide și în care existența în realitate este proforma și elementară, deoarece e scufundată în autism și ininteligibil. Acesta este delirul primar și secundar, care poate explica diferența nevroză – psihoză. Coborârea este așa de profundă încât, în mod paradoxal, nu există conștiința nevrotică a bolii. Iar în rarele clipe

când există, bolnavul nu poate supraviețui. Diferența esențială nevroză – psihoză ține de conștiința de sine, conștiința bolii (insight) în sensul că finalmente nevroticul respectă realitatea, deși aceasta îl chinuie în timp de psihoticul sfidează sau ignoră realitatea. Nevroza poate fi precedată de tulburări de adaptare care pot face preludiul intrării în nevroză pentru că odată cu intrarea în nevroză, reacția se complică, devine posibil cronică, procesuală, psihopatizantă și chiar invalidantă.

Nevroza e o boală psihică teoretic reversibilă, considerată ca o reacție psihică de dezadaptare în condiții grele de viață, în care bolnavul păstrează simțul critic față de afecțiunea sa, adică se consideră bolnav sau îmbolnăvit, și consideră că această boală (nevroza) trebuie să-o trateze cu un medic (inițial internist, neurolog etc.) și în ultima instanță cu un psihiatru. Nevroticii au și frică de înnebunire. Au și fobia de nebuni și de psihiatri.

Germanii le zic dezvoltări nevrotice. Sunt reacții dacă se înscriu până la șase luni, dezvoltări dacă merg mai departe. Punem întotdeauna întrebarea de timp. Nevrozele, în concepția mai veche, pavlovistă, reflexologică, erau considerate reacții de învățare greșită la excitații neobișnuite, la stres neobișnuit. Mai modern, ele nu sunt simple reacții la stres, ci stresul e doar favorizant, cauza esențială e un conflict interior, e imaturitatea psihică. Deci o parte din oameni sunt vulnerabili la apariția nevrozelor.

Nevrozele au cea mai mare indicație pentru psihoterapie. Ele beneficiază de o interpretare psihanalitică și deci, pe lângă celelalte specialități pe care le exploatează, azi apar și psihanalistii.

Nevroticul e un suferind, e un om îndurerat, și are dorința și nostalgia normalității. El vrea să redevină cum a fost, normal, sau să fie ca cineva normal. Are deci această dorință de a se reface. Se autoculpabilizează și se infirmizează singur. Nu este bine ca în ochii nevroticului să minimalizezi. Asta îl îndepărtează pe nevrotic, care are nevoie de cineva ascultător, căruia să-i transfere ceva din ființa sa. Psihiatrul pentru nevrotic e un martir ascultător.

Nevroticii sunt socotiți de autorități mai ales niște simulanți, niște puturoși, antisociali, idee ce a făcut ravagii chiar în familiile respective. Chiar partenerii le zic „*n-ai nici pe dracu*”.

Clasificări.

- neurastenia,
- nevroza obsesivo-fobică,
- nevroza isterică,
- nevroza motorie (mixtă).

După DSM IV TR, nevrozele se grupează în:

- nevroze anxioase (tulburarea de panică fără agorafobie, agorafobia fără tulburare de panică, agorafobia cu tulburare de panică, fobii specifice, fobii sociale, tulburarea obsesiv – compulsivă, tulburarea de stres posttraumatic, tulburarea de stres acută, tulburare de anxietate generalizată, anxietate datorată condițiilor medicale generale și anxietate indusă de o substanță),
- tulburări somatoforme (tulburare de somatizare, tulburarea somatoformă nediferențiată, tulburarea conversivă, tulburarea algică (de durere), hipocondria, tulburare dismorfică corporală)
- tulburări disociative (amnezia disociativă, fuga disociativă, tulburarea de identitate disociativă, tulburarea de depersonalizare)
- tulburările factice (cu semne și simptome psihologice, cu semne și simptome fizice, combinate,
- disfuncții sexuale (tulburarea dorinței, tulburarea excitației, tulburarea orgasmului, tulburări algice sexuale); disfuncție sexuală datorată unei condiții medicale generale
- parafilii – exhibiționismul, fetișismul, froteurismul, pedofilie, masochismul sexual, sadismul sexual, fetișism transvestit, voyeurism
- tulburări de identitate sexuale
- tulburări alimentare – anorexia nervoasă, bulimia nervoasă
- tulburări de somn – primare (disomnii – insomnia, hipersomnia primară, narcolepsia, tulburare în legătură cu respirația, tulburarea ritmului circadian) și parasomnii (coșmarul, teroarea de somn, somnambulismul)
- tulburări de impuls – tulburarea explozivă intermitentă, cleptomania, piromania, jocul patologic, tricotilomania
- tulburări de personalitate – paranoid, schizoid, schizotipal, antisocial, borderline, histrionic, narcisic, evitant, dependent, obsesiv-compulsiv

I. Neurastenia

Neurastenia sau boala epuizării și a suprasolicitării, era foarte frecventă și în trecut, cea mai disprețuită și cea mai mascată de alte etichete (pentru concedii și pensionari). A fost descrisă în 1869 de psihiatrul american G.N.Beard. Nu există ca noțiune în DSM IV, dar descrierea ei se apropie foarte mult de forma depresivă, denumită aici distimie. E vorba de o slăbiciune iritabilă, sau cum se spune popular „încep să-l lase nervii”; deodată excitații de prag obișnuit încep să enerveze. Omul devine un „pachet de nervi”. La cea mai lumea devine greu de suportat, te enervează

ceea ce până acum nu te-a enervat (tramvaiile de pe stradă, bătutul covoarelor, țârâitul apei, uşile trântite etc.). Toate aceste mică provocare explodează. Manifestările exploziei pot fi impulsive, distructive sau plâns. Deci, *irascibilitate, hiperestezie, fatigabilitate*, și de aici conflictul. Toți țipă în casă în jurul tău, tu zaci la pat, mai iei o pastilă. Oboseala continuă, fizică, te dor toate, dar mai ales capul. Bolnavul devine neliniștit, indispus, anxios, angoasat. La bărbați angoasa este mai frecvent precordială sau digestivă, la femeie este mai ales respiratorie, este senzația de sufocare și de nod în gât. Emoțiile se produc cu mare ușurință, este de ajuns o privire, un cuvânt ca să se dezlănțuie emoțiile. Subiectul constată că nu își mai poate controla emoțiile ca până acum, deci plânge mai ușor, dar poate să și râdă ușor și ambele sunt deplasate cantitativ. Totuși, în această fază bolnavul nu se adresează medicului, nu consideră că e decât o oboseală. În momentul când apare o semiologie în sfera proceselor de cunoaștere, bolnavul se alarmează. Care este această semiologie? Bolnavul devine distrat, cei din serviciu cred că este îndrăgostit, distrat, că bea, în orice caz nu știu ce s-a întâmplat; nu se mai poate concentra, dă impresia de zăpăcit, de distrat, promite și nu se ține de cuvânt, încurcă treburile. Această impresie de zăpăceală este dată de atenția spontană, care a câștigat teren în dauna atenției voluntare, apoi are un mod pripit de a percepe mediul exterior, este pripit pentru că nu este calm să perceapă, să audă, să vadă; fiind angoasat, toate le face într-o grabă care îi aduce dezordinea. Această dezordine pe care și-o creează în fiecare zi, el o pune pe seama zăpăcelii memoriei lui, bolnavul acuză o scădere a memoriei, o scădere a capacității de a învăța, de aceea printre aceștia vom avea desigur foarte mulți intelectuali, care acuză o scădere a capacității de a citi, o scădere a capacității de a reține nume și date, o dificultate esențială și tragică în procesul de creație. Aici vom găsi toți creatorii care au penibilul sentiment al ratării, cred că acum le-a venit momentul să plătească pentru toate nopțile pierdute, niște polițe sau așa ceva. Bolnavii gândesc mai lent, amână mereu activitatea de a gândi, de a le elabora; acest fenomen al gândirii superioare de creație este vârful important pe care se sprijină toate treburile sociale astăzi, de aceea ei amână și își zic: *„lasă că o să mă duc într-o comisie la Sinaia și o să elaborez acolo“*. Această stare a proceselor de cunoaștere îi alarmează și se decid să vină la medic și vin la medic cu o stare exagerată. Capacitatea lor de muncă este scăzută nu numai obiectiv, ci foarte mult este exagerată subiectiv. Astfel încât descrierea stării lor pare excesivă, ei folosesc metafore de tipul: „nu mai pot, sunt la pământ, sunt dărâmat, mi-am ratat cariera, mă cunosc foarte bine“. Analiza pe care o face doctorul duce la o listă de simptome care apar foarte frecvent în cursul neurasteniei. La triada Kraindler (v. mai sus) se adaugă insomnia. Sunt mii de insomniaci, oameni care trăiesc cu spaima

că nu vor dormi suficient noaptea, cu consecințe până la toxicomanie (dependență medicamentoasă). Cefaleea – de la ore, de la momente de efort – ajunge să apară încă de dimineață, de la odihnă. Descrierea ei este diferită de la persoană la persoană, după gradul ei de cultură. În orice caz nu este o durere, ci mai curând o senzație de cap neclar, de „cap tulbure”, pe care bolnavul a tratat-o până să vină la medic cu antinevralgice, piramidoane. Nu înseamnă nici boală, nici nimic, toată lumea s-a obișnuit cu ea. Se poate spune fără exagerare că este suferința cea mai frecventă din medicină. Alt simptom este amețea. Amețea sperie cu mult mai mult decât cefaleea, căci dă nesiguranță în mers și bolnavului îi este frică să mai traverseze strada, să urce în tramvai; ea se însoțește de o angoasă, de o groază extraordinară, nu că te vei lovi, ci că vei cădea jos, cine știe unde, deci viitorul este sub amenințarea acestei căderi. Urmează apoi o parazitare a tuturor analizatorilor: tulburări de vedere, bineînțeles că bolnavul crede că are nevoie de ochelari – începe drama cu oftalmologii; bineînțeles că nu-l mulțumește nici primul, nici al doilea, unul i-a dat cu plus, altul cu minus, unul i-a potrivit lentilele dar ochelarii sunt gata peste două luni, se adaugă căutarea unor ochelari („nici vorbă – Zeiss”) și când ajunge să-i aibă, nu-i folosesc deoarece el suferă de nevroză. Neurastenicii sunt o spaimă și a ORL-iștilor, datorită descrierilor ciudate și care nu intră în schemele lor, urechea externă este normală, sistemele de investigare sunt normale, și ei au totuși de tratat acufene însoțite de amețeli și o bogăție semiologică a auzului tulburat.

Urmează apoi paresteziile care aparțin neurologiei, adică sunt o nebulie cu care vin ei, gândiți la toată patologia neurologică de la boli degenerative la tumori etc., în orice caz: amețeli, membre reci, claudicație intermitentă, scăderea forței musculare. Este firesc să fie inegală pentru că și forța noastră este inegală; dacă explorăm mai mult, putem obiectiva o inegalitate și urmează apoi un capitol enorm de patologie psihosomatică. Aici avem de împărțit neurastenia cu toate specialitățile medicale: în ordinea tulburărilor este cardiologia, adică tulburările precordiale, palpitațiile, apoi dispneea desigur de efort dar și de repaos, care nu se justifică prin tulburări cardiologice obiective; descrierea tulburărilor cardiace și respiratorii se face cu o mască de suferință, o mască neurastenică a feței, bolnavii sunt uimiți ce reci și impasibili suntem noi în față suferinței. Adică noi cum vedem masca aceea scriem Diazepam și ei sunt disperați. „Din aceasta am mai luat” ne spun ei și vor să ne facă să înțelegem că suferința lor este reală.

Urmează apoi patologia digestivă, adică cel mai frecvent aerogastria și aerocolia și nu trebuie crezut că este ceva ușor. Aerofagia determină sufocări nocturne și bolnavul se crede un cardiac, bolnavii sunt răvășiți de multiplele

regimuri date de interniști și nu mai știu ce să mănânce, ajung să nu mai mănânce și vor continua să slăbească, să le scadă energia pentru că se tem de sfaturi contradictorii. La femeie este foarte frecventă patologia colecistică, diskinezia biliară, însoțită de toate spaimile și anume pietre la ficat, hepatită, se supun la toate explorările care sunt riscate și riscante dar totuși le fac: tubaje, radiografii, etc.; sunt niște bolnavi foarte explorați. Și ce este până la urmă această patologie psihosomatică în care intră colita, diskinezia biliară, preulcerul (manifestări de ulcer fără modificări radiologice), ce este la urma urmei patologia funcțională renală cu micțiuni imperioase etc. Și ce este apoi patologia genitală care nu are un factor organic decât toate disfuncțiile, dezordinile și hai să le numim în limbaj neurologic o ataxie în integrarea acestui analizator intern într-o funcție armonioasă a organismului. Adăugați deci la acest parazitism conceptual care face să se consume vagoane de medicamente în toată lumea, adăugați simptomul care agravează zilnic boala, adică insomnia, care are un crescendo, adică bolnavul adoarme greu, se trezește devreme cu senzația de oboseală și se autotratează multe luni după care orice ar lua și cum le-ar lua are insomnie, poate fi o insomnie totală. Veți spune: ei, și ce este insomnia? N-ar fi nimic dacă ar fi numai insomnie, noaptea agravează trăirile noastre personale, îi vedem pe ceilalți cum dorm, cum sforăie, știm că a doua zi suntem luați ca refăcuți, știm că n-o să putem face față și deci noaptea aduce un spor de anxietate și depresiune. Și atunci ce facem? deschidem fereastra, ne plimbăm, ieșim pe afară.

Tot în neurastenie se mai descriu și așa-numitele măsuri de apărare. Neurastenicul începe să se judece înainte de a veni la doctor și știe că a făcut unele greșeli. Atunci închide telefonul, deci strică toate relațiile, nu se mai poate duce pe la ședințe, bineînțeles că acolo se trage clopotul și se întreabă ce este cu el, deci se strică și pe linie politică, ce ceartă cu toate rudele, pentru că din cauza lor nu se mai poate odihni și începe să încerce omeneste să diminue zgomotul blocului, discutând cu doamna de la etajul 3 și 5, deci se ceartă cu toată scara și cu toată lumea, și cu vecinii; bineînțeles că încep să îi țipe „*du-te de te tratează*“, deci se petrece în această reacție complexă nu numai o suferință a lui și el începe să-și strice relațiile cu restul lumii. Peste asta vine insuportabila idee că se face de râs în fața nevastei sau invers. El e mort de obosit, nemaiputând să aibă o viață sexuală așa cum trebuie. Există o întreagă problemă legată de acest fapt, mai accentuată evident la bărbați. Se adaugă capitolul ruperii relațiilor cu proprii lui copii, se fac zgomotoși, ei îi apar lui zăpăciți, dezordonați, nu învață destul, notele de 6, 7 i se par mici, i se pare că ratează și copiii; atunci ia măsuri și se duce la școală, unde se ceartă și cu profesorul. Deci vedeți că pe toate le strică, toate le încarcă.

Neurastenia a fost descrisă mai ales în concepția neurologică ca o boală a suprasolicitării. Deci neurastenia s-ar datora muncii prea multe și uzurii noastre. Legat de această idee se poate vedea la fiecare caz în parte suprasolicitarea lui, tipul de muncă, turele, norma prea mare, fizicul prea mic (debilul fizic), apoi transportul cu toate problemele sale (naveta), suprasolicitarea de acasă, gospodăria, copiii, cozile. Deci este ca un inventar al existenței din care rezultă că această cauză este chiar existența noastră grea, mizerabilă. Dar de ce în aceleași condiții unii se îmbolnăvesc iar alții nu, ba chiar prosperă? Tocmai de aceea ideea suprasolicitării nu este exactă, mai sunt și alte cauze. Se adaugă și alți factori, până nu de mult desconsiderați și anume climatul de muncă, climatul de respect, satisfacția muncii, sentimentul de muncă ordonată sau dezordonată, tensiunea muncii, adică valul, atacul „până mâine”, toate condiționările acestea brutale și care de fapt nu țin de tine. Apoi potriveala muncii, adică un absolvent de liceu care trebuie să aibă un serviciu nu se va simți bine dacă va fi pus la mătură și nu trebuie să credem că el este un încrezut dacă el se revolta ci un șocat. Un conducător se poate neurasteniza dacă de mai sus îi vin sarcini mari iar dedesubt este dezordine, adică știe că oamenii nu-l ascultă și nu poate executa planul. S-a mai numit boala managerială. Deci anumite profesii sunt supuse unei presiuni de sus și de jos care pot duce la neurastenie în anumite condiții. Urmează apoi boala omului condus, adică a subordonatului, mai ales dacă este condus de un om care nu are pregătirea necesară, care nu-i dă sarcini clare, care nu-l lămurește ce are de făcut și care se înfurie dacă nu s-au executat sarcinile lui încurcate. Se mai pot adăuga și anumite obiceiuri proaste, ca lungimea ședințelor fără obiect, cu toată lumea care fumează acolo și se pleacă după 4-5 ore cu amărăciunea extraordinară fiindcă nu se știe de ce s-a pierdut atâta timp acolo. O altă cauză de neurastenie este schimbarea modului fundamental de viață, adică a trebuit să trecem de la căsuța patriarhală, cu grădină, cu căldură de lemne, la bloc, care presupune un alt mod de conviețuire și civilizație. Ori eterogenitatea scărilor de la blocuri și disperarea că nu ai cu cine vorbi și să te înțelegi, încercarea ta omenească de a stabili o relație are ca efect exact persecuția, îl stârnești pe celălalt, deci acest efect al prostiei poate să creeze o condiție de neurastenie. Alt factor ar fi eșecul. Toate schemele noastre sunt prevăzute cu un risc de eșec, în toate posturile este o concurență. Toate avansările sunt o concurență și deci printre puținii victorioși sunt o categorie de oameni care trebuie să rateze, să se dea la o parte. Sunt zeci de mii de tineri care trebuie să dea la facultate, deci există eșecul profesional. Urmează apoi eșecul căsătoriei, căci căsătoria a fost dintotdeauna supusă acestui fenomen. Se mai poate adăuga un factor ce ține de epoca în care trăim, cu o bogăție de evenimente negative; tot ce citim, tot ce aflăm în fiecare zi, trăim la o tensiune și o viteză ca o accelerare crescândă a vieții.

Părinții noștri care au trăit totuși războaiele au avut o stabilitate mai mare decât noi, există deci un factor de generație. Există atitudini uimitoare și epoca pe care o trăiește are cu totul alte trăsături decât acum 20 de ani. Ne-am obișnuit să nu mai vorbim de loc unul cu altul, nu ne mai mirăm că nu ne mai salutăm, nu-i nimic dacă celălalt nu ne mai vede, că suntem refuzați, toate acestea cresc sentimentul de izolare și scad valoarea noastră în fața lumii. Asta este în fond neurastenia, o profundă neîncredere în noi înșine.

Forme clinice după simptomul predominant, sunt: anxioasă, depresivă, cenestopată (*Nevroza cenestopată* e mai neplăcută (mai vechi se numea nevroză de organ), cu manifestări neurovegetative (s-a mai numit și nevroză vegetativă). S-a vorbit de o *minoris resistentiae* a unei zone din corp la fiecare om, fiecare face nevroza în altă parte. Răspunsul personal ține și aici de o anamneză foarte atentă; de ex. cei care au avut decese de inimă în familie se nevrozează pe cord, cei cu boli digestive se nevrozează pe digestiv etc. Sunt și oameni susceptibili care cum aud de ceva, li se pare că și ei sunt afectați în primul rând la acel nivel.), polimorfă, hipocondriacă, cu depersonalizare.

Diagnosticul pozitiv trebuie diferențiat de sindroamele astenice care pot debuta și menține uneori schizofrenia sau mai ușor psihastenia sau forma minoră de depresie care este distimia.

II. Nevroza anxioasă

Pe lângă trepidul clasic, accentuează încă un simptom, anxietatea, adică o încordare, o așteptare dureroasă, plictisită. Oricine a resimțit în viața lui acest simptom. Este o trăire neplăcută asemănătoare cu frica, atât din punct de vedere subiectiv cât și al răsunetului fiziologic. Frica are un obiect exterior și este proporțională cu pericolul pe care îl poate aduce vieții sau bunăstării (este, deci, o reacție adecvată la un pericol exterior). Pe de altă parte anxietatea nu este produsă de un pericol extern sau este disproporționat de mare față de pericolul real. Al doilea simptom adăugat sunt mișcările parazite, care reflectă neliniștea interioară, care se exprimă în ambientalul cel mai apropiat al tău.

Frica avertizează asupra unui pericol extern, anxietatea – asupra unui pericol intern. Cât timp e o avertizare, fie și neplăcută, e folositoare. Pericolul exprimat prin anxietate este un impuls implicat într-un conflict intrapsihic și inacceptabil pentru ego, un gând refulat apropiat de conștiință, o anxietate semnal. Senzația subiectivă de anxietate se poate întinde de la o așteptare încordată, nespecifică și difuză, până la forma cea mai severă, de panică. Anxietatea este însoțită de tulburări fiziologice ce includ: tensiune musculară, neliniște, tremor, hiperhidroză, midriază, tahicardie.

Dacă mecanismele normale de apărare nu mai pot controla anxietatea, egoul va folosi mecanisme patologice (de exemplu, refularea, raționalizarea, formarea reacțională, izolarea afectului, negarea, proiecția, identificarea proiectivă). Combinațiile unor mecanisme de apărare patologice ce sunt utilizate în scopul stăpânirii anxietății vor da tipuri diferite de simptome, descrise în cadrul grupului de nevroze. Alegerea apărărilor este, într-o oarecare măsură, un produs al structurii personalității pacientului și, prin urmare, este determinată de stadiul de dezvoltare psihosexuală în care s-a produs fixarea sau din care au derivat cele mai importante trăsături de caracter.

Tabel. Boli ce produc anxietate

BOLI CARDIO-VASCULARE	cardiopatia ischemică tahicardia paroxistică prolaps de valvă mitrală
BOLI PULMONARE	embolia pulmonară hipoxia astm BPCO
BOLI ENDOCRINE ȘI METABOLICE	hipoglicemie hipertiroidie hipocalcemie sd.Cushing porfirie
TUMORI	insulinom carcinoid feocromocitom
BOLI NEUROLOGICE	scleroza multiplă epilepsie de lob temporal sd. psihoorganic de orice etiologie sd. Menière
INFECȚII	TBC bruceleza
TULBURĂRI LEGATE DE UZUL DE SUBSTANȚE PSIHOACTIVE	sd.de abțință (alcool, tranchilizante, hipnotice) intoxicația cu simpatomimetice akatisia cafeinism sd. de restaurant chinezesc (prin ingestie de glutamat)

Anxietatea generalizată se simte de minim 6 luni în performanțele profesionale și școlare, care dau anxietate, oboseală, tulburări de somn, stare de încordare corporală.

În *nevroza depresivă* găsim lipsa chefului de acțiune, de activitate, de viață sau, bolnavii mai zic, „nu are sens”. Nevrozele depresive urmează unui stres precipitant, care implică aproape întotdeauna o pierdere. Pierderea poate fi: o ființă dragă (moartea unui membru al familiei, despărțire, cearta cu un prieten, etc.), o pierdere de bani sau valori materiale, o pierdere de statut (șomaj, scandal ce afectează poziția socială, etc.).

Totuși lipsa chefului de acțiune nu înseamnă inhibiție psihomotorie. Nu este caracteristică nici neliniștea psihomotorie. Una din caracteristicile nevrozei depresive față de alte depresii este fluctuația marcată a intensității depresiei. Nevrozele depresive sunt adesea descrise ca inconstante, schimbătoare. Pacientul poate veni într-o stare de pesimism total, într-o depresie profundă iar peste câteva ore, angajat într-o activitate socială, poate fi bine dispus, râzând însuflețit. Aceasta se poate observa și în timpul anamnezei. Pacientul exprimă tristețe și vinovăție, cu mimică și ton adecvate, ulterior, vorbind de ceva plăcut, se poate lumina și pare pe moment să uite de toate tulburările. Dar brusc își amintește de ele și recade în suferință. Aceste schimbări bruște de dispoziție pot fi greșit interpretate și suferința poate fi minimalizată, existând un risc de suicid și în această formă de depresie.

Adesea istoricul poate arăta o pierdere semnificativă în copilărie, față de care existau sentimente ambivalente. Elementul ostil față de acea persoană, combinat posibil cu gândirea magică a copilului (gândirea magică a copilului de a fi dorit moartea cuiva și acesta să se fi întâmplat), poate conduce la vinovăție. Sentimentele sunt refulate eficient, dar rămân o sursă de conflict psihic și sunt reactivate de alte pierderi din viața adultă.

Nevroza polimorfă îmbină simptome ale mai multor forme clinice de nevroză, în diferite proporții și combinații.

Nevroza cu depersonalizare este interesantă pentru confuzia cu debutul schizofreniei. E vorba de un sentiment de înstrăinare, de oboseală („nu-mi mai simt picioarele”), impresia că se întâmplă ceva rău cu tine, nu mai știi ce reacții va avea corpul tău. E o panică, o spaimă de moarte, în care intri prin depersonalizare. Aceste trăiri de înstrăinare, de straniețe pot apare uneori și la sănătoși. Experiențe frecvente sau prelungite de acest tip pot fi o manifestare de nevroză.

Nevroza hipocondriacă – pe senzațiile cenestopate se greșează supoziția mai exactă a unei boli, de obicei mai periculoasă. Ideile nu ating un nivel delirant, dar pot avea trăsături obsesive. Sunt frecvente dispoziția

depresivă, anxietatea, trăsături obsesiv-compulsive. În general, pacienții nu acceptă ideea că ce au ei e o tulburare psihiatrică. S-a vorbit despre pacienți ca posibil crescuți în case unde există o îngrijorare excesivă privind bolile sau unde există prea puțină căldură părintească, cu excepția momentelor când copilul era bolnav. Pacientul poate să nu fie capabil să-și exprime trăirile în altă modalitate decât în termeni somatici. Hipocondriacul e un nevrotic redutabil pentru psihiatru, pentru că caută să-l descurajeze și pe acesta. S-a vorbit chiar despre fuga în boală. Sunt nevrotici cărora nu le place când după ce-i ascuți le spui că n-au nimic, ei vor o examinare obiectivă, dar și implicarea că se va face ceva pentru ameliorare. Este o interpretare nefavorabilă a simptomelor.

În *tulburarea dismorfică* există un defect imaginar al corpului sau, mai frecvent, al feței. În istoric găsim numeroase consultații la medici de diferite specialități medicale, dar mai ales dermatologi și chirurghi plasticieni. Se întâlnesc concomitent simptome depresive și obsesiv-compulsive. Trebuie eliminate, prin evaluare, depresia majoră și schizofrenia. Dacă simptomul este de intensitate delirantă, atunci este vorba despre o tulburare delirantă, subtip somatic, care poate răspunde la medicația antipsihotică.

Nevroza obsesivo-fobică, descrisă de Pierre Janet, constă în trepidul: anxietate de fond, și pe ea obsesiile și fobiile. Aici tulburările nu sunt fizice și psihice ca în neurastenii, ci exclusiv psihice. Se cheamă de aceea psihastenii (denumirea sub care a descris-o Janet). Sunt persoane vulnerabile, nesigure de sine, mai fricoase, niște iepuri de familie. După ciocniri sau stresuri ambigui (ca de exemplu, boli, mușcături etc.), pe lângă neliniște adaugă obsesia (a morții, eșecului), reprezentări negative, greu de suportat, care epuizează prin repetiție absurdă (de care e foarte conștient, dar de care nu poate scăpa), și de care nu scapă decât în somn, de aceea ia multe pastile, se îmbată, să doarmă și să uite.

Nevroza fobică. Fobiile, sau frica patologică de ceva, sunt foarte variate, cu denumiri pitorești. Cele mai frecvente sunt: agorafobia – fobia de spații (nu mai merge singur, nu mai poate ieși singur pe stradă, nu pot traversa, nu pot lua un mijloc de transport, trenul, avionul, metroul etc.), claustrofobie – nu pot rămâne singuri în casă sau în spații închise (frecvent liftul). Sau fobii de animale, de boli (mai ales cancer, SIDA, sifilis), de moarte (este enormă).

În fobie se produce o deplasare de pe obiectul sau situația implicate în conflictul intrapsihic pe alt tip de obiect sau situație, care produce apoi teama. Este un compromis nevrotic. Pacientul substituie anxietății o frică cu obiect. Aceasta nu produce un confort total, dar este un obiect ce poate fi evitat și prin aceasta pacientul este scutit de anxietate și disconfort, cu excepția situațiilor în care întâlnește sau așteaptă să se întâlnească cu obiectul fobic. Uneori fobia apare după un eveniment traumatic concret (exogen).

Obiectul fobic este de obicei inofensiv. Dacă este ceva potențial periculos, frica este disproporționată față de pericol. Cu toate că obiectul fobic simbolizează de obicei conflictul subiacent sau ceva legat de el, nu întotdeauna se poate afla conflictul prin cunoașterea obiectului, căci sensul simbolurilor poate fi influențat de experiențele personale, asocieri emoționale, influențe culturale. Doi pacienți cu obiect fobic identic pot avea două conflicte total diferite.

Fobiile clinice variază ca grad de disconfort și de tulburare a activității, putând în anumite situații să interfere cu ocupația și modul de viață.

Agorafobia este neplăcerea de a străbate spații deschise, de a traversa piețe, de a sta pe balcoane, frica de aglomerații în metrou, etc.

Nevroza de panică – poate surveni un moment de panică, de angoasă, de frică de moarte, cu manifestări vegetative ascuțite care te pot face să crezi că ai făcut ceva obiectiv (de ex. o tahicardie paroxistică supraventriculară, infarct, care pot fi de fapt efectele panicii), și atunci la stres devii îngrozit, te agiți ca să nu mori. Se produce uneori în timpul nopții, când te trezește și dă impresia că ești după un coșmar, dar și ziua, sau se poate întâmpla în condiții fobogene (tunel, lift sau alte locuri sau situații când nu ar putea fi ajutat). Asta arată importanța, legătura sufletească de groaza de moarte.

Atacul de panică se concretizează printr-o stare de rău, cu manifestări vegetative puternice, palpitații, transpirații, frică de moarte. Durează câteva minute și lasă frica de a nu se mai repeta. Supozițiile de infarct se exclud prin examen clinic și ECG.

Nevroza obsesiv-compulsivă (NOC) dă chinurile unor obsesii de care nu poți scăpa decât prin anumite compulsii și ritualuri.

NOC reprezintă o cale prin care anxietatea difuză este transformată în alt simptom. O idee obsesivă este un gând recurent, nedorit și care nu poate fi exclus voluntar din conștiință. O compulsie este un impuls recurent irezistibil de a acționa într-un anumit fel. Este ideea obsesivă în acțiune.

Ideea obsesivă poate fi un gând unic, un vers de poezie, pe care pacientul nu se poate opri să-l spună, o înjurătură care vine în minte permanent oricând sau în situații în care ar fi total inadecvată, de exemplu într-o biserică sau la o întrunire). Alt tip e reprezentat de imaginația obsesivă, în care există gânduri stereotipe și repetitive, ce nu duc la nici o concluzie, pe o temă ce poate fi o persoană, o problemă personală sau chiar un subiect fobic. O variantă a acestuia este constituită de îndoială sau nehotărârea, ezitarea obsesională, în care subiectul se gândește la o decizie sau alegere, fără a fi capabil să ajungă la o concluzie. Aceasta poate privi ceva important, de exemplu schimbarea locului de muncă sau ceva minor, de exemplu alegerea unei cravate.

Gândurile și ruminarea obsesive trebuie diferențiate de gânduri sau preocupări repetitive. Nu este atât de importantă frecvența cu care apare gândul sau cât timp se insistă asupra lui. Un gând obsesional este nedorit și supărător. Gândul unui tânăr la fete, chiar dacă îl preocupă mult și îi ocupă mult timp gândirea, poate fi o ruminare, dar nu este obsesivă. De asemenea, nu toate gândurile supărătoare sunt obsesive; cineva poate fi îngrijorat de situația lui materială, de o sursă de frustrare în viață, etc. Nu este obsesivă, dacă persoana poate, când este cazul, să îndepărteze și să se concentreze pe altceva. Dacă gândul este ridicol, ciudat, pacientul își dă seama de absurditatea lui. Aceasta poate ajuta la diferențierea de ideile delirante.

O obsesie de inhibiție este un gând sau o frică recurentă, că cineva ar putea să facă ceva ce nu dorește să facă (de obicei frica de a nu face ceva rău cuiva din familie). De exemplu, un individ poate avea gândul obsesiv că ar putea sări de pe o înălțime. Aparent, reacția lui față de înălțime seamănă cu o fobie, dar nu este o frică de înălțime ci este speriat că ar putea avea impulsul să sară. Pacientul cu obsesia de inhibiție nu vrea să facă de fapt lucrul la care se gândește. Ele nu sunt trecute în acțiune, dar este nevoie să fie diferențiate de alte frici de a face rău. Cineva care vrea să facă rău, motivat sau nu pentru aceasta, și căruia îi este frică de o posibilă lipsă de control al impulsului, prezintă o problemă diferită. De asemenea, e altceva când pacientul este conștient că a avut perioade de confuzie sau amnezie, sau explozii de mânie și îi este teamă că ar putea face rău într-un asemenea moment.

O compulsie poate lua forma unui act unic, pe care pacientul simte nevoia să-l facă (de exemplu, să calce pe crăpăturile din trotuar), sau o serie de acte (o anumită așezare a obiectelor în cameră, un anumit aranjament al lucrurilor). O serie de asemenea acte poartă denumirea de ritual compulsiv. Acestea trebuie diferențiate de ritualurile religioase de exemplu, care sunt cu scop, cu sens, determinate cultural și se fac voluntar.

Compulsiile pot fi asociate cu obsesiile. De exemplu, spălatul pe mâini compulsiv este adesea asociat cu frica și gândul obsesiv de murdărie și microbi. Tot compulsie este când cineva face un lucru, apoi îl reface și îl verifică de nenumărate ori (de exemplu, închide gazul și verifică apoi de multe ori). Mâncatul compulsiv poate fi la originea unor obezități, unele cazuri de alcoolism și dependență de substanțe. Actele compulsive sunt relativ inofensive dar unele pot duce la urmări nedorite, de exemplu, piromania, cleptomania, etc. Există diferite probleme în ceea ce privește evaluarea, căci nu toți pacienții care dau vina pe impulsuri irezistibile de a face ceva sunt compulsivi.

În cazul actelor, ritualurilor obsesive, a nevoii de verificare permanentă, **nu vrea să acționeze dar trebuie să acționeze**. Dacă este împiedicat să o

facă, simte o anxietate extremă. Compulsiile nu fac plăcere și sunt recunoscute ca inadecvate și dezadaptative.

În trecerea anxietății și conflictului fundamental al pacientului în obsesie și compulsie, un rol important este jucat de mecanismele de deplasare, simbolizare, condensare și uneori formare reacțională și izolare. La mulți pacienți cu NOC se observă influența stadiului anal de dezvoltare psihosexuală. Prin urmare, conflictele subiacente sunt adesea legate de trăiri privind autoritatea și controlul extern, impulsuri ostile sadice sau la probleme legate de curățenie și ordine. De obicei există probleme în ceea ce privește generozitatea/zgârcenia, administrarea banilor, relațiile cu autoritățile, preocupări legate de tranzitul intestinal, acuze de diaree sau constipație.

Pacienții obsesivi tind să arate o rezistență pasivă în timpul interviului clinic, chiar dacă au nevoie de ajutor. Este un resentiment față de autoritate, reprezentată de doctor, sentimentul de posesiune asupra propriilor gânduri pe care le împărtășește cu zgârcenie.

NOC este una din cele mai grave forme de nevroză, cu prognosticul cel mai prost.

Nevroza motorie – pe fondul neurasteniei survin manifestări neurologice: ticuri, crampe (crampa scriitorului, torticolis spasmodic, bălbâială ș.a.). Ele cer excluderea unei afecțiuni neurologice organice. Nu se poate răspunde exact de ce unii fac neurastenie, alții nevroză motorie (mixtă). Se pare că cei cu nevroză motorie ar avea o leziune cerebrală minimă (MBD – minimal brain damage), care s-ar putea obiectiva prin EEG, și care ar arăta o encefalopatie minoră (minimă) cu includerea unor centrii motori mai fragili. Sunt foarte rezistente, îngrozitor de tratat. Cer, pe lângă tratamentul nevrozelor, o artă deosebită în mânăuirea tranchilizantelor sau neurolepticelor în doze mici. Sunt tratați la diferite specialități, ca ORL, neurologie, reumatologie. Se produce frecvent la instrumentiști, scriitori, creându-le serioase probleme.

Nevrozele ocupaționale, de tipul crampei scriitorului, nu se încadrează întotdeauna la nevroze isterice (nevroză de conversie).

Criza de panică (atacul de panică). Este o anxietate subită, care tipic survine în cursul nopții fără motive inteligibile. Subiectul se trezește din somn cu senzația de sufocare, cu frica că a făcut o boală gravă și va muri. Alertează partenerul, Salvarea și cere ajutor. E chiar agitat, se mișcă foarte mult (în contrast cu cel care face un infarct care e imobil de durere). Administrarea unui sedativ injectabil, cu sugestia psihoterapeutică cupează accesul dar rămâne frica repetării lui așa că subiectul urmează să se supună unor explorări cardiace care să ducă la excluderea unei afecțiuni organice și să rămână cu tratamentul psihiatric. Crizele repetate intră la rubrica tulburare

de panică. Acestea se pot însoți de agorafobie, adică de fobia traversării spațiilor largi ca și de claustrofobie (adică anxietatea în spații mici – singurătate, lift). Agorafobia poate să existe și fără panică, ca un disconfort la traversare.

Tulburarea de stres acută. Este o stare emoțională care urmează unei informații negative, neplăcute, unei supărări, unei nerealizări, unui conflict de circulație, unui proces și care se rezolvă în scurt timp. Dacă trauma e puternică și durează (cum e cazul războiului) subiecții participanți pot face după o **tulburare de stres posttraumatică** durabilă, polimorfă și nu rareori invalidantă. Subiecții nu se mai pot adapta la realitatea înconjurătoare deși sunt ajutați material să o facă, nu își mai găsesc rostul vieții pe care l-au avut anterior. survine după un șoc, care dă aceeași stare la reamintirea accidentului, în anumite vise, care dă o indiferență la activitățile obișnuite, dismnezia traumei, pesimism, insomnie, iritabilitate, dificultăți de concentrare. Tulburarea apare imediat după evenimentul traumatic sau este întârziată (după 6 luni sau mai mult). Simptomele nu au fost prezente înainte de traumă. Dacă pacientul este expus la situații care seamănă cu sau simbolizează trauma inițială, simptomele se agravează.

Este o entitate la modă în psihiatria americană, în care sunt incluse și alte psihogenii.

III. Tulburări somatoforme

1. Tulburarea de somatizare

Este o durere cronică, într-o parte a corpului, pe care subiectul o are de mulți ani, chiar înainte de 30 de ani și care a fost tratată cu variate medicamente și diferite specialități medicale, fără rezultat. Se poate confunda cu tulburarea ceneștopată cronică.

2. Tulburarea somatoformă

În care diverse ceneștopatii au un trecut recent.

Nevroza isterică e legată în primul rând de numele lui Charcot. Clasic e vorba de o serie de crize nervoase polimorfe, care exprimă o pierdere a controlului emoțional în condiții de stres obișnuit, dar stresul nu e obișnuit pentru toți, și atunci se produce o încărcare, o așteptare, apoi o descărcare emoțională care poate duce până la leșin, întreruperea stării de conștiență, modificarea performanțelor. Manifestarea actuală nu e cea clasică, ci crizele de nervi la contrarietăți, la frustrări (acasă, serviciu, la miting etc.). Nici o nevroză nu a fost atât de studiată și încă nu e înțeleasă. S-a vorbit de o personalitate isterică, care e demonstrativă, teatrală, vanitoasă, care-și simte gloria numai în dominarea și admirația celorlalți. Această personalitate

nu e obligatoriu să facă crize. În situații de conflict însă, omul își pierde controlul emoțional și trănțește o criză de nervi care poartă o pecete în general personală și se repetă cam în același fel. Formele sunt cu manifestare psihică și cu manifestare corporală (neurologică, viscerală). Manifestările sunt foarte derutante. Crizele pot imita orice boală.

Tulburările isterice, după DSM IV TR, se împart în somatoforme și disociative. Cele somatoforme sunt acuze somatice inexplicabile organice, care durează de maxim 6 luni. Dacă sunt vechi, adică încep înainte de 30 de ani, se mai numesc și sindromul Briquet și se exprimă printr-o combinație polisimptomatică de durere și tulburări gastrointestinale, sexuale și pseudoneurologice.

3. Tulburarea conversivă

Tablourile conversive afectează motilitatea voluntară și tablourile senzitive, sugerând o tulburare neurologică, după un conflict psihologic. Mecanismul conversiei permite conflictelor să fie reprezentate ca simptome somatice, ce implică părți ale corpului inervate de nervi senzitivi și motori. Aceasta duce la micșorarea sau dispariția anxietății. Simptomul simbolizează de obicei conflictul sau impulsul inacceptabil și este legat temporar de un stresor psihosocial. *Beneficiul primar* este dat prin faptul că simptomul este legat de prevenirea sau inhibarea punerii în aplicare a impulsului sau de constituirea unui compromis al conflictului intern. Alături de simptomul conversiv, se pot constata alte trăsături și simptome caracteristice. Există probleme sexuale, ce pot cuprinde frigiditatea, dispareunia. Pacienții cu simptome conversive rareori pot spune că au o adaptare sexuală satisfăcătoare, normală. Simptomele conversive și deficitul pe care îl produc sunt tratate cu o atitudine ce pare mai curând indiferentă (la *belle indifférence*). Tendința de a folosi mecanismele disociative este cel mai adesea remarcată în comportamentul seducător, fără conștientizarea implicațiilor acestui fel de a fi. Se observă sugestibilitatea și o tendință la atragerea atenției, nu doar prin prezența simptomului conversiv. *Beneficiul secundar* se referă la avantajele pe care le obține pacientul prin rolul de bolnav. Avantajele pot include atenția din partea anturajului, eliberarea de unele sarcini sau îndatoriri sau uneori de recompensă. Beneficiul secundar nu face parte din cauzele bolii, apărând după instalarea ei, și poate constitui un motiv pentru a rămâne bolnav. Poate duce uneori la o utilizare mai mult sau mai puțin conștientă a simptomelor într-o modalitate ce sugerează simularea.

4. Tulburarea algică

Se izolează când simptomul se limitează strict la durere, altfel se include în tulburările somatoforme sau somatizare.

5. Hipocondria

Adaugă fenomenelor perceptuale interpretarea și credința bolnavului într-o boală organică gravă. Bineînțeles schimbă doctorul și încearcă toate medicamentele.

6. Tulburarea dismorfică corporală

E legată de ideea de modificare și urâțire care trebuie diferențiată de debutul dismorfic de schizofrenie.

IV. Tulburările disociative

Se referă la o tulburare de conștiință care se exprimă prin amnezie specifică după o traumă psihică, ori printr-o fugă, personalitate multiplă sau fenomene de depersonalizare.

Disocierea a fost menționată ca unul din mecanismele ce apar la pacienții cu tulburare conversivă. În tulburarea disociativă disocierea este mecanismul principal și este folosită pentru a face față unei anxietăți intense. Porțiuni de ego sunt scindate de câmpul conștiinței. Reacțiile disociative majore sunt relativ rare. Disocierea nu trebuie confundată cu disocierea (Spaltung) din schizofrenie, în care fragmentarea eului este de un grad mai mare decât în isterie, unde egoul este împărțit în blocuri mai mari.

În DSM IV TR, aceste tulburări iau forma amneziei disociative (care este în general tematică și inteligibilă), e reversibilă în general; fuga disociativă (care survine după un conflict, nu are o țintă precisă și e reversibilă după câteva zile), tulburarea de identitate disociativă cu manifestări de dedublare și eu-uri multiple (entitate rară și contestată, dar care poate exista voluntar la un actor care joacă mai multe roluri într-o săptămână) și tulburarea de depersonalizare, cu impresia de schimbare globală, reversibilă dar uneori cu intrare în schizofrenie.

Nevrozele nici nu pot fi înțelese fără psihopatii. Americanii azi dau punctaje pentru fiecare cauză a nevrozei. E bine să accentuăm patologia de șomaj și faptul că bolnavii după 40 de ani nu mai găsesc de lucru și trebuie să se pensioneze precoc ca să poată să supraviețuiască. Aici patologia propriu-zisă se amestecă cu malingering, factice, tulburări de adaptare și duc la pensie. După aceea urmează o patologie de verificare a pensiei, neexistând structuri de readaptare și perspective de reîntoarcere la muncă. Așa se explică că numărul pensionarilor este dublu față de cei activi. În psihoterapie ar fi de urmărit importanța păstrării serviciului, nu pensionarea.

Tratament

În contrast cu psihozele unde chimioterapia este prevalentă față de psihoterapie, în nevroze situația este inversă, în sensul că psihoterapia prevalează față de chimioterapie. De aceea noțiunea psihanalitică de transfer este esențială. Ea se referă de fapt la încrederea conștientă și inconștientă pe care o are pacientul față de terapeut și la contratransfer, adică atitudinea pozitivă sau negativă a terapeutului față de pacient.

Legăturile terapeutului cu nevroticii sunt durabile și variabile, ajungându-se la imposibilitatea separării sau la conflicte amoroase.

Psihoterapia constă în întărirea ego-ului, a conștiinței de sine, în creșterea capacității de stăpânire emoțională și în minimalizarea factorilor de stres. Se recomandă menținerea unei activități moderate, în paralel cu tratamentul, sau în cazuri mai severe întreruperea activității și odihnă activă. În toate se poate greși, de pildă, dacă se recomandă o călătorie la munte, fără sprijinul psihoterapeutic poate duce la efectul invers. Se cultivă confesiunea, de aceea nu toți psihiatrii sunt apti pentru aceasta, nu au răbdarea, și ajung să nu mai suporte nevroticii.

Nevroticii cred în miracole, de aceea medicină alternativă trăiește pe spinarea lor. Toate specialitățile medicale tratează și nevrotici, pe unii cu succes.

Nevrotici sunt sensibili la apropierea de cultele religioase, nevroză fiind o condiție și un moment privilegiat pentru o revelație teologică.

Terapia medicamentoasă este în principal anxiolitică și nu neuroleptică, hipnotică și antidepresivă. Nevroticii sunt mari amatori de tonice nervoase (vitaminele, mineralele, calciul, magneziul, fierul), de asemenea apreciază fizioterapiile, masajele.

Tratamentul nevrozelor

Tratamentul anxietății presupune acțiunea pe simptome psihice, somatice sau un amestec al celor două. Tulburările au tendința de cronicitate iar tratamentul adesea dă doar rezultate parțiale. BZD sunt cele mai utilizate psihotrope și oferă o ameliorare rapidă a simptomatologiei. Pe lângă folosirea terapeutică au dezavantajul că majoritatea dau dependență și de aceea trebuie limitate în timp, limitate ca doză și schimbate periodic. BZD potențează hipnoticele, deci se pot asocia cu acestea și sunt asociate și în medicația neuroleptică a psihozelor ca și a epilepsiei.

Disponem pe lângă BZD de linii noi de anxiolitice, cum ar fi buspirona (Stresigal, Spitomin) care este un psihotrop special și alprazolamul, înrudit cu BZD, care dă cea mai mare dependență. Se pare că dependența este legată de timpul de înjumătățire, în sensul că cu cât este mai scurt, riscul e

mai mare. Evitarea anxietății de rebound dintre doze în cazul alprazolamului se realizează prin administrarea fracționată, de 3–4 ori pe zi, a medicamentului. O altă grijă trebuie avut pentru efectul sedativ – hipnotic, mai ales la conducătorii auto (sedare diurnă, scăderea reflexelor).

Utilizarea ISRS în tulburările de anxietate presupune o doză de start la $\frac{1}{2}$ a dozei de start din depresii, cu titrarea lentă până la nivelul dozelor antidepressive. Se poate remarca o agravare inițială a anxietății. Răspunsul de obicei apare cam după 6 săptămâni, iar dozele uneori sunt mai mari chiar decât cele necesare în tratamentele antidepressive.

Necesită pe lângă medicație și psihoterapie individuală care poate acționa sinergic pe circuitele implicate în mecanismele anxietății. În concluzie, tratamentul nevrozei anxioase cere combinarea anxioliticelor, antidepressivelor și hipnoticelor după specificul simptomatic al fiecărui caz și după evoluția cazului. În tratamentele cronice, când se ajunge la obișnuință, sunt necesare retragerea temporară și treptată a anxioliticului.

Nevroticului trebuie să i se prezinte un program terapeutic, adică să plece cu o schemă pe care să o respecte cu sfințenie.

V. Tulburări ale conduitelor alimentare

Tulburările conduitei alimentare din punct de vedere *semiologic* se pot clasifica în două categorii principale, după cum perturbarea se face „prin lipsă” sau „prin exces”. Diminuarea se poate pune în legătură cu o pierdere a apetitului (anorexie) sau o restricție voluntară (sitiofobie); în al doilea caz, creșterea aportului (hiperfagie) se face cu ocazia mesei sau între mese, regulat sau paroxistic, în legătură sau nu cu o senzație de foame. Modificările ponderale însoțesc adesea, dar nu întotdeauna, tulburările alimentare.

Pe lângă perturbările cantitative, există perturbări calitative care privesc senzația de sete și ingestia de băuturi (potomania, dipsomania), presupun o dependență patologică față de alcool/alte toxice fără valoare alimentară sau pofta de substanțe nonnutritive (pica).

Tulburările de alimentație ca *entități nosologice* sunt definite printr-o preocupare excesivă cu greutatea sau aspectul corporal însoțite de ingestie alimentară inadecvată, neregulată sau haotică. Tulburarea în sine sau trăsăturile de nucleu asociate duc la o afectare semnificativă clinic a sănătății somatice sau a funcționării psihosociale. A patra ediție a DSM include trei tulburări de alimentație – *anorexia nervosa* (AN), *bulimia nervosa* (BN) și *tulburarea de alimentație nespecificată* (EDNOS) – echivalentul tulburărilor de alimentație atipice. O variantă a EDNOS – binge eating (BED) – a fost inclusă ca diagnostic în studiu. Chiar dacă anorexia nervosa și bulimia nervosa sunt exemplele clasice, totuși cea mai frecventă formă

de tulburare de alimentație este mâncatul excesiv, cauză de deces pentru cel puțin 300.000 de morți anual la adulți din cauza obezității, dislipidemie, cancerului și inactivității fizice. Prevalența obezității la adolescenți a crescut cu mai mult de 75% în ultimele trei decenii.

AN și BN prezintă o psihopatologie aparte care esențial este identică la femei și bărbați – supraevaluarea formei și greutateii corporale. Dacă majoritatea dintre noi ne evaluăm pe baza performanței pe care o demonstrăm în variate domenii ca munca, legăturile interpersonale, sportul, etc. pacienții cu AN sau BN se judecă în mare parte sau exclusiv în termenii formei și greutateii corporale și a capacității lor de a le controla. Celelalte trăsături ale acestor tulburări par secundare acestei psihopatologii.

În ciuda progreselor înregistrate în tratament și cercetare, pacienții cu tulburări de alimentație reprezintă cazuri foarte dificil de tratat, fiind sindroame complexe care cel mai probabil sunt determinate și susținute de interacțiunea dintre vulnerabilitatea individuală biologică și psihologică și factorii de mediu. În prezent, aceste tulburări sunt socotite ca probleme ce țin de neuroștiințele comportamentale. Noul punct de vedere integrează vulnerabilitățile genetică și de gen, învățarea și un sistem neural coerent compus din elemente de feedback periferic, integrarea centrală a acestora care utilizează amine, peptide și steroizi. Se știu puține despre fenomenele psihobiologice de foame, sațietate, gust și comportament alimentar în aceste tulburări. Mecanismele biologice care influențează comportamentul alimentar, foamea și sațietatea afectează de asemenea dispoziția, nivelul de activitate și starea cognitivă, funcții afectate în AN și BN. Multe dintre modificările biologice prezente în AN și BN reflectă starea nutrițională a pacientului și se remit la refacerea greutateii, încetarea deviațiilor alimentare, revenirea la dietă normală. Probleme serioase sunt reprezentate de cronicitate și ratele de recidivă.

Epidemiologia și evoluția tulburărilor de alimentație

Una dintre problemele majore în evaluarea ratelor de incidență a tulburărilor de alimentație este modificarea criteriilor de-a lungul ultimilor trei decenii. O cercetare privind comportamentele cu risc la tineri în 1997 condusă de Centrul de prevenție și control al îmbolnăvirilor din Statele Unite a găsit că 30.4% din studenți țineau o dietă, 4.9% utilizau pastile de slăbit iar 4.5% își induceau voma după mese sau utilizau laxative pentru a pierde din greutate.

AN și BN predomină în societățile de tip occidental, mai ales la rasa albă. Prevalența AN în SUA este de 0.5 – 1% din adolescenți (0,28 % în Europa). Există un patern bimodal de debut, cu vârfuri la vârsta de 13 – 14 ani și mai târziu la 17 – 18 ani. La adolescenți tulburarea se observă aproape

exclusiv la femei (90%-95% dintre cazuri). Incidența AN la 100.000 pe an este de 19 la femei față de 2 la bărbați. Prevalența BN e de aproximativ 1–3% din adolescente și până la 10% din femeile din colegii. Incidența BN la 100.000 pe an este de 29 la femei față de 1 la bărbați. Vârful de debut este la vârste între 13 și 20 de ani. S-a observat că o treime din femeile cu diabet dependent de insulină sufereau de o tulburare de alimentație și își restricționau doza de insulină pentru a evita creșterea ponderală. La acest tip de pacienți se dezvoltă rapid complicațiile microvasculare, în special retinopatia (84% dintre femeile cu diabet care au tulburare de alimentație vor face retinopatia după 4 ani). Aproximativ 2% din adulți întrunesc criteriile de BED. Sunt documentate cazuri de AN și BN și la bărbați. În loturile clinice raportul bărbați/femei erau între 1:10 și 1:20. Datele epidemiologice arată că aproximativ 40% dintre subiecții cu BED sunt bărbați.

Studiile sugerează o creștere globală a tulburărilor de alimentație în ultimii 50 de ani. Evoluția este heterogenă. Proporția rezultatelor de evaluare a prognosticelor depinde de vârsta grupului și de tratament. Sunt frecvente aspecte reziduale. AN este asociată cu o rată de mortalitate crescută.

Se pare că pacienții cu tulburări de alimentație tind să migreze între categoriile diagnostice ale AN, BN și cele atipice. Se pare că e vorba de mecanisme comune și în egală măsură distincte de alte tulburări, deoarece tulburările de alimentație nu evoluează spre alte tipuri de condiții.

Factori de risc și corelate ale tulburării de alimentație

Odată ce nu sunt cunoscute cauzele specifice de producere a AN și BN, conceptele moderne încearcă realizarea unor modele multidimensionale. Comportamentele și influențele care antedatează tulburările pot fi împărțite în factori de vulnerabilitate biologică, factori de predispoziție psihologică și influențele societății. După declanșarea tulburării, devin importanți diferiți factori de întărire psihologică și fiziologică a comportamentelor alimentare dereglate.

Factori de risc psihologici/psihiatrici. Primele teorii psihologice au pus accentul pe mecanismele fobice – ar fi un răspuns de evitarea fobică față de mâncare, efect al tensiunilor sociale și sexuale generate de modificările somatice din timpul pubertății, explicațiile psihodinamice indicau fantezii de impregnare orală, relații de seducție, dependente cu tați pasivi, afectuoși și vinovăția față de agresivitatea față de mamă percepută ambivalent. Ulterior s-a teoretizat un defect de dezvoltare cognitivă și perceptivă cu tulburări ale imaginii corporale, de percepție și un sentiment de ineficacitate. Dintre trăsăturile de personalitate descrise se notează gândire obsesională, rigidă, introversie socială, nesiguranță interpersonală accentuată, minimizarea afectului, conformitatea excesivă,

tipizarea/organizarea comportamentelor. Un factor de risc pentru AN tip restrictiv este considerată personalitatea obsesională, perfecționistă. Acești pacienți au adesea o lipsă a experiențelor de copilărie care să stimuleze independența personală.

În mai multe studii, Fairburn a încercat să delimiteze factori de risc specifici dezvoltării BN față de cei asociați în general cu tulburările psihiatrice. S-au găsit mai mulți factori ce ar predispuce indivizii la dezvoltarea unei tulburări psihiatrice dar puțini au fost specifici dezvoltării tulburării de alimentație (ex. istoric al obezității parentale, alcoolism, expectații parentale înalte, contact parental scăzut, obezitate în copilărie, evaluare de sine negativă). Se mai indică pubertatea timpurie, BMI înalt, instalarea timpurie a postitului, insatisfacția legată de corp, probleme de reglare a afectului, depresia și tulburarea de control al impulsului. Factori de risc semnificativi dar nespecifici par maltratarea și abuzul sexual, de trei ori mai frecvente la aceste cazuri. Prezența factorilor de risc nespecifici, dacă se combină cu caracteristici care predispun un individ la dietă și preocupări legate de greutatea corporală, poate fi importantă în etiologia BN. Factorii de risc sunt prezenți înainte de debut și cresc riscul instalării tulburării, alți factori pot precipita tulburarea, pot amplifica severitatea stării sau o întrețin. Factori de interacțiune din familie – mai mare ostilitate, relații haotice, sentimente de izolare, deficite semnificative în creștere (nurturing) și empatie față de familia martor. Părinții fetelor cu AN au comunicat mesaje cu sensuri antitetice. Adesea afectuoși, au inhibat independența ei.

Studii genetice familiale. Studiile pe familiile celor cu AN au arătat o tendință la transmiterea familială a tulburării, o predispoziție familială; surorile pacientelor cu AN au prezentat într-un studiu un risc de 6.6 % de dezvoltare a tulburării. Alte studii au arătat o rată de concordanță pentru AN de 55 – 66% la gemenii monoziгоți față de 0 – 5% pentru cei dizigoți. Concordanța pentru BN a fost 35% la monoziгоți față de 30% la dizigoți. Lilenfeld et al. a raportat că aproximativ ½ din varianța în dezvoltarea AN și BN poate fi atribuită influențelor genetice. Există date că rudele de gradul 1 ale subiecților cu tulburări de alimentație au rate mai mari de tulburări de alimentație și alte tulburări psihiatrice, în special tulburări de dispoziție, de uz de substanțe, anxietate sau personalitate. Din cauza comorbidității importante între tulburările de alimentație și alte tulburări impulsive, mai ales uz de substanțe, are probabilă existența unor factori familiari transmisibili care contribuie la coexistența tulburărilor respective. Un studiu a prezentat că femeile cu BN care au istoric de abuz de substanțe au rate semnificativ mai mari de tulburări psihopatologice de-a lungul întregii vieți decât femeile cu BN fără abuz de substanțe. De asemenea, rudele

acestora au mai multă psihopatologie decât rudele femeilor bulimice fără abuz de substanțe.

Mai multe studii au găsit agregări familiale pentru AN, BN și variante ale acestor tulburări la rudele de gradul I ale probanzilor AN și BN. Unii autori au propus ca AN are o predispoziție genetică care poate deveni manifestă în anumite condiții adverse ca regimul alimentar inadecvat sau stresul emoțional. Această vulnerabilitate genetică ar putea implica un tip particular de personalitate, o susceptibilitate generală față de instabilitatea psihiatrică (în particular, tulburare de dispoziție), sau poate implica direct o disfuncție hipotalamică. E probabil că un istoric familial de tulburări de dispoziție sau poate de tulburări anxioase sau mai specific de TOC să facă persoana expusă la riscul de dezvoltare a unei tulburări de alimentație.

Comorbiditate. E bine documentată. Cu toate că datele sunt neomogene, tulburările de personalitate din clusterul B comorbide au fost în mod repetat asociate cu prognostic mai slab. Expresia personalității este de asemenea influențată de afecțiunile psihiatrice comorbide. Alt studiu arată că nici una dintre tulburările comorbide de ax I sau II nu e legată de probabilitatea refacerii complete după tratament. Pacienții cu AN au o rată crescută de depresie majoră (68%), tulburări de anxietate (65%), TOC (26%), și fobie socială (34%). Aproximativ ¼ din pacienții cu AN tip restrictiv au tulburări de personalitate anxioasă din clusterul C. Aproximativ 40% dintre pacienții cu AN tip binge eating/purging au un diagnostic de tulburare de personalitate impulsivă de cluster B. Au de asemenea o prevalență înaltă de tulburări de personalitate anxioasă. Pacienții cu BN au comorbiditate importantă cu tulburarea depresivă majoră (36 – 70 %), abuz de substanțe (18 – 32 %) și tulburări de personalitate pe Axa II (28 – 77 %) cu predominanța tulburărilor de personalitate din clusterul B (impulsiv).

Factori biologici. Numeroase studii inclusiv unele recente indică o disfuncție a sistemului serotoninergic. Jimerson et al. a demonstrat o responsivitate scăzută a PRL la testul cu fenfluramină iar Levitan et al. a raportat răspunsuri aplatizate ale PRL și cortisol la testul cu metaclorofenilpiperazină la BN. Altă orientare în cercetare indică o disfuncție a responsivității nervului vag ca fiind asociată cu binge eating recurent. Raymond et al. au raportat diferențe în pragul de detectare a durerii la indivizi cu binge eating în comparație cu cei care nu au tulburarea și a postulat legătura dintre stimularea nervului vag și perpetuarea comportamentului de binge eating.

Factorii hipotalamici și neuromediatorii. O disfuncție hipotalamică primară în AN este sugerată de faptul că numeroase persoane dezvoltă amenoreea înainte de scăderea ponderală iar reluarea ciclului menstrual

se produce la distanță de revenirea la greutatea normală. La nivelul nucleului paraventricular hipotalamic, există interacțiuni complexe între neurotransmițători pentru reglarea comportamentului alimentar. Noradrenalina are un efect stimulator al apetitului, serotonina crește sațietatea, scade ingestia de alimente și modulează comportamentele obsesiv– compulsive, agresive și impulsive. Activarea în exces sau diminuarea activității poate produce deficite ale alimentării. Hormonii și medicamentele pot interfera cu transmisia dopaminergică și pot produce dezinhibiția alimentației. Studiile actuale prezintă disfuncții ale tuturor celor trei neurotransmițători în AN. Serotoninei i s-a acordat mai multă atenție deoarece are o influență mai mare asupra comportamentelor care sunt tulburate în AN. Pacienți cu NA cu refacere ponderală de mai mult timp au prezentat niveluri crescute de 5-HIAA în LCR față de control, ceea ce e concordant cu ipoteza că trăsăturile obsesionale ale anorecticilor sunt asociate cu o hiperfuncție a sistemului serotoninergic. CRF (corticotrophin-releasing factor) este un inhibitor potent al alimentării. Pacienții emaciați cu AN au concentrații crescute de CRF în LCR, care revin la normal la refacerea ponderală, ceea ce ar însemna că nivelul crescut al CRF poate fi unul dintre mecanismele fiziologice care mențin anorexia și comportamentul alimentar anormal. Neuropeptidul Y, care stimulează comportamentul alimentar, e crescut în LCR la pacienți cu AN subponderali și cei cu greutate recent refăcută dar revine la normal la cei care mențin greutatea normală mult timp. O reducere a ingestiei alimentare poate produce o creștere homeostazică a secreției neuropeptidului care ar servi stimulării alimentării dar acest mecanism pare inefficient la anorectici. Scăderea secreției de GnRH (gonadotrophin-releasing hormone) este cauza amenoreei din AN, secreție influențată semnificativ de nA și serotonină, care participă la reglarea alimentației și influențează dispoziția. Modificările induse de înfometare cum ar fi turnoverul redus al nA, hiperactivitatea axei hipotalamo-hipofizo – SR, răspuns diminuat TSH la stimularea cu TRH, nivel plasmatic redus de T3 și nivelul bazal crescut de hormon de creștere revin la nivelurile normale după reabilitarea nutrițională.

Având în vedere rolul serotoninei în producerea sațietății și în reglarea comportamentelor impulsive, se presupune o disfuncție a acestui neurotransmițător în BN. Bulimicii normoponderali au răspuns scăzut PRL la testul de provocare cu fenfluramină și mCPP (methchlorophenylpiperazine) față de subiecții de control. Frecvența mai mare a mâncatului bulimic este corelată semnificativ cu niveluri mai scăzute ale 5 HIAA din LCR față de control, ceea ce pledează pentru deficitul de serotonină în SNC la bulimici.

Alte cercetări au arătat modificări ale structurii cerebrale care ar putea fi legate de statutul ponderal scăzut al femeilor cu AN. La RMN al unor femei cu AN în fază acută s-au observat deficite ale materiei cenușii, anomalii care ar persista după refacerea ponderală.

Factori socioculturali. Tulburările de alimentație trebuie diferențiate de postul normal, de preocupările obișnuite legate de greutate și aspectul corporal din populația normală prin existența tulburărilor psihologice asociate cât și prin prezența comportamentului alimentar dereglat și a distorsiunii imaginii corporale. Sunt două niveluri. Primul presupune preocupările legate de greutate și aspectul corporal cât și tendința de a fi slab și a avea comportamente de binge și purge. La al doilea nivel se situează chestiuni de autoevaluare excesiv legate de aspect și greutate, cu toate că mai probabil reflectă o tulburare mai profundă a concepției despre sine. La acestea se adaugă comorbiditățile.

De ce dieta și preocupările legate de greutate sunt atât de importante? Dintre cauzele posibile sunt delimitarea unei clase sociale superioare unde predomină dieta, conștientizarea controlului sănătății și frica de obezitate care e socotită ca un fenomen moral; preocuparea de a rămâne tânăr și subțire; supraevaluarea unui sentiment de control personal și dieta legată de acest sentiment de control și schimbările importante în expectațiile sociale pentru femei. Societatea acordă mare importanță aspectului individului, promovează o imagine ideală de femeie slabă, delicată, subțire și aceasta devine expresia atractivității. Numeroase tinere se lasă influențate de presiunile de realizare, de dorința de a deveni atractive și a face plăcere altora, trăind după așteptări externe mai curând decât după necesități interne. Expunerea frecventă la articole din reviste despre diete și comportamente de control al greutății este asociată cu comportamente alimentare nocive și niveluri crescute de stres psihosocial (stimă de sine scăzută, dispoziție depresivă și niveluri mai scăzute de satisfacție cu corpul). (Utter J, Neumark-Sztainer D, Wall M, et al.: Reading magazine articles about dieting and associated weight control behaviors among adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2003; 32:78-82 – Brown University Child and Adolescent Behavior Letter 19(2):5, 2003). Alteleori este vorba de anumite cerințe din profesii ca balet, gimnastică.

În ultimul timp există tendința de a crește fenomenul de a ține regim și acesta apare la vârste tot mai mici iar numărul anorecticilor e în creștere. Și dacă cercetările demonstrează riscurile severe asociate cu obezitatea, riscurile asociate cu tulburările de alimentație sunt la fel de importante.

Tabel. Factori de risc importanți în AN și BN

FACTORI GENERALI		<ul style="list-style-type: none"> • gen feminin • adolescență și adult tânăr • trăi în societate occidentală
FACTORI INDIVIDUALI – SPECIFICI	istoric familial	<ul style="list-style-type: none"> • tulburare de alimentație de orice fel • depresie • abuz de substanță, mai ales alcoolism (BN) • obezitate (BN)
	experiențe premorbide	<ul style="list-style-type: none"> • creștere în mediu familial problematic (contacte slabe, expectații înalte, neînțelegeri între părinți) • abuz sexual • diete familiale • comentarii critice cu privire la alimentație, forma sau greutatea corpului din partea familiei sau a altora • presiunea ocupațională sau recreațională de a fi slab
	caracteristici premorbide	<ul style="list-style-type: none"> • stimă de sine scăzută • perfecționism (AN și mai puțin BN) • anxietate și tulburări de anxietate • obezitate (BN) • menarhă precoce (BN)

Anorexia nervoasă / Anorexia mentală (AN)

AN înseamnă literalmente absența apetitului dar în realitate pacientului care suferă de anorexie îi este foarte foame, dar se înfometează din cauza unei aversiuni iraționale față de mâncare. Aportul caloric este insuficient pentru a menține greutatea și cu toate acestea individul crede că e obez și trebuie să scadă în greutate. Anorecticele nu urmăresc ca scop menținerea unei greutăți în scop de sănătate ci au un comportament îndreptat spre scăderea ponderală, ajungând la mai puțin de 85% din greutatea ideală.

Uneori restricția alimentară este motivată psihologic prin ascetism, competitivitate, o dorință de a se pedepsi.

Istoric. Descrieri apar de pe timpul lui Avicenna (sec.XI). În Evul Mediu sunt documentate cazuri la femeile sfinte. La sfârșitul sec. XVII, Richard Morton descrie „consumpția nervoasă”. Spre sfârșitul sec.XIX, Lasegue descrie „anorexia isterică” iar Gull „apepsia isterică”. Huchard impune în Franța numele de „anorexie mentală”, în străinătate termenul va fi anorexie nervoasă. E de remarcat că de fapt nu e anorexie ci un refuz al alimentelor. S-a presupus o cauză endocrină (insuficiență hipofizară), apoi una psihosomatică (conflicte afective inconștiente, oralitate, imagine de sine, perturbarea relațiilor intrafamiliale). În anii 1950 Hilda Bruch menționează o trăsătură psihologică esențială a anorexiei nervoase – un sentiment paralizant de ineficacitate care cuprinde gândirea și activitățile. Delimitarea sindromului de bulimie nervoasă ca entitate distinctă a fost făcută de Gerald Russell în 1979.

Epidemiologie. AN poate fi o tulburare moștenită Are frecvență mai mare în societatea de tip occidental, mai frecvent la surorile și mamele celor cu anorexie. Afectează în special persoane de sex feminin cu vârste între 13 – 20 de ani. Cu toate că incidența este relativ mică (0,5 – 1 % din tinerele din SUA), complicațiile pot fi severe și ratele de mortalitate pe termen lung se apropie de 20%.

Clinică

Debutul AN poate trece neobservat. E vorba de o adolescentă „model”, având un istoric de realizări deosebite, adesea perfecționistă, care începe să reducă progresiv alimentația în scopul de a slăbi și care câștigă un sentiment de control prin restricționarea cantității de alimente ingerate. Capacitatea de a nu mânca este văzută ca un succes în adaptarea la stresurile vieții. Există o comorbiditate importantă cu alte tulburări psihiatrice ca depresia majoră, tulburarea bipolară, TOC, abuzul de substanțe și tulburarea de personalitate borderline. Un factor etiologic al AN ar putea fi trauma psihologică, în special abuz sexual.

Diagnosticul AN

Criteriile diagnostice DSM-IV pentru AN. În a patra ediție a Manualul diagnostic și statistic pentru tulburările mentale sunt enumerate următoarele criterii de diagnostic pentru AN:

- Menținerea unei greutate corporale sub 85% din minimul așteptat raportat la vârstă și înălțime sau incapacitatea de a atinge greutatea așteptată într-o perioadă de creștere care duce la o greutate care este sub 85%.
- Frică intensă de a câștiga în greutate în ciuda faptului de a fi subponderal;

- Alterarea percepției privind greutatea sau forma corpului sau negarea gravității scăderii ponderale actuale; și
- Absența a trei cicluri menstruale consecutive la femeile postpubere

Tip *specific*:

- Tip restrictiv: Pacientul nu s-a angajat regulat în binge eating sau purging.
- Tip binge eating/purging: Pacientul s-a angajat regulat în binge eating sau purging.

Indicii clinice asupra unui diagnostic posibil de anorexia nervosa. Medicul și familia trebuie să remarce următoarele indicii la un pacient suspectat de AN:

- Obiceiuri alimentare ritualiste cum ar fi tăierea cărnii în bucățele foarte mici;
- Refuzul de a mânca în fața altora;
- Decizia bruscă de a deveni vegetarian sau opțiunea de a mânca alimente cu conținut scăzut sau fără grăsimi și cu puține calorii;
- Exercițiu fizic continuu; și
- Hipersensibilitate la frig.

Evaluarea psihiatrică este dificilă deoarece adesea pacienta este adusă de părinți sau ca urmare a insistențelor familiei, prietenilor și are o negare intensă a tulburării. Criteriile pentru AN presupun comportamentul de producere a scăderii ponderale, frica morbidă de a se îngrășa și dovada unei tulburări endocrine care duce la oprirea menstruațiilor. În descrierea clinică simptomele principale sunt anorexia, slăbirea, amenoreea. Anorexia este de fapt o restricție alimentară, căci inapetența e rară la debut. Restricția alimentară poate fi selectivă sau globală, iar refuzul este subiectul unor raționalizări. Conduita alimentară devine subiectul unor tensiuni intrafamiliale și anorectica începe să facă uz de diferite subterfugii ca vomă provocate în ascuns după o masă normală, autoadministrarea de laxative, diuretice, exerciții fizice excesive. Scade disproporționat ingestia de glucide concentrate și alimente grase. Poate exista o preocupare legată de mâncare, cu colecționarea de rețete și prepararea unor mese complicate pentru familie. Slăbirea este secundară. Pacienții cu AN constituit utilizează adesea mai multe straturi de îmbrăcăminte pentru a se încălzi și a ascunde slăbirea de aceea este important de a dezbrăca complet pacientul pentru examinare și cântărire. Se sugerează și golirea vezicii înainte de cântărire și să se evalueze posibilitatea ca pacientul să se fi „încărcat” cu apă înainte de cântărire. Amenoreea este primară dacă pacienta nu a avut încă ciclu, secundară dacă a apărut după instalarea ciclurilor. Adolescente

nu par jenate psihologic de dispariția ciclurilor; uneori este chiar o eliberare de acest aspect al feminității. Cu toate că se ajunge la scădere ponderală semnificativă, anorectica susține că e bine, își neagă slăbirea, astenia, afectarea stării sale generale. AN trebuie să fie parte a diagnosticului diferențial la pacienți care prezintă o scădere ponderală sub 85% din greutatea expectată, care au pierdut recent mult din greutate și care au semne de metabolism scăzut – ex. bradiaritmie, bradipnee (compensare respiratorie pentru alcaloză), hipotensiune (TA sistolică < 90 mm Hg), și hipotermie (semne frecvente în AN). Pe lângă semnele de mai sus, alte semne comune ale AN sunt edeme carentiale, atrofie musculară, emaciere, deshidratare, piele uscată cu descumări, carotenemie (tentă gălbuie a pielii, în special a palmelor și plantelor), modificări circulatorii periferice cu cianoză și afectarea fanerelor (pilozitate de tip lanugo pe brațe și față cu pierderea părului de pe cap și cel pubian), uter /cervix mici, mucoasă vaginală uscată. Tulburările electrolitice pot determina slăbiciune, letargie, aritmii cardiace. Practic malnutriția poate afecta orice organ, iar complicațiile cardiace sunt responsabile de 50% dintre decesele anorectivelor. Deficitele de volum de materie cenușie observate pot persista după refacerea greutății corporale.

Cu toate acestea pacienta poate desfășura o activitate excesivă. Există o tulburare de percepere a imaginii corporale, o nerecunoaștere a slăbirii și o frică permanentă de a se îngrășa. Preocuparea excesivă cu mărimea și aspectul corpului există și în cadrul populației feminine generale. Pentru a accentua distorsiunea cognitivă, se subliniază trei aspecte. „Tulburare în modalitatea în care este experiențiată greutatea sau aspectul corpului” reflectă afirmația persoanei că ar fi grasă sau că atenția se focalizează pe anumite porțiuni ale corpului (ex. coapse, sâni, abdomen) socotite ca prea grase chiar când persoanele sunt evident subponderale. „Influență exagerată a greutății corporale sau a aspectului asupra evaluării propriei persoane” reflectă dominanța acestora din urmă asupra persoanei. Siguranța de a fi slab și a controla dieta are rol compensator față de arii de nesiguranță ca relațiile interpersonale și așteptările pe care le presupune rolul de adult. „Negarea seriozității slăbirii actuale” reflectă încăpățânarea („unwillingness”) de a recunoaște că acel corp emaciat nu este nici sănătos și nici atractiv. După debutul AN se dezvoltă frecvent comportament obsesiv – compulsiv – obsesie legată de curățenie remarcată prin implicarea mai importantă în curățarea casei și studiat compulsiv dar care presupune mult mai multe ore de învățat din cauza dificultăților de concentrare.

Relațiile sociale sunt sărace, viața sexuală lipsește sau presupune detașare, dezinteres și e dovada unei întârzieri în dezvoltarea sexuală psihosocială.

Se descriu comportamente impulsive ca furtul, abuzul de droguri, tentative de suicid și automutilări, semnificativ mai frecvente la tipul binge eating/purging față de cel restrictiv. Dintre pacienții cu AN, grupul bulimic avea prevalență mai mare de obezitate premorbidă, obezitate familială, labilitate afectivă și modificări de personalitate adesea din clusterul B (impulsiv). Tipul de pacienți binge-eating/purging erau similari cu pacienții cu BN din punct de vedere al acestor comportamente și trăsături. Nu sunt clasați ca BN deoarece au pierdut mult din greutate și întrunesc criteriile de AN. Mecanismele specifice prin care pacienții cu tip binge-eating/purging reușesc să scadă greutatea și să o mențină joasă nu este cunoscut.

Teste auxiliare pentru diagnosticul de AN. Nu există teste diagnostice iar modificările rezultă din cauza înfometării sau a comportamentelor de evacuare. Pacienții cu anorexie au o hipercolesterolemie severă dar reversibilă. Pot apare leucopenie cu limfocitoză relativă, o glicemie scăzută, o creștere a concentrației amilazei salivare. Pacientele cu vomă sau abuz de laxative și diuretice dezvoltă alcaloză hipokaliemică (bicarbonat seric crescut, hipocloremie, hipokaliemie). În evoluție, pot exista creșteri ale aminotransferazelor serice (semn de degenerare grasă a ficatului), care semnaleză o condiție critică pentru organism care necesită o refacere calorică urgentă.

Există multiple modificări nespecifice ale ECG (modificări ale intervalului S – T și ale undei T), bradicardie. Ecocardiografia poate evidenția un prolaps de valvă mitrală care este reversibilă cu creșterea ponderală.

Anomalii endocrine asociate cu AN. Adolescente cu anorexie care au avut menarhă pot deveni amenoreice cu anovulație. Aceasta se datorează secreției diminuate a GnRH, care duce la niveluri scăzute de LH și FSH care sunt responsabile de nivelurile foarte scăzute de estrogeni. Acest tip de pacienți nu prezintă sângerare de întrerupere după testul cu progesteron deoarece sunt deficiente în estrogeni. 30 – 50% dintre adolescentele cu AN devin amenoreice chiar înainte de producerea unei scăderi ponderale semnificative. Revenirea menstrelor este adesea întârziată după refacerea ponderală, posibil datorită nivelurilor crescute de cortisol. Există o hipersecreție de corticotropin RH, posibil o hipotiroidie ușoară.

Altă complicație serioasă a AN este osteoporoza datorată deficitului de estrogeni. Pierderea osoasă poate să nu fie reversibilă la reluarea menstrelor de unde riscul crescut pe viață de fracturi.

Funcționarea cognitivă în Anorexia Nervosa. Este știut că indivizii cu AN se focalizează adesea pe excесе percepute în diferite părți ale corpului, ca șolduri sau abdomen, aceasta neglijând adesea aspectul general de greutate diminuată sau chiar emaciere. Intervențiile terapeutice sunt adesea fără rezultate în corectarea unor asemenea defecte perceptuale; există prea

puțină motivație pentru tratament deoarece tulburarea are o funcție pozitivă importantă în viața lor fiind o cale de a scăpa de problemele interpersonale incomode sau de alte aspecte ale dezvoltării.

Există unele similarități între simptomele tulburării obsesiv-compulsive și anorexia. Focalizarea atenției pe greutate și arii corporale defectuale pot fi socotite ca obsesive iar preocuparea cu aspect de ritual al obiceiurilor alimentare e analoagă simptomelor compulsive. Obsesiile legate de alimente și greutatea sunt egosintone. Pot prezenta gândire dihotomică (tot – sau – nimic). Există studii de familii care leagă tulburările de alimentație de TOC. Bellodi ș.a. au găsit un risc crescut de TOC la rudele pacienților cu tulburări de alimentație față de martori. Pacienții cu tulburări de alimentație au o incidență mai mare de TOC. [2] 3]

Între problemele cognitive observate la pacienții cu TOC se numără probleme vizuospatiale, afectarea strategiilor de organizare, distractibilitate prin stimuli irelevanți, afectarea capacității de set-shifting, dificultăți de concentrare a atenției. Alte studii au arătat deficite cognitive în tulburările de alimentație. Lauer ș.a. au demonstrat afectarea atenției și a rezolvării de probleme fără afectarea proceselor de memorie. Funcționarea cognitivă tinde să se refacă la ameliorarea clinică.

Un studiu care a utilizat testul figurii complexe Rey-Osterrieth a arătat că pacienții cu anorexie prezentau deficite ale evocării imediate și la distanță, dificultăți în strategiile organizaționale care mediază deficitele prezentate, deci o serie de similarități cu TOC. Aceasta ar putea fi rezultatul unei disfuncții orbitofrontale – striatale.

Atât anorexia cât și bulimia nervosa au mai multe trăsături în comun. Au un patern de moștenire puternic, apar adesea la același individ sau în aceleași familii, au un cluster comun de trăsături psihologice – afect negativ, inhibiție comportamentală, tendințe la perfecționism cât și o preocupare obsesivă cu simetria. Kaye sugerează că aceste trăsături ar putea fi legate de o funcție serotoninergică crescută.

Descrierile clinice ale tulburărilor de alimentație pun accentul pe frică (ex. frica de creștere ponderală, fobie de greutate, de îngrășare) și nu e explorat dezgustul, stare emoțională legată îndeaproape de alimente și prezentă frecvent.

Diagnostic diferențial. Scăderea ponderală, comportamente alimentare bizare și vomatul se întâlnesc în mai multe tulburări psihiatrice. În depresie există scădere ponderală, o diminuare a apetitului, nu există preocupările legate de conținutul caloric al alimentelor, planificare și ritualurile anorectivelor sau frica de a deveni gras și distorsiunea imaginii corporale. În tulburare de somatizare scăderea ponderală nu este la fel de severă ca

în AN și nu apare frica morbidă de a deveni supraponderal sau amenoree de mai mult de 3 luni. Ideile delirante legate de alimente din schizofrenie nu se concentrează pe conținutul în calorii al alimentelor, pe frica de a deveni obez și nu prezintă activitatea fizică excesivă a anorecticilor. Scăderea ponderală e frecventă în boli medicale cum sunt hipertiroidia, boala Crohn, boala Addison, DZ.

BULIMIA NERVOSA(BN). Conduite bulimice.

Bulimia nervosa (BN) presupune apariția unor episoade repetate de ingestie impulsivă și incoercibilă a unor cantități importante de alimente care se pot însoți de sentimentul de pierdere a controlului și de vinovăție și care determină pacientul să vomeze, să postească, să facă exerciții în exces sau însoțite de autoadministrarea unor medicamente care să permită evitarea creșterii ponderale (diuretice, laxative) și clisme. E prezentă și frica morbidă de a deveni gras. Mult timp incluse în cadrul conduitelor alimentare din anorexie, conduitele bulimice și BN au fost ulterior delimitate de AN. De-a lungul evoluției bolii lor, 30 – 80% dintre pacienți vor alterna între AN și BN. Acest patern bimodal este cunoscut ca bulimarexia. Bulimia poate fi asociată uneori cu obezitatea. Bulimia asociată cu vome sau alte procedee de control al greutății se însoțește de o greutate normală sau chiar subnormală.

Epidemiologie. Poate exista o predispoziție genetică. Rudele de gradul I și II ale pacienților cu BN au o incidență crescută de tulburări de dispoziție și abuz de substanțe.

Clinica în BN

Accesele bulimice apar la femei între 20 și 30 de ani, de nivel social și intelectual peste medie, tulburarea fiind trăită în secret. Poate începe după o perioadă de săptămâni – un an după un regim de slăbire. Persoana afectată este în general o perfecționistă care are un concept de sine dereglat, instabilitate afectivă, control al impulsului deficitar, o absență a funcționării adaptative față de stresuri de dezvoltare și diferite sarcini de rezolvat (pubertate, relații cu părinții și colegii de generație, sexualitate, etc.). Abuzul de substanțe este remarcat la 33% din pacienții cu BN.

De obicei, pacienta simte o dorință incoercibilă de a mânca, încearcă să reziste un timp după care cedează și mănâncă cantități importante de alimente. Nu este vorba de o degustare, alimentele fiind înghițite rapid. Crizele pot fi rare sau chiar peste zece pe zi. Cel mai frecvent criza apare atunci când pacienta este singură sau are timp liber, cele mai propice momente fiind sfârșitul zilei și noaptea. Pacienta mănâncă până la saturare sau până la o senzație dezagreabilă sau dureroasă de distensie a stomacului.

Apare vinovăția și posibil se simte diformă și obeză. Va încerca să anuleze consecințele accesului și își va provoca o vomă, va lua laxative. Dacă inițial pacienta își poate provoca voma cu ajutorul degetului, cozii de la perișta de dinți, etc. ulterior distensia stomacului poate fi suficientă pentru a se produce voma. Odată ce apare frica de a nu putea controla oprirea ingestiei de alimente se dezvoltă un patern de regim alimentar sever întrerupt de episoade de mâncat bulimic. Majoritatea nu au mese regulate și întâmpină greutate în a simți sațietate la sfârșitul unei mese obișnuite.

Bulimicii care au comportamente de evacuare diferă de cei care nu au asemenea comportamente, cei din urmă având mai puține tulburări ale imaginii corporale și anxietate mai mică în ce privește mâncatul; în plus, aceștia din urmă tind să fie obezi.

Bulimicii au diferite probleme psihologice și comportamentale, cu relații interpersonale problematice, comportamente impulsive, niveluri înalte de anxietate și compulsivitate. Mulți pacienți cu BN suferă din cauza acestei pierderi a controlului asupra alimentației și sentimentele de culpabilitate, ceea ce face mai ușoară angajarea lor în programe de tratament față de AN, cu toate că trec câțiva ani până la solicitarea ajutorului.

Criteria de diagnostic DSM-IV pentru BN.

- Episoade recurente de binge eating: Criza are două caracteristici:
 - Mâncatul într-un interval de 2 ore a unei cantități de alimente care este semnificativ mai mare decât porțiile obișnuite;
 - Lipsa controlului asupra alimentării în timpul episodului
- Comportament compensator inadecvat recurent în scopul de a preveni creșterea ponderală, cum ar fi:
 - Vomă autoindusă;
 - Utilizarea inadecvată a unor laxative, diuretice, clisme, sau alte medicamente;
 - Postirea ; și
 - Exerciții fizice excesive;
- Binge eating și comportamentele compensatorii se produc amândouă cel puțin de două ori pe săptămână timp de 3 luni.
- Stima de sine este influențată excesiv de greutate și forma corporală.
- BN nu se produce exclusiv în timpul episoadelor de AN.

Tipuri specifice:

- Tipul cu vomă sau priză de laxative, diuretice și clisme.
- Tipul nonpurging: Pacientul utilizează alte comportamente compensatorii inadecvate cum ar fi postitul, exerciții excesive, dar nu s-a angajat regulat în vome autoinduse sau utilizarea inadecvată a laxativelor, diureticelor sau clismelor.

Tulburări de alimentație neclasificate (EDNOS). Această categorie de pacienți prezintă mare parte din trăsăturile clinice comune ale AN și BN dar nu întrunește criteriile pentru un sindrom complet. Exemple pot include la femei – toate criteriile de AN dar menstrele regulate sau toate criteriile de AN dar în ciuda unei pierderi ponderale semnificative, greutatea rămâne în limite normale, sau toate criteriile de BN dar mâncatul bulimic și mecanismele compensatorii inadecvate se produc la o frecvență mai mică decât de două ori pe săptămână sau cu durată de mai puțin de 3 luni, utilizarea mijloacelor compensatorii la un individ normoponderal după ingestia unor cantități mici de mâncare, mestecarea și scuiparea fără ingestie a unor cantități mari de mâncare. Tulburarea de binge eating unde apare mâncatul bulimic dar fără comportamente compensatorii inadecvate.

Complicații bulimiei pot fi legate de consecințele vomelor și laxativelor (hipokaliemie, hiponatremie, alcaloză, deshidratare), complicații organice, infecții. Vomele duc la o iritare a mucoasei esofagiene. Se produc carii, pioree, gingivite din cauza efectului acidului gastric (mai ales fețele linguale ale dinților superiori; efectele asupra dinților sunt în majoritate ireversibile). Dacă pacientul tot vomează, e bine să clătească gura cu bicarbonat de sodiu alimentar decât să utilizeze apă și pastă de dinți, pentru a neutraliza mai bine acidul. Semnul Russell – sângerare, leziuni sau calozități la nivelul degetelor mâinii – se produce din cauza contactului repetat cu incisivii, dar nu se observă la pacienți care utilizează codița periutei de dinți sau alte obiecte pentru a provoca voma. Opt procente dintre cei cu BN vor prezenta hipertrofie parotidiană de etiologie neclară care este nedureroasă și se produce în zilele cu vomă. Este fără semnificație medicală și dispare când vomele se întrerup. Dilatarea acută a stomacului este o complicație rară.

Preocupările mentale legate de hrană sunt aproape permanente, e o luptă permanentă contra tentațiilor. Uneori accesele de bulimie fac loc unei perioade de dietă compensatorie (bulimarexie). S-au descris chiar și comportamente alimentare în timpul șofatului și s-a remarcat că mâncatul la volane socotit ca fiind într-un loc izolat și sigur unde se poate realiza bingeing. Uneori se practică și vomatul în mașină. La acest comportament poate contribui și ușurința cu care se obține mâncare de la fast-food-uri sau magazinele stațiilor de carburanți.

Aproximativ 50% dintre pacienți au anomalii la examenele de laborator, mai frecvent hipokaliemie și alcaloză metabolică hipocloremică datorate vomelor. Istoricul, examenul fizic și tulburările electrolitice dau diagnosticul în 80% din cazurile cu evoluție îndelungată. Trebuie menționat că durata medie a simptomelor este de 6 ani înainte de a fi diagnosticată BN.

Indicii clinice care pun problema unei posibile BN.

- Adolescenți normoponderali care se scuză frecvent ca să meargă la toaletă după mese;
- Fluctuații de dispoziție;
- Cumpărarea de cantități mari de hrană, care dispar brusc (stocare; provizii);
- Tumefacție neobișnuită în dreptul maxilarului;
- Mâncatul unor cantități mari de alimente sub impulsul momentului; și
- Ambalaje de laxative sau diuretice frecvent întâlnite în coșul de gunoi.

Diagnosticul diferențial. Conduitele din BN nu trebuie confundate cu hiperfagii diverse, cu pofta femeii însărcinate, cu pica, cu ronțăitul dintre mese al unor anxioși, depresivi. Accesele trebuie diferențiate de hiperfagiile de etiologie organică – leziuni neurologice mai ales tumori de bază sau fosă posterioară, sd. Kleine – Levin (hipersomnie, dezinhibiție sexuală), echivalente epileptice, sd. Klüver – Bucy (hiperfagie compulsivă, hipersexualitate, indiferență, agnozie vizuală). Nu trebuie uitate creșterile ponderale iatrogene din tratamentele cu psihotrope. Accese de mâncat excesiv fără vinovăție și conduite de evitare pot exista la schizofreni (bizarerii...), demenți, oligofreni. Potomania și dipsomania sunt echivalente pentru băuturi ale hiperfagiei și bulimiei pentru alimente solide.

Tulburarea de mâncat bulimic binge eating (BED)

În urma studiilor pacienților cu tulburări de alimentație s-a delimitat un grup care raporta binge eating fără încercări de compensare ca voma, abuzul de laxative, exercițiul fizic excesiv sau înfometarea. Spitzer și colaboratorii au denumit sindromul „binge eating disorder“, au dezvoltat o serie de criterii preliminare și au arătat că sindromul se întâlnește la aproximativ o treime dintre pacienții obezi care vin la clinicile specializate în tulburări de alimentație și la 2-5% din indivizii din comunitate. BED presupune episoade recurente de mâncat bulimic puțin 2 zile pe săptămână timp de 6 luni. Acești pacienți sunt de obicei obezi deoarece nu folosesc măsuri compensatorii de eliminare a excesului de calorii din corp. Adolescenții cu sindrom de binge eating sunt la risc crescut de suicid, mai mult de un sfert dintre aceștia au avut tentative de suicid în antecedente.

Tratamentul tulburărilor de alimentație

Diagnosticarea precoce și tratamentul sunt importante pentru a preveni întârzierile de dezvoltare care se pot produce la adolescente. Evaluarea pierderii ponderale trebuie făcută atunci se identifică persoane cu o imagine

corporală distorsionată, o greutate sub medie, sau se decelează utilizarea unor mijloace de control al greutății. Tratamentul vizează modificarea comportamentală și aportul caloric adecvat.

Evaluarea inițială a pacientului este esențială în alegerea cadrului în care se va desfășura tratamentul, de la spital sau servicii specializate la tratament ambulatoriu. Tratamentele presupun un tratament medical general, un tratament psihiatric care include psihotrope și psihoterapie familială, individuală sau de grup, sfătuire nutrițională. Factori determinanți ai alegerii sunt starea metabolică și cardiacă și greutatea. În general, pacienții cu greutate sub 85% din cea estimată la normali au dificultăți în recăștigarea greutății în absența unui plan bine structurat. Datele privind deficitul de materie cenușie care persistă după realimentare sunt un argument în plus pentru intervenții eficiente cât mai precoce. De aceea spitalizarea să se facă înainte de decompensarea medicală. Alte motive de spitalizare sunt apariția unor afecțiuni intercurrente sau o comorbiditate psihiatrică ce ar necesita tratament în spital (ex. suicidalitate, etc.). (trtm guidelines). Există date care sugerează că pacienții tratați în unități specializate în tulburări de alimentație au prognostice mai bune decât cei tratați în unități cu profil general care nu au calificarea și experiența tratării acestui tip de pacienți. În practică, eșecul unui tratament în ambulatoriu conduce la decizia de spitalizare. Tratamentul în ambulatoriu dă cele mai bune rezultate cu pacienți cu nivel înalt al motivației de complianță la tratament, familii cooperante, durată scurtă a simptomelor și sub 20% pierdere ponderală. Tratamentul psihiatric se instituie la toți pacienții cu tulburări de alimentație în combinație cu alte modalități specifice de tratament. E necesară stabilirea și menținerea unei alianțe terapeutice. Tulburările de alimentație sunt afecțiuni de durată ce se pot manifesta în mod diferit de-a lungul evoluției ceea ce presupune din partea psihiatrului o adaptare și o modificare a strategiilor terapeutice în timp. Trebuie știut că intervențiile recomandate celor cu AN creează anxietate deosebită la aceștia. A încuraja creșterea ponderală este de fapt a cere lucrul de care ei se tem cel mai mult. Se acordă atenție rezistențelor, se încearcă ameliorarea factorilor care agravează sau mențin tulburarea. O problemă este și contratransferul, deoarece aceste tulburări sunt greu de ameliorat prin intervenții pe termen scurt și poate apare senzația că nu s-a făcut suficient, pot fi demoralizați, cu o dorință de a schimba pacientul. Altă sarcină importantă a psihiatrului este coordonarea celor care asigură îngrijirea pacienților cu tulburări de alimentație (consilieri nutriționiști, terapeuți de familie, cognitiști, medici sau stomatologi). În unități unde personalul nu are antrenamentul sau experiența necesară de a lucra cu astfel de pacienți, e necesară educarea și supervizarea personalului deoarece e esențială pentru succesul tratamentului.

Tulburările de alimentație presupun o povară substanțială asupra familiilor pacienților. Părinții evită adesea să recunoască boala copilului lor, cred uneori că ei au cauzat afecțiunea și au nevoie de ajutor în depășirea acestui sentiment. Sentimentul de vinovăție poate fi accentuat de rejectarea grijii lor de către pacient (care e implicată sub forma rejectării ajutorului lor sub formă de mâncare). Ei acceptă greu tratamentul copilului, iar conflictul este accentuat de protestele copilului asupra nocivității tratamentului. Părinții se pot supăra pe eforturile copilului lor de a arde calorii sau vomă, etc. și pot socoti drept manipulări și nu dispera aceste atitudini și comportamente. Orice tratament cuprinzător trebuie să includă evaluarea poverii afecțiunii asupra familiei, susținerea și educarea familiei ca parte a tratamentului global.

Scopurile generale ale tratamentului sunt refacerea ponderală, tratarea complicațiilor somatice, întărirea motivațiilor pacientului pentru a coopera în restabilirea unor comportamente alimentare normale și la tratament, educație privind nutriția rațională și modele de alimentație, corectarea gândurilor, atitudinilor și comportamentelor legate de tulburarea de alimentație, tratamentul tulburărilor psihiatrice asociate, consilierea sau terapie pentru familie dacă e necesară, prevenirea recăderilor.

Tratamentul AN

În cei mai mult de o sută de ani de când a fost descrisă, s-au sugerat o varietate impresionantă de tratamente comportamentale și biologice, de la psihanaliză la lobotomie, și a inclus majoritatea psihotropelor (primul medicament utilizat în tratarea anorecticilor a fost clorpromazina). Tratamentul trebuie să țină seama de cronicitatea evoluției la mulți dintre pacienți. Teoretic, tratamentul s-ar adresa prevenirii tulburării la indivizii cu risc înalt, tratamentul acut de refacere a greutatei corporale, tratamentul de consolidare a efectelor și prevenirea recăderii și tratamentul de menținere pe termen lung. Majoritatea studiilor se concentrează pe tratamente în faza acută de refacere ponderală. O dificultate a tratamentului este dată și de faptul că pacienții se opun tratamentelor sau nu sunt interesați de ele. Psihotropele nu trebuie utilizate ca tratament unic sau predominant.

Realimentarea. Realimentarea trebuie făcută cu grijă pentru a evita complicațiile și evoluția spre bulimie. Scopul este de a obține o creștere ponderală de aproximativ 1 kg pe săptămână până la atingerea unei greutatei corporale în limitele a 15% față de greutatea ideală. Se începe cu 30-40 kcal pe kg pe zi (adică aproximativ 1000 – 1600 kcal/ zi) și se crește progresiv. În faza de menținere și pentru faza de creștere a copiilor și adolescenților, aportul să fie în jurul a 40 – 60 kcal/kg pe zi. Suplimentele de zinc (100 mg/zi) ar dubla rata creșterii BMI la pacienții cu AN.[12] Pacienții trebuie să

primească de asemenea cel puțin 1 g/zi de calciu și multivitamine. Deoarece realimentarea poate duce la hipofosfatemie severă, este recomandat de a da pacienților fosfat oral; se recomandă monitorizarea fosfatului seric la fiecare 1-2 zile cel puțin în prima săptămână de realimentare. Se urmărește zilnic câștigul ponderal și se observă atent orice încercare de a își provoca vome. Monitorizarea medicală este necesară pentru a observa edemele, deoarece creșterea ponderală rapidă se însoțește de supra încărcare hidrică, insuficiență cardiacă congestivă, simptome gastrointestinale mai ales constipația și balonare.

Antidepresive. Cu toate că există comorbiditate cu tulburările afective și s-ar presupune un răspuns clinic, AD nu au rol clar în tratamentul primar al AN. Interesant este faptul că refacerea ponderală a dus la ameliorarea simptomatologiei depresive iar alte observații indică inhibarea răspunsului la AD în caz de înfometare. Unii pacienți au avut beneficii de la AD triciclice dar le-au tolerat greu. Atenția s-a focalizat pe ISRS: Anorecticii au niveluri crescute de 5-HIAA în LCR. Odată ce acesta persistă și după refacerea ponderală, ar putea indica prezența unei trăsături biochimice. Niveluri scăzute de 5-HIAA au fost asociate cu comportament impulsiv și agresiv, trăsături care sunt opuse celor observate la pacienții cu anorexia nervosa. Serotonina este de asemenea implicată în reglarea comportamentelor alimentare. Cu toate că mai multe studii arată că bulimia răspunde la tratamente cu ISRS, în cazul anorexiei rezultatele au fost negative. Aceasta se poate datora deficiențelor nutriționale la anorectici. Kaye ș.a. au observat că fluoxetina (doză medie 40 mg) a ajutat în prevenirea recăderii la pacienți cu anorexie pe lângă creșterea ponderală a existat și o ameliorare a simptomelor obsesive, anxioase și depresive. ISRS ar putea să nu fie utili la pacienții cu privare nutrițională posibil din cauza lipsei unei cantități suficiente de triptofan, aminoacid esențial. Deoarece nivelurile neuronale de serotonină ar fi deja joase, un medicament care inhibă recaptarea unor niveluri epuizate de serotonină nu ar fi de folos în creșterea acestui neurotransmițător.

Ciproheptadina. S-a socotit că ar influența direct sistemele de neurotransmițători implicate în comportamentul alimentar. Agent antihistaminic antiserotoninergic orexigen, ciproheptadina nu a dat beneficii mari dar e de oarecare utilitate la pacienții cei mai grav bolnavi și la anorectici nonbulimici, pe când la anorectici bulimici poate chiar întârzia răspunsul clinic.

Agoniști alfa 2. În unele studii, clonidina a stimulat comportamentul alimentar la mai multe specii inclusiv primate dar e fără beneficii în AN.

Anxioliticele pot fi prescrise în apropierea perioadelor de masă pentru a trata anxietatea asociată cu alimentarea.

Antipsihotice. Utilizarea s-a bazat teoretic pe datele privind rolul parțial al dopaminei în medierea alimentării și a observației că antipsihoticele produceau creștere ponderală. Aplicarea neurolepticelor tipice în combinație eventual cu insulină pentru stimularea foamei s-a însoțit de instalarea mâncatului bulimic și unor crize convulsive, a altor efecte secundare. Există și riscul dezvoltării în timp a diskineziei tardive. Există studii preliminare privind utilizarea olanzapinei la anorectici, cu creștere ponderală ca rezultat. Pacienții simțeau că mănâncă cu mai mare ușurință și aveau mai puține obsesii alimentare și anxietate redusă înainte de și în timpul meselor. Efectul clinic, dacă se va demonstra prin studii controlate, ar putea fi legat de capacitatea de blocare a 5HT_{2a}, profil de blocare existent și la alte atipice.

Tratamentul de substituție hormonală. Se sugerează utilizarea terapiei de substituție hormonală sau contraceptive orale pentru a trata osteoporoza la tinerele anorectice.

Psihoterapia este o parte fundamentală a tratamentului AN. Intervențiile psihosociale trebuie să încorporeze înțelegerea conflictelor psihodinamice, dezvoltarea cognitivă, apărările psihologice și complexitatea relațiilor de familie. Cu toate că intervențiile sunt prezentate ca separate, adesea în practică ele se pot suprapune. Sunt puține studii randomizate cu tratamente specifice pentru AN. Terapia de familie sau comportamentală combinată cu medicamente au demonstrat o oarecare eficacitate. Eisler ș.a. au condus un studiu pe cinci ani comparând terapia de familie cu cea individuală, cu rezultate evidente după cinci ani (mare parte din ameliorare era de atribuit evoluției naturale a bolii). Se sugerează relativă superioritate a terapiei de familie pentru pacienții cu debut timpuriu al AN și terapia individuală pentru pacienți cu debutul după vârsta de 18 ani. Datele din literatură sugerează valoarea CBT în AN. Terapia comportamentală a fost eficientă în inducerea creșterii ponderale. Monitorizarea este o parte însemnată a terapiei alături de restructurarea cognitivă și rezolvarea de probleme. Datorită caracterului rezistent al unor trăsături psihopatologice din AN, tratamentul psihoterapeutic durează frecvent de la cel puțin un an la 5-6 ani.

Tratament condus prin e-mail. Dificultățile de tratare a pacienților cu tulburări de alimentație sunt amplificate într-un mediu rural. Unii medici utilizează e-mailul în ciuda problemelor clinice și legale legate de această modalitate de comunicare. Toate mesajele trebuie considerate ca deschise și e necesară atenție cu privire la natura materialului expus în scrisoare. Există și avantaje în utilizare. Ecranul calculatorului permite transmiterea informației faceless, nonjudgmental, există posibilitatea menținerii unei legături mai strânse inclusiv evaluarea progreselor zilnice. Permite

pacienților menținerea unui ton informal care nu e totdeauna posibil în întâlnirile față în față, oferă o siguranță și feedback pentru acțiunile întreprinse. Western și colab. au delimitat trei tipuri de personalitate la pacienții cu tulburări de alimentație – tipul cu funcționare superioară/perfecționist, tipul constrâns/supracontrolat și tipul dereglat emoțional/slab controlat. Intervenția prin e-mail e adecvată tipului perfecționist și e problematică la celelalte două tipuri.

Intervențiile de prevenire a regimului alimentar. Relativ lipsite de succes, de aceea se acordă mai mare atenție mesajelor cu putere de persuasiune deosebită cât și necesitatea adecvării tipului de mesaj la grupa de vârstă țintă.

Când e necesară spitalizarea în AN

- Malnutriție severă: pierderea a mai mult de 30% din greutatea ideală raportată la înălțime;
- Scădere ponderală rapidă: pierderea a mai mult de 30% în mai puțin de 3 luni;
- Complicații medicale: aritmie cardiacă, hipokaliemie importantă, hipotermie, tulburarea stării mentale;
- Ideeație suicidară sau reacție psihotică acută; și
- Eșecul tratamentului în ambulatoriu

Medicamente pentru prevenirea recăderii în AN. Fluoxetina a adus mai mult beneficiu anorecticilor nonbulimici față de anorecticii bulimici.

Tratamentul BN

În ultima decadă, numeroase cercetări randomizate, controlate au confirmat eficacitatea atât a farmacoterapiei cât și a psihoterapiei în BN și BED.

Reabilitarea/consilierea nutrițională. Se va monitoriza paternul de alimentare al pacientului cu episoadele de mâncat bulimic și evacuări. Odată ce majoritatea pacienților cu BN sunt normoponderali, refacerea nutrițională nu este în centrul preocupărilor. Totuși consilierea nutrițională este utilă în reducerea comportamentelor alimentare modificate, minimizarea restricțiilor alimentare și diversificarea alimentelor, încurajarea exercițiilor fizice fără excese.

Antidepresive. Aplicarea s-a datorat observației asocierii frecvente dintre BN și tulburările de dispoziție. S-au încercat practic toate clasele de AD, de la AD triciclice și IMAO la ISRS. AD au fost mai eficiente decât placebo pe termen scurt. Odată ce studiile nu au remarcat diferențe semnificative între AD ca răspuns și există mari variații în funcție de studiu la același AD, e clar că alți factori pot contribui în mod semnificativ la

răspunsul clinic. Dintre AD utilizate, ISRS s-au dovedit cele mai sigure. Medicament de elecție în conformitate cu aprobarea US Food and Drug Administration în tratamentul BN este fluoxetina; la doze de 60 mg/zi s-a demonstrat o reducere cu 67% a binge eating și o reducere cu 56% a vomelor, o ameliorare a atitudinilor și comportamentelor asociate, inclusiv la un an distanță de tratament. Se pune problema eficacității reale a AD odată ce ameliorarea frecvenței crizelor bulimice e de ordinul a 50%, remisiunea e la o treime din pacienți iar media rămâne cu simptome semnificative.

Pe termen lung, chiar dacă majoritatea aveau ameliorare, apăreau recăderi la 80% care au necesitat mai multe probe terapeutice și cei cu rezultate bune continuau tratamentul la care eventual era asociată psihoterapia. Studiile de urmărire a tratamentului de menținere cu control placebo au arătat că recăderea simptomatică era frecventă chiar după câteva luni de ameliorare semnificativă sub tratament. De aici decurg concluziile că în ciuda superiorității față de placebo, AD e insuficient pentru remisiune, la cei care răspund favorabil inițial, există o rată semnificativă de recădere în ciuda continuării tratamentului iar cei ameliorați la tratament de durată sunt predispuși la recădere la întreruperea tratamentului. Modelul asocierii dintre BN și depresie e deficitar. S-a remarcat că nu există legătură între nivelul pretratament al depresiei din BN și răspunsul la medicamente. Răspunsul celor care nu au depresie e la fel cu cel al celor cu comorbiditate afectivă. Legătura dintre doza de fluoxetină și răspunsul clinic e diferit de cel din depresie. Doar grupul care a primit 60 de mg de fluoxetină a avut răspuns clar superior la placebo.

Chiar dacă eficace, aceste tratamente nu ajută pe orice pacient. Adesea e dificil de determinat când vor fi eficiente intervențiile terapeutice pentru un anumit individ. 33% dintre pacienții studiului Fairburn și 34% din studiul Walsh au ieșit din studiu sau nu au prezentat ameliorare. De aceea atenția s-a îndreptat spre asocieri de psihoterapie cu medicamente.

Psihoterapie. Cel mai bun abord psihoterapeutic s-a dovedit terapia cognitiv-comportamentală (CBT) iar mai nou – terapia interpersonală sau cea suportivă expresivă. Terapia interpersonală pune accent pe problemele interpersonale frecvente în BN și nu ne comportamentele alimentare. Se pare că dă un efect mai întârziat față de CBT dar semnificativ. Terapia familială nu e utilizată mult deoarece majoritatea pacienților cu BN au vârsta la care nu mai locuiesc cu familia de origine. Combinarea medicației cu CBT, fiecare cu eficacitate relativă, a dat ameliorări mai mari decât alte intervenții. Datele care susțin eficacitatea terapiei cognitiv-comportamentale se bazează pe aderarea strictă la tratamente ghidate de manuale, cu multe detalii și implementate riguros. Tratamentele cuprind 18 – 20 ședințe timp de 5 – 6 luni. Trebuie subliniat că toate studiile

controlate au fost conduse de terapeuți antrenați specific pe baza acestor manuale pentru BN. terapia cognitiv – comportamentală implementează un număr de procedee cognitive și tehnici comportamentale pentru a întrerupe acest ciclu comportamental autoîntreținut de mâncat bulimic și dietă restrictivă, modificarea cognițiilor și credințelor disfuncționale ale individului cu privire la alimentație, greutate și imagine corporală conceptul despre sine global.

Datele disponibile sugerează că o psihoterapie structurată e superioară unei probe unice de AD. Goldbloom et al. au studiat fluoxetina, CBT și asocierea. La o lună toate tratamentele au determinat o reducere semnificativă a simptomatologiei, dar cea mai mică reducere a fost în grupa doar cu medicație. Walsh et al. a studiat combinația CBT sau psihoterapia suportivă (SPT)+ desipramină sau fluoxetină (CBT + medicament > SPT + medicament > medicament). Studiile au prezentat în plus rate mari de retragere, aproape jumătate dintre subiecți. Deci sunt necesare eforturi de aderență la tratament și dezvoltarea unor aborduri suplimentare. Predictorii de recădere în terapia cognitiv – comportamentală în Bulimia Nervosa Halmi a realizat un studiu care examinează determinanții ameliorării susținute după un curs de terapia cognitiv– comportamentală. 20 de ședințe de CBT administrate pe o perioadă de 16 săptămâni la 194 pacienți. Analiza rezultatelor a adus concluzii neașteptate. Pacienții cu susținerea remisiunii au fost bolnavi mai mult timp (14.7 luni față de 9.2 luni). Prezența unei tulburări de personalitate comorbide corelată de obicei cu pronostic mai rău nu a fost factor semnificativ în acest studiu. Tulburările comorbide inclusiv abuzul de substanțe nu au avut efect. Evaluarea dificultăților de alimentație a fost evaluată cu Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale (YBC-EDS). Acest instrument are 8 itemi care evaluează severitatea preocupărilor și ritualurilor alimentare cât și 6 itemi care evaluează factorii motivaționali. Indivizii cu scoruri motivaționale sau dorința de schimbare mai înalte după ședințele CBT aveau mai mare probabilitate de menținere a remisiunii după 34 de săptămâni. La fel și pentru pacienții cu scoruri mai joase la preocupare și ritualuri alimentare. Alte scoruri cu corelare pozitivă de remisiune susținută erau gânduri scăzute de bulimie (bingeing-purging) cât și scoruri mai joase de foame la sfârșitul ședințelor CBT. Cei cu remisiune susținută aveau de asemenea scoruri joase la „reținere” – preocuparea cu reținerea de la mâncare. De exemplu, indivizii care se opresc din mâncat înainte de a fi sătui sau cei care își monitorizează îndeaproape nivelul aportului alimentar și caloric au niveluri înalte de reținere. Pacienții cu niveluri înalte de stimă de sine la sfârșitul tratamentului aveau de asemenea probabilitate mai mare de susținere a remisiunii. Perioadele mai mari de abstenență completă în timpul tratamentului se corelau de asemenea cu ameliorarea susținută.

Sunt utile tehnici comportamentale cum ar fi planificarea meselor și automonitorizarea.

Abordurile psihodinamice și psihanalitice își pot dovedi utilitatea în perioada de ameliorare a tulburării. Sunt vizate problemele de dezvoltare, de formare a identității, preocupările cu imaginea corporală, dificultățile sexuale și de control al agresivității, reglarea afectelor, expectațiile de rol, disfuncția familiei, stilurile de adaptare, modalități de rezolvare a problemelor.

Litiul. Nu s-a demonstrat mai bun ca placebo.

Fenfluramina. Crește activitatea serotoninergică pe mai multe căi, între care stimularea eliberării presinaptice de 5HT și blocarea recaptării. Odată ce activitatea serotoninergică pare implicată în mecanismul de sațietate, compusul ar fi un candidat teoretic de aplicat în BN. Ameliorările mai mari decât placebo remarcate în studii nu erau suficient de convingătoare.

Antagoniști de opiacee. Există date că opiaceele endogene sunt implicate în comportamentul alimentar și în unele paradigme precum mâncatul indus de stres, antagoniștii de opiacee au redus ingestia alimentară. Totuși, aplicarea naltrexonei în două studii nu a reușit să ofere rezultate pozitive.

Ondansetron. Se notează succesul modest al lui Hartman et al. în utilizarea acestui antagonist selectiv pe receptor de serotonină, care scade transmisia vagală, pentru a trata un grup mic de femei cu BN.

Terapia cu lumină intensă a fost folosită la pacienții cu bulimie sezonieră.

Un abord nou în tratamentul BN este reprezentat de utilizarea unor manuale de auto-ajutor în BN și BED cât și pe identificarea tulburării și asigurarea tratamentului în rețeaua primară. Programele presupun tehnici cognitive – comportamentale și implicarea terapeutului este minimă.

O altă abordare presupune aplicarea unor metode de condiționare și focalizare pe simptomele somatice mai curând decât pe problemele psihologice, utilizând un suport computerizat. Ratele de remisiune se situează în jurul cifrei de 75% iar costurile sunt mai mici ca în cazul altor metode. (*Proc Natl Acad Sci USA*. 2002;99(14):9486-9491)

Tratamentul binge eating disorder (BED)

Antidepresive. Aplicarea a pornit de la premiza eficacității AD în bulimia nervoasă și s-a urmărit dacă au efect pe frecvența episoadelor de mâncat bulimic, dacă facilitează reducerea ponderală și dacă sunt diferențe față de efectul asupra obezilor fără mâncat bulimic. Desipramina a produs o reducere semnificativă a frecvenței episoadelor de bulimie, dar fără efect pe greutate; efectul dispărea la întreruperea medicației. Fluoxetina la 60 mg pe zi a dus la o scădere ponderală semnificativ mai mare ca placebo fără

efect pe frecvența episoadelor de mâncat bulimic dar nu a fost diferență față de obezii fără episoade bulimice, sugerând că medicamentul nu țintește specific comportamentul bulimic. Imipramina și naltrexona au dat o reducere a frecvenței mâncatului bulimic dar nu diferită net de placebo și doar imipramina a dat reducerea duratei episodului bulimic. Nici greutatea nu a fost influențată. Aplicarea fluvoxaminei nu a demonstrat un efect specific pe comportamentul bulimic.

Prognosticul tulburărilor de alimentație

Tulburările de alimentație sunt condiții tratabile. Ca și în alte tulburări psihiatrice, o comorbiditate mai joasă, o durată mai scurtă a bolii, mai puțină psihopatologie familială și, în AN, o greutate minimă mai înaltă sunt asociate cu pronostic mai bun. Intervenția precoce ar putea minimiza morbiditatea asociată cu tulburările de alimentație.

Anorexia nervosa are un vârf de debut bimodal fie pe la vârsta de 14 – 15 sau la vârsta de 18 ani. Rareori există debuturi chiar la vârste mai mici, ex. cazuri raportate cu debut la 9 ani, și prime episoade dezvoltate la femei postmenopauză. Evoluția poate varia de la un episod cu recuperare completă, adesea recuperări parțiale cu recăderi până la evoluții severe care duc la moarte. Aproximativ jumătate din pacienții cu AN au pronostic slab pe termen lung, rămânând preocupați irațional de creșterea ponderală și nereușind să atingă o greutate normală. Până la 25% dintre pacienții cu AN pot muri ca rezultat al bolii. Complicații din cauza înfometării se produc la aproximativ 5% din pacienți pe fiecare decadă de urmărire. Cei cu istoric de spitalizări multiple au prognosticul cel mai prost. Studii (controlate sau nu) au testat antipsihotice, antidepresive, promotoare de creștere ponderală și prokinetice și s-a observat că simptomele de nucleu ale AN sunt refractare la medicația psihotropă disponibilă. Totuși, pentru prevenirea recăderii, antidepresivele pot fi folositoare. Esențiale în momentul de față rămân în cazul AN realimentarea, psihoterapia și terapia de familie.

Prognosticul pe termen lung al BN nu este cunoscut. Vârsta tipică de debut pentru BN este la aproximativ 18 – 19 ani iar ratele de mortalitate sunt estimate ca fiind între 0 – 3 %. După 5 – 10 ani, aproximativ jumătate dintre pacienți vor fi complet recuperați, dar 20% vor continua să întrunească criteriile de BN. Aproximativ o treime dintre bulimicii recuperați vor recădea în interval de 4 ani. Pronostic mai rău se înregistrează în cazul celor cu probleme de control al impulsului.

Deoarece BN a fost inclusă în DSM de-abia după 1980, datele cu rezultatele unor tratamente de durată de-abia încep să apară față de numeroase studii despre AN. Odată ce majoritatea studiilor de urmărire au fost realizate pe loturi din unități specializate și ar putea să nu fie

reprezentative pentru pacienți din comunitate. Cu ajutorul tratamentului, 60–80% dintre pacienți se remit în interval de 3 luni. Majoritatea pacienților au evoluția în episoade. Cercetările arată că 30% din pacienți recad rapid și până la 40% rămân simptomatici cronic. Comportamentul binge/purge are un prognostic prost.

Fichter și Quadflieg au raportat că 71% dintre pacienți cu BN care au primit un tratament intensiv, cu internare în unitatea specializată, au menținut beneficiul după 6 ani. Toți au primit tratament în spital și 68% tratament în spital în timpul intervalului de 6 ani. Keel și Mitchell au analizat un mare număr de studii de urmărire de 6 luni – 10 ani pentru pacienți cu BN. Subiecții care au primit tratament au avut rate mai mici de BN la evaluări decât subiecții urmăriți fără tratament. O remisiune totală a simptomelor este mai probabilă la femeile cu BN decât cele cu AN. În medie, studiile pe AN arată că aproximativ 50% au prognostic bun, 30% au prognostic intermediar, iar 20% au prognostic slab. Strober et al. într-un studiu elaborat al AN, într-un centru specializat universitar, pe o perioadă de 10 – 15 ani, a arătat că aproximativ 30% dintre pacienți au avut o recădere după externarea inițială din spital, cel mai frecvent în primul an posttratament, iar 76% din lot au întrunit criteriile de refacere completă la încheierea urmăririi. Timpul mediu de refacere au fost prelungit, în intervalul 57 – 79 de luni în funcție de definirea refacerii. Datele sunt mai optimiste decât cele din studii anterioare. Un motiv ar putea fi că pacienții au primit tratament precoce, intens ceea ce ar putea influența prognosticul mai favorabil.

Severitatea bolii și lungimea perioadei de abținere după un tratament CBT de succes permite identificarea celor cu BN care ar putea avea nevoie de tratament suplimentar (adăugarea de 60 mg fluoxetină pe zi, prelungirea perioadei de tratament psihoterapeutic).

Triada femeilor atlete

Se caracterizează prin comportament alimentar dereglat, amenoree, osteoporoză. Ca o consecință a dereglării alimentare, 50% dintre aceste atlete au densități osoase care sunt cu 1 deviație standard sub cea normală pentru vârstă. Modificările osteoporozice se produc chiar și în zonele corporale supuse la exerciții fizice intense.

Tratamentul presupune CBT și restricția de la exerciții. Antrenorii trebuie să micșoreze atenția acordată greutății și să nu cântărească atleții continuu, mai bine focalizarea atenției pe alte arii ca puterea și condiționarea mentală. Unii atleți bine motivați vor corecta tulburarea de alimentație dacă li se spune că malnutriția le va afecta performanța.

Tulburări de alimentație la bărbați

Aceste tulburări se produc cel mai frecvent la homosexuali sau bisexuali angajați în modeling sau actorie. Majoritatea au istoric de obezitate premorbidă. 20% dintre cei cu tulburări de alimentație sunt homosexuali cu toate că reprezintă doar 5% din populația generală. Abuzul de substanțe este foarte frecvent la bărbații cu tulburări de alimentație. De obicei există un istoric de familie de alcoolism sau tulburări de dispoziție. Prognosticul este de obicei prost.

Farmacologia creșterii ponderale determinate de antipsihotice

Numeroase date din literatură cât și practica clinică sugerează că multe dintre antipsihotice sunt asociate cu creștere ponderală. Odată ce aceste medicamente au profiluri complexe de acțiuni farmacologice, efectele benefice pe dispoziție, anxietate, ostilitate se însoțesc de acțiuni pe sistemele care mediază creșterea ponderală.

Reglarea ponderală este o interacțiune complexă între aportul energetic, consumul de energie, factori de sațietate și alți factori de control al apetitului. De aceea, intervențiile psihofarmacologice pot interfera cu un număr de axe care contribuie la reglarea sistemului alături de efectele genelor de predispoziție sau anomaliile endocrine. Cercetările farmacologice și endocrine la nivelul sistemelor cerebrale care reglează aportul alimentar și homeostazia energiei au identificat o serie de hormoni, neuropeptide și monoamine care joacă un rol în reglarea ponderală (serotonina – 5HT_{1A,B,D,E,2C}, alții; histamina – H₁, H₃; noradrenalina – alfa 1, alfa 2, beta; dopamina – D₂; siturile de recaptare 5HT sau nA; PRL; neuropeptidul Y, opioizi, hormoni tiroidieni, galanina, orexine, MCH (melanin-concentrating hormone), alfa MSH (melanocyte – stimulating hormone), neuromedine, colecistokinina, somatostatina, glucocorticoizii, canabinoizii, leptina, CRH (corticotropin-releasing hormone) și controlul central al greutateii corporale).

Un rol central este atribuit hipotalamusului, structură sensibilă la manipulări neurohumorale care modulează alimentația (cuprinde o rețea complexă de amine, peptide și hormoni circulanți). Stimularea unor sisteme duce la o creștere netă a aportului energetic și stocare pe când stimularea altora duce la o scădere netă a aportului energetic și a stocării.

VI. Tulburări primare de somn

Sunt *dissomniile* (hipersomnii și insomnii) și *parasomniile*. Insomniile pot fi primare (ca simptom izolat) sau secundare (în cadrul altor sindroame). Se pot distinge insomnii de adormire și insomnia prin trezire precoce. În cazul hipersomniilor este vorba mai ales de somnolența diurnă (care împiedică activitatea, conducerea auto), până la narcolepsie (un fel de boală a somnului de natură subcorticală). Parasomniile sunt activitățile somnambulice, legate de marea sferă a echivalentelor epileptice, și atacurile de panică cu prevalență nocturnă și, de asemenea, schimbarea ritmului circadian în patologia senilă (cu somnolență diurnă și insomnie nocturnă).

Insomniile conduc la un autotratement și, mai departe, la dependența medicamentoasă. Hipersomniile cer tratament de stimulare a vigilenței și antidepresive. Schimbarea ritmului somn-veghe cere accentuarea tratamentului sedativ-narcotic de seară, cu mobilizarea bătrânului în cursul zilei.

VII. Tulburările factice (suprasimulare sau tulburări superficiale)

Deformarea tulburărilor clinice se poate face prin *simulare* (malingering), *suprasimulare* (factitious disorder) și *disimulare*. Simularea este provocată de evitarea încurcăturilor medico-legale, a obligațiilor de armată, a intereselor de moștenire. Suprasimularea este legată de evitarea obligațiilor sociale, de întreruperea lor, prin acceptarea internărilor, explorărilor, a contactului medical. Iar disimularea este ascunderea trecutului psihiatric pentru a putea continua profesiile, în care acestea sunt contraindicate: avocatura, medicina, învățământul, conducerea auto. Aceste trei posibilități trebuie avute în vedere în stabilirea oricărui diagnostic.

Cu simptome fizice înseamnă simularea unor boli somatice (febră, cefalee, diaree). Simptomele psihice – unii spun că aud voci, că sunt urmăriți. Toate ca să prelungească internarea.

3. Psihopatii

Psihopatiile sunt personalități patologice, dizarmonice în care anumite trăsături exagerate pot face rău subiectului sau mai ales anturajului (Kurt Schneider) sau dezechilibrați psihic, sau caractere patologice.

Se poate vorbi de o perioadă clasică și o perioadă modernă în studiul psihopatiei. Perioada clasică începe cu Prichard (1838 – „moral insanity”, insuficiența conștiinței morale), deși încă Pinel vorbise despre manie fără delir, iar elevul său Esquirol de monomanie instinctivă sau impulsivă.

Morel a introdus noțiunea de degenerare și psihopații au fost considerați că niște perversi constituționali, degenerați deci veniți dintr-o ereditate încărcată cu stigmat, legătură pusă în evidență de Lombroso. Koch (1888) a vorbit de inferioritatea psihopatică, apoi la 1900 Kraepelin admite noțiunea în cadrul vastului său sistem, descriind șapte tipuri – psihopatul impresionabil (astenic), impulsiv, excentric, mincinos (isteric), escroc, răzbunător (paranoic), imoral. Aceasta a fost contribuția secolului XIX, care în definiția psihopatiei pune accent pe latura biologică– corporală, deci pe o expresie morfologică, anatomică, care condiționa chiar crima.

Definiția cea mai exactă a psihopatiei a fost dată de Kurt Schneider (1923 – *Die psychopathische Persönlichkeiten* -Personalități psihopatică) care a spus că psihopatia este o dezvoltare dizarmonică a personalității care determină suferință a subiectului de-a lungul întregii sale existențe și determină obligatoriu o suferință a anturajului acestui subiect, din cauză acestei anomalii. A mai introdus concepția că o persoană normală se compune din trei straturi: inteligență, personalitate, stratul organic. Opera acestuia a fost dezvoltată de Petrilovitsch. Tot K. Schneider a mai făcut precizarea că nu orice om care este ieșit din comun ar fi și nebun, deși în psihiatrie există acest abuz profesional, prin care orice om care este mai diferit decât tine într-un anumit aspect, îți vine ușor să spui că este psihopat. Prin psihopat vom înțelege deci numai acei anormali care fac rău celor din jur din cauza anomaliei lor. Dacă nu provoacă un rău, anomalia este suportată de grup și e un om mai excentric. S-a observat că este foarte greu să spui că un om este normal, fiindcă orice apreciere presupune o comparație. Normalul înseamnă o medie statistică pe de o parte, deci se face o listă de trăsături. Normalul înseamnă lipsa unor semne, adică nu se găsește nimic ca să credem că este o psihoză, demență. Nu se poate spune că „vorbește singur și aiurea” și acest subiect e normal. Deci este lipsa unor simptome majore.

Personalitatea este un bun al persoanei care se obține după zeci de ani. Este un bun fragil, casabil și greu de format. Noi vrem ideologic ca toată lumea să ajungă personalitate, din păcate un procent foarte mare nu ajung, dar fiind socotiți în viața socială că „ar fi ajuns”, intră în structura socială, urcă scara socială, în schema socială, și această confuzie durează și creează fragmentului de normal din societate o atmosferă greu de suportat. E ideea că lumea a înnebunit și impresia de balamuc mondial.

În acest efort de construire a personalității subiectul depinde până la maturitate în primul rând de părinții lui, de frații și surorile lui, de rudele lui, de tot ce se întâmplă în viață cu aceștia, apoi de casa în care s-a născut, de strada lui, de copiii cu care s-a jucat, depinde apoi de educatoarea de grădiniță, de învățătorul claselor primare, de tipurile de personalități cu care vine în contact în liceu, de profesori, de viața școlii și tot acest roman

al lui de prematur reflectă și regimul social în care trăiește, conflictul său destinderea care e în lume, deci el reflectă un prezent istoric și mai reflectă cât a putut să asimileze din trecutul lumii și ce anume a asimilat. A asimilat partea bună a lumii sau aspectele de cruzime, de violență, război, de barbarie, animalitate. Este deci în fiecare om o repetare a construcției lumii, o repetare întotdeauna cu peripeții și fiecare om este un model de victorie a umanității sau ratare a umanității. În acest efort extraordinar de construcție a persoanei, subiectul trebuie să rămână până la urmă un adult integrat pentru microgrupul în care a fost făcut. Atunci se vorbește de un caracter armonios. Noțiunea de armonie este extrem de fragilă pentru că lumea înțelege prin armonie o noțiune estetică. Noțiunea de armonie este mai profundă, filosofică. Omul trebuie să ajungă la acea limpezime și profunzime de caracter în care să-și dea seamă de prezentul în care este și de ce contribuție i se cere ca să realizeze un milimetru de progres. Realizarea acestui milimetru cere o informație extraordinară, un sacrificiu și o frânare de la o cantitate enormă de vulgaritate și deci de viață și atunci adevărată armonie creează o distanță între persoană valoroasă și media care a renunțat și la cunoaștere și la progres. Adevăratul armonios nu are o etică afișată, nu face caz de asceza lui și nu se consideră în nici un caz sâmburele lumii.

Problema psihopatiei nu trebuie să o dizolvăm într-o mulțime de etichete și de aspecte superficiale de pictură și de descriptivism și teatralitate și să judecăm nu atât pitorescul ei, ci dacă omul a atins o conștiință morală. În afară de oameni normali și psihopați există și o categorie de oameni normali care trișează și care nu sunt demascați. Aceștia au învățat cum să se poarte, cum să vorbească, cum să reacționeze în mod etic, dar în practică ei continuă să aibă un comportament criticabil. Iată deci că se îngustează și mai mult categoria normalului veritabil. Ne interesează nu atât dacă un individ este hipertim sau hipotim, ar fi prea simplă clasificarea, ci ne interesează dacă atinge sau nu valorile morale ale societății. Deci problemă psihopatică este una de filosofie, morală, axiologie, deci o problemă de profunzime și nu de pictură temperamentală. În al treilea rând, după psihanalisti, normal nu este numai o convenție statistică ci un optimum psihic, care este o prevalență a rațiunii – să te înțelegi cu el și să nu te temi că ai rămas singur cu el etc.

Deci normalitatea înseamnă și ceva pozitiv, adică capacitatea de frână și de autocontrol al impulsurilor iraționale care sunt în om, în propriul inconștient.

Majoritatea psihopaților stau în afara clinicii. Nu au de-a face cu psihiatria niciodată, ei nu sunt cotați cu acest termen de psihopați dar restul lumii îi apreciază destul de bine că sunt niște „trăzniți”, cu anumite ciudățenii chiar până la abuz. Deci lumea face o psihiatrie neacademică, mai ales când este vorba să se căsătorească.

Din ce motive se produce o deviere? Dacă această anomalie are un motiv din naștere, se cheamă psihopați-biopați. Dacă vin bine din naștere, dar prin educație o apucă greșit, se cheamă psihopați-sociopați. Cel mai adesea este un amestec între sociopatie și biopatie, deci sunt mixte. Prin biopatie se înțelege o anomalie temperamentală, înnăscută. Există variații după rasă, coordonate geografice – dar în cuprinsul aceluiași coordonate sunt variații temperamentale. După regiuni, se ajunge la caricaturizări – este ardelean, este oltean, etc. – deci diferențe temperamentale.

Prin ele ne apropiem până la confundare cu realitatea înconjurătoare. Prima problemă e diferența între normal și psihopatie. Normalitatea rămâne o normă ideală, comparativă, un model mediu, un etalon destul de imprecis, care are valoare în primul rând pentru actele de justiție. Azi se pune problemă dacă mai există normalitate, sau dacă nu cumva ea și-a pierdut caracteristicile. Ea e o noțiune necesară (chiar dacă nu ar fi normală), deci să nu ne pierdem capul, reperatele.

În fond este vorba de o variabilitate a caracterelor, de la un centru normal mediu, către o lateralitate, către o margine, către o anormalitate, anormalitate care, când devine antisocială, adaugă atributul psihopatic. Deci avem normal și anormal în proporții după epocă, iar în cadrul anormalului avem un anormal asocial (nepericuloși) și anormal antisocial (aici intră periculoșii).

Cu această restricție, înțelegem și diferențele actuale dintre concepții: cea anglo-saxonă se restrânge numai la conduitele antisociale, considerând restul că normali. Antisociale sunt actele confirmate de organele de drept. E o concepție liberală americană, care poartă răspunderea pentru schimbarea la față a întregii lumi, explică oarecum uniformitatea actuală. Concepția franceză pretinde că nu putem rămâne doar la ideea de conduita antisocială, ci trebuie să păstrăm o caracteriologie care arată predispozițiile unei persoane către o patologie (concepția americană e puțin chioară din acest punct de vedere).

Ganushkin consideră că în studiul psihopatiei trebuie să ținem cont de patru principii: principiul totalității (adică dizarmonia trebuie să cuprindă toate laturile persoanei), principiul constanței (manifestări de esență, constante ale persoanei, nu accidente ne semnificative), principiul intensității nepsihotice a fenomenului și principiul evoluției dinamice (adică în studiul fiecărui subiect există o succesiune de bine și de rău, în sensul că numim perioadele de bine – de compensare și perioadele de rău – de decompensare, deci o ondulație în evoluția unui psihopat).

Prototipul, tipul cel mai comun al psihopatului (al dezechilibratului, al degeneratului, al trazitului, al neterminatului) - e un imatur, care din copilărie, adolescență, și ca adult și la bătrânețe, are anumite trăsături de caracter care-l

fac cu mult ieșit din comun. Dimensiunea intelectuală e variabilă, unii zic că sunt peste medie, noi psihiatrii zicem că foarte mulți sunt intelecte liminare, și nu din inteligență ci din prostie au o anumită conduită.

Trăsătura descriptivă cea mai frecventă e impulsivitatea, spontaneitatea crescută („îi sare țandăra”), deci o reactivitate fără rușine (nerușinare, nesimțire). Aparent sunt calmi, insensibili, flegmatici, reci, par niște ape stătute, niște băltoace. Dar dacă calci în ele te duci la fund. La excitații mici (mediul e de vină), din când în când se produce explozia, se declanșează o nemaipomenită reacție antisocială, necalculată în consecințe, care poate duce până la crimă (chiar și după asta nu i se pare că ar fi făcut cine știe ce). E vorba deci de un nucleu infantil (infantil – pentru că se știe că copilul reacționează foarte viu), o reacție vie, disproporționată față de excitația care a provocat-o, și care dovedește lipsa unor frâne, în primul rând educaționale.

Cercetându-i copilăria, vezi că nu prea a fost educat, din diferite motive; părinții nu au avut timp, mediul educațional a fost deficitar (anturajul), părinții ei înșiși psihopați ce fac zilnic scene de violență, sexuale etc. (și copiii învață astfel cum să-și țină în frâu nevasta), cămine destrămate cu copilul pendulând între mamă și tată, intervenția reparatorie a bunicilor care sunt prin definiție sentimentali și zic că ei singuri înțeleg copilul. Acest copil din anumite medii caricaturale, dar foarte reale, dovedește de mic foarte multă personalitate (așa zice familia, răspunde, dă cu picioarele în cei mari etc.), marchează niște trăsături de caracter de răutate, de malignitate, încăpățănare.

S-a vorbit deci de un copil (psihanaliza a încercat) care nu evoluează de la fazele pregenitale la cele genitale și esențialmente nu încorporează noțiunea de Superego. Tot ce ar trebui să introjectăm, să interiorizăm (autoritatea părinților, a bunicilor, altele: preotul, D-zeu etc., deci tot ce formează ceva suprapersonal care intră în noi de mici și constituie frica noastră de o autoritate, e prima poruncă) la ei nu se realizează. Se creează ideea unei nebunii morale (moral insanity); pentru ei noțiunea de morală e o invenție demodată.

Când vine vârsta de adult și se pune problema răspunderii și a legilor (parte din morală foarte bine codificată), ei nu au pregătirea necesară, sensibilitatea pentru asemenea interdicții. Ei nu leșină când văd sânge, ci dimpotrivă („*i-am dat borșul*”). Privesc antisocialitatea ca pe nimic. Cum privesc ei pe adulții care caută să instituie o lume de drept? Ca pe niște Tartuffi, ipocriți, șmecheri, aranjați, mai bandiți decât ei. De aceea s-a pus problema dacă autoritatea (hiperautoritatea) și delincvenții nu au ceva în comun, și de aici problema că alegerea unei profesii arată o anumită predispoziție (deci și procurorul, și călăul au anumite trăsături, o întrebare pusă mereu de cinematografie, ei se înțeleg foarte bine, e un dialog suspect) și astfel se îngustează din nou baza normalității.

Trecut prin școli cu foarte multe probleme la dirigenție, purtare, cu precocitate pentru fumat, viol, etc. Ajunge adult. Ca adult dovedește o mare instabilitate în alegerea profesiei, în schimbarea colectivelor. Ce profesii ar putea găsi el ca să nu se plictisească? În primul rând, șoferiă. Cartea de muncă altădată ilustra această perpetuă schimbare. a doua chestiune sunt conflictele, mai mari sau mai mici, dar de obicei maxime, rezultând delincvență, cu recidive.

Deci, ca adult, e un tip care dă vina pe alții, pe condiții, împrejurări, situații, pe răi (lumea e rea), veșnic nemulțumit de poziția socială, permanent în tensiune ca și cum mereu se întâmplă o nedreptate cu ei, fac un război împotriva tuturor, schisme, cu o continuă problemă de supra sau subapreciere a lor și a celorlalți și atunci bea, devine toxicoman. Nevasta nu îl înțelege, de aici și multele căutări. În viața de zi cu zi, cel mai mult au de a face cu ei oamenii de drept, ei mereu sunt „pe rol”. Psihiatrii mai puțin.

Bătrânețea îi prinde de obicei marginalizați, aciuți și chipurile mai resemnați, s-au mai potolit, le-a mai trecut. N-au dinți, n-au casă, n-au aia și ailaltă, se țin de cei care s-au ajuns (purtându-ți numele, te cam fac de răs). Deci involuția arată eșecul adaptativ. Până acuma erau niște zei („câți bani mi-au trecut mie prin mână”), dar nu s-au ales cu nimic.

Adesea sunt niște hiperadaptați, nu dezadaptați cum erau prezențați clasic, adică oportuniști, simpatici, înșelători, pentru că sunt oamenii clipei, nu de cursă lungă (care i-ar obosi și i-ar plictisi).

Clasificarea psihopatiilor

În comparație cu normalul, trăsăturile psihopatice depășesc diversitatea normalului. De fapt, în cadrul normalului se găsesc clustere de toate trăsăturile. Mai mult decât atât, chiar normalul episodic poate derapa, poate avea sporadice accidente ca reacții la situațiile existențiale însă acestea sunt accidente, sunt trecătoare, nu caracterizează persoana, persoana revine la platforma ei de bază. Contribuția noastră este considerarea spațială a psihopatiilor față de normal în sensul că cercul normalului poate fi depășit în cadrul psihopatiilor tari cu trăsături mai tari decât ale normalului și în cadrul psihopatiilor slabe, cu trăsături mai slabe decât ale normalului.

Ceea ce este de constatat la un nivel superior este că entitățile psihopatice nu sunt decât extremitățile unei dimensiuni caracteriale. Orice dimensiune caracterială este bipolară, o extremitate fiind latura slabă, subnormală iar cealaltă extremitate este puternică și depășește normalul. De pildă forța – la un pol este asteno-dependentul, la celălalt pol este antisocial – paranoiacul. Siguranța de sine – la un pol psihastenicul, la celălalt pol – histeroparanoiacul. Introvers/ extravers – la un pol schizoidul, la celălalt pol este hipertimul, ș.a.m.d. Prin urmare, în judecarea fiecărui caz contează

în primul rând identificarea unei trăsături de caracter, adică a unei trăsături constante, cum se spune acum – pervazive, nu a unui accident de manifestare.

A doua observație este că trăsătura psihopatică rezultă dintr-un dezechilibru temperamental-caracterial care ține nu numai de realitate ci și de epocă. În epocile extreme, rigide, fasciste, de război, predomină impulsiv-paranoiicii. Între războaie, în societăți în organizare, democratice predomină psihopatiile dependente, care cer ajutor de la stat. În societățile corupte, lucrurile se desfășoară conform unui mafiotism paranoiac, unei proliferări antisociale impulsive, borderline, și unui joc sexual cu multă contribuție pitiatică.

A treia observație. Accidentul psihopatic e probat în situații existențiale deosebite – în competiție, concursuri, unde este vorba de un avantaj, mai ales material (cu procese, ...). Dacă vrei să știi care sunt caracterele membrilor de familie, urmărește procesul de succesiune. Dacă vrei să știi care este caracterul unui partener, e mai greu să îl descifrezi la nuntă dar în mod sigur se va revela la divorț.

Observația patru. Biografiile conține aceste accidente, uneori deformate de anturaj sau de răuvoitori, care sunt numeroși, și disimulate sau minimalizate de purtător.

Observația 5. Psihopații sunt profitori, se substituie ușor bolnavilor psihici, diagnosticelor, nevrozelor, cu avantajele care decurg – pensii, sanatorii...

Observația 6. Contează repetitivitatea, pe care au observat-o Freud, criminaliștii, nu accidentul.

Observația 7. Uimește capacitatea de adaptare pe care am numit-o hiperadaptare. Nimic nu îi doboară și față de normal sunt capabili să o ia de la început de mai multe ori. Aceasta ar fi extraordinara vitalitate psihopatică. Sunt incorectabili prin critică și se domolesc biologic prin scăderea forței la involuție. Malignitatea este mare, atât prin antisocialitate cât și prin faptul că fac pui asemănători.

Observația 8. Această categorie diagnostică este deschisă la noi și noi forme, la creșterea subtilităților și complexității astfel că cu cât urcăm scara socială, lucrurile sunt mai complicate și mai greu de dovedit. Proba sunt tipurile de infracțiuni economice dar și furtul intelectual, plagiatul. Chiar condiția de-a crede că o lume, o problemă începe cu tine și nu se găsește într-un lanț de continuitate, făcând multă gălăgie asupra unei originalități inexistente este tot psihopatică. Foarte interesantă corelație este cu intelectul. Se știa de la Kurt Schneider că psihopații sunt deștepți, se pare că e o exagerare. Despre ce fel de deșteptăciune vorbim. Există o deșteptăciune validată și există și multă șmecherie, falsuri.

Observația 9. Nimeni nu a putut face o statistică serioasă asupra prevalenței psihopatiei. Există însă impresia că tind să devină majoritari. Și atunci normalitatea minoritară este asediată, disperă și e presată să renunțe la modelul de conformitate la establishment. Însăși tendința evoluției sociale către criterii economice, de eficacitate duce la promovarea psihopatului în dauna normalului. Pentru că nu moralitatea contează ci eficacitatea. De aceea punctul cel mai slab și decorativ al unei societăți este aspectul moral, dreptatea în justiție, virtutea în religie, valoarea în artă.

Observația 10. În practică, prima indicație de psihopatie este modul cum subiectul fuge de răspundere și dă vina pe altul, deși e evident vinovat.

Observația 11. Spectrul psihopatiei este foarte larg, de la manifestări grosolane, evidente, către manifestări caracteriale extrem de fine, disimulate în conduitele cele mai seducătoare. Cu cât se urcă în scara socială, diagnosticul este mai greu de descifrat și pus.

Aplicația schemei normal – psihopatie capătă specific și pitoresc după profesia aplicată. Și lucrurile merg foarte departe, așa că lumea chirurgilor nu seamănă cu lumea psihiatrilor care nu seamănă cu lumea muzicală ș.a.m.d.

Pe lângă trăsăturile clasice, psihopații pot ataca din interior substituindu-se în pseudovalori și furnizând kitsch-urile. Bineînțeles că acestea au trecere pentru că lumea în mare e *pop* (populară) adică legată afectiv și fără mare simț critic de pseudovalori. Așa că în târgul, bâlciul acesta general, normalul este mai înșelat cu cât produsul de schimb este mai sus situat în scara socială. Toată lumea remarcă deficitul de educație, de cultură, criza spirituală, însă lumea merge înainte și trăsăturile psihopatiei sporesc. Pedagogii sunt din ce în ce mai neputincioși, drepturile elevilor cresc, și semne de terapie socială și igienă mintală sunt simple utopii. Care va fi viitorul care să poată oferi un cadru moral și sănătos normalității rămâne o temă deschisă.

Discuția nu scutește nici profesia psihiatrică care e și ea plină de toate varietățile normalului și psihopatiei. Este interesant de remarcat în ce măsură trăsătura psihopatică poate influența diagnosticul și tratamentul. Oricum, menținerea balanței între pacient, familie, societate, pe de o parte, stat și firme de altă parte poate deveni un indicator de caracter. Altădată se judeca cazierul, averea și câte neveste ai ținut. Acum se mai pot adăuga și alte criterii în care intră câte victime ai făcut în toate planurile și în final cât regres antisocial sau pondere antisocială conții.

Psihopații se devualează mai ales în situații de expertiză cerute de justiție sau accidente de circulație. Până atunci sunt onorabili concetățeni. Ferocitatea e de nedescris în lupta pentru avantaje, averi, promovări, moșteniri. În fond lumea trăiește din presă, scandaluri, pe nimeni nu interesează cum faci tu cartofi prăjiți. Dar că i-ai dat brânci unei frumușice face deliciul front-page-ului.

Interesant de studiat sunt și grupările psihopaților atât intra- cât și extrafamiliale. De obicei, ei împart familia în susținători și acuzatori. Ultimii care îi înțeleg sunt desigur părinții, mai ales mama. Societatea e bântuită de patimi, de pasiuni negative, foarte schimbătoare. Ceea ce dă de gândit este pe de o parte impulsivitatea, pripeala și pe de altă parte tenacitatea răzbunării. Quantumul de ură poate fi un indicator al epocii. A sporit în societatea noastră ideea de apărare, autoapărare. Copiii, fetele sunt învățați să dea cu picioarele, și au apărut pe lângă body-guarzii cunoscuți, tot felul de recuperatori și taxe de protecție.

Psihopații sunt prin urmare psihogeni, sociogeni și în fine decompensările lor pot crea confuzii și în spațiul psihotic. Mai ales în condiții medico-legale ei sunt factitious, malingering, adaptați la constrângerile penitenciarului pe care le depășesc și reiau ciclul. O interesantă observație a fost alegerea profesiilor violente de către psihopații antisociali (cât și pentru călăi).

Așa că normalul poate trece prin toate fazele psihopatice, prin ură, invidie, răzbunare dar acestea nu devin sistematice, sunt metabolizate, dacă nu chiar sublimare într-un proces creator. Să ne amintim de Pamfil care spunea de condiția normalului ca originalitate creatoare și niciodată ca agresiune distructivă. Asta nu înseamnă că pacifismul e oportunism și creația e lichidarea istoriei.

Relația psihopatie – nevroză

În ultimele decenii a luat o dezvoltare microsociologia (Mills) – sociometria (Moreno). A ajuns la constatarea că în grupuri se stabilesc anumite relații psihologice. Se pune problema dacă anumite relații nu pot deveni patologice. Astfel, în analiza anamnezei nevroticilor se găsesc adesea factori stresanți porniți de la unii membri de familie sau de la serviciu.

După cum se știe, mediile noastre, atmosfera grupală nu e bine cunoscută, conține multe intrigi, zvonuri, lucrături, nedreptăți. Toate acestea dau o frământare care poate afecta pe cei mai slabi, mai vulnerabili. Ipoteza noastră este dacă psihopații, mai ales cei puternici, pot contribui la declanșarea nevrozelor. În mod clasic, nevrozele sunt admise ca psihogenii, ca reacții de adaptare patologică la stres. Acest stres de obicei este socotit efortul, tensiunea, contradicția. El nu a fost personificat.

Se pleacă de la o relație personificată, de la un conflict, de la o contradicție, personalitatea paranoiacă domină, impunem, nu admite critica, amenință, iar răsunetul nevrotic poate să fie de trei feluri (conform principalelor nevroze):

1. pierderea controlului asupra pragului senzațiilor; începe enervarea, cefaleea, cene-stopatiile, oboseala și toate converg către neurastenii și concluzia „sunt terminat, trebuie să iau un concediu“.
2. pierderea controlului asupra propriei seninătăți, cu înlocuirea ei prin anxietate și a invaziei odată cu grija a ideilor obsedante sau a conduitelor fobice – și iată nevroza anxioasă.
3. pierderea controlului asupra emoțiilor cu apariția crizelor, plânsului facil, indispoziției, leșinului, și iată nevroza isterică.

Psihiatrii s-au concentrat acum asupra tratamentului nevrozelor neluând în seamă factorul psihopatic declanșator și neavând deocamdată puterea psihoterapeutică de a corecta acest factor. Când e vorba de un membru de familie, se pune problema unei psihoterapii de cuplu sau familiale dar când e vorba de un serviciu? Atunci singura soluție e schimbarea locului de muncă, uneori chiar a profesiei.

Oricum, esențialul psihoterapeutic este asupra creșterii autocontrolului prin antrenament.

Tipologie

Acest prototip devine variabil în funcție de alte trăsături. Cele de prototip ar trebui să le aibă toți psihopații. Pentru diagnostic, contează foarte mult să știm să întrebăm pacientul. Într-un examen transversal cum facem noi, pot disimula, pot ascunde foarte mult din trăsăturile lor. Anamneza foarte des poate fi deci deformată (familia îl prezintă de obicei ca genial). Aici e mai necesară ca oricând ancheta socială, să știi pe cine și cum să întrebi, pentru a face profilul cuiva (noi ne mulțumim cu criterii foarte generale). Problema adevărului trecutului psihopatului e problema cea mai cruntă pentru diagnostic. Întrebările trebuie puse pe ocolite, și indirect se află câte ceva. Se stimulează de obicei orgoliul subiectului (ei de obicei sunt salvatori în situații cascadorice, ei cam vor să se facă cascadori) și se evidențiază apetitul pentru extremă („cu o mitralieră îi aranjăm pe toți“). În ciuda unei literaturi bogate, noțiunea de psihopatie nu e clară. Există riscul unui descriptivism, esențialul subliniat de americani și în DSM IV TR este că trăsătura dizarmonică este antisocială, deci nu este o trăsătură de simplă varietate umană, compatibilă cu diversitatea este o trăsătură sancționată moral sau penal de grupul în care trăiește psihopatul. De aceea fapta cere de obicei expertiză și în felul acesta omul mai special își capătă eticheta.

Clasificarea (tipologia) prezentată aici este cea a lui Kurt Schneider (1922 – „Personalitățile patologice“), valabilă și astăzi, deși în DSM s-au adăugat și s-au neglijat altele. O precizare franceză, cele zece tipuri pot fi situate ca minipsihoze sau mininevroze, deci ar fi ceva intermediar între nevroze și psihoze, lucru important pentru că examinând bolnavul, gândul ne duce

la nevroză sau psihoză, el nefiind nici în una nici în cealaltă, ci ceva la mijloc; trăsăturile lui nu s-au ivit la un moment dat și nu au un sfârșit, ci vin din copilărie și îl vor însoți toată viața, adică principiul constanței și principiul globalității, al întregii existențe (precizări ale lui Ganuskin).

Tipul **ciclotim**, cu varianta **hipomaniacală** și **distimică** (depresivă), e tipul de dezechilibrat afectiv, temperamental, constituțional. Această pereche afectivă ne relevă gustul sau dezgustul de a trăi. *Hipertimicul* (tipul hipomaniacal) e vesel, vital, optimist, sociabil, simpatic, iubăreț, sentimental, descurăreț, superficial (din punct de vedere moral, adică invers decât din punct de vedere psihologic, unde a fi instinctiv e un factor profund). E un hipersociabil, dă mâna imediat cu tine, ce mai faci, tot tânăr, tot tânăr, el către tine deși vezi că în fond nici nu vrea să stea de vorbă cu tine, nu are timp, deja l-a văzut pe celălalt, se duce la el, este omul de sală, de pauză, de congres, trece pe la toți, întreabă, se interesează, strânge mâini și bineînțeles că trece cu o ușurință uluitoare de la un subiect la altul, putând discuta orice, se laudă nemaipomenit, cât muncește, cât agonisește, spune uneori ce nu trebuie, cât câștigă pe zi, ce face, de o superficialitate în sentimente și reacții. E un liberschimbist, un combinator, lucrurile nici nu i se par periculoase; el exprimă viața, dar o viață luată numai așa e pe undeva imorală. Este psihopat pentru că se împrietenește cu cine trebuie și cu cine nu trebuie, intrând în numeroase încurcături, conflicte, se risipește în toate fără să discearnă ce este bine și ce este rău. Nu i se pare greu nimic. Fondul hipertimic predispune, când cere interesul, la reacții paranoiace. Paranoiacul hipertimic are o deosebită stenicitate, mobilitate, capacitate de cverulență. Hipertimul trece de asemenea foarte ușor către psihopatul imoral, pentru el nu există abstracțiica de pildă justiția, legile, astea toate se pot aranja în toate sensurile. tipul *distimic* include pesimiștii structurali, constituționali, cărora li se pare că toate vor ieși rău, care nu mai simt gustul vieții, care se gândesc la eșec, la moarte, parcă n-ar sta în prezent, ci cu umbrele morților în preajmă. Deci o piesă morală continuă, tăcere, vorbesc puțin, vorbesc stins, parcă vin mereu după boli grele, ultraspecialiști în a proiecta aspectele urâte și triste ale vieții. Aceste trăsături de caracter îi fac să nu simtă gustul vieții, ei sunt persoanele care „strică nunta”. El citește mult și filosofează, își găsește parteneri printre cei care au trecut și au făcut reflexii asemănătoare. Se gândesc mereu la moarte, la cei care au ratat, care au murit. Nimic nu le face plăcere; nu știu ce este bucuria de a mânca, de a avea o viață sexuală mai ales și li se pare traumatizantă, ba chiar murdară, văd laturile negre ale ei. Se înrudește cu ceilalți slabi, cu astenicul, adăugând judecata netă că viața nu are sens: „dacă aș muri mâine ar fi foarte bine”. Dar nu ajunge la melancolia psihotică unde își pregătește otrava. El nu se omoară dar te întreabă și pe tine „care este sensul vieții, spuneți-mi și

mie dacă știți". Veți vedea ce greu este să răspundeți unei asemenea întrebări. Le plac filosofii pesimiste de decadență, în care se referă la egoismul lumii, la lipsa de sens a lumii. Aceste două polarități unite pot forma ciclotimia, adică o hipo-PMD, care nu ajunge la spital, n-are de ce, sau dacă ajunge, o face doar în varianta depresivă, pentru că cea hipomaniacală e cea mai indicată pentru a supraviețui în situații și epoci mai grele.

Aceste trăsături afective se pot împleți și în alte psihopatii. Distimia se poate amesteca și cu astenicul de exemplu, iar hipomaniacalul când se amestecă cu paranoiacul aduce forță și vitalitate. Hipomaniacalul poate intra în evoluția bipolarului II, în timp ce distimicul poate fi echivalat cu neurastenia depresivă sau cu depresia minoră, nevrotică.

Tipul **schizoid** (sau închisul în sine patologic – după ruși), e o hipopsihoză schizoidă (la care americanii adaugă și schizotipalul). De mic, și apoi toată viața, fără a ajunge schizofren (nu e fatal să devină schizofreni, deși pot deveni), rămâne un introvertit (în contrast cu extrovertitul hipomaniacal), un tip misterios, tăcut, nu știi ce gândește, dacă gândește sau nu, dacă are gânduri multe sau puține, de aceea e imprevizibil, nu se exteriorizează („spune și tu ceva, ce naiba!“), e un tip rece, nesentimental, nesociabil, care nu iubește manifestările sociabilității (ex. nunta), nu se pupă, nu are putere afectivă, suportă extrem de greu vecinătatea, manifestările de familie, aniversările, festivitățile. E bun la carte, dar nu spune poezii la serbare. Are până la un punct un posibil farmec, fiindcă bănuiește un oarecare conținut superior în tăcerea lui. Dar, la un moment dat, cu tăcerea lui creează un echivoc. Dacă la viața interioară adaugă anumite ciudățenii, bizarerii, rezultă schizotipalul descris de americani. Schizoizii au și avantaje; sunt profunzi, se concentrează, dar pe chestiuni necomune (ex. astronomie, în orice caz cercetător, în orice domeniu îl poate duce mai departe). Nu revendică, nu bat toba, nu sunt pentru o glorie facilă. Psihopatia începe când schizoidul nu se mai conforma regulilor grupului – nu mai suportă rude, petreceri, nunți, înmormântări – trebuie să existe un minim de sociabilitate. Schizoidul ignoră ce este în jur și nu este preocupat decât de ce este preocuparea lui, este foarte egal și pare că viața trece pe lângă el.

Tipul **isteric**, în copilărie, are următoarele trăsături; copilul pare mai copilăros decât vârsta lui, adică cu anumite trăsături de capriciozitate, egoism, sugestibilitate, sensibilitate la laudă. De mici manifestă crize la orice obstacol s-ar împotrivi dorințelor lor. Nestatornici în atitudini și păreri, instabili, incapabili de o activitate susținută și sistematică. De mici par niște artiști în manifestările familiale, în stăruința cu care atrag atenția pentru orice au nou ca jucărie, îmbrăcăminte, în plăcerea pe care le-o face admirația, recunoașterea, compasiunea celorlalți. Reclamă ușor pe ceilalți

copii, se văicăresc, exagerează, fetițele sunt drăguțe, cochete, mieroase, lipicioase; băieții par egoiști, revendicativi și niște mincinoși de îngheață apele de mici. La început noi ne amăgim când spunem – vai, ce imaginație au, ce fantezie, cum poate să inventeze povești dar trebuie să recunoaștem cu timpul că sunt minciuni, că născocesc și dacă aceste lucruri nu sunt corectate, ei vor deveni periculoși, pentru că vor căpăta deprinderea jocului social. Adultul isteric, numit de nemți tipul *Geltungsucht* adică omul care caută valoare, a fost denumit de Jaspers omul care caută să pară mai mult decât este în realitate. Dar aici nu este vorba de trăsătura generală a omului de a vrea să devină, de a progresa, ci de a dori să pară mai mult decât este. Prin urmare infirmierul vrea să fie soră, sora doctor, doctorul profesor, profesorul conducătorul medicinei ș.a.m.d. Deci întotdeauna omul nu rămâne la statutul lui ci lasă o ambiguitate pe care ceilalți o pot interpreta. În felul acesta se pot căpăta avantaje, importanță și uneori satisfacerea unor interese prin impostură. Această impostură înseamnă curaj, obrăznicie, un minim de teatralitate pentru a juca alt rol. Bineînțeles că rolul este întotdeauna mai mare, deci se tinde spre megalomanie. Totuși există și poze inverse, de inferiorizare. Dacă te cheamă la ilicit, te duci ultraprost îmbrăcat, despre Opel vorbești ca despre o rablă etc. Ceea ce l-a izbit pe Bumke era că istericul este un artificial, un neautentic, atunci femeia care apare drăguță, simpatcă, sociabilă, politicoasă, atrăgătoare are ceva afectat, artificial în ton, în toată comportarea ei. Bărbatul pare binecrescut, manierat, educat, dar parcă totuși exagerează, pare nenatural în felul de a fi. Doctorul Lichter obișnuia să-mi spună când eram secundar – uită-te în ochii lui, să-i vezi interesul – fiindcă istericul este de ajuns să-l privești în ochi, să vezi că nu este atât de nevrotic pe cât vrea să pară și nici atât de bolnav și vezi că urmărește un interes, un beneficiu material sau moral. Se înțelege că cu aceste trăsături, în momentul când face o astenie, o nevroză reală, o exagerezi în așa fel încât să pară cea mai gravă boală sau în orice caz se duc către pensie, pentru că și aici poți să exagerezi cu o treaptă mai sus decât este realitatea. Bineînțeles că ei vin pentru a suta oară la noi pentru că noi suntem doctorii cei mai buni, nu ca ceilalți care este rău și neînțeleător. El te ține tot timpul cu: ce suflet aveți, pentru ca el să-și facă interesul. Cu vremea și prin repetarea demonstrațiilor lui îți vei da seama cu cine ai de-a face. Vrea să se confeseze într-un cadru special, dar este ultrabanal în tot ce spune, cu tot ritualul, exagerarea, importanța atunci când stai cu el de vorbă. Trăsătura lui afectivă este psihoplasticitatea, maxima flexibilitate, lipsa de convingere, exact inversul paranoicului care este rigid. Gândirea lui se conduce după o așa-zisă logică afectivă, care este de fapt și logica copilului, deci este o logică infantilă, este o prelogică, o sublogică, o logică a plăcerii. Realitatea este pentru el un aluat care se modelează după interesele lui. Pentru isteric, absolut tot ce face el este extraordinar, el nu

poate suporta adevărul, povestește totul în culori extraordinare, de la faptele cele mai banale, cum a venit el cu tramvaiul sau mașina. Istericului îi plac micile generozități, ziua lui este serbată de toți, face mici cadouri, numai ceilalți sunt reci, meschini, nu fac niciodată asemenea gesturi. Reclamă, demonstrația, unde este scandal sau încurcătura apare și el dacă e nevoie de un martor, să fie prins de televiziune. E mitoman, minte fără rușine, dintre ei se recrutează marii mincinoși, pot comite lucruri urâte, adică denunțuri false, mărturii false și tot felul de înscenări care încurcă de multe ori justiția, adevărul. Tipul isteric are sau nu are crize (nu e obligatoriu să facă crizele descrise la nevroza isterică, poate fi doar predispus fără să le facă) în contrast cu paranoiacul nu e mare, ci se dă, se vrea mare, fără să fie. Paranoiacul poate să pară ultimul jegos, dar din nevoia de secret (și de fapt să fie cineva). Isterica nu, trebuie să fie în față, să cadă toți pe jos în jurul ei - "*eu o să cânt Ave Maria!*" -, se bagă în față, în primul plan; deci, teatralitate, demonstrativitate, superficialitate. Vrea să atragă atenția, să se valorizeze, poate să se comercializeze. Astea toate induc în eroare. Bărbatul crede că asta e cea mai importantă femeie. E o teatralitate cabotină, a străzii. E exagerarea inteligenței, a funcției, când de fapt nu e așa. Francezii vorbesc de puterea de seducție a unui tip care funciar e dependent, și care în realitate e frigid (asta e marea tragedie); e un tip de star, dar nu are simțurile maturizate cât un om obișnuit. Deci simulează că simte, țipă, și când colo ea caută psihanalistul, pe care îl înnebunește. Ce vrea ea de fapt? Vrea să se ducă la psihanaliză, nimic altceva. Psihanaliza a descris interiorul acesta gol al unei păpuși, al unei prințese. Se dă foarte sensibilă, dar e o sensiblerie, adică o sensibilitate exagerată, falsă. Se dă emotivă, dar de fapt e labilă, una-două plânge ca să te înduioșeze, sau se plânge la persoana a treia, regresează deci către o modalitate infantilă de giugiulire. Admit diferențele uriașe de vârstă pentru interes. Femeile sunt sexuale, psihanalistii arată că de fapt ele au o nepregătire, sunt fobice, uscate, strâmte (sunt cele cu utere retroverse, înfundate etc.). Afișează o hiperemotivitate în public, se pupă pe unde nu trebuie. Fac din intimitate ceva public. Iubesc la nebunie scandalul, procesul. Isterica este tipul de femeie cu cea mai mare atractivitate, dar care nu simte ci profită material, cunoscând toate subterfugiile feminine, cele mai mari rafinamente de parfum, cosmetice, toate trucurile până la chirurgie estetică și deci cel puțin fața, mâna, piciorul sunt ireproșabile, deci ce se vede. Și țin la corp ca la valoarea maximă, pentru că prin el cred că pot obține valoarea maximă. Se înțelege că de la natură sunt înclinați către anumite profesii – agent de publicitate, fotomodel, crainicul cu farmece, artist, agent de turism, vânzătoare în magazinele de lux, secretare și multe alte profesii, desigur că ele sunt la protocol, unde bineînțeles că nu poate să fie pusă o urâtă dacă știe engleza.

Există asocieri cu impulsivitatea, cu tendințe toxifilice, isteroastenii adică o isterie cu dosar la casa de pensii. Există isteria care mimează distimicul și suicidul teatral demonstrativ, care nu este un suicid propriu-zis, ci un șantaj afectiv. Fără îndoială că poți să treci peste doza nepericuloasă și să nu te mai salveze nici Urgența, dar majoritatea cazurilor sunt salvate pentru că sunt bine regizate; suicidul acesta poate fi cu repetiție și se ajunge la un moment dat să spună vecinii – nu-i nimic, iar s-a sinucis Mme Popescu – adică demonetizează această faptă supremă. Fenomenul isterizării a cuprins foarte multe sfere de contact social. Există în isterizarea actuală un nivel cultural relativ redus, adică semidoctismul și impostura, o pseudocultură, habar nu are de muzică și vorbește de Bach (snobism), cade în extaz după albume de pictură și sunt în stare de orice ca să le obțină și dacă te găsești prin librării ești uimit ce intelectuali avizi avem, se consumă totul cu mare rapiditate. Isteria întreține deci moda și insatisfacția că nu ești și tu la modă. Față de isterie ești demodat mereu. Se poate vorbi de artă și isterie, în care există un exces de originalitate și sacrificiul tuturor calităților pentru această originalitate. Deci există isteria la categoria obișnuită, există și la intelectuali, în artă, știință.

Tipul **paranoiac** se apropie de paranoia, uneori e greu de distins, dar aici nu prezintă delir, ci numai tulburări de caracter. Este o chestiune de construcție a persoanei, a eu-lui care se produce în adolescență. Retrospectiv însă la paranoiaci putem descrie anumite trăsături, căci atunci ne dăm seama cât de orgolioși erau de mici, cât de neîncrezători în ceilalți sau cât de încăpățânați. Totuși este mai bine să inventariem adultul. Genil Perrin a descris în 1924, în cartea „*Les paranoïaques*” de fapt nu paranoia, ci psihopatul paranoic. Adică psihopatul paranoic nu este delirantul cronic sistematizat nehalucinatoriu ci este un anumit caracter. E un fanatic, un dogmatic, omul cel mai puternic dar și cel mai îngustat pe anumite idei, cu o mare încăpățânare și voință pentru idei false de obicei. E o rigiditate, o luptă împotriva întregii lumi. Ei și-au structurat din adolescență o listă de valori din cele mai mari și prin această prismă realitatea le apare de o meschinărie, de o colecție de mici burghezi, convingerea lor este că au venit într-o lume de țâmpiți. Ei merg încet, important, vorbesc cu emfază, vorbesc rar, apăsător, trebuie să fie tăcere când vorbesc ei, trebuie să-și spună ultimul cuvânt ca să știe ceilalți ce adevăr aduc ei. Și cum spunea Kretschmer – pe paranoic în timp de pace îl expertizăm, iar în război ne conduce. E tipul de lider, boss necruțător, nemilos, ce trece peste cadavre, de un egoism feroce, pretinzând că face bine și că are idealuri generoase. O sălbăticie și o lipsă de umanism deghizate sub rigorile legii. Omul rău sus situat, care poate face rău multor oameni, chiar popoare. Lista lor e istorică. Caracteristica e hiperevaluarea propriei persoane cu subevaluarea celorlalți,

de aici derivând judecata falsă, răceala, cruzimea. Ei sunt supraoameni, însă aceasta e discutabil, pentru că dacă ar da o operă genială, s-ar mai ierta, dar majoritatea nu sunt așa. Nu au simțul realului, nu-și dau seama cât de ridicoli pot fi cu această importanță, cu această ultraseriozitate și deci el este geniul neînțeleș. Nu-i nimic, o să-i înțeleagă posteritatea, că nu poți fi niciodată filosof în țara ta... Este omul unor convingeri monomorfe, statice, dogmatice și care nu merge el în pas cu lumea ci vrea să impună lumii convingerile lui. Sunt foarte slugarnici față de șefi, necruțători față de subordonați, teroriști, suspicioși, invidioși, răzbunători, iubesc profesiile hiperdisciplinate, hipersecrete și execută pentru cea mai mică trădare pe cel ce pare că-i insecurizează secretul, situația. Sunt prin definiție cei mai periculoși. De el trebuie să te ferești, altfel urmezi la eșafod. Deci paranoiacul este prin excelență tipul de deținut politic de 20 de ani, și care declară cu emfază, sfidează Curtea, nu admite că ar putea fi bolnav, nici vorbă de așa ceva. Își lasă și familie și tot și face pușcărie și va dovedi el peste 20 de ani că a avut dreptate. La marile conflicte poate să izbucnească criza, delirul paranoiac și în lupta lui va folosi acțiuni sistematice de revendicare, memorii, lucrări interminabile, tomuri. Dacă se asociază cu o notă exploziv-violentă comite chiar crime, scandaluri, revendicări publice, deci note cverulente foarte puternice, reclamații cu adresă. Când se internează în spital denunță inumanitatea spitalului și a personalului, corupția generală, nu suportă nimic. Este un tip de care vrei să scapi rapid. Nu întotdeauna paranoiacul este un tip deștept. Îți dai seama uneori că faptul că premisele sunt atât de șubrede și minore nu se datorează decât unei inteligențe submediocre.

În competiția modernă a personalității, exacerbarea fanatismului religios care duce la sacrificiu și fanatismul sportiv, în care fanii sunt mai agresivi decât jucătorii profesioniști.

Tipul **epileptoid (impulsiv)** nu are obligatoriu epilepsie, dar parcă ar avea, în sensul că are un caracter epileptoid. Poate fi vorba de epilepsie cu astfel de caracter, sau poate avea doar trăsături epileptoide (fără boală). Se apropie pe undeva de prototip: impulsivitate, irascibilitate, calm politic, alternând cu explozii de cruzime disproporționate. Kretschmer i-a adăugat constituția somatică displastică (actualul tip athletic). În copilărie este dificil, coleros, agresiv, neastâmpărat, capricios, obraznic, rezistent la măsurile educative, la contrarii minore țipă, lovește cu răutate, distruge. În viața de adult se caracterizează prin scurtcircuite, deci explozii nu întotdeauna motivate sau insuficient motivate. Furnizează categoria criminalilor, deci a marilor delincvenți (nu a furțișagurilor sau a găinariilor), a ocnașilor. Sunt tipii cei mai fioroși fizic. Dacă se adaugă la acest criminal o trăsătură vitală (hipomaniacală), ne putem închipui cum îi crește forța

(el e de obicei și campion de box), sau dacă-și adaugă și trăsătura paranoiacă (e șef de șefi, nici nu ne putem inchipui, pentru că are și forță, și inteligență). Rămâne înțeles că sunt posibile orice combinații între tipuri, care dau farmecul și originalitatea fiecăruia.

Tipul **instabil** sau **borderline** nu are alte trăsături decât cele descrise până aici, caracteristica e însă înscrierea lor în timp, instabilitatea trecerii ca vremea de afară. E tipul care se plictisește foarte frecvent, și noile stări îi aduc ceva nou, și deci provoacă și pe ceilalți tocmai ca să iasă din plictis. Se explică celorlalți printr-o nevoie de schimbare care îl depășește. Tot de aceea e candidat și la suicid. E și avangardist, schimbă toate orientările (inclusiv politice). Procentual e un tip foarte frecvent, pentru că el vrea să știe și cum e spitalul din când în când, sau închisoarea, trebuie să se miște foarte mult. Are dispoziție foarte capricioasă și se conduce după dispoziția lui. Schimbă mereu locul de muncă, nu știe ce caută. Schimbă profesiile, nevestele, șantierele - "*mă plătește mai bine*". După 20 de ani dacă faci un bilanț, se vede că nu s-a ales cu nimic. Îi trec tot felul de planuri prin cap, dar nu va definitiva nici unul. El trebuie să schimbe, se plictisește, se miră că ceilalți suportă jugul unei monotonii. Cât rămâne doar în această plictiseală nemărturisită el este doar un anormal, adică rămâne judecat ca un copil care se plictisește, pentru că una din trăsăturile copilăriei este plictiseala, nu se poate ține un copil cu aceeași ciocolată, cu aceeași poveste. Trebuie schimbată și ciocolata și povestea și tot, pentru ca să-l menții pe el la un anumit nivel. Acest lucru nu mai este admisibil când o apuci pe panta maturității. În viața de adult, toți spun - „*domnule, ar fi genial, dar nu are voință, nu se concentrează*” iar alții spun - „*să nu îl luăm în serios, e un superficial, un inconstant, nu te lua după planurile lui, azi zice una, mâine face alta*”. Noțiunea de borderline e foarte controversată, etimologic înseamnă că e la granița cu afecțiunile psihiatrice (are de altfel multe internări, multe diagnostice, cu intricări toxice, e alcoolic sau nu e - nu știi precis, ba etichete nevrotice, ba decompensări psihopatice, ba psihotice - niste dosare ghiveci, foarte groase). Sunt oameni care cer și trag de diagnostic, vor pensii, vor să fie bolnavi mintal când interesul lor o cere. Nu au un profil ca ceilalți, nu au un destin bine clarificat, nu-i prea poți prinde, îți scapă printre mâini. Tocmai asta ne face să punem această etichetă.

Tot aici intră un tip, mai recent descris de americani, tipul **pasiv-agresiv**, un fel de malignitate, de răutate ascunsă sub politețe, sub conformism. El ascultă, își notează, zice că se rezolvă, dar nu face nimic, te vorbește de rău pe la spate. În față pare un bun colaborator, în spate se întreabă pe ce ia șeful banii. El critică, bombăne, tot timpul are ceva de spus, dar în față e un ipocrit, contezi oarecum pe el, și când colo el ți-e primul dușman. Eticheta la noi încă nu a fost pusă.

Tipul **astenic** e obositul constituțional, dintotdeauna. Nu e obligatoriu debil mintal, dar e debil fizic, fatigabil, bolnăvicios, nu face sport. De copil umblă toată familia cu untura de pește și vitamine. Familia este îngrijorată din primul an - *“ce-o să ne facem cu el?”*. Deci mâncare, sistematic mâncare pentru a face dintr-o aschimodie un spartan și, bineînțeles, copilul ajunge să nu mai mănânce, ceea ce decompensează întreaga casă. Dus în grup, în parc, nu se apropie de ceilalți, se teme de jocuri, nici vorbă să-l urci la tobogan. Sunt neîndemânatici, stângaci, obtuzi în mișcări, nu au armonia pe care o are un copil normal (de obicei se observă la fugă), sunt de o sensibilitate și impresionabilitate crescută. Nu suportă zgomotele obișnuite, căldura și frigul de afară, durerea (prima injecție de la grădiniță). Vorbesc stins, lălit, cu încetineală. Părinții încearcă să corecteze cu îndemnuri - *„vorbește mai tare, deschide gura, adormitule”* pe de o parte, iar pe de altă parte, atitudinea de îngăduință din partea mamei și a bunicii - *„lăsați-l, e un friguros, etc.”*. Totuși ajunge la grădiniță, de unde vine cu povești ca și când acolo ar fi locul unor suplicii permanente - *„m-a lovit, m-a împins, m-a dat pe scări”*. Mama pune problema că copilul ei are trăsături pozitive, dar trăiește într-o lume prea dură pentru el. Trăsăturile pozitive ale copilului, că ar asculta cu atenție muzica de la televizor, că ar desena mai bine decât cutare, țin de latura de sensibilitate a copilului, dar nu are nici o legătură cu relația lui cu colectivitatea. La școală programul este obositor, îngrozitor. Vine de la școală abătut și obosit, cu ghiozdanul și hainele în dezordine și bunica îl dezbracă și îl reanimă parcă ar fi venit de la lupte. Deci este un om care de mic are un suflu redus, cu randamentul scăzut, cu atitudini hipocondriace. urmează o perioadă relativ bună, străbătând adolescența fără excesul pubertar, deci nu ne pun probleme, citesc, se pregatesc și suntem mulțumiți ca se ocupa de activități intelectuale, fără să aibă preocupări de prietenii fete-băieți. Nu se duc la petreceri, nu se duc în excursii singuri, stau cuminți acasă și în acest fel ajung să termine și o facultate. Tot așa, mai amânând niște sesiuni ajung la mult râvnita diplomă și începe viața de adult când ne întâlnim noi cu el. Se deosebește de nevroza astenică sau neurastenie fiindcă este o suferință cronică, de toată viața. Are capacitatea de efort scăzută, se vaită mereu, simplifică (*„mai coase și tu un nasture, mai poartă și tu cămașa aia de mai multe ori...”*). Nu e eficace, productiv. Totul pare greu, școala, facultatea, serviciul, căsnicia. Înclinație către depresie, distimie. Are pretenții bovarice, visuri (e o clorotică, o poetesă). O viață delicată, dificilă, e convinsă că are boli (tiroida, ovarele etc.). Se explorează, se pun diagnostice cu semne de întrebare. Se plânge de corpul lui - totul îi doare. Rezistă prin stimulante, bea cafele. Se poate conta prea puțin pe ei, pentru că dacă îi pui la diferite sarcini dau *„să fugă”*, motivând că s-au îmbolnăvit subit. El este psihopat pentru că văicărindu-se continuu face viața soțului, copiilor dificilă (*„voi nu mă ajutați, ce vă pasă vouă...”*). Motivațiile lui ating undeva o imoralitate pentru că ne

costă pe noi, ceilalți. Tot ce face îl depășește, lasă totul pe cel de lângă el. Ori le lasă baltă, ori se vaită mereu. Tu vii acasă dispus să povestești ce replică grozavă ai dat șefului în problema cutare, iar ea, legată la cap, cu mătura în mijlocul casei, începe să plângă că tu nu știi ce este munca. „Bine, dar azi trebuia să și gătești” iar ea spune că nu mai poate, bine atunci mergem la doctor, ea nu vrea, atunci mergem la restaurant, nu că acolo e mâncare proastă și costă mulți bani, atunci la un spectacol, nu, că sunt piese plicticoase, sau să mergem într-o vizită, nu, că o să te bată la cap că tu ești doctor și iar o să-ți ceară consultații – deci remarcă din lume doar laturile negative, oricum ai căuta, nu există ieșire. Viața este o povară. Este dificil; dacă are copii, ei se pot îmbolnăvi, și el intră în panică – îl interesează toată viața ceva ușor și confortabil. La femeie, acumulându-se alături de astenie un colecist, un chist de ovar, iese la pensie măcar gradul trei și așa scapă de corvoada zilnică. Bărbatul astenic când vine la comisie nu prea este crezut. Doctorii îi spun să facă sport, să meargă pe jos, să lase cărțile și televizorul. Tendința frecventă este către toxicofilie – „beau ca să uit, iau antinevralgice fiindcă ele mă mai țin și beau cafele și antinevralgice ca să duc o viață obișnuită”.

Tipul **psihastenic**, în contrast cu astenicul care e de fapt un corporal, este un neliniștit, un angoasat, un nehotărât, un indecis, cu ritualuri menite să-i scadă anxietatea, să-i scadă șansele negative. Îl mănâncă prejudecățile (de vis sau de zi, întâlnirea cu popa, cu coșarul, cu pisica etc.). Se vede mai ales în marile indecizii (la ce facultate să se înscrie, oscilații la căsătorie, să avem copii sau să nu avem), nu vede rostul, e o indecizie fundamentală. Îi trebuie un complement care să fie foarte decis sau normal, să-l ia de o aripă și să punteze fără să-l mai aștepte și să-l mai întrebe, el să-și vadă de ritualurile lui care-i aduc liniștea. Obsesiile cele mai îngrozitoare sunt cele metafizice, deci frica de D-zeu, spovedanii, păcate. Insomnii, scheme. Situațiile fobice intervin foarte ușor, vrea să le evite, dar are o listă interminabilă. E omul care evită, care trăiește la un al doilea nivel intelectual, simbolic. Corect și hiperconștiincios, cu o mare și bună capacitate de subordonare. Pedant, permanent înfricoșat că nu a făcut bine, nu pleacă până nu a terminat ce i s-a dat de făcut, intră în criză și panică până nu a făcut ceva perfect. Acasă este tot un tip perfecționist – va șterge praful mereu, spală, gătește după rețete speciale. Foarte religioși, candidați la călugărie, cu o frică congenitală pentru răspundere – nu va urca niciodată scara socială, stă la mijloc unde „este apărat”. Panicat permanent, fricos pentru copii, nu știe tot timpul „ce se poate întâmpla”... nu poate cumpăra nimic, face studii în oraș ce trebuie să cumpere dar nu se poate hotărî la nimic. Este un mare zvonist („se aude că...”), crede că va fi primul dat afară. Neavând simțul realității, are mult birocratism în el – „nu lucrez decât pe bază de hârtii”. Devine urât de ceilalți. Este modest și șeful îl dă mereu drept exemplu – ceilalți îl urăsc. Sunt oameni de cariere modeste, în umbră, asigurând pe perioade lungi circuitul regulat al unor lucrări în cadrul unui

serviciu, pensionarea lor însemnând deodată debandadă, dezordine. El își lasă familia chiar și în boală, numai ca să fie punctual la serviciu, este corectitudinea personificată.

Sociopatul este un om căruia nu i se pot descrie anomalii biopatice, dar care face rău celor din jur. Aceste sociopatii au fost perfect intuite de Prichard (1838) dar ulterior au fost interpretate spre sfârșitul secolului de către francezi ca lucruri înnăscute, degenerări genetice, adică niște biopatii. Printr-un defect de educație oamenii nu ies pregătiți să ducă o viață civilizată, să respecte convențiile sociale, să fie amabili, să conviețuiască cu ceilalți. Dar cum se construiește un caracter bazat pe o conștiință morală. Se construiește prin integrarea zi de zi a tendințelor temperamentale bazale într-o ontogenie complicată cu etape. În cursul acestei construcții, conștiința accedă la stadiul moral, de control etic. Adică omul inițial sălbatic, primitiv, arhaic, instinctual, este distilat într-un om caracterial, care ține cont de coexistență, de celălalt și, lucru esențial, nu răbufnește când un instinct al lui nu este satisfăcut. Învață să fie tolerant și să suporte frustrările inevitabile ale vieții sociale între anumite limite și consecințele. Este o flexibilitate, o toleranță și o răbdare în fața enormelor traume zilnice. Dacă un caracter trebuie centrat în jurul următoarelor valori: adevăr/minciună, dreptate/nedreptate, frumos/urât, bun/rău, etc. în sociopat predomină al 2-lea termen al cuplului. Sunt copii din familii dificile, unde se bat, beau. Pot fi neglijați din familii chiar sus-puse – pleacă la Washington 10 ani și copilul rămâne la o bătrână care nu-l supraveghează, pe care nu o ascultă și nici pe cei de la școală. Valorile sociopate sunt: banul, sexul, puterea. Banul este valoarea numărul unu – „de ce vrea tata să mă facă inginer, medic, eu pot intra undeva să câștig bani „. Erori în alegerea profesiilor, a specialităților, îi interesează să câștige bani mulți. În ceea ce privește sexul – „să nu ne complicăm, cât mai mult sex“, „vrea să o iei, promite-i și...“. Puterea („pune mâna pe putere!“). Sociopatia este cea mai gravă boală socială – o societate este întoarsă pe dos de corupție și de devalorizarea principalelor valori. Viața cere bani ca să ai sexul, iar puterea dinamizează pe celelalte două, și astfel pot deveni niște forțe antisociale, periculoase. Sociopatia atinge toate nivelurile sociale și toate profesiile. La sociopați descriem impulsivitatea (oameni răi, răzbnători, plini de resentimente și parcă mereu cu trecutul în cap). Tot timpul pare într-o foame instinctivă și de fapt așa este. Francezii îi caracterizează foarte bine – „o cerere instinctuală mare și având această cerere mare care nu se poate satisface, atunci la frustrare reacționezi cu agresivitate“. Deci nemulțumire și agresiune continuă. Regis a vorbit de 3 trăsături ale acestei persoane: amoralitate, inefectivitate, inadptabilitate. Henri Ey consideră 2 trăsături ca fiind cele mai importante: încăpățânarea și malignitatea (adică plăcerea de a face rău – de la jocuri crude la șantaje mari, brutalități, viclenie, șiretenie, mitomanie, calomnie). Uneori este descris ca un călău domestic, adică posibil valoros pe plan social și chiar conducător dar în plan familial foarte dur cu soția, cu

partenerul, cu copiii. Americanii pun preț pe următoarele trăsături: duritate, lipsa responsabilității, incapacitatea de a învăța din experiență sau pedeapsă, lipsa sentimentului de vinovăție, fixare pregenitală, absența conflictului. O trăsătură la care merită să reflectați este abilitatea psihopatului de a se scuza și a raționaliza comportamentul greșit, cu o artă pe care nu o are normalul, când este luat pe nepregătite și certat de un șef; într-asa o situație psihopatul dă un răspuns cu calm de întoarce toată problema pe dos.

Discernământul este păstrat cu atenuare în cazul biopatiilor, adică pe un hipertim îl ia gura pe dinainte și insultă pe cineva, un impulsiv dă un pumn la o replică ce nu-i place („*ăștia, bețivii de la Dinamo, pierd toate meciurile*”). El nu a aranjat cu expertiza să-l scoată, el este un impulsiv care prin biopatia lui nu se poate reține. În cazul sociopatiilor, discernământul este păstrat integral. Sunt foarte șmecheri, încearcă să-i corupă pe experți, să simuleze și să joace la nevoie și „cartea nebuniei”. Sociopatia favorizează următoarele biopatii – cele cu plus – impulsivul, excitabilul, histrionicul, paranoiacul, perversul sexual, deci aceia care sunt mai înclinați să facă sociopatizare decât astenicul, care are viață prea puțină și îi e frică și de o viață normală, în schimb cei cu plus au acest curaj care îi face să minimalizeze conflictul.

Psihopatii fac decompensări psihotice și nevrotice, fiecare după varianta lui cea mai apropiată, adică de pildă astenicul va face tulburări neurastenice, psihopatul melancolic va face tulburări ca melancolia vera cu tendință la suicid, cel paranoic va face un sistem psihotic paranoiac; este mai predispus la paranoia un psihopat paranoic decât un psihopat astenic.

Tulburările de personalitate, după DSM IV TR, se împart în următoarele trei categorii: categoria A – tulburarea de personalitate paranoidă, t.p. schizoidă, t.p. schizotipală; categoria B – t.p. antisocială, t.p. borderline, t.p. histrionică, t.p. narcisică; și categoria C – t.p. evitantă, t.p. dependentă, t.p. obsesiv – compulsivă și t.p. nespecifică.

La capitolul psihopatii avem de făcut următoarele observații:

1. foarte rar există numai o trăsătură anormală. În cazurile date există mai multe trăsături anormale și toată arta diagnostică este de a seria aceste trăsături în ordinea importanței. În caz că mai multe trăsături sunt aproximativ egale, este preferabil atributul de psihopatie polimorfă.

2. psihopatia are o foarte mare importanță medico-legală deoarece psihopatii suprasimulează și ar vrea să scape de răspundere când fac un act antisocial ca să beneficieze de drepturi și să disimuleze atunci când vor să capete carnet auto, să poarte armă, etc.

3. în evoluția psihopatiei trebuie să distingem perioade compensate și perioade de decompensare. Decompensările pot fi nevrotice sau psihotice și trebuie avute în vedere la diagnostic deoarece decompensările nevrotice

evoluează nefavorabil la tratamentele standard antinevrotice iar decompensările psihotice pot fi confundate cu procesele psihotice și când se remit ne pun în încurcătură pentru că își cer drepturile.

4. în tratate nu se vorbește prea clar despre tratamentul psihopatiei. Fiind o structură care însoțește subiectul circulă ideea că nu ai ce să îi faci. În practică însă psihopații sunt interesați uneori să stea în spital adică nu pot fi externati și atunci de competență trebuie tratați ca și cazurile serioase cu supraveghere, tratament injectabil pentru a da la o parte suprasimularea și a cere externarea.

5. psihopatia este „contagioasă” în familii și mai ales în mediul spitalicesc. Dacă există un exces de îngăduință, ei corup și dezorganizează chiar un serviciu. Fură, șantajează, violentează pe ceilalți, manipulează pe oligofreni, mint, violează și totul cu nonșalanță. În cazul că li se reproșează, acuză personalul, îl amenință cu denunțul și răzbunare.

6. terenul psihopatic favorizează (propensiunea) dependențele, la drog pe adolescenți manipulați de dealeri și în alcoolism.

7. în cursul evoluției îndelungate psihopații se organicizează prin recursul la dependențe, traumatisme cranio-cerebrale, operații cerebrale și involuție, adăugând o scădere cognitivă, o personalitate organică, o agravare a cazului și implicit o scădere a discernământului. Așa că vechea idee că psihopatul trebuie suportat de partener pentru că cu vârsta se mai temperează este inexactă deoarece cu vârsta se organicizează și trăsăturile nu dispar ci se schimbă. De pildă din impulsivi pot deveni dependenți.

8. contribuția noastră la acest capitol este clasificarea psihopaților în tari și slabi. Cei tari au un defect mai puternic decât trăsătura medie a normalului pe când cei slabi în mod invers sunt dependenți de normal. Cei tari devin o specie de teroriști ai normalului pe când cei slabi „cad pe capul” normalului, ca să fie întreținuți.

9. față de indicatorul clasic al psihopatului (cazierul), epoca contemporană aduce problema fenomenelor antisociale la toate nivelurile și de o complexitate mult mai mare. Era mult mai ușor să descoperi un hoț, un spărgător de bancă, un criminal decât să descoperi pe unul care falimentează o bancă sau un stat. Toată industria falsurilor demonstrează complexitatea la care s-a ajuns. Dacă altădată erai un moșulică cu idei ciudate care te băteau pentru o invenție, azi ești un antisocial care spargi coduri electronice și poți să faci cine știe de dezastre fără ca în prealabil să atragi atenția cuiva. De aceea Lombroso e depășit. Singura soluție actuală este de a avea experți pentru toate domeniile. Adică și avocați și judecători speciali și polițiști pricepuți, și experți în contabilitate, psihiatrie, etc.

IX. Tulburări impulsive

Orice psihic conține o sumă de impulsuri, pentru care are o organizare, o economie, astfel că se ajunge la o anumită mișcare a impulsului, o anumită dialectică. Impulsul este reflectat, transformat eventual într-un act de voință, sau amânat, anulat, dând naștere la anumite stări afective cum ar fi schimbarea dispoziției, tendințe sentimentale sau pasionale, emoții. Pentru omul normal, stratul impulsurilor este de profunzime și este oarecum ascuns, în al doilea plan. În patologia psihiatrică, care în esență este scăderea funcțiilor de control ale afectivității, impulsurile trec pe primul plan și devin simptome, împreună cu care formează sindroame psihopatologice specifice. Capitolul de față nu se referă la toate tulburările impulsive ci numai la acelea care nu aparțin altor sindroame. Acest capitol, de fapt, este o anexă a capitolului psihopatii, în care dizarmonia se produce prin trecerea în prim plan a unui impuls.

Speciile reținute de DSM IV TR sunt tulburarea explozivă intermitentă, kleptomania, piromania, tulburări de joc patologic, tricotilomania și tulburări de control al impulsului NOS.

Tulburarea explozivă intermitentă (psihopatia excitabilă, epileptoidă).

Este vorba de o persoană cu un prag jos de excitație, care reacționează brusc, rapid la excitații, cu violență fizică și verbală. Bineînțeles că un asemenea comportament poate avea consecințe antisociale și adesea asemenea persoane, fiind responsabile, își plătesc încălcările normelor de conviețuire cu amenzi și privare de libertate.

Sindromul nu se corelează perfect cu inteligența și este favorizat de așa-zisele complexe de inferioritate, abuzul de alcool sau tulburările sexuale. S-a pus problema, în cazurile grave, care pot implica automutilări sau omucidere, dacă nu există un substrat cerebral organic. S-a vorbit de „minimal brain damage (MBD)” și o posibilă epilepsie latentă, de unde și sinonimia sindromului cu psihopatia epileptoidă. Anumite profesii atrag pe asemenea persoane, dar sunt de fapt contraindicate pentru ele, cum ar fi boxul, body-guard, organele de ordine. Deci ele ajung la un roman de încăierări, de cazier și terorizează comunitățile până la a ajunge criminali plătiți. Bineînțeles că le este contraindicat consumul de alcool, deoarece de obicei în stările de beție provoacă încurcăturile. Sunt contraindicați de asemenea pentru armată și pentru circulație. Își adaugă de obicei și multiple traumatisme cranio-cerebrale, care le scad puterea cognitivă.

Kleptomania.

Este atracția irezistibilă pe care o are o persoană de a-și însuși, apropria anumite obiecte, în anumite situații. Persoana nu este clasicul hoț de buzunare, ci este în general de condiție materială bună, care nu explică

gestul. Este exemplul doamnelor care „șterpelesc” câte o linguriță la five o'clock. Dar unii nu se simt bine dacă nu au acasă o carte, un tablou, o bijuterie. Asemenea întâmplări sunt scandaloase și fac obiectul unor expertize medico-legale delicate.

Piromania.

Sunt cazuri relativ rare, ale unor bolnavi care pun foc în mod gratuit, fără a se putea dovedi un mobil de răzbunare și care fac această catastrofă nemotivat ci poate, psihanalitic, ca o atracție pentru spectacolul flăcărilor. Cazurile care repetă și provoacă pagubele considerabile sunt încadrate pe viață în art.114 CP. La Maudsley, în Londra, am văzut două bătrâne, care au pus un foc de plăcere în 1914.

Tulburarea de joc patologic

Este vorba de captarea interesului pentru joc, cu speranța secretă că subiectul va câștiga până la urmă și va repara pierderea dar cum arată realitatea, el poate pierde tot. sunt multe dezastre în acest domeniu și au fost maniaci celebri (cum a fost Dostoievski, care au dat și descrieri excepționale ale trăirii din timpul jocului)

Tricotilomania.

Este smulgerea firelor de păr din cap, gest care ușurează pe moment, dar are compulsia la repetiție, astfel că subiectul ajunge să aibă „luminișuri” dezagreabile, dar nu se pot stăpâni. Se încearcă o sedare ușoară, cu Neuleptil.

X. Tulburările impulsului sexual

Sexul e partea centrală a id-ului (inconștientului) și stă sub controlul ego-ului și supraego-ului. Simptomele sexuale pot fi întâlnite în toată patologia organică, endogenă, dar cel mai frecvent în patologia reactivă. Ele însoțesc psihopatiile, nevrozele, psihozele, demențele și sunt descrise ca tulburare sexuală independentă când ocupă primul plan clinic, celelalte simptome fiind marginale.

Tulburările sunt tulburări masculine: scăderea dorinței, creșterea dorinței fără potență, aversiune sau evitare, hipo- sau anerecție, întârzierea sau absența orgasmului, ejacularea precoce, dispareunia. Tulburările feminine sunt: tulburări de excitație, inhibarea orgasmului, dispareunie, vaginism. Impulsul sexual este intim, secret și ocupă în viața fiecăruia preocupări inegale. După Freud, secolul nostru a considerat că liberalizarea impulsului sexual se poate defula și rezolva într-o oarecare măsură cel puțin patologia marginală.

Problemele sexului stârnesc curiozitatea, idolatrizarea, magia și creează psihopatologia de fiecare zi. Personalitatea normală, echilibrată consideră că sexul, cu libidoul aferent, este o componenta afectivă bazală controlabilă. Psihanaliza, Lebensphilosophie, existențialismul sunt preocupate să șteargă urmele secolului al XIXlea, victorian. Bineînțeles că aceasta nu înseamnă pierderea rușinii și comercializarea sexului.

Tulburările sexuale se clasifică în:

1. disfuncții sexuale (tulburări de dinamică și înclinații perverse (parafilii)
2. tulburări de identitate sexuală (genul masculin/feminin), transsexualismul.

Impulsul sexual poate fi:

- crescut: hiperfilii – (satiriazis la bărbați și nimfomanie la femei)
- scăzut: hipofilii– (impotență sexuală la bărbați și frigiditatea la femei)
- modificat: parafilii– o pervertire calitativă.

Parafiliile (perversiunile sexuale) pot fi: exhibiționismul (m), fetișism (m), frotteurism (m), pedofilie (m + f), masochism – sadism (f + m), fetișism transvestic (m + f), voyeurism (m), scatologie telefonică, obscenă (m), necrofilie (m), parțialism (m + f), zoofilie (m + f), coprofilie (m + f), urofilie (m + f), clismofilie (f).

(m = masculin; f= feminin)

Tulburările identității sexuale

Identitatea are o bază sexuală congenitală, masculină sau feminină, care duce în decursul dezvoltării către o orientare heterosexuală (către celălalt sex), în vederea actelor sexuale de plăcere sau procreative. Totuși, există cazuri când cineva dorește să devină de celălalt sex. Rareori sunt situații cu o bază biologică, genetică. Majoritatea sunt o pervertire conștientă sau inconștientă a datelor naturale. Asemenea cazuri cer schimbarea chirurgicală a sexului. Avizarea autorităților psihiatrice și statale e obligatorie și e condiționată de evaluarea personalității reclamantului, de seriozitatea și pervazivitatea cererii, altfel asistăm la un eșec ireversibil, cu consecințe psihiatrice grave, inclusiv riscul de suicid.

PSIHIATRIE APLICATĂ

Capitolul VII

Psihiatria medico-legală

Etica profesiei

Profesia psihiatrică poate avea două niveluri. Un nivel de incompetență, insuficiență, care duce la greșeli, abuzuri, omisiuni, excluderi prin criterii arbitrare, impostură, escrocherie, pseudopersonalitate, carierism, aroganță, titluri bombastice, lucrări fără fond și al doilea nivel, nivelul profesional obișnuit, de competență, de perfecționare continuă, de spirit critic. Acest al doilea nivel poate funcționa în două regimuri: un regim oportunist, de satisfacere a tuturor situațiilor, prin orice mijloace, și un regim etic, în care conduita diagnostică și terapeutică e frânată de anumite criterii morale.

Acest regim etic este superego-ul psihiatrului. Din el derivă ideea de libertate, de statut, al lui și al bolnavului psihic, ideea de drepturi și abuzuri. Nu există deocamdată o instanță care să judece existența unui psihiatru, dar conștiința lui etică este ca și un imperativ categoric, care contribuie la autoanaliză și la menținerea echilibrului interior.

Așa că psihiatrul are o imagine dar are și o conștiință interioară de sine.

Personalitatea psihiatrului

Prima condiție a psihiatrului este să fie format în psihiatrie, adică să aibă o experiență clinică, o competență. Dar de fapt psihiatrul pune problema depășirii medicului obișnuit prin două lucruri – prin orizontul de cultura și, mai ales, în mod paradoxal (adică împotriva a ceea ce se crede și există ca imagine deformată) printr-un echilibru interior deosebit, în care facultatea dominantă este raționalitatea, capacitatea de autocunoaștere și control a propriilor tendințe convertibile în aptitudini terapeutice de blândețe, toleranță și conștiință ascuțită în a face cât mai puțin rău.

Este vorba deci de o imagine ideal și nu de uniformizarea tipului de psihiatru. Esențial este, parafrazându-l pe G. Enescu, să servești psihiatria și să nu te servești de ea. Ori tocmai asta e diferența dintre psihiatrul normal și psihiatrul dizarmonic.

O alta trăsătură este conștiința psihiatriei, care transcende totalul personalităților psihiatrilor. Prin urmare nu trebuie niciodată renunțat la psihiatrie din cauza dificultăților interpsihiatrice. De ce? Pentru că psihiatria încă nu are un statut bine apărut în cadrul disciplinelor medicale și lipsa ei de identitate puternică o marginalizează, o infiltrează cu pseudopodele altor specialități, mai ales datorită reminescențelor materialiste în concepție,

toate datorită faptului că în medicină ideea de om a fost fragmentată din motive de specializare și practic urmele acestei antropologii trebuie apărute de către psihiatrie.

Psihiatrul are obligația să știe ce e omul în mintea marilor lui contemporani și să aibă curajul să apere aceste idei într-o lume destul de oportunistă și de joasă. E bine ca psihiatrul să evite sfera politicului, deși acest lucru în mod indirect este inevitabil și să își păstreze o relativă autonomie, care este garantul libertății și în numele căreia el poate fi totdeauna de partea celor slabi, adică și a bolnavilor mintali.

Acceptă o profesie care nu îi va aduce bogăție, dar nici sărăcie și acceptă că va rămâne un om frământat, fără răspunsuri definitive la marile probleme, dar cu satisfacția fragilă a unui echilibru mereu amenințat.

Să nu uite istoria psihiatriei, pentru că mulți au merite înaintea lui și sunt încă ignorați pe nedrept. Să nu uite că folosește mijloace inventate de alții, pentru care nu plătește nimic (în contrast cu drepturile de autor din cultură). Deci acesta este cultul strămoșilor la psihiatru.

Psihiatria medico-legală

Este o interdisciplină bazată pe cunoașterea dreptului și a psihiatriei. Raporturile reale de subordonare în procesul probator al expertizei psihiatrice, prin urmare nu este o interdisciplină de egalitate și justiția poate sau nu să țină cont de expertiza psihiatrică.

Medicina legală și psihiatria legală sunt cu mult mai pitorești decât spitalul de psihiatrie, pentru că ea aduce în fața noastră niște oameni după ce au făcut adesea niște lucruri pasionale și ni-i aduce în fața noastră ca pe niște porumbei, care vor să ispășească, niște oameni dispuși uneori să scape de pedeapsa societății. Deci în situația de expertiză noi întâlnim o cazuistică deosebită decât în spitalul de psihiatrie și o cazuistică care este în creștere. Cu cât democratizarea procesului justițial va crește și sarcinile noastre vor crește în acest domeniu, în așa fel încât este probabil că în viitor fiecare dosar judiciar va fi însoțit de o probă psihiatrică încât munca noastră în acest domeniu va fi de un volum în creștere.

Bazele juridice ale activității de expertiză.

Este un fapt istoric stabilit că oamenii în decursul existenței lor greșesc, se abat de la reguli și de la norme uneori justificat, alteori nejustificat. În orice caz, grupul social și societatea există numai pe baza unor norme, unor standarde de comportament. Standarde care reprezintă niște compromisuri între dorința omului care cârmuiește și are puterea și libertatea individului care o viață are și vrea să și-o desfășoare plenar. Deci normele de drept au un caracter istoric.

Dreptul actual are o bază romană, are o primă prefigurare în codul napoleonian. La noi în țară are o a doua mare prefigurare în 1938, apoi o transformare socialistă și o revenire la legea europeană, care practic este tot codul napoleonian.

Codul este un sistem de norme. Sunt mai multe feluri de coduri. Codul cel mai sever și cel mai grav este codul penal, adică încălcarea lui atrage pedeapsa obligatorie, penalizare; apoi este codul zis civil, astăzi împărțit în codul familiei, codul muncii; urmează apoi un cod al normelor morale. În fine se vorbește și de un cod nescris, fondat pe cutuma locului și pe bunul simț și înțelegerea reciprocă, pentru ca oamenii să poată conviețui.

Codul penal românesc apără patru valori. Apără *Statul*, care e o entitate abstractă, deci apără patria românească, apără derivat din aceasta *ordinea de drept*, deci apără structura administrația ierarhică a statului nostru și deci toate funcțiile care le implică pentru problematica de azi; este important să ținem cont de organele juridice, ale poliției etc. care fac parte din această ordine de drept. Apoi apără o a treia valoare, *persoana și drepturile ei* și aceasta se referă atât la viața persoanei cât și la integritatea ei fizică până la un punct și integritatea morală și, în fine, a patra și ultima valoare este *proprietatea*.

Deci codul penal este ca un buchet de valori puse în statutul axiologic. Codul penal sub forma aceasta este cunoscut de puțini oameni în afara cadrelor de specialitate, pentru că oamenii în general nu vor să aibă de a face cu justiția, adică nu îi interesează teoria dreptului, ci îi interesează să nu greșească. Este o atitudine foarte răspândită și de imaturitate politică, care se va schimba în sensul că dreptul a fost inventat tocmai ca să ne apere. Prejudicata că avocatul ne bagă în loc ca să ne scoată, să ne ia ș.a.m.d., lucrurile acestea pot crea o stare de hiperapărare și omul evadează în psihiatrie, tocmai pentru că se teme că pe cale legală nu poate să lupte cu un aparat de justiție pe care nu îl înțelege și care i se pare că este plin de întortocheri și de lucruri necunoscute. Deci face parte din maturizarea noastră să cunoaștem liniile esențiale ale codului penal, să facă parte din cultura noastră generală și să ne apărăm cu el.

În existența obișnuită putem încălca codul penal. Motivațiile sunt extrem de variate. Încălcarile codului penal poartă numele de infracțiune sau act antisocial și sunt clasificate și ordonate la câteva sute de acte antisociale. Toate aceste infracțiuni se pedepsesc. Pedeapsa este o armă socială de corecție. Între viziunea omului de pe stradă și viziunea legii există un decalaj. Legea apără omul de pe stradă într-un mod care pare dur, orb, inuman. Omul de pe stradă crede că foarte multe lucruri trebuie iertate, că toți greșim. Privesc deci faptele într-o lumină mai blândă. Unele. Altele, din contră; omul de pe stradă dacă ar fi lăsat ar face linșaj imediat. Deci există o diferență de concepție în care o să vedeți o diferență de opinii între omul obișnuit și omul legii, mai ales în probleme legate de familie, dragoste,

sex. Codul penal pedepsește pentru că socoate că toți făptuitorii sunt vinovați. Iată o noțiune nouă. Fiind vinovați, sunt responsabili și trebuie să plătească prin pedepse prevăzute de lege.

Ce înseamnă capacitate de vinovăție? Vinovăția survine în două situații juridice. Una, dacă făptașul a lucrat cu intenție, prin urmare dacă se poate vedea ceea ce altădată se numea premeditare – un plan, o ordine, un calcul, o pregătire, deci dacă momentul făcea parte din alte momente anterioare de conștiință. Se vorbește de intenție. Dacă se observă în act un scop, mai ales un scop utilitar, deci pentru uzul, pentru folosințalui, dacă se dovedește că este o intenție comună, omenească, să ai bani, să ai plăceri. A doua situație este omul vinovat chiar dacă nu a avut intenția să facă actul, deci dacă actul a fost involuntar, dar a fost făcut din culpă. Culpă are două variante – omul nu a vrut să facă, a crezut că actul pe care îl va face nu va avea consecințe grave (ei, i-am tras și eu un pumn polițistului, că m-a enervat) sau foarte multe accidente de circulație, care nu putem spune că au fost făcute cu intenție. A doua variantă a culpei este că subiectul n-a prevăzut ce trebuia să prevadă. Aici sunt cazurile tipice de vină medicală. Aici trebuie să dovedești procurorului că într-adevăr era imprezvizibil ceva, cu teste și motivări serioase. Altfel suntem în culpă, suntem vinovați, pedepsibili; bineînțeles că ideea de culpă nu trebuie să ne inhibe să nu administrăm uneori un tratament necesar – de ce să facem, mai bine nu-i facem și atunci individul face suicid pe fondul depresiei. Iată o culpă, că nu ai administrat ce trebuia.

Vinovăția implică deci că subiectul a lucrat cu *discernământ*. E o noțiune cheie, o noțiune uriașă, noțiunea numărul unu a expertizei psihiatrico-legale. E capacitatea de sinteză care garantează controlul comportamentului. Ea reprezintă sinteza conștiinței de moment cu structura personalității subiectului care atinge nivelul normalității psihice. Deci dacă în psihiatrie noi oscilăm și începem să ne îndoim de noi înșine dacă mai suntem normali sau nu, dacă ne permitem tot felul de glume pe această temă a normalității, în medicina legală nu se poate admite, în justiție nu se poate pleca decât de la noțiunea că oamenii sunt normali pentru că numai din normalitate vine pedepsirea lor.

Discernământul este un raport între conștiința obiectuală și conștiința de sine. Conștiința obiectuală reflectă realitatea pe când conștiința de sine valorifică realitatea. Libertatea conștiinței de sine este libertatea de alegere, în cunoștință de cauză a ceva din conștiința obiectuală de către conștiința de sine. (era greșeală cum se judeca că omul percepe, de fapt conștiința de sine percepe în funcție de interesele ei de moment și percepției îi adaugă o reprezentare din memorie, o evaluarea din gândire, o transcendentalitate apriorică a intereselor; de aceea conștiința nu este universal obiectivă, e personal subiectivă, cel mult conform unor norme ale supraeului). Acestea sunt de fapt judecățile apriorice de sinteză ale lui Kant. Deci în orice percepție

fenomenul nu este izolat și sunt implicate celelalte laturi ale conștiinței – cunoașterea, afectivitatea și chiar și imaginația. Și mai e ceva. Ceea ce psihologia a izolat ca funcții sau aptitudini este o izolare artificială deoarece orice funcție sau aptitudine se demonstrează prin celelalte. De pildă – câtă atenție ai, răspuns – câtă percepție, câtă percepție ai – câtă atenție; câtă memorie ai – câtă percepție; câtă percepție clară ai – câtă memorie. La fel mai departe cu gândirea, imaginația... câtă afectivitate (sentimente, pasiune, etc.) ai – cât le delimitezi în procesele de cunoaștere. Și câtă acțiune ai – câtă gândire și afectivitate ai. Deci întotdeauna răspunsurile vin din alte laturi.

Gândirea științifică se bazează pe gândire cauzală, determinismul cauză – efect. Gândirea filosofică se bazează pe cauzalitate finalistă – adică nu pe efectele imediate ci pe scopul final al acțiunii. Gândirea obișnuită trebuie să combine cele două procedee – logica cauzală și cea finalistă. Deosebirea dintre ele poate fi perceperea relației cauză – efect pe când în legătura finalistă intervine fenomenul de intuiție a scopului. Această precizare e esențială în schizofrenie care poate funcționa în prima cauzalitatea dar adesea îi lipsește a doua.

Bolnavii psihici au discernământ sau nu? Au discernământ, dar discernământul lor este scăzut până la abolire. Între aceste două cuvinte stă toată arta și știința noastră, în a demonstra de ce este scăzut sau de ce este abolit discernământul în momentul înfăptuirii unui act penal. Dacă toți bolnavii ar fi demenți, expertiza ar fi aproape inutilă, pentru că justiția singură și-ar da seama că nu are cu cine sta de vorbă și că faptele au fost făcute fără nici o noimă, fără minte. Însă în 90% din cazuri, bolnavii au un fel de discernământ, mai mult decât atât, în 60% din cazuri justiția are convingerea că bolnavii sunt cu discernământ integru și tocmai aici intervine situația grea a psihiatrului care sub aparența de om normal totuși să demonstreze un discernământ scăzut al inculpatului. În aprecierea juridică trebuie să ținem cont de noțiunea de normal, anormal și patologic, distincție care am făcut-o deja la psihopatii.

Normalul și anormalul până la limita patologică sunt responsabili și pedepsibili. Scăderea discernământului intervine doar la limita patologicului. Art.48 c.p. postulează – nu răspunde în fața legii cel care a făcut un act antisocial, o infracțiune, știindu-se sub influența unei stări de boală mintală care compromite discernământul. Aceasta ar fi ideea care trebuie reținută, chiar dacă textul poate suna un pic altfel.

Oamenii cu discernământ sunt pedepsiți, de la pedepse simple adică admonestări, amenzi până la închisoare. Pentru bolnavii psihici există tratament psihiatric, nu pedepse; pedepsele sunt inoperante, mai mult decât atât, ei sunt periculoși pentru deținuții obișnuiți, pentru viața lor, pentru personal. Societatea ia față de ei ceea ce se cheamă măsuri de siguranță. Există două feluri de măsuri de siguranță – există măsuri de siguranță

pentru actul comis, art.112 c.p. și măsuri de siguranță pentru posibile acte agresive, decretul 313 de internare obligatorie (înlocuit în prezent de Legea de Sănătate Mentală – legea 487/2002). Această lege subliniază în primul rând apărarea sănătății mintale, în al doilea rând prevenirea tulburărilor psihice, normele de îngrijire și ceea ce este nou – drepturile persoanelor cu tulburări psihice. În privința internării într-o unitate de psihiatrie, pe lângă cea voluntară se pune problema internării nevoluntare. Ea este decisă de un psihiatru, care trebuie să aprecieze pericolozitatea pentru bolnav și pentru anturaj, internarea se face în spital de psihiatrie care dispune de condiții specifice. Internarea se face la solicitarea medicului de familie, membrilor de familie, administrația publică locală, poliție, jandarmerie, parchet. Transportul se realizează cu ambulanța, însoțit de poliție, jandarmerie, pompieri. Internarea se decide la camera de gardă a spitalului și se confirmă în 72 de ore de către o comisie specială a spitalului. Această comisie va examina periodic pacientul. Decizia de internare nevoluntară este notificată în maxim 24 de ore la parchet. Dacă parchetul consideră că internarea e nejustificată, se va efectua o nouă examinare psihiatrică de altă comisie medico-legală.

Hotărârea de internare nevoluntară poate fi adusă în justiție. Dacă pacientul nu e deplasabil, se deplasează judecătorul. Judecarea se face în procedură de urgență. Dacă bolnavul pleacă, spitalul trebuie să anunțe poliția și parchetul. Oricum, procedura este în curs de limpezire, deocamdată pare greoaie și posibilitatea de a interna un bolnav periculos se izbește de o mulțime de obstacole, așa că internarea nevoluntară rămâne o problemă pentru țara noastră.

Art.112 cere două precizări care vin din articolele următoare, 113 și 114. În art.113 se introduc toți cu discernământ scăzut, care pot face în majoritatea cazurilor tratament în spitalul penitenciarului, prin urmare pedeapsa se face și în foarte rare cazuri tratamentul se poate face în instituții psihiatrice ambulatorii, atunci când delictul este minor dar subiectul este atenționat și băgat la art.113. Art.114 presupune discernământul abolit și internare obligatorie până la însănătoșire, stând în spital special, adică cu măsuri de pază. Practic două spitale din țară sunt destinate cazurilor din București de acest tip – Sp. Poiana Mare/Doljși Sp. Ojasca/Buzău.

În afară de capacitatea de a fi pedepsit penal, subiectul mai trebuie să aibă și o capacitate civilă. Este capacitatea de a încheia un act de moștenire, de a face un testament asupra proprietății sale, de capacitatea de a se căsători, divorța, capacitatea de a crește copii și a-i educa, de a face copii sau inversul, starea de incapacitate civilă, care presupune tutelare de către un membru din familie, dacă acesta nu e capabil – o tutelare oficială. În acest sens, primăria este prin definiție un organ de tutelă, pentru cei din teritoriul primăriei. Mai există o capacitate de muncă, de conducere auto.

În privința capacității de muncă, poate exista un litigiu între subiect și instituție în privința gradului de pensionare, duratei pensionării, în interpretarea prejudiciului fizic adus de un accident asupra capacității de muncă, deci în aprecierea daunelor.

Există un statut, o lege care obligă psihiatrul să participe la comisiile de expertiză. Se cheamă comisia de grad I sau expertiza obișnuită sau prima treaptă. Asemenea comisii există cel puțin la fiecare județ, ele se pot institui în fiecare instituție de psihiatrie și la nevoie în orice spital sau policlinică. Este compusă din doi psihiatri și un legist, deci trei persoane. Această comisie are două aspecte – de strictă psihiatrie, în care psihiatrii sunt liberi să examineze cazul, să ia cunoștință de dosar și să încheie examenul psihiatric și un al doilea aspect, pe baza acestui examen psihiatric, legistul trage concluziile medico-legale.

Expertiza psihiatrică are deci patru părți: 1. un preambul, în care se notează adresa prin care s-a constituit comisia, participanții și gradele lor; 2. istoricul în care se notează toate datele anterioare – internările, actele probatoare cu număr, ordine; 3. examenul psihiatric; 4. concluziile. Concluziile este bine să fie făcute prin înțelegere, adică psihiatrul nu doar să iscălească, adică să nu fie obligat să iscălească niște concluzii, trebuie să fie prin înțelegere. Concluziile au o structură cuaternară, adică: 1. trebuie să se precizeze în prima concluzie dacă este un normal sau un bolnav psihic și ce boală anume; 2. se cheamă concluzia discernământului, dacă boala respectivă afectează discernământul și în ce măsură, adică îl scade mult sau puțin sau îl abolește; 3. dacă în momentul săvârșirii faptei discernământul a fost modificat și a influențat însăși fapta cuprinsă în dosar (vă dați seama că pot exista disjunții); 4. dacă este așa, ce măsuri recomandă comisia, ce este mai potrivit de făcut pentru starea actuală a pacientului și pentru viitor. Deci sunt recomandări de obicei, a măsurilor de siguranță. Expertiza psihiatrică, prin urmare, nu are sarcina de a stabili responsabilitatea și nu cuprinde acest cuvânt în textul sau concluziile ei. Acest lucru a fost stabilit prin convenția psihiatrico-legală din 1962. Au fost două conferințe psihiatrico-legale, a doua a fost în 1972 și și-a menținut concluziile din 1962 (s-a ținut la Gataia). Prima a fost la București.

Structura expertizei se menține și la a doua și la a treia expertiză (sunt posibile trei expertize). După prima, cea descrisă, urmează a doua – noua expertiză (altădată – contraexpertiza) și care este ordonată de tribunal dacă nu este mulțumit de prima expertiză și a treia dacă mai există situații nelămurite sau contradictorii. Dacă nu este mulțumit, nu se mai recurge la aceeași comisie. Este actul de recuzare, prin care experții sunt forțați să nu mai participe la expertiză. În mod practic, psihiatrii sunt învățați să nu răspundă decât la ce sunt întrebați. În treacăt fie zis, așa spun și avocații vinovaților. Să nu răspunzi decât la ce te întreabă; gura te ia pe dinainte,

este strict interzis unui psihiatru să facă literatură și să se abată de la întrebările tribunalului. De aceea oricât ar bate câmpii, nu trebuie să uite până la urmă că li s-au pus una sau cinci întrebări și că acelea trebuie să primească unu sau cinci răspunsuri. Atât și nimic mai mult. În această privință psihiatrul în expertiză trebuie să adopte deci un stil juridic; un stil juridic înseamnă un stil obiectiv cu termeni preciși, cu termeni reverențioși, decenti, serioși și întotdeauna fondați cel puțin pe textele în uz, oricând el trebuie să dovedească cu supliment că și-a bazat diagnosticul sau simptomul pe sensul cutare din cartea cutare, pagina cutare.

Deci expertiza este o psihiatrie precisă, cu mult mai precisă decât o practicăm în dosarele obișnuite. Expertiza presupune un mod de lucrare o discreție desăvârșită. Dacă ea transpiră înseamnă că cei trei experți plus dactilografa trebuie să răspundă de tot ce se întâmplă dacă transpiră acest lucru. Prin urmare corespondența, păstrarea materialului este strict secretă și aici nu poți să spui – pardon, am uitat, am pierdut hârtii, așa ceva aici nu există. În expertiză, spre deosebire de clinică, trebuie să fii cu mult mai acoperit, trebuie să cerți mai multe explorări decât în mod obișnuit. În expertiză nu se discută la ce bun sau de ce să-i fac pneumo dacă îl doare capul; în expertiză trebuie să avem un plus de documentație biopsihologică și să micșorăm cât mai mult impresia că intervine numai deșteptăciunea noastră în a descifra cazul.

Al doilea sfat este să fiți cât mai expliciti. Să evitați expertizele telegrafice, expertizele care par ca niște decrete prezidențiale (subiectul prezintă schizofrenie, deci are discernământul abolit, se recomandă 114). În aceste treburi expertiza a fost convocată tocmai pentru o discuție largă a situației, nu pentru o comprimare. Justiția așteaptă de la noi demonstrație și nu stil apodictic de oameni care nu greșesc și care impun niște etichete. Întotdeauna expertizele sunt contestate când se fac după stilul care vi l-am spus. Inutil să mai spun că trebuie bătute de o dactilografă care știe gramatică, pe o foaie onorabilă, fiindcă acest act ne reprezintă. Indiferent de cât de ocupați ați fi, trebuie recitit actul cu atenție, căci se strecoara greșeli. Decie nevoie de prudență, căci actele noastre au circulație și valoarea necesară probatorie relativă în justiție.

Pe ce ne bazăm noi în probarea scăderii discernământului? Noi ne bazăm pe meseria noastră, adică psihiatrie și mai ales ne bazăm pe 6 puncte care cuprind psihopatologia, dacă vreți, psihopatologia expertizei.

1. Ne bazăm pe semiologie. Semiologia de expertiză este alta decât cea de spital. Fiind o situație specială, ea poate fi deformată. Semiologia de expertiză poate fi deci simulată, deci inventată total; foarte frecvent acest lucru, pentru că subiecții sunt aduși din închisoare, deci dintr-un mediu psihopat unde sunt răufăcători, răuvoitori, subiecții sunt după contacte cu avocați, deci prin definiție nu trebuie să aibă scrupule în apărare,

scopul scuză mijloacele; avocatura este totuși o profesie onorabilă și indispensabilă dar care privită din acest punct de vedere, nouă nu ni se pare prea frumoasă – societatea nu este o societate estetică, de esteți – și noi cunoaștem convenția aceasta. Expertul are un ochi neîncrezător. Bineînțeles până la un punct cu limite omenești ale termenului, expertul nu este novicele naiv, în expertiză trebuie să fii un bărbat sau o femeie bărbat, încercați, în sensul că tot ce notezi ca semiologie să nu fie ceva simulat. Prin urmare, delirul, halucinația sunt doi termeni care dintr-o dată implică răspunsabilitatea și 114. Îi vom folosi cu cea mai mare grijă.

2. Vom întreba cu cea mai mare prudență (aici nu e vorba de psihoterapie, transfer, să ne iubim, chestii din acestea și – nu este așa că dta auzi voci, și nu este așa că dta ai niște dușmani – și expertiza va conține că într-adevăr a auzit cu trei zile mai înainte niște voci și a avut dușmani).

3. Expertiza știe că poate să existe totuși suprasimulare; că poate totuși omul dacă a mințit odată nu spune permanent minciuni, deci expertul trebuie să nu fie exagerat, el știe că de pildă după un traumatism cranio-cerebral doare capul, asta trebuie să admitem, nu poate să spună că a avut traumatism, a fost în comă și acum nu mai are nimic de spus, poate să fie o exagerare, exagerarea este deci o suprasimulare. Suprasimularea este legată de interesul material, de prelungirea gândirii, ceea ce se cheamă Rentneurose la nemți, deci expertul trebuie să aibă ochiul de acunoaște ce este interes – și omul cu interes, cu foarte mare interes nu este psihotic. Fiți atenți că, prin definiție, psihoticul pierde interesul vital și apucă astronomia sau altele. Tocmai prin asta imediat simți marea distincție. La medico-legal lucrăm cu alb și negru continuu, fiecare simptom explică o altă expertiză și consecințe până la urmă de cu totul alt ordin. Și, în fine, expertul știe că mai este disimulare când interesul este să fim normali, deci în penal este simulare și suprasimulare. În civil este disimulare pentru că acolo vrei să te căsătorești, să divorțezi după treaba ta și nu-ți trebuie antecedentele de la centrul de sănătate mintală -de exemplu, stare discordantă, etc.

Deci aici se pun problemele invers. Cine? Eu bolnav? Uitați-vă la mine, stați de vorbă cu mine – așa spune bolnavul în instanță și convinge. Noi am vorbit, instanța scrie. Noi am consultat cazul, ni s-a părut un om foarte inteligent cu răspunsuri de bun simț. Ne îndoim că este un bolnav mintal, cum scrieți dvstră în expertiză. Cine disimulează și cine simulează? Simulează și suprasimulează nevroticii, psihopații disimulează, paranoicii, paranoizii. A doua treaptă a muncii noastre în expertiză este cunoașterea sistemului sindroamelor. Aici trebuie să fim niște maștrii, deci trebuie să avem o tehnică psihiatrică a sindroamelor exact cum să zicem în interpretarea unei bucăți muzicale nu se mai pune problema că nu știm să facem game și acorduri, etc. În interpretarea sindroamelor, psihiatrul trebuie să cunoască judecata de selecție, adică în expertiza psihiatrico-legală găsești

sindromul dominant. Nu este voie să te încurci într-o sindromologie confuză. Aceste mișcări de învăluire arată nesiguranța psihiatrului și până la urmă o confuzie, o lipsă de concepție. Psihiatrul trebuie să aleagă din multitudinea sindroamelor sindromul dominant. Sindromul dominant este în ordinea scalei de care am vorbit de mai multe ori sindromul cel mai grav, deci sindromul situat cel mai jos pe scara psihopatologică și el dă tonalitatea discernământului. Deci în momentul în care dă ai idea că el are un sindrom demențial, ce mai vorbești de astenie, etc.? Invers. Dacă ești convins că starea actuală este astenia, ce rost mai e să mai bagi că are elemente atipice, căci dacă are elemente atipice adică e un sindrom discordant, este cu totul alt diagnostic ca discernământ.

Am fixat sindromul dominant.

4. Urcăm mai sus și fixăm entitatea nosologică admisă. Deci trebuie să lucrăm cu o terminologie admisă. Nu înseamnă că vă obligăm sau vă condamnăm la un limbaj banal. Puteți să îl faceți și mai bun în viitor, însă să nu renunțați la entități. Adică expertiza trebuie să conțină până la urmă ce boala este. Deci nu că ar fi ceva marginal și apare ca ceva confuz, neputând trage concluzia dacă este sau nu bolnav. Asta este prima concluzie a expertizei. Trebuie să tindem ca sistemul nosologic să fie cât mai reductibil la schemele OMS. Trebuie să stabilim dacă persoana din fața noastră este sau nu matură sau imatură și dacă imaturitatea ei precede fapta sau boala respectivă. De exemplu, este un oligofren, atunci se înțelege că precede fapta. Dacă este un psihopatoid posttraumatic, se înțelege că succede fapta, traumatismul fiind însuși punctul de plecare al procesului actual.

5. Stabilirea nivelului de conștiință actuală. Este știut că între conștiința actuală și conștiința faptei cel mai adesea există deosebiri, adică pot fi trei situații:

- a. conștiința actuală este aceeași cu conștiința faptei, este deci vorba de obicei de un normal și nu de un psihotic, adică e un caz foarte grav.
- b. conștiința actuală normală, conștiința faptei patologică – de obicei e un psihopat, care nu se poate stăpâni în anumite situații deosebite, dar acum este elegant și normal. Nu trece cu ușurință, e normal, nu are nimic. Să știți că majoritatea expertizelor din țară vin așa, adică nu găsim nimic. Întrebat de halucinații, nu are, nu se găsesc deliruri și prin urmare este vorba de un tip care trebuie să răspundă.
- c. în timpul faptei era normal, după faptă – o boală gravă. Vă dați seama că este reacție la întâmplare. E normal ca după ce omori să ai remușcări, să nu dormi, să te doară capul, să plângi, să te apuce frica, e normal după ce faci 5 crime și glonțul e în ceafă, să auzi tot felul de voci și toată patologia psihică. Atunci face parte din apărarea voastră vitală. Așa că vom întâlni aceste situații și cum le descifrăm? Trebuie să vă spun că intuirea momentului faptei este lucrul cel mai greu.

Momentul faptei este deformat nu numai de făptaș, dar chiar de toți care participă. În această privință se fac tot felul de experimente psihologice care arată cât se deformează când se asistă la un accident și apoi se descrie, prin prisma intereselor lui sau chiar a inconștientului lui. Adică în interpretarea momentului faptei se proiectează toate tendințele inconștiente ale participanților. Se înțelege că omul legii va apăsa mai tare pe omul cu sufletul mai slab, va vedea sau nu va vedea, etc. Există deci o psihologie a mărturiei și există o escrocherie a mărturiei care poate întoarce procese pe dos, poate crea, poate înscena și psihiatrul trebuie să fie unul din oamenii care să aibă luciditate și să apere ce-i omenesc și ce este adevărat în situațiile extrem de complexe care se ivesc.

În stabilirea nivelului de conștiință faptică și actuală trebuie să țineti cont de vechile structuri de care am vorbit, adică de cele patru niveluri.

6. Concluzia acestor cinci puncte, adică discernământul.

Deci pe baza semio-sindromo-nosologico-personalitate și conștiință faptică și actuală, se conchide în sinteză că discernământul poate fi (cele trei posibilități):

- păstrat
- scăzut
- abolit.

Partea specială.

Ne vom referi la marile categorii de boli psihice, la ce tip de fapte se petrec în psihiatrie și cum variază discernământul în diferite boli psihice.

În psihiatria legală este bine să răsturnați nosologia, deci dacă sunteți obișnuiți să mergeți de la normal, nevroză, etc. în psihiatria medico-legală să vă obișnuiți să o luați invers. De la demență, unde discernământul e abolit, către nevroză. Drumul e invers.

1. pentru a avea certitudinea că sunteți în domeniul demențial și nu în domeniul pseudodemențial trebuie să aveți clară distincția între noțiunea de deteriorare și cea de demență. Noțiunea de deteriorare presupune scăderea procentuală a discernământului, cea de demență abolirea lui. Pot faptele să distingă acest lucru? Faptele produse pot dovedi demență sau deteriorare. Să luăm câteva situații.

Intră un moș cu sacoșa la autoservire, târăște picioarele, dantura îi joacă în gură, un rablagit cunoscut de tot cartierul și iese cu câte un pachet de unt. Odată, de două ori și este prins. Se pune problema – este dement sau e deteriorat? Aici nu trebuie să judecăm cu inima largă – lasă-l săracul, nu are ce mânca – ci se pune problema – care este criteriul? Dacă la examenul nostru rezultă că acest om în conștiința actuală este chiar mai grav decât

actul pe care l-a făcut, adică este mai coborât decât actul făcut, hotărât că merge pentru demență. Dacă este mai ușor decât actul pe care l-a făcut este un deteriorat. Cum procedăm? Scoatem portmoneul și facem operațiuni cu el. Știe că sunt bani, să dea restul sau din contră nu știe să dea restul. Este deteriorat și moșulică va fi pus să plătească prejudiciul. Nu va face temniță grea dar va trece sub tutela familiei lui și nu va mai umbla prin alimentare.

În psihiatria legală, experiența arată că empiric suntem forțați să ținem cont de gravitatea faptului, avem o optică pentru criminali și o optică pentru lucrurile zis minore. Adică se cheamă în engleza „bias”, adică o mică tendință să iertăm în minor și să pedepsim în major (crime). Deci ne facem că nu vedem în crime un sindrom astenic, pe când în domeniul minor din contră toate aceste lucruri le putem da o interpretare până la urmă chiar psihanalitică și să nu ajungem la o intransigență puțin deplasată.

În materie de demență ne trebuie o practică a apropierii bătrânului și a cunoașterii limitelor lui de acțiune. Adică demența deodată pune problema pierderii criteriului de acțiune, fiindcă dementul rămâne om de cartier sau intracartier, de 2, 3 străzi. El de îndată ce s-a urcat în tren s-a încurcat. Dementul nu mai poate folosi normal mașinile, ca să ajungă unde vrea, casieriile, etc. Starea lui de gravă dependență deci trebuie precizată. Stăm extrem de slab cu documentarea obiectivă a demenței, adică aparatul probator actual, cu colesterolul, cu lista de investigații biologice, cu psihologii noștri, toate trebuie filtrate prin sinteza noastră și prin cântărirea noastră până la urmă a acestei noțiuni. Când vedeți că este la limită, atunci apăsați pe talerul demenței, pentru că perspectiva este demențială pentru un mare deteriorat.

În psihoze avem două mari dificultăți. În primul rând avem dificultăți în psihozele periodice în care intră epilepsia, psihoza maniaco-depresivă și extrem de bune remisiuni de tip A din schizofrenie. Acestea sunt derutante pentru că apare în expertiză doar la nivel psihopatoid și expertul crede că s-a exagerat sau a fost greșit interpretat ca psihotic în internările anterioare. Expertiza cere deci conștiința actuală să fie total destructurată. Deci psihiatrul trebuie să știe schema de la schizofrenie după tipul de remisiune A,B,C,D, să știe bine epilepsia și să cunoască etapa postcritică total diferită de echivalentă, să știe că crepusculul presupune acte total dezinteresate, absurde.

Câteva probleme de ordin practic. De exemplu, probleme de ordin civil la schizofreni. Schizofrenul trebuie apărat de către psihiatru. El prin definiție nu poate să se apere sau se apără greșit, paranoid. Psihiatrul trebuie să-l apere. Schizofrenul este cel mai adesea victima divorțurilor. Divorțul se leagă de noțiunea de alienare mentală cronică, de altfel foarte vag și greșit definită la noi ca echivalentă cu schizofrenia sau demența. Nu există

rețete, gen iată cazul – iată soluția, ca la o abacă. Nu există rețeta, nu există obligativitate pentru voi ca un diagnostic pus de oricine din țara asta să vă oblige să nu vedeți realitatea din fața voastră. Voi ca experți în act trebuie să decideți, cu capul și conștiința voastră cum e mai bine în situația acelui om, nu să ziceți că l-a dat profesorul cutare cu un diagnostic, cum să fac eu modificarea... Vă veți lua numai după situația actuală, stare de remisie după toate noțiunile pe care trebuie să știți să le aplicați atunci.

O altă situație. Pot cădea victime cei cu psihoze maniaco-depresive, care dau remisiuni perfecte dar care implică recăderea și psihiatrul nu poate spune niciodată că un asemenea caz nu va mai recădea. Soția vrea să divorțeze, pentru motivul că vrea să aibă copii normali și nu-mi trebuie unul care nu se știe când mai face o criză. Psihoza maniaco-depresivă nu intră în alienația mintală cronică.

Toate trei categoriile pot cunoaște un stadiu psihopatoid, în care fac foarte multe lucruri utilitare, adică furturi, insulte și toate acestea sunt pedepsibile, chiar dacă au aceste grave etichete, dar ei nu sunt atunci schizofreni, adică veți vedea foarte multe cazuri de epileptici cu intelectul limită, care circulă prin toate aglomerațiile și fură continuu. Și tot timpul îi scuzăm, îi încurajăm.

O altă problemă practică este a maniacalului, care apare în expertiză hipomaniacal, care este interpretat ca huligan, impulsiv. Sau ca alcoolic inveterat. Aici trebuie precizată tot periodicitatea lui, adică în momentul când au criză au toate simptomele crizei, adică insomnia, superficializarea în toate, aparenta bogăție a acțiunii, deci ei devin întreprinzători și familia ne spune câte afaceri au ei în plan. Ori alcoolicul cronic nu face așa. Psihopatul impulsiv nu este acest tip. El este obișnuit până la un punct și reacționează când este provocat.

Demenții și deteriorații fac foarte rar crime în timp ce psihoticii fac relativ mai des decât demenții. Ordinea frecvenței este: epilepsia, schizofrenia, mania, heterosuicidul în melancolie și crimele pasionale ale paranoiacilor și parafrenilor.

S-a obișnuit încă din secolul trecut să se descrie pe larg numai fapta, ca și când numai fapta dă socoteală de entitate. Fără să vezi subiectul dacă ești la locul faptei și ți se relatează fapta, spui – e un epileptic sau un schizofren. Sigur că aici este greșit procedeul, este mai bine să vezi și făptașul și să ții cont de toate.

Dar de ce s-a vorbit așa? Fapta epilepticului dovedește o orbire, este ca o mașină automată. Ce este caracteristic mașinii? Marea brutalitate și faptul că trece prin toate obstacolele ca un orb. Exact cum ai pune o mașină pe dușumea și în mers se lovește de toate. Este totala nemotivare. Epilepticul nu este capabil să facă roman din fapta lui, stă cu un calm dezarmant și se

miră până la un punct și de el și de tot ce i se atribuie. Deci epilepticul vorbește de fapta lui ca și cum i s-a povestit, ca și cum este la dosar. Epilepticului i se atribuie de asemenea toate impulsunile absurde și grave.

Schizofrenul face acte motivate delirant. Face fapte mult mai înlănțuite decât epilepticul. Sunt fapte povestite crud, detașat, cu răceală. Schizofrenul face fapte de apărare paranoidă – îmi manevrează mintea, trebuie să-l suprim. Deci actul schizofren este un act contra depersonalizării lui de fapt. Când nu poate motiva, schizofrenia este de obicei simplă. Hebefrenii nu fac crime decât dacă sunt ignorați și lăsați la armată. Atunci le poate săvârși, ca într-o joacă. Catatonicii nu fac crime, dar paranoizii – da.

Paranoiacii fac foarte rar crime, pentru ca ei sunt niște oameni foarte dezvoltăți mintal, ei vor să lupte în planul convenției, al simbolurilor. Să li se dea dreptate cu acte scrise, să fie recunoscuți public, să fie pedepsiți de către alții cei pe care îi cred ei vinovați. Prin urmare, paranoiacii sunt mai mult o spaimă teoretică decât una reală și sunt multe elemente de contaminare.

Am lăsat la urmă psihopatia, deși merită o lecție specială. În țara asta există o confuzie în evaluarea psihopatiei. Există comisii cinstite, să le numim așa, care-și spun – e psihopat, deci iresponsabil. Această idee e foarte răspândită la noi și de aceea se fac încă studii și de scrie mult pe această tema. Chiar psihiatrții sunt împărțiți din acest punct de vedere în două tabere, adică există tabăra care socotește că dacă este psihopat, este deci un bolnav psihic și nu poate avea discernământul total păstrat. Prin urmare nu poate fi pedepsit ca un om normal și exact invers, judecata că este un bolnav psihic dar trebuie pedepsit ca să nu mai facă, pentru că dacă nu-l pedepsim crește numărul psihopaților și societatea este amenințată.

Pentru a elucida această dilemă, spun deocamdată cu toată modestia că am următoarea părere: sunt două lucruri de care trebuie ținut seama în judecarea unui psihopat. Nu atât de tipul psihopatiei care veți vedea că nu contează mult ci dacă în determinismul bolii intră un factor obiectiv biologic, encefalic mai ales, atunci psihopatul trebuie să beneficieze de discernământ scăzut, pe când dacă intră un factor sociopatic, atunci trebuie să fie pedepsit. Cred că este evident de ce trebuie judecat așa. Toată problema este dacă avem date suficiente, ca să distingem cu claritate aspectul biopatic. De aceea vă recomand ca în psihopatii să faceți exploări, mai ales când este vorba de crimă, explorări totale, pentru că în momentul în care veți găsi – să zicem – hidrocefalie internă, atrofie cerebrală, un EEG patologic și o stare psihică cvasinormală, se înțelege că în acest caz avem de a face cu o biopatie. Dacă toate examenele noastre sunt normale, inclusiv examenul psihic și totuși s-a produs un fapt care denotă disarmonia persoanei, înclinăm către noțiunea de sociopatie.

Noțiunea de sociopatie necesită o apărare – dacă vreți -teoretică, conceptuală, până la un punct chiar ideologică, pentru că înseamnă că

de vină este societatea. Adică trebuie să judecăm – nu toată societatea este de vină, ci de vină este în primul rând microgrupul în care a trăit subiectul și primul vinovat poate fi cel mai adesea familia. Al doilea microgrup – școala, urbea și așa mai departe, urcăm în funcție de calibrul și semnificația faptei, lăsând ultima interpretare că de vină este poate chiar sistemul, conducerea lui, etc.

Al doilea criteriu la psihopatie este distingerea de anormal. V-am spus și la psihopatie să legați această noțiune nu de anormalitate ci de grava imoralitate. Trebuie să pedepsim pe cei care nu cred în valorile morale și care luptă pentru dizolvarea lor. Nu să-i pedepsim fiindcă sunt mai triști sau mai veseli, din contră trebuie să fim toleranți cu variațiile și suferințele prin care trecem fiecare. Deci n-aș vrea să folosiți noțiunea de psihopatie decât cu nuanțele pe care le-am precizat aici, lăsând descriptivismul doar pentru ornamentația examenului psihic și nu pentru înclinarea balanței, deci nu vom spune că e nepedepsibil pentru că e hipertim. Un hipertim poate fi un om de foarte mare valoare și la fel și cu celelalte etichete.

În cadrul psihopatiei două categorii speciale fac obiectul expertizei – alcoolicii și perversii sexuali. Încă de la lecția de alcoolism știm că eticheta de alcoolic acoperă toată psihiatria, iar în momentul în care e vorba de un psihopat alcoolic, statutul lui moral e degradat.

Etilic cronic nu înseamnă automat psihopat etilic, pentru că sunt mulți etilici cronici ascunși, care reușesc să-și țină o decență socială și o productivitate și utilitate socială fără să fie niște psihopați. Mai mult, ajung chiar ei să se trateze, să colaboreze, nu se mai pot controla – deși sunt rari și suntem de acord că predomină ceilalți, dar nu trebuie uitat că sunt și ei. De asemenea, să nu tot tragem cu eticheta de etilic cronic, discernământ scăzut. Este vorba de o gravă deteriorare și demență. Deci trebuie să știm că se poate ajunge la discernământ abolit. Încă o precizare aici. Majoritatea crimelor nu se produc în etilism cronic ci în beția acută banală. Majoritatea crimelor se produc la tineri care sunt în ucenicia alcoolismului. Deci care încep să învețe cum să devină etilic cronic. Aici intervine noțiunea de beție patologică, cu problematica discutată deja, cu criteriile de confirmare și infirmare a acesteia.

În privința perversiunilor. Cred că nici o boală nu este mai urâtă de public decât perversiunea. Este o ură instinctivă pentru ea. Este singurul tabu social solid, este neadmiterea unui tip de raport sexual și în anumite condiții. Statutul perversiunii la noi se judecă tot după criteriul care l-am spus -gradul de moralitate a subiectului. Veți vedea perversi psihastenizați care luptă îngrozitor cu compulsiile lor homosexuale sau de alt fel și care fac tot felul de nevroze de caracter, se luptă toată viața și pot să cedeze accidental, o dată sau de două ori, la baia publică sau în altă parte. Aici trebuie să fim foarte atenți și să-i deosebim de cei care exploatează perversitatea. Adică unii știu că este una din afacerile cele mai bune și

facile să te plimbi pe la băile publice și să racolezi pe cutare, pe care îl vezi că e compulsiv și de-abia se abține și tu ești cunoscutul recidivist cutare, iar el este cunoscutul psihastenic compulsiv, prof. cutare. Și începe un șantaj și o chestie juridică, unde profesorul este pe lista neagră și anchetat, dărâmat definitiv, scos din orice activitate, pentru că cutare, care este de fapt un provocator a înlesnit aceasta. În această privință, nu puneți gata eticheta.

În aprecierea perversiunilor, trebuie să țineți seama de câteva noțiuni; și anume: noțiunea de cuib, de perversitate, adică de anumite zone ale țării, anumite orașe, anumite profesii, anumite cercuri care devin cu timpul cunoscute și supravegheate de la distanță și intens șantajate, uneori de intermediari, nu de autorități. M-am referit aici la perversitatea comună și nu la alte tipuri, pe care le judecăm prin prisma psihopatologică actuală, adică o mulțime aparțin oligofreniei, altele stadiilor psihotice și dementiale și doar în privința homosexualității este o problemă neclară. Trebuie să coexistăm; și încă ceva vă spun: nu știm nicisă-i tratăm.

Nevrozele. Sunt scuzabile cu discernământ scăzut, nevrozele care implică o scădere a concentrării, a atenției, se poate greși la calcule, în luarea unei decizii. Bineînțeles că nu se scuză neurastenicii care își dau vecinii afară, fac tot felul de chestii și aduc certificate de neurastenii. În mânăuirea noțiunii ținem cont de două etape ale nevrozei și anume: aspectul ei reactiv, adică survine în condiții ușor precizabile în suprasolicitare, conflict de divorț, etc. deci perioada a doua de dezvoltare psihopatoidă când atinge caracterul, când nevroticul a fost deja pensionat de 3-4 ani, scos din mediu dar el acum s-a înrăit. Nu mai face pe inginerul, vinde Kent, adică se dedă la niște treburi și vrea să se scuze cu o etichetă reală dar nepotrivită. De asemenea, a treia noțiune, nevroza de caracter, care e de fapt psihopatia cu germen infantil și care este aparent o nevroză actuală, acum nu mai este decât un impulsiv care nu se mai poate stăpâni.

Psihiatria legală se află deci în fața unui câmp deschis de probleme și de continue perfecționări. Ea are încă un coeficient mare de subiectivitate, de aceea psihiatria medico-legală este încă o interdisciplină violabilă. Ea are un stâlp solid în ceea ce are dreptul și are fragilitatea și vaporozitatea psihiatrică, care nu o sprijină destul. Când psihiatria va avea nu numai manual, limbaj, consens, identitate de vedere așa cum se cere unei convenții de lucru, va avea și al doilea stâlp solid și altă credibilitate în justiție.

Implicațiile medico-legale în schizofrenie

Deoarece toate progresele fac ca schizofrenia să stea mai mult în afara spitalelor decât în spital, toată problematica legată de în afara spitalului (extramural) alimentează problematica medico-legală. Toate măsurile represive în decursul istoriei psihiatriei au fost făcute în frica de pericolozitate a bolnavului mintal. De aceea au fost puși în lanțuri, chinuiți.

Când la începutul secolului XIX s-a pus problema unui tratament moral în bolile psihice și eliberarea bolnavilor psihici, în 50 de ani s-a dat faliment cu această soluție, pentru că faptele grave care le-au comis au obligat psihiatria să se regrupeze în azile, unități închise, unități speciale pentru bolnavii mintali. Azi ne repunem o problemă exact ca la începutul sec. XIX, adică din nou eliberăm bolnavii și facem un experiment social formidabil cu mult optimism, cu multe metode, cu multă generozitate și lecția aceasta vă va arăta care sunt unele dintre consecințele acestei politici liberale față de bolnavul schizofren.

O a doua idee introductivă este că în psihiatria medico-legală există o tradiție foarte serioasă în studiul schizofreniei. Dintotdeauna schizofrenia latentă sau schizofrenia patentă au ridicat cele mai dificile probleme medico-legale.

Precursorul în acest domeniu este Isaac Roy, un american care, în 1838, a făcut un studiu comparativ între crima produsă de psihopați, sociopați și bolnavul schizofren (nebulul de atunci). Tipul acesta de comparație este valabil și astăzi. El a deosebit 20 de parametri comparativi și ceea ce a constatat el atunci a rămas în tratatele clasice asupra subiectului, adică – crima schizofrenului, actul infracțional schizofren are anumite caracteristici subliniate și la noi de dr. Tomorug, prof. Parhon și anume: slaba motivare, brutalitatea, indiferența după act.

Schizofrenia azi

Dacă întrebăm care este esența noțiunii de schizofrenie azi, care să ne ajute în expertiza medico-legală, rămânem nemulțumiți cu inventarul semnelor primare și secundare rămase de la Bleuler, cu semnele de rangul I și II de la Kurt Schneider, deci semiologia așa cum o știți voi, plus noțiunea lui Jaspers despre schizofrenie ca model neinteligibil. De la această informație a lui Jaspers, de pură psihologie comprehensivă, azi se definește esența schizofreniei ca o psihoză care transformă radical nucleul gnoseologic al persoanei. Azi schizofrenia se definește, se diagnostichează nu atât prin semiologia pozitivă, cât prin impresia finală de ininteligibil. Aceasta este de mare importanță în medicina legală, unde unele expertize sunt foarte sărace în semiologie și pe bună dreptate.

Ce înseamnă nucleul persoanei? Este o noțiune pe care ați auzit-o adesea la capitolul de ASC. Nucleul persoanei înseamnă transformarea a ceea ce a avut înăscut, constituțional, temperamental, într-un sistem de valori ierarhic constituit și unitar, care se cheamă caracter. În fiecare moment de conștiință o persoană echilibrată, matură, constituită, nu acționează întâmplător ci conform sistemului de valori al persoanei lui. Boala desființează cel puțin temporar, destructurează acest nucleu, de obicei la adolescență, deci când el nu este consolidat și introduce o ordine instinctivă întâmplătoare, după capriciile inconștiente ale plăcerii. Aceasta este interpretarea de compromis actuală între psihanaliză și existențialism.

Trebuie să reținem că formele evolutive din perioada de stare sunt extrem de rare în practica IML. Pentru practica IML interesează mai ales diagnosticul diferențial al debutului și ceea ce altă dată se chema forma terminală. Noțiunea importantă este a debutului medico-legal al schizofreniei, adică schizofrenia care debutează prin crimă sau printr-un act medico-legal. Prima descriere aparține lui Wilman și două monografii ulterioare, a lui Luthe și alții și a lui Lange Lüdecke, întăresc noțiunile.

Ce diagnostic diferențial trebuie să facem la debut?

Marea problemă este a psihopatului schizoid față de procesul schizofrenic incipient. Aici ne folosim de noțiunea germană de „fir al vieții”, adică trebuie să urmărim ca perioada pe care o putem recolta atât de la familie cât și de la bolnav să se descrie ca un fir neîntrerupt al vieții bolnavului. Prin urmare, schizoidul rămâne cu un contact sărac cu lumea, cu o ciudățenie, cu un fel rece și cu o insensibilitate la ce este afectuos, cu preocupări abstracte, cu un apragmatism dintotdeaunași, lucru foarte important, este mediocru sau submediocru chiar în performanțele de până atunci, în timp ce debutul schizofrenic survine la adolescenți extraordinari de dotați, dotați, uneori care frizează chiar genialitatea, în care se produce o ruptură în preocupări, în sensul că ei nu mai admit la un moment dat valorile curente, ei se rup de părerea profesorilor, a părinților, chiar a celorlalți; noua lor perioadă devine de neînțeles. Într-o primă etapă, ei mai găsesc un foarte mic cerc, care cred că bine au făcut că s-au rupt de toate și că vor realiza ceva nemaipomenit. În a doua etapă însă rămân singuri, nu mai crede nimeni în preocupările lor și în această fază se produc lucruri grave. După cum veți vedea, debutul medico-legal care a fost descris aici nu se referă la lucruri minore, ci se referă la omucidere. O mulțime de sinucideri scapă considerațiilor medico-legale, pentru că intră în marele capitol al nemulțumirilor de adolescență și nu mai pot fi analizate. Se înțelege că dacă ei n-au avut un antecedent, o legătură cu rețeaua de psihiatrie, ei ies din discuție, deși e de presupus că o mulțime de sinucideri pot fi semnalate de aceste rupturi ale firului vieții.

Ce se produce la debut? În debut se produc aceste crime. Un caz este al unui schizofrenic, care a dormit o noapte cu o persoană necunoscută, persoana aceea a venit mai grizată, nu se știe ce au vorbit, l-a omorât, schizofrenicul a doua zi și-a făcut bagajul și a plecat. A fost prins și condamnat la închisoare, a fost expertizat cum se întâmplă și la noi și s-a constatat că este un debut de schizofrenie. Care credeți că a fost criteriul nr.1? Comisia a fost mirată, deși bolnavul a fost brutalizat de autorități, el la închisoare le-a mulțumit, a cerut o celulă și hârtie ca să scrie. Comisia a crezut că și face o scrisoare acasă sau că vrea să se sinucidă și să lase o scrisoare, iar el deabia de acolo a început să se ocupe de problemele lui anterioare, care erau însă idei delirante și a avut notația cuvenită, adică a fost scos din închisoare.

În privința debutului se știu următoarele date – debutul hebefren și cel catatonic survin la vârste mai mici, ca tipurile de fapte făcute sunt în general minore, deci sunt fapte penale minore, sunt în majoritate furturi, apoi atacul autorităților în scris sau fizic, vagabondajul, toate presărate cu o mulțime de bizarerii. Apar ca perverși sexuali, ca sociopați, în bande de hippy, dar la un examen mai atent ei se dovedesc a fi schizofreni, după criteriile clinice cunoscute. Un alt exemplu ar fi un băiat de 19 ani, care pleacă de acasă, își părăsește serviciul, umblă prin țară, își stabilește diferite gazde de unde fură obiecte femeiești și trece la altă gazdă, ultima fiind furtul unei haine de calugăriță, umblă îmbrăcat în calugăriță, stabilește anumite prietenii chiar cu femei, dormind cu ele în pat fără să aibă contact și nici un interes de alt fel cu persoanele de care vă spun și desigur că descoperirea lui a fost faptul că a furat un buletin, care înseamnă faptă penală, dar el a fost expertizat ca schizofren, deși în expertiza lui n-o să găsim nici fenomene halucinatorii, nici delir, deci cele două elemente de bază clasice, tradiționale pe care se pune diagnosticul.

În privința debutului paranoic, de care se leagă faptele medico-legale majore, majoritatea autorilor susțin ca ele țin de vârsta de 30-40 de ani. Debutul paranoic presupune nu atât manifestările acutisime, halucinațiile, vocile imperative, cât mai ales trăirile de depersonalizare și ceea ce a fost descris ca o îngustare a libertății subiectului. Subiectul are o poveste despre nerealizarea lui, în care este atinsă însăși chintesența lui. Această atingere o face ori pe care suportă până la urmă crima sau șeful lui, deci de data asta la paranoizi ținta are adresă. Paranoizii comuni sunt înșelați de parteneri, adică așa cum se întâmplă și cu lumea normală și povestesc ceva foarte banal, însă povestea aceasta este de gelozie, de un om care l-a înșelat și mi se pare foarte firesc dar, spre deosebire de omul normal, există o disproporție extraordinară între premise și concluzie. În timp ce normalul și psihopatul prezintă în fața comisiei servieta plină cu acte, cu scrisori care sunt dovezi de infidelitate, cu poze în diferite situații, adică te convinge cu un dosar verosimil, concluzia ți se pare și ție până la un moment firească, bineînțeles că nu poți admite că a omorât, dar zici: victima și-a făcut-o. La schizofrenul paranoic între premiză și concluzii ori este un hiatus ori este o mare fragilitate și dacă avem și neșansa ca el să fi fost de mai multe ori expertizat înaintea noastră, el pare atât de plictisit și refuză să ne mai dea aceste premise, încât faptul pare cu o motivare extrem de diluată. De asemenea, premisele par inconsistente. De pildă, spune – am găsit în carnetul ei un număr de telefon care nu s-a potrivit la nimic, adică la telefoanele controlate, înseamnă că legătura există; sau – era zgâriată pe obrazul drept – și ce dacă, întreabă comisia -da, dar pe acest obraz i-am spus că numai eu trebuie să o sărut, nu acceptă că în mod întâmplător ea s-ar fi putut accidenta și bolnavul afirmă că de mult o urmărea și iată că a prins dovada. Deci logica este aparent normală la paranoic și atunci când el nu este

în perioada de stare, ci la debut, este foarte greu de deosebit și de diagnosticat. De aceea în toată Europa se ține cont de stagiul de 6 săptămâni de observații pentru diagnosticul în clinică din punct de vedere medico-legal.

Formele evolutive în perioada de stare nu pun nici o problemă, dacă se produce înainte de închisoare. Dacă perioada de stare apare în închisoare, survin uneori lucruri neplăcute în sensul că desigur se pune problema reacției, a simulării până când bolnavul nu mănâncă fecale sau face alte lucruri total ieșite din comun, nu convinge ușor că se găsește într-un moment psihotic deosebit, serios și de luat în considerare. Perioada de stare este, statistic vorbind, pe ultimul loc al infracțiunii și explicația principală este că bolnavii sunt internați fiind un grup relativ supravegheat și nu au timp să se constituie ca persoane și nu au timp să acuze, să-și bage în cap să construiască o crimă. Omul izolat construiește mai bine crima sau sinuciderea.

Dar ce se cheamă azi perioada de stare, remisiune, recădere? Oricine încearcă azi să urmărească un lot de schizofreni, constată de fapt că perioada de stare s-a schimbat profund, în sensul că este un du-te vino, chiar în semiologia bolnavilor. Aceste momente de recădere – remisiune trebuie să facă pe psihiatrul de azi să îndrăznească să construiască în perioada de remisiune și foarte elastic să reinterneze în perioada de recădere. Lucrurile sunt așa de frecvente încât psihiatrii obișnuiesc să spună astăzi – dta faci un tratament de remisiune acum, dar dacă nu continui tratamentul sau nu reușești să te încadrezi...– deci recăderile sunt inevitabile. Este o situație tristă, dar inevitabilă și acceptată unanim. Nimeni nu poate să prevadă sau să ne apere de o recădere în schizofrenie, cu toate tratamentele care se fac.

Asta înseamnă că bolnavii bine tratați nu-i mai putem găsi azi în așa-zisele forme terminale, noțiunea krepeliniană despre stadiile terminale de altă dată. Ci astăzi vorbim de o scală cu cinci puncte, de remisiune – recădere.

A. Înseamnă remisiune integrală. Aceasta este rară și adesea infirmă diagnosticul de schizofrenie. Unii psihiatrii pretind aici o durată de trei ani și o recădere ca să rămână la diagnostic. Deci A este valabil mai ales pentru PMD clasic, cu remisiune totală și pentru alte afecțiuni – tulburări de conștiință pasagere, beția acută, etc.

B. Este remisiunea cu defect psihopatoid. De obicei bolnavul este extern, are serviciu, are familie, poate face recăderi ușoare asteniforme, tratate prin policlinică.

C. A treia treaptă este remisiunea cu defect psihotic, în care pe prim plan stă aspectul negativ, adică apato-abulic, izolarea, inactivitatea. Bolnavul nu lucrează, de obicei este pensionat cu ajutor social, sau e dependent social și poate avea semne de recădere de tip C., adică poate auzi voci, poate să solilocveze, nu este însă turbulent, agitat, este într-un fel de echilibru cu lumea, faimoasa dublă sau triplă contabilitate. Aici se află de obicei materialul medico-legal cel mai frecvent. Și este firesc să fie așa, pentru

că el rămâne nesupravegheat, bate străzile fără supraveghere și cade sub incidența c.p., uneori fără motivare. Cel mai frecvent este vagabondajul, prostituția, abaterile de la bunele moravuri, furturi izolate sau violări de domiciliu, așa cotate, dar după cum se știe, ele nu sunt chiar așa. Schizofrenul intră în bloc ca să doarmă, intră uneori fără să aibă simțul orientării ci doar ghidați de nevoile lor de moment.

În stadiul acesta, al treilea, de acasă, se poate produce recăderea de tip D., adică recăderea psihotică reală, cu halucinații, agitație și care reclamă de urgență spitalizare. Recăderea aceasta, D., nu mai pune decât probleme medico-legale de tip spitalicesc, care de obicei nu ating orizontul juridic, adică toate bătăile în afară de crime; chiar dacă un schizofren ar rupe cuiva piciorul sau i-ar fractura mandibula, faptul care în afara mediului spitalicesc ar face obiectul unui proces, în spital se aranjează și se admite ca un risc al internării. Prin tratamentele actuale se tinde ca acest D. să se transforme în C. Cu toate acestea, un procent niciodată binecunoscut regresează în ultimul stadiu, E., azilar.

Din acest tip E. vedeți doar acele cazuri pe care familiile au posibilitatea să insiste cu toate medicamentele posibile. Aceste stadii E. pot fi socotite terminale, în sensul terminării capitalului psihologic și biologic al bolnavului, însă ei o mai pot duce zeci de ani. Caracteristica de terminal o dă refuzul oricărei activități și impresia de absență totală a bolnavului. Dacă i se dă să mănânce, mănâncă, dacă e dus la culcare se duce, deci chiar în cel vitale el nu mai are nici un interes. O parte din aceste forme se mai pot vedea și la noi.

Schizofrenie și antipsihiatrie. În lume actele schizofreniei au fost găsite de unii ideologi ai psihiatriei normale ca fiind justificate, ca reacții la o societate bolnavă. Pentru antipsihiatrie, medicina legală nu este decât un batalion de polițiști, bine plătiți, care nu înțeleg pe singurii oameni care își dau seama de gravitatea bolii sociale și reacționează la ea. Mai mult, foștii bolnavi de schizofrenie paranoidă sunt uniți în societăți para- sau semireligioase care atacă psihiatria și mai ales medicina legală, ca fiind o dogmă oficioasă în slujba unui stat care luptă, care este dictatorial și care se maschează prin formule democratice.

Despre răspundere și vinovăție. Tot mecanismul judiciar funcționează pe următorul postulat empiric. Faptele se fac și se plătesc, prin urmare subiectul este vinovat și răspunde, până la proba contrarie care este expertiza. Noțiunea de răspundere și vinovăție deci postulează un om normal, deci psihiatria medico-legală este domeniul care are nevoie de noțiunea de normal ca de aer. În momentul în care noțiunea de critică modernă, că nu este normal, că toți suntem puțin nebuni, etc. dacă ar circula această idee, vă dați seama că domeniul compromis în primul rând este cel de drept. Deci convenția în drept este al răspunderii fiecăruia.

Două motive sunt pentru care schizofrenul nu răspunde pentru faptele sale. Indiferent de stadiul în care se găsește, motivația lui este patologică și, al doilea, ininteligibilă.

Motivația este patologică și face ca procurorii în general să considere că acești bolnavi sunt vinovați pentru că au lucrat cu premeditare. Deci în dosarele paranoide găsim noțiunea de premeditare.

Dar este o premeditare patologică sau în cadrul unui sistem patologic, așa cum se întâmplă în parafrenie sau paranoia, care vor fi asimilate tot cu subiectul de azi. De aici rezultă că vechea noțiune după care nevinovăția este legată de lipsa intenției, lipsa mobilului, dreptul clasic cu asta lucrează, este insuficientă. Azi adesea găsim mobiluri, dar ele sunt patologice. Al doilea argument este ininteligibilul. Deci chiar dacă îi facem un roman criminalului, nimeni niciodată nu va putea explica la modul coerent și concret care a fost impulsul primar, cum s-au desfășurat lucrurile, care este povestea. Tocmai în aceasta constă certitudinea psihozei lui.

Știți că aceste două noțiuni de răspundere și vinovăție preced noțiunea medico-legală de discernământ. Știți mai departe că o serie de psihiatri din țara noastră au atacat această noțiune ca fiind superfluă, inutilă, care încurcă, nu este prevăzută în c.p.; se pune problema cum stăm mai departe cu ea. Noțiunea funcționează. Este noțiunea prin care noi nu ne amestecăm în noțiunile de responsabilitate precise, este o noțiune care este tradusă de specialiști, este luată în considerare în cadrul celorlalte probe.

Modelul conflictului în schizofrenie. Dumneavoastră știți că astăzi o personalitate se definește în microgrupul ei. Aceasta este noțiunea modernă. Deci într-o anamneză nu e îndeajuns să o faci clasic, foaia de observație a bolnavului, ci trebuie să faci o analiză a microgrupului din care vine acest bolnav. În cadrul schizofreniei s-au descris trăsături de microgrup, un aer de familie, un fel de mamă, un fel de tată, care poate ajuta diagnosticul în expertize grele. Deci e bine să consultăm microgrupul persoanei care a comis ceva. Când consultăm acest microgrup, îl comparăm cu datele de macrogrup. Ce înseamnă aceasta? Noi vrem să vedem dacă microgrupul bolnavului are datele societății în care trăiește. De ce? Pentru că de obicei microgrupurile psihopatică habar nu au de datele macrogrupului. Ei au o problemă a microgrupului cu totul ieșită din comun, cu o hărțuială psihopatică specifică de ani de zile și care îi duce într-un fel de derealizare. Microgrupul schizofrenului nu a fost descris ca fiind format doar din schizofreni – sunt unii psihiatrii care aruncă ușor cu vorbele – păi n-ai văzut-o pe maică-sa? Nu este chiar așa, aici trebuie să distingem microgrupul schizofrenului de microgrupul sociopat, care este indiferent în general la politică, la pulsul țării, ziare, radio, etc.

În această atmosferă de microgrup schizofren se produce conflictul schizofren. Caracteristicile conflictului schizofren au fost descrise în modul următor:

1. Schizofrenul este partenerul rece și crud care pare absent și care reacționează insolit, brutal, pentru motive pe care le declară ulterior. El nu amenință – o să te omor eu, nu face rechizitoriu așa cum adesea face psihopatul. Deci crima schizofrenă surprinde microgrupul printr-un fel de lipsă de calcul. Totuși există un fel de calcul nemărturisit.

Care sunt infracțiunile în schizofrenie? Se pot împărți în infracțiuni în gama minoră și infracțiuni în gama majoră.

Gama minoră este rezervată schizofreniei simple și hebefreniei. Revin asupra noțiunii de simplu – unii schizofreni simpli nu au fost diagnosticați ca atare pentru că nu este bine cunoscută această formă de boală. Ea se ascunde sub masca psihopatică și trebuie căutată în biografiile în care exista dezadaptări, dificultăți de rămânere în același serviciu, cu scădere și acceptare de servicii elementare. Dacă omul a făcut liceul nu poți să-l vezi la mătură, chiar dacă el motivează că a lucrat așa trei luni ca să aibă bani de mare. Un alt exemplu este un doctor schizofren, care nu avea aproape nici o semiologie, și care tratează pe cineva à la long, un fel de tratament foarte ciudat, fapt este că după ce a murit persoana respectivă, este acuzat doctorul că a făcut un tratament prost. Doctorul a fost expertizat și s-a văzut că habar nu avea de medicină, era un schizofren de zeci de ani, trecea drept un sfânt pentru că nu se angaja materialicește, nici lumea nu făcea din el un mare terapeut, însă era și el bun până s-a descoperit boala. Deci era o schizofrenie simplă, care până în acel moment nu avusese semne vizibile ca să fie expertizat. Medicul lucra la o circă, undeva, însă bunătatea lui ieșită din comun și faptul că acționa nu ca un medic obișnuit ar fi trebuit să dea de gândit măcar familiilor respective.

A doua noțiune mai dificilă este noțiunea prea grosolană pe care o avem despre hebefrenie. Adică gândim că este un clown, că este incoerent, că are o euforie nătângă. Noțiunea de hebefrenie la nivel european se extinde la toate manifestările psihopatoide, la rupturile de familie ale tinerilor, dacă își lasă colegiul și pleacă prin păduri, în războaie de guerila deși nu e om politic și nu știe să tragă cu pușca, dar se duce, deci noțiunea de hebe și la noi am văzut lucruri din acestea, are o semiologie mult mai fină.

În lista gamei majore intră forma paranoidă și parafrenia și defectele vechi paranoiace ale schizofrenului. Se crede că o parte din paranoiaci au trecut foarte ușor prin schizofrenie, considerat la acea vreme un astenic, a avut o întrerupere de studii, etc. și apoi viața lor curge zeci de ani relativ normală, până când intervine conflictul paranoiac. Aici înțelegeți că și parafrenia intră tot în sfera schizofreniei paranoide.

Schizofrenia în dreptul civil. Cele mai multe expertize sunt în civil și se referă la divorț, în care de obicei o primă expertiză, dacă are dosar la spitalul de boli psihice, îl încadrează cu ușurință în acel articol de alienare mintală cronică pe baza diagnosticului de schizofrenie. În ultimii ani s-au

adunat numeroase cazuri în care expertizele se opun divorțului pe acest motiv medical. Aici se ține cont astăzi de scala de remisiune. Dacă un bolnav este în B., adică are serviciu, este apreciat pe anume planuri și nu se înțelege în familie, are dreptul să facă un divorț obișnuit, deci cu bani mulți, avocați buni, pentru că după cum bănuieți, celălalt partener introduce divorț și nu schizofrenul. O a doua problemă aici este – cine ia copiii? În cazul schizofrenelor, când se găsesc în remisiune – recădere C., copiii se dau tatălui și când se găsesc în B., sunt lăsați la mamă. Se urmărește ca acei copii să fie crescuți de fapt de mama pacientei, adică de bunica lor. S-a observat că separarea mamelor schizofrene de copiii lor duce la incidente destul de grave. Trebuie să se țină cont nu atât de abstracțiunile noastre ci să se ia în considerare afecțiunea reală și legătura reală a unei mame cu copilul ei. Peste asta nu se poate trece ușor. Poate că procesul de disociere nu a ajuns așa departe încât această mamă să fie periculoasă pentru copiii ei. Dacă are compulsia de a ucide este una și dacă nu o are se vede concret de la caz la caz în aprecierea în civil.

Următoarea problemă este căsătoria; și cu noi și fără noi este o realitate că schizofrenii se căsătoresc, schizofrenele sunt căsătorite, etc. Dreptul la căsătorie a schizofrenului ține tot de stadiul de remisiune. În stadiul B opinăm pentru căsătorie. S-a observat că aceste căsătorii, prin nu știu ce minune naturală, se produc între oameni cu defect. Adică nu știu cum, schizofrenul găsește să se căsătorească cu cineva tot cu anumite defecte, așa că în proces nu lăsăm să apese toată greutatea numai pe schizofren. Marea problemă după căsătorie este problema tutelei unuia din membri, adică schizofrenul trece în stadiul C, se pensionează și el face ce vrea cu banii lui, nu-i mai dă în casa și nevasta cu copiii nu au din ce să trăiască, deci se pune problema tutelei.

Tutela se acceptă doar provizoriu de către celălalt partener, cu condiția ca el să nu fie bolnav mintal; a doua condiție este ca tutela să fie revizuită anual de către sfatul popular. Tutela se justifică și se reverifică, pentru că bolnavii tutelați știu de cine a fost făcută expertiza și dacă nu reglăm bine aceste lucruri o să ne încurcăm cu aceste tutele, adică pot apare reclamații.

Mai trebuie vorbit de capacitatea de muncă a schizofrenului, căci în evaluare, schizofrenii paranoizi care cer posturile anterioare (sunt doctori care vor să-și reia funcția anterioară, pe baza diplomei pot să te dea în judecată) – se tinde către locul de muncă cu răspundere minimă, cu implicare în relații sociale minime – pentru doctori, cimitirul elefanților este laboratorul.

Se mai pune problema accidentelor. Se întâmplă des ca cei care au produs accidentul să nu dorească să plătească daune pe motiv că X e schizofren, dar trebuie văzut în ce stadiu era X în momentul în care s-a produs accidentul, deci se ajunge din nou la scala de remisiune-recădere.

Terapeutică generală

În istoria umanității, nebunia a însoțit ca un zgomot de fond activitatea socială. Comunitatea și medicina au reacționat cu mijloacele posibile la momentul respectiv. Multe secole s-a folosit forța ca și unele licori vegetale cu proprietăți sedative (cum ar fi tinctura de opiu, scopolamina) și, de aproximativ o sută de ani, barbituricele.

Psihiatria actuală este de dată recentă, adică a apărut odată cu lumea modernă, după Revoluția franceză de la 1789, care a marcat o mutație în atitudinea societății față de bolnavul mintal. S-a admis că bolnavul mintal este în primul rând un om și nu un înderăcit cum îl vedea Evul mediu. Pinel a avut curajul să-l elibereze din lanțuri și astfel a apărut psihiatria modernă propriu-zisă, cu secolul XIX ca secol al diagnosticului pozitiv, al clasificărilor și azilurilor separatoare de societatea normală și secolul XX – secolul marilor descoperiri terapeutice, care îndrăznește să ducă mai departe gestul lui Pinel și să resocializeze bolnavul mintal. Didactic vorbind, terapia psihiatrică dispune (și folosește în același timp la fiecare caz) un grup de metode psihoterapeutice pe care le moștenește de milenii dar care se dovedeau în majoritatea cazurilor ineficace în fața violenței brutale a bolnavului psihic și un al doilea grup de metode somatoterapeutice, pe care le-a adus secolul XX și care au permis o sedare reală, biologică, a cazului, care fac posibile și readuc în actualitate psihoterapiile.

Prin urmare, psihiatrul contemporan își bazează practica pe o știință diagnostică, ca o condiție fundamentală a orientării tratamentului. Deci gestul de a prescrie și a aplica un tratament este secundar unei cunoașteri diagnostice complete a bolnavului mintal. El nu poate fi un gest simplist, impulsiv, ordonator, pentru că adesea fără o legătură psihoterapeutică și diagnostică prealabilă, bolnavul se opune tratamentului și-l înțelege greșit.

Principiile terapeutice în psihiatrie sunt pe de o parte de ordin general, adică aplicare individualizată, nedogmatizată; pe de altă parte sunt și principii specifice, care sunt necaracteristice celorlalte ramuri medicale și care rezultă din obiectul psihiatriei.

Orice acțiune complexă trebuie să presupună obiective fezabile, mijloace disponibile, echipă de efectuare, controlul, adică subordonarea acestei echipe în toate etapele. Terapeutică psihiatrică se desfășoară deci după un plan. Planul strategic presupune profilaxie și tratament curativ. Planul tactic presupune tratamentul individual. Obiectivele terapeutice au ca obiectiv major socializarea și în plan curativ resocializarea.

În mod limitat, obiectivele practice sunt: rezolvarea urgențelor – noțiune ambiguă, prin tratarea simptomelor „țintă”. Dar în psihiatrie nu se poate ieși din impas decât prin refaceri mult mai serioase.

Profilaxia bolilor mintale este de trei feluri: primară, secundară și terțiară.

Profilaxia primară este un program de sănătate mintală pentru populația normală, care nu este bolnavă, în vederea scăderii incidenței bolilor psihice. Din acest punct de vedere anumite boli mintale încă nu pot fi prevenite, de exemplu cifra de 1% schizofrenie în populație. Dar chiar bolile endogene, cu ereditate genetică, pot beneficia de un plan de eugenie științifică, nepolitică. De pildă sfatul eugenic dat schizofrenului de „a nu face copii”, oligofrenilor cu transmitere sigură, se încadrează în ceea ce v-am spus. Pe lângă acestea, adică planul eugenic sau sfatul genetic, punctele de atac pentru profilaxie nu se pot fixa deocamdată, dat fiind forțele noastre reduse decât la marile colectivități, deci noi nu putem da niște sfaturi decât în aceste situații, adică colectivele școlare, armata.

Dacă totuși bolile mintale nu pot fi prevenite, se produce ceea ce se numește profilaxia secundară; este totalitatea mijloacelor curative care se opun cronicizării bolnavului mintal. Dacă totuși această cronicizare se produce și ea se produce în majoritatea cazurilor cu toată profilaxia secundară, urmează ceea ce se cheamă profilaxia terțiară, adică încercări de resocializare a acestor bolnavi cronici. Dacă aceste cronicizări ar fi lăsate să evolueze spontan, ele ar merge către unități exterioare, depozite tragice ale existenței omenești.

De ce mijloace dispunem? Dispunem de mijloace instituționale, în care intră sistemul terapeutic – spital, staționar, LSM, policlinică, circă sanitară, mijloacele terapeutice propriu zise, care sunt biologice, psihologice, sociologice și spirituale.

Conducerea. Echipa de psihiatrie actuală este teritorială, acoperă tot sistemul instituțional prin rotație. Este condusă de un psihiatru, mai poate avea un număr de alți psihiatri și mai cuprinde psihologul, sociologul, juristul, cadrele medii, între care și asistenta socială, instructori de ergoterapie.

Principiul pentru echipă este convergență și solidaritate în toate etapele. Boala echipei este fragmentarea sistemului, în care fiecare segment lucrează independent, ceea ce înseamnă că sistemul de fapt nu există, ci doar un sistem de mișcare al hârtiilor, care circulă cu greutate între două puncte. Noi vorbim cum trebuie să fie și nu cum este. Controlul este obligator, cel puțin în primii ani, până când sistemul începe să se automatizeze și să funcționeze.

După prima revoluție, cea a lui Pinel, prin care s-a trecut de la netratarea sau maltratarea bolnavilor, la un tratament moral, a urmat cea săvârșită de Freud, prin descoperirea noțiunii de inconștient, deci a creat obiectul

științific al psihiatriei – modificarea inconștientului. A treia revoluție a fost descoperirea mijloacelor biologice de modificare a comportamentului: insulina (1927), terapia electroconvulsivantă (1938) și psihotropicele (1952).

În cadrul somatoterapiilor intră procedeele balneo – fizio – terapeutice, climatoterapia, care sunt de importanță subsidiară, apoi malarioterapia, insulinoterapia și terapia electroconvulsivantă (TEC), care sunt mai puțin folosite. Primul plan este ocupat de medicamente (chimioterapie), adică de psihofarmacologie, care a căpătat o importanță atât de mare, după unii excesivă, încât se identifică cu psihiatria și cu psihiatrul contemporan.

1. Psihoterapii

A doua grupă de procedee în cadrul resocializării. Față de primul grup care se referă la niște mijloace fizico-chimice, psihoterapia (PT) se bazează pe puterea de influență a psihicului față de psihic – adică medicul psihoterapeut față de pacient.

Unele dintre metodele de astăzi sunt foarte vechi, adică puterea de a influența prin cuvânt un alt om este o practică imemorială, este magică, folosită din preistorie. Adevăratele metode psihoterapeutice au devenit eficiente și controlabile abia după introducerea medicației și a procedeelelor discutate anterior.

Pacientul psihic ar fi neinfluențabil prin educație, bun simț, cuvânt. Societatea făcea diferența între tot ce putea fi influențat prin educație și rămânea în cadrul social și restul, care era socotit antisocial, periculos, nebun, cu probleme deosebite. Situația s-a schimbat și anume mijloacele din primul grup (terapia biologică) permit să se vorbească azi de psihoterapie în sens real la bolnavul mintal. În psihiatrie majoritatea bolnavilor gravi nu recunosc că ar avea ceva și se sustrag de la tratamentul psihoterapeutic. Prin medicație, bolnavii devin accesibili, deoarece setrecesc peste baraj și poate să coopereze; psihoterapia pentru nevrotici este posibilă deoarece aceștia au o conștiință acută a bolii lor și cer ajutor la medic dar la restul bolnavilor psihici este nevoie de o psihoterapie armată de tratamentul biologic.

Psihoterapia este neomogenă ca concepție și metode; este o lume, o lume pe care trebuie să o delimităm. Există părerea greșită a celor din afara specialității că psihoterapia nici nu ar avea frontiere, că ea ar aparține medicinei în general și ca orice act medical în general este un act psihoterapeutic. Nu orice act medical este psihoterapeutic, unele pot produce chiar iatrogenii. Psihoterapia implică din partea medicului o formație psihologică, o conștiință și un control al cuvântului față de pacient, deci o intenție de influențare.

Care poate fi esența psihoterapiei? Este vorba de o relație dintre medic și pacient, care este o relație privilegiată. În timp ce medicul în afara profesiei este împins, ignorat ca orice om din tramvai sau din alta parte, în cadrul profesiei capătă un rol deosebit, în care societatea înglobează ca simbol o putere deosebită, magică. Bazele psihoterapiei țin de natura omului și nu aparțin științelor exacte și măsurabile.

Dacă psihoterapia are un rol privilegiat și nu este o știință în sens riguros, ce este ea? Nu ne rămâne să spunem decât că este o artă de a influența oamenii, cu mențiunea că această definiție este vagă, deoarece puterea de a influența oamenii aparține și politicianului și omului de religie, arta și educatorului. Deci mai departe ce este psihoterapia dacă nu este știință și nici artă? Ea reprezintă o colecție de metode care se justifică empiric, pragmatic, dar au o eficacitate.

Filosofia justificativă, adică ideologia metodelor, trebuie să fie întotdeauna secundară, adică indusă din practică și din rezultate. De aceea în lume catalogul metodelor nu este cunoscut și de aceea în lume oamenii în afara medicilor, de diverse profesii, exercită o influență și o psihoterapie; de aceea în lume există credința în miracol.

Se vorbește de anumite calități ale psihoterapeutului. Care sunt acestea? În afara cunoștințelor psihologice, psihoterapeutul trebuie să fie înzestrat cu o calitate sufletească, să aibă o bunătate, o generozitate de a influența lumea în bine. Această calitate pune problema sănătății psihice a psihiatrului, a echilibrului și a stabilității psihice a lui. Deci un psihiatru pentru a putea aplica aceste procedee, trebuie să se apropie de un ideal de psihiatru cu un statut moral bine precizat, altfel toate procedeele de care vom vorbi se vor întoarce împotriva lui și va fi acuzat că a profitat de profesia sa.

Psihiatru trebuie să aibă o moștenire culturală, umanistă foarte vastă. El trebuie să aibă spirit critic, o seriozitate și o reținere, să nu fie gălăgios cu metodele și să păstreze cu discreție anumite taine ale oamenilor și să le influențeze. Dat fiind că psihoterapia a dus și la accidente mortale, se mai atrage atenția psihiatrilor asupra limitelor de intervenție; să nu depășească competența lor profesională. Nu de pomană Freud a fost atât de sever când a spus că nu trebuie să spui nici un cuvânt, desigur că lucrurile s-au modificat și noi avem de spus foarte multe cuvinte, dar atenție ce spunem și până unde putem să ne băgăm.

Relația poate fi verbală sau nonverbală – este vorba de relația medic-pacient; cea mai importantă este relația verbală, dar nu trebuie să o neglijăm și pe cea nonverbală. Se știe că atât expresia verbală cât și lipsa ei semnifică pentru bolnav o atitudine de ajutor sau neajutor, de investigare sau neinvestigare, de încurajare sau de neîncurajare.

Calitatea din care derivă o bună terapie este și răbdarea psihiatrului; oamenii sunt nerăbdători, nervoși, plictisiți; și odată cu vârsta toți ajungem așa și scade puterea de influență. Chiar marii psihoterapeuți către bătrânețe își iau asistenți și predau cazurile; dau numai indicații. Nu mai au răbdarea de a asculta. Din asta derivă că un psihoterapeut nu poate fi ca un psihiatru, nerăbdător, care pune multe întrebări. Un psihiatru trebuie să știe ce întrebări să pună, dar acestea nu trebuie să vină în ploaie – una după alta; bolnavul nu mai poate să se concentreze la întrebări, la câte i se pun. Deci în nici un caz un act psihoterapeutic nu se poate desfășura ca un examen psihiatric. Pacientul trebuie să beneficieze de psihoterapie, și aparținătorii, și nu psihiatrul; deci psihoterapia nu se face cu prim scop de cercetare și investigație; atunci ar fi poliție, anchetă, etc. Dacă bolnavul ar simți așa ceva, că tu ai de completat niște formulare sau te interesează ceva din sufletul omenesc – asta nu îl interesează pe bolnav și el simte limita până la care ești dispus să-l ajuți și care este curiozitatea ta depășită în a afla cine știe ce detalii. Țineți cont de acest lucru.

În acest capitol se face o prezentare eclectică. Care ar fi o listă a procedeelelor?

1. *psihoterapii raționale:*

- discuția individuală
- sfătuirea
- terapia comportamentală
- procedee de relaxare
- sugestia
- hipnoza

2. psihoterapii catartice

3. psihoterapii analitice

4. psihoterapii de grup

Lumea afectivă a omului este doar parțial conștientă. Această descoperire că o parte din om nu este cunoscută de el însuși devine un domeniu de cercetare și dezvăluire a acestei laturi de inconștient a omului prin procedee de psihoterapie, fiindcă prin dezvăluire ele pot fi modificate. Deci sensul psihoterapiei este rațional, de a conștientiza inconștiența înconjurătoare și proprie. Este o diferență din acest punct de vedere între ideologie și psihoterapie, în sensul că ideologia postulează un om nativ rațional, cu o afectivitate controlată după formula – „dta ești un cetățean onorabil, conștient, trebuie să înțelegi“. Această formulă nu ține cont că acel cetățean onorabil, chiar atunci are altceva în cap și poate mai mult decât știe de a fi onorabil.

Pe ce idei se bazează cunoașterea afectivității actuale? Trebuie amintit că existența de la naștere la moarte are ca osie experiența instinctivității. La om, fie cu educație, fie fără, comportamentul are un sens și anume de a fugi de durere și a căuta plăcere. Din acest punct de vedere seamănă cu animalul-este partea animală a omului.

Ca să înțelegem cât s-a complicat la adult cu această căutare de plăcere, pentru că cu cât e mai matur, nu i se mai vede în ochi plăcerea și cu cât e mai copil îi simți intenția mai exact – deci această sinceritate genuină a omului este foarte complicată, până la o ipocrizie complexă. Ca să putem descifra la adult aceste lucruri, vom căuta să dezvăluim la acest om, să ținem cont de primele experiențe ale plăcerii fiecărui om. Aceste prime experiențe nu sunt pierdute, se află în fiecare dintre noi; ele pot fi recapitulate nu în stare de conștiință totală, ci în beție sau boală. Atunci s-ar vedea mai bine cine am fost noi și cine suntem în fond în realitate. Este vorba de o intimitate ascunsă a afectivității, pe care rareori și-o știu partenerii, nu și-o spun dar se cunosc în intimitate și știu că între conduita rece, conștientă și această intimitate sunt discrepante, uneori foarte serioase.

Prima experiență a fiecărui om este a obiectului. Omul este în fond un subiect care este total inconștient și prima lui descifrare este a unui obiect și primul ca descoperire și din păcate rămâne ca valoare pe viață este propriul corp. Deci privilegiul permanenței unei valori a omului este propriul corp. Nu toți oamenii își dau seama ce ar însemna să-și piardă ceva din caracter; dar nimeni nu suportă să i se ia o bucată din corp. Un om normal ține la propriul corp.

Din acest prim obiect la care omul nu rămâne fiindcă ar fi un narcisic, intervin și alte obiecte diferențiate care nu mai au valoarea corpului; nu mai sunt permanente. Sunt periodice. După propriul corp, al doilea și care ne face mereu să lăcrimăm este mama – rămâne și el permanent pe viață. Deci al doilea privilegiu afectiv în viața unui om este mama. De la acest „totem” al mamei există interzicerea de a o insulta, de a o neglija, lovi, omorî – este o rădăcina a educației această legătură cu mama.

Prin așa-numitul complex Oedip, legătura bilaterală copil – mamă se transformă într-un triunghi: copil – mamă – tată. Deci iată cum omul se iubește pe sine (autoerotism) și începe de timpuriu să adauge la acest autoerotism un heteroerotism, la început mama, care rămâne de bază, apoi pe tatăl și restul familiei într-o anumită ierarhie și cu anumite complicații. Rămâne ca după pubertate să adauge pe altcineva de alt sex, cu care va duce mai departe o operă destul de complicată de perpetuare a speciei în condiții sociale precise. Sarcina aceasta afectivă pe care v-am schițat-o poate fi malformată la mai mulți oameni. Pentru a înțelege această aventură complicată și dificilă,

conștientă și mai ales inconștientă, Freud a postulat un aparat psihic, în care a descris o topică, acolo circulă afectivitatea și anume:

- *Id*, inconștient – rezervorul afectiv natural, biologic
- *Superego*, ceea ce se cristalizează conștient și inconștient din acest *Id* și din conștiința socială a epocii
- *Ego*, stăpân al celor două și care le aduce la nivelul realității.

Cum circulă energia afectivă (sau libido-ul sau instinctul vieții) în aceste trei instanțe? Stă în fiecare om în aceeași cantitate? Nu. La același om, în toate momentele vieții lui, în aceeași proporție? Nu. Mișcarea afectivă e permanentă, există un fond care este mereu deplasat și investit în diverse obiecte de la naștere și până la moarte. Psihoterapia este cea care găsește o anumită structură a acestor deplasări și încearcă prin acțiunile ei să facă o mișcare în această repartitie; mai exact, să repartizeze altfel jocurile între *Id* și *Superego*, de pe o parte și *Ego*, pe de altă parte.

Omul stă pe un conflict afectiv, cu propriile lui instanțe și normalitatea de care am vorbit și-o păstrează făcând un compromis cu aceste instanțe. Dacă și-o pierde, refacerea nu poate fi decât prin psihoterapie care aduce în prim plan această dezordine și o reordonează; aici stă tot secretul psihoterapiei.

Lupta *Egoului* cu aceste instanțe inconștiente se cheamă apărarea eului (defence mechanisms – mecanisme de apărare), deci suntem asaltați; bolnavul psihic dovedește mult mai mult decât normalul că este asaltat, având un psihic slab. Eul lui este slab și asaltat de o mulțime de forțe afective.

Anna Freud și-a pus o întrebare fundamentală – de ce eul trebuie să-și facă o apărare? În primul rând din cauza unor cerințe morale, în care trăiește omul, în *superegoul* fiecăruia este cerința de a modera *Id*-ul. În al doilea rând, frica – dacă nu ne apărăm de această afectivitate inconștientă, de cerințele ei, am putea fi pedepsiți – în sensul infantil este o frică de castrare, dar în sensul adult este angoasa. În al treilea rând apărarea este necesară fiindcă în anumite momente ale existenței, la pubertate, în ecloziunea psihotică – cerințele inconștiente sunt excesiv de mari. Ultima obligație față de care *egoul* trebuie să se apere este că subiectul nu este primit și apreciat în cercul adulților și al schimbului decât dacă dovedește o supunere la principiul realității înconjurătoare și o armonie în legătură cu aceasta. Dacă vrea să rămână un imaginar, îl privește; lumea îl va arăta cu degetul; îl privește din nou.

Apărările eului

Sunt de două feluri: unele sunt reușite – pun la punct bine pulsionile; altele sunt nereușite, în ele intră simptomele nevrotice sau psihotice.

Proiecția -este atribuirea inconștientă a unei trăiri proprii ca intenție răufăcătoare a celuilalt. Așa apar ideile de persecuție, de manipulare exterioară, de ură.

Sublimarea – când sexul este transformat în poezie, muzică, etc. ești un om salvat; deci nu-l exhibi, vinzi, etc. Poate exista sublimare prin exercitarea unor profesii, medicină, psihiatrie, altele. Important este de a transforma presiunea sexuală în valori sociale comunicabile. Asta este adevărata sublimare. Un exemplu de sublimare inferioară celei de mai sus este prin sport.

Refulare – mecanismul de refulare este socotit pentru toți ca cel mai important mecanism comun al normalului și al bolnavului mintal, adică reprimarea cerințelor Id-ului, mai ales a libido-ului, a sexului.

Formarea reacțională se cheamă acea alcătuire afectivă care se opune refulării și risipirii de energie și se exprimă prin ceea ce fiecare om spune: „eu când văd una frumoasă, întorc capul“.

Anulare retroactivă este atunci când se încearcă anularea a ceva înfăptuit.

Izolarea afectivă – omul se trezește că anumite părți ale afectivității lui sunt izolate. Un impotent va declara – îmi place de cutare, cu ea merge, cu nevasta nu merge.

Regresiune; omul se simte mai bine dacă se comportă într-un fel pregenital; se simt mai bine dacă se copilăresc. Nu înseamnă că nu le e gândul tot la bani, dar totuși singura lor fericire este acest mod de a se giugiuli. Acest fapt cere o anumită constituție ca să îl faci în public, în salon. De fapt, boala mintală este o regresiune la nivel nevrotic sau psihotic. Regresiunea e facilă și trecătoare în isterie, și durabilă și uneori ireversibilă în schizofrenie.

Fixarea la obiecte imature – este aproape de regresiune, un adult nu se poate fixa decât patologic la hrană, la băutură. Ultima noutate este că fumatul este o fixare orală, pregenitală.

Dependența prea mare de mediu – nevoia prea mare de simpatia sau antipatia celorlalți. Este tot o fixare. Ar trebui ca matur fiind, să nu te doară prea mult; când intri tu într-un grup unde este creată deja o anumită atmosferă, nu poți tu să fii vioara întâi. Această perioadă de adaptare la noua situație/societate care te ignoră, nu trebuie să te deranjeze prea mult dacă ești matur.

Negarea– negarea unui simptom sau a bolii.

Identificarea– fenomenul de contagiune mintală prin ea. Se întâlnește în isterie sau în paranoie.

Conversiunea – transpunerea conflictului din plan psihologic în plan somatic este principalul mecanism al isteriei.

Răsturnarea pulsională; sunt unii oameni foarte agresivi, care te uimesc ce curtenitori sunt în anumite împrejurări și nu le stă bine și știi că ei nu sunt așa. Alte răsturnări: sadismul în masochist, voyeurismul în exhibiționist. Fiecare oraș mare are necunoscuții lui, care apar cu această răsturnare pulsională și fac pe oamenii dreptății, și toți știu cine sunt și care este dreptatea lor. Anumite sacrificii paradoxale în anumite situații. Atitudinea paradoxală a eroului – sunt fricoși, dar prin anumite situații trec ca primii care fac un sacrificiu, prin mecanism de răsturnare pulsională.

Toate aceste apărări ale eului față de asediul permanent al inconștientului și conștientului nu sunt în cantități egale în fiecare om. Unele sunt dezvoltate, altele nu s-au dezvoltat și se vorbește de blocaje ale acestor mecanisme.

Sunt două feluri de blocaje în patologie – rigidizarea, adică răceala afectivă; ca să nu mai greșescă, o iau încet, nu ne mai amestecăm în nimic – adică rigidizare. Labilitatea afectivă (instabilitatea afectivă) – se amestecă în toate.

Psihoterapia individuală

Discuția individuală. Nu este o psihanaliză mascată ci primul procedeu pe care îl facem acum. Orice consultație medicală presupune o discuție. A fost socotită cheia de boltă fiindcă cu ea se produce contactul uman. Discuția nu atinge profunzimi, nu este psihanalitică; ea este superficială, uneori nici nu înseamnă comunicare. Nu face acel contact uman cu pretenție psihoterapeutică.

Metoda de fond este conversația cu psihiatrul. Se cheamă metoda rațională și din acest atribut derivă și anumite caracteristici adică cea de egalitate a celui internat cu medicul. Tonul fundamental cu care se duce dialogul trebuie să evite un caracter prea parental, prea autoritar, expresiile categorice. Acestea nu permit fluxul afectiv între doi oameni. Discuția trebuie să se refere la ceea ce îi lipsește acestui pacient, ce ar trebui făcut ca să se echilibreze. Avem practica vieții de grup. După practica ședinței este și practica individuală a discuției – se analizează obiectivele acestui pacient, se vede dacă sunt realiste și omul este sfătuit ce ar trebui să facă pentru a fi în echilibru și omul își poate lega nefericirea de obiective nepotrivite pentru vârstă, profesia, poziția socială. Dacă este un debil mintal, el vrea să se facă doctor, dar i se spune să termine mai întâi liceul – prin aceasta i se pune o frână, o amânare – nu i se spune că este prost, fiindcă ar putea să facă un act necugetat.

Scena de antipsihoterapie este anticamera sau camera de operații. Chirurgii sunt dezinhibați – într-o discuție psihoterapeutică trebuie păstrată lateralitatea. Nu a ținti. Omul nici nu știe că tu țintești. Prima parte este

făcută de legist cu lucruri neutre. Nu va spune – și cum a fost cu crima aceea. Chiar și așa lăsând lucrurile la urmă și nu ne apropiem de fapt și va fi nevoie și de adresări directe. Poate așa se intră în anchetă, la stilul – nu te preface, fiindcăștim că l-ai omorât, spune repede.

În psihoterapia acestei conversații individuale stă bunul simț pe care se presupune că medicul îl are; se pune în postura unui om obișnuit, pacienții nu iubesc savanții. Psihiatrul nu este inchizitor, nu are nici o curiozitate bolnavă. Să nu coboare în vulgaritate dar nici să fie prea elevați. Psihoterapia beneficiază de moștenirea unei influențe interumane unde pacientul întrezărește un transfer afectiv și în aceasta stă un factor cultural-istoric dar irațional, în sensul că stă o funcție magică, omul are nevoie de un alt om mai puternic, dar nu fizic, ci psihic; se înțelege că psihiatrul nu poate spune – sunt mai nenorocit decât dta.

Nu a scris nimeni până acum despre un ritual de psihoterapie, dar aceasta din cauza diferenței dintre psihiatri ca ritual folosit. Este și o chestiune de demnitate și să arăți că conții ceva, că știi că un om poate fi ajutat. Dacă cel care vine nu crede în aceasta, psihoterapia este nulă.

Discuția cu psihiatrul nu este ușoară fiindcă funcționează prejudecata că psihiatrul caută nebunii, deci să fii atent dacă vorbești cu un psihiatru. Dacă într-un grup spui că ești psihiatru, toți devin rezervați și vorbesc mai puțin. Căci se poate interpreta. Rezerva la discuție se cheamă rezistență. Din acest punct de vedere fiecare are un grad de rezistență – când este scăzută, se merge către polul credulității, dacă este crescută, se merge către polul suspiciunii și al neîncrederii, disimulării, ascunderii suferinței. Acest lucru este remarcat de psihiatru din prima discuție – în ochii celuilalt el vede dacă are de a face cu un om permisiv sau dacă are de a face cu un om suspicios. Acesta chiar poate replica – dar nu sunt obligat să ți-o spun eu dtale – și cu asta porțile s-au închis. Dar dacă ele s-au deschis, este ceea ce psihanaliza definește ca transfer pozitiv. Este de fapt un catharsis – termen din tragedia greacă – o descărcare afectivă, în care pacientul în mod inconștient regresează la nivelul de copil față de tatăl sau mama lui – în funcție de faptul că terapeutul este femeie sau bărbat – deci față de părinți. Acest catharsis se produce într-o stare de regresivitate și trebuie să înțelegem că psihoterapia nu se poate face între niște egali hiperrazionali, adică o conversație și dta ești o conștiință înaltă. Se face numai în baza unui transfer.

Ce conține el? Mulți cred că spun la psihiatru un secret și acesta va profita desigur într-un fel de el, dar se înțelege că este un secret profesional desăvârșit și nu este nevoie să spui din prima ședință psihiatrului cum ți-ai înșelat soția – nu asta face psihiatrul. Dar ce află în fond psihiatrul de la cel ce conversează (problema care în fond îi preocupă pe toți)? Este un privilegiu pe care poate bolnavul îl are prima dată în viață, să-și descarce

sufletul. Minciuna poate să funcționeze în viața lui de multă vreme și el chiar din copilărie poate să fi trăit în minciună. Când începe să se „descarce”, se poate vedea o satisfacție a subiectului respectiv, o trăire profundă; nu este vorba de statutul social, că este medic, căsătorit, cu copii și când ai putea spune că nu ar trebui să mai vrea nimic – „ai de toate”. Este ceea ce psihanaliza a descris ca un rest de imaturitate, este o nevoie afectivă mare, o dependență pe care omul rațional nu o înțelege. Poate fi o acumulare de decepții care să constituie până la urmă un fond nevrotic. Descărcările îl pot întări pe om. S-a observat că dacă ești foarte emoționat și plângi, după aceea ești ușurat. Se întâmplă după înmormântări și lucruri șocante.

Medicul are în urma acestui transfer un contratransfer. Termenul este tot din psihanaliză – adică medicul să aibă sincer o compasiune, deci să existe un contratransfer pozitiv, sau să-și zică – *aoleo, cum scap de ăsta?* – și deci să aibă un contratransfer negativ. Să nu suporte. Tu să crezi că trebuie să spui tot și să spui, dar ți-ai pus problema dacă celălalt în acele momente poate să suporte, se potrivește cu sufletul lui din toate punctele de vedere deci să facă un contratransfer negativ. Acești factori pe care i-am spus până aici pot rupe de fapt psihoterapia.

Înțelegerea înseamnă mai mult decât explicarea cu voce tare – asta nu se face, nu cred, nu-mi spune mie. Este total contraindicat. Compasiune, adică nu poți să spui – *ei, da, ți-a plăcut, acum plătești*. Nu poți spune asta fiindcă este poate în prag de suicid; a venit să-l ajuti și te-ai găsit tu. Problema compasiunii face parte din ingredientul de discuții al nostru.

Evitarea unor tabuuri este necesară. De asemenea, facerea unor promisiuni. Prudență la problemele sexuale. Nu vă faceți mari sexologi și mari practicieni. În materie de probleme sexuale subiectul trebuie să le rezolve singur, îi este destul de greu.

Capacitatea limitată de a înțelege al oamenilor și marele potențial iatrogen – de pildă, te uiți într-o hemogramă și spui „hm...”. Un hipochondru va putea crede că tratamentul pe care îl face îi poate dăuna sângelui. Idem cu o pată care a apărut, etc.

Trebuie ca bolnavul să-și aleagă tema de discuție. Acest lucru este semnificativ simptomatic. Nu trebuie să spuneți ce tehnici faceți și cât vor dura. Aceasta pentru că tehnicile poate fi nevoie să fie modificate ca timp, durată, program, etc. și nu trebuie să fiți rigizi. Anunțați posibilitatea aplicării și a altor tehnici. Anunțați de exemplu că – poate te chem și la grup. Dacă pacientul știe că este într-un grupaj de tehnici, așteaptă și nu renunță.

Explorați fără insistență și dacă bolnavul nu vrea să meargă mai departe în subiectul respectiv, nu insistați. S-a precizat că în discuție nu suntem nici judecători și nici arbitri și nu admitem ca părțile să-și dezvolte conflictul. Sunt

mame care vin cu copiii și fac scene acolo dar nu sunt psihoterapice. *“Doamnă, nu aici, nu acum...”* și bătaia va urma în actul doi, acasă.

Efectul discuției stă în comunicarea sinceră cu el, o francheță a psihoterapeutului. Psihoterapeutul rămâne cu o franchețe deși uneori ești un diavol bine ascuns și multe îți rămân în cap.

Tot ce v-am spus până aici poate să fie introducerea la orice tehnică, să se rămână aici sau să fie începutul oricărei tehnici.

Sfătuirea (counseling)

Urmează unei discuții. Am lăsat să vorbească 1/2 oră și apoi sfătuim. Aceasta nu are pretenția că elucidează personalitatea, structura unui om. Se referă la situații accidentale – normalii care au trecut prin accidente psihogene și patologice și care au tulburări de adaptare emoțională – au pierdut pe cineva, nu mai știu cum să continue profesia, s-a produs un conflict cu cineva dintr-o ierarhie oarecare și acum se tem de consecințe.

Sunt două feluri de sfaturi – directă (se dau directive, încurajăm direct – fii tare, te duci și îi dai două palme...). Aceste sfaturi le dai dacă ai o autoritate cunoscută ca psihiatru. *„Întâi facultate și apoi căsătoria”*. Sfătuirea directă este limitată și tinde să înlăture atitudinile evident pesimiste ale unui bolnav – *„du-te și ai să reușești, și eu am trecut prin asta”*. Sfătuirea directă atrage atenția asupra unei atitudini pasionale exagerate *„fii moderat, nu merită să o regreti, ia-o mai încet”*. Nevoia de a încuraja e importantă în panică, depresiune. Este cea mai utilă și rapidă.

Sfătuirea indirectă (nondirectivă – Rogers – „Client-centered Therapy”). Este o doctrină care apare în anii 30. Sunt cinci postulate – Rogers le-a teoretizat.

1. Fiecare om are o tendință naturală către însănătoșire și dezvoltare normală.
2. Psihoterapia are ca sarcină să dezvolte aceste condiții proprii pentru desfășurarea procesului natural de refacere.
3. Diagnosticul contează mai puțin; indiferent de diagnostic, trebuie folosită metoda indirectă.
4. Psihoterapia nondirectivă ține cont mai mult de aspectele afective, sentimentale și de forța instinctivă de actualizare decât de aspectele cognitive.
5. Boala psihică se produce din cauza unor contradicții care amenință sistemul propriu de valori.

Psihoterapia creează un sistem de valori neamenințător, în armonie cu tabla de valori în care trăiește subiectul.

Tehnica lui Rogers: crearea unui climat care să depărteze toate amenințările bolnavului. După aceasta, bolnavul poate să-și dea seama de propriile probleme și să-și organizeze ego-ul sau. În această atmosferă bolnavul trebuie să se simtă că trebuie să facă o schimbare. Sfătuitorul să îndeplinească 3 calități: să aibă genuitate, să aibă candoare. Să aibă o privire pozitivă necondiționată (să fie un optimist). Să aibă o empatie curată.

Rogers spune că nu este necesară interpretarea ca la Freud ci este necesară discutarea problemelor prezente ale „clientului”. Discutăm problemele reale fără a ne interesa legăturile afective profunde, cum se cere în psihanaliza între pacient și medic. Vrea să-l ajut și repede.

Mecanismele prin care se obține efectul pozitiv – s-au făcut cercetări riguroase în care terapeutul vorbește o treime, bolnavul 2/3. Bolnavul reflectă la propriile sentimente. Rezultatul favorabil arată scăderea diferenței între self-ul actual și self-ul ideal al clientului.

Rezultatele bune se datorează unui număr mare de ședințe, unei legături pozitive cu bolnavul și unui respect reciproc. Distanța și apropierea nu se pot da prin rețetă dar respectul este amestecul celor două.

Este una din cele mai răspândite psihoterapii și mai controlate. Rogers are adepți mulți. Procedeele au trecut și la grupele Balint adică răspândirea psihoterapiei la generalști.

Metoda Rogers este împotriva metodei noastre naturale de a discuta „pe șleau” și de a interveni grosolan și brutal fără să cunoaștem treaba. Înterapia Rogers se menține clasică ținută a medicului și relația ierarhică și omenească foarte frumoasă-medic-pacient.

Psihoterapia comportamentală

“Orice învăț are și dezvăț”. Este un grup de metode psihologice dirijate către simptom și nu către personalitate și care pornesc de la ideea că simptomul este o învățare greșită. Trebuie aplicat un procedeu de dezvățare. Terapia comportamentală concurează serios psihanaliza și are indicații, chiar monopol. Terapia comportamentală este legată de numele lui Wolpe.

Are avantajul că este un tratament scurt făcut după metode medicale. Este evaluabil cantitativ. Sunt trei metode:

1. desensibilizare sistematică
2. terapia prin aversiune
3. condiționarea operantă

Desensibilizarea sistematică (inhibiție reciprocă). Bolnavul este pus în condiții de liniște, calm și este invitat să se relaxeze. Acum relaxarea inhibă reciproc anxietatea. Pe acest fond se construiește o ierarhie din stimulii negativi ai bolnavului în ordine ierarhică, de la cei mai puțin anxiogeni la

cei mai anxiogeni. Se indică în fobia de animale, întuneric, tunet, suferințe psihosomatice precise (sufocări astmatice), impotența erectilă, ejaculare precoce, impotența de a ejacula, frigiditate, homosexualitate.

Terapia prin aversiune se folosește în tulburări de comportament (extincție) și pozitive, de reîntărire – reinforcement (token-economy). Se creează aversiune la anumite droguri, dependențe, fumat sau impulsii patologice, perversiuni (cleptomanie). Se asociază un excitant neplăcut (curent electric) cu imaginea impulsului pervers. Prin repetiție, subiectul face o reacție de neplăcere în condițiile manifestării impulsului patologic și preferă să îl controleze deci să evite situația pentru ca să evite durerea punitivă.

Condiționarea operantă. Derivă din tehnica descrisă mai sus, este de fapt o dezvoltare în trepte a decondiționării.

Mai recent se folosesc procedeele *terapii cognitive*. Se analizează de pildă o stare depresivă și se încearcă un antrenament autosugestiv cu expresii corectoare progresive. Terapia cognitivă este mai mult decât o sumă de tehnici. Strategiile și tehnicile sunt înglobate într-un abord terapeutic ce prevede o intervenție activă din partea terapeutului, e nevoie de colaborarea între terapeut și pacient. Terapia este orientată pe probleme precise, este scurtă și limitată în timp (3-6 luni), este un model educațional ce cuprinde și activități (teme) pentru acasă.

Terapia cognitivă se bazează pe un model cognitiv al tulburărilor afective. Încearcă să producă ameliorări ale dispoziției și comportamentului prin schimbarea cognitivă, adică modificarea trece prin schimbarea a ceea ce gândește persoana despre sine și despre lume. Terapia încearcă să modifice în mod sistematic modalitatea prin care pacientul tratează informația. Beck a descoperit că există o omologie între schemele cognitive inconștiente și gândirea conștientă a depresivilor. Inconștientul nu ar fi dinamic, pulsional, cum e postulat de freudieni, ci este locul unde rezidă scheme depresogene, care vor trata în mod sistematic informația, reținând doar ceea ce confirmă postulatele defetiste. Se analizează temele recurente pentru a modifica afectivitatea și comportamentul. Există o apropiere între terapia cognitivă și pozițiile lui Adler și Hartmann.

Din prima ședință i se explică pe scurt pacientului modelul cognitiv și se descrie desfășurarea tratamentului. Se pune accent pe faptul că succesul terapiei depinde de capacitatea pacientului de a-și examina propriile gânduri. Pentru explicarea unor scheme cognitive se pot desena diagrame, se folosesc exemple pentru a arăta cum evaluează o persoană o situație; de exemplu, cineva care nu a văzut niciodată o plantă otrăvitoare nu îi e frică de ea – doar după ce a învățat să o asocieze cu pericolul devine speriat de ea.

Terapia cognitivă folosește mult metoda socratică, folosind întrebarea de câte ori este posibil. Întrebările au rol inductor, favorizează analizarea de

către pacient a gândurilor sale, le permite să observe anumite distorsiuni cognitive, și apoi să le substituie acestora unele gânduri mai echilibrate, urmând ulterior să facă planuri de dezvoltare a unor noi modele de gândire. Terapia cognitivă se aplică în tulburările depresive, de anxietate, panică fobii, tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea de personalitate borderline.

De utilitate actuală este terapia familială, în care se încearcă o corectare a familiei bolnavului, o îmbunătățire atât a atmosferei cât și a relațiilor de colaborare intrafamiliale. Asta cu atât mai mult cu cât nu sunt rare familiile de schizofreni care pot întreține sau agrava boala. În mare sunt familii excesiv de grijulii și familii excesiv de indiferente. Și bineînțeles este de preferat media-cooperant. De asemenea, familiile cu aceleași interese (de pildă, tratamentul schizofreniei) se pot organiza și pot fi instruite pentru o luptă de lungă durată.

Procedee de relaxare

Procedeul de relaxare este de fapt un procedeu fiziologic, cu beneficii secundare psihologice; deci nu este un procedeu propriu-zis de psihoterapie; se mai cheamă „training autogen” – autoantrenament. Se mai cheamă autorelaxare concentrativă, fiindcă se obține printr-un efort de voință, în sensul concentrării subiectului asupra unui număr de porunci date la început de terapeut și continuate apoi de subiect.

Procedeul a fost interpretat în mai multe moduri, dar cel mai valoros este al lui Schultz. Înainte de el, în 1938, Jacobsons-a gândit la o tehnică de decontracturare – relaxare. Metoda lui Schultz este o metodă obținută prin prelucrarea metodelor indiene Yoga, adaptate la europeni și, în trecut fie spus, s-a folosit la aviatori pe avioane de asalt, care duceau o viață foarte agitată și aveau nevoie de metode de stabilizare emoțională rapidă. A fost o necesitate obiectivă și națională pentru Germania, această intervenție prin procedee rapide. Azi s-a ajuns la un procedeu foarte practic, care se aplică în toate unitățile medicale din Germania și din restul lumii. Am început cu nemții pentru că acest procedeu presupune un caracter disciplinat și sugestiv la autoritate; de aici explicația eșecurilor la cei ce nu știu ce este disciplina și iau toate în râs. Lăsând la o parte că nu avem un teren favorabil cultural pentru aplicarea acestora, trebuie să-l învățăm și apoi să vedem dacă îl putem aplica.

În ce constă tehnica? Dacă un om nu-și controlează emoțiile și la examene dă randament slab, îi este frică să intre în rol; sunt situații unice, reacționale, în care sistemul vegetativ scapă de sub control.

Prima parte a relaxării este de a sta de vorbă cu bolnavul (talking), conversație orientativă în metodă. Li se explică că prin acest procedeu de antrenament degradările lor se vor corecta și vor putea reveni la stăpânirea dinaintea emoțiilor și corpului. Nu putem da cifre exacte cât va dura

exercițiul. Bolnavul va trebui să-și rezerve la început o jumătate de oră, iar dacă o face singur un sfert de oră. I se explică că oricât ar fi de ocupat trebuie să-și rezerve un sfert de oră pe zi pentru această antrenament. Toți preferă înainte de somnul de seară, dar este cel mai bine să fie folosit în perioada 17-19, liber de digestie, de emoțiile de seară. Clasic, el trebuie să stea pe canapea sau în fotoliu (când se face în condiții de policlinică).

Care sunt exercițiile? Schultz a găsit șase momente. În cărți se descriu 6-8 momente.

Primul ciclu (fiziologic). Se compune din nișe etape succesive și nu se trece la etapa următoare dacă nu s-a realizat bine prima etapă. Nu se explică tot ciclul bolnavului, ci se dă etapă după etapă această explicație, fiindcă ar putea să nu-l mai intereseze dacă ar ști tot.

1. exercițiul de greutate: bolnavul stă în pat, relaxat, desfăcut la curea, cravată, pantofi. Orice excitant care îl strânge îi distrage atenția. Se atinge un moment de calm, după care se spune bolnavului că la comanda medicului, el trebuie să simtă brațul mai greu, i se spune că dacă își dă silința, va putea simți brațul greu chiar de acum sau de la a doua ședință; așa cum un individ normal ajunge să spună că are un braț mai greu. Se trece apoi la comanda pentru celălalt braț, apoi la picioare, apoi la tot corpul – „ești greu ca plumbul”.

2. exercițiul de căldură; urmează chiar de a doua zi. Bolnavul poate să abandoneze și aceasta se întâmplă la exercițiul de greutate care este unul din cele mai grele. Înlătură pe o serie de nereserioși care nu pot face psihoterapie; exercițiile sunt ușoare dar bolnavii nu au răbdare. După ce în aceleași locuri bolnavul a simțit greutatea, acum i se cere să simtă căldura. Căldura va ajunge din braț în vârful degetelor la mână și la picior. Tehnica este la fel, cu aceeași ordine ca la exercițiul 1. Ies mai multe ședințe.

3. exercițiul de abdomen (unii dau aici inima; eu dau în ordine fiziologică și voi explica de ce). În abdomen nu simt nici o durere ci o căldură plăcută; la cei cu cenestopatii la acest exercițiu s-ar putea sădureze luni sau chiar ani; se va opri exercițiul aici și se va stăruia la tipul de cenestopatii pe care îl are cazul respectiv.

4. exercițiul de respirație. Se respiră adânc și liniștit.

5. exercițiul de inimă. Inima bate puternic. Nu se face din aceastăcauză după masă. Cordul bate puternic și s-ar putea ca exercițiul să sperie bolnavul. Cenestopatii pe cord se plâng de momentul de după masă, adică între 14-17. Bate puternic și liniștit, asta înseamnă ordonat, regulat.

6. fruntea o simt rece. Unii psihoterapeuți fac aeroterapie. Senzația obținută trebuie să fie de mai rece decât restul corpului; multe părți ale corpului sunt mai calde decât capul. Fruntea nu este mai caldă decât mâna, decât dacă ai avea febră.

Peste aceste șase exerciții pentru revenire se aduce iar primul exercițiu de calm și liniștire, apoi se spune bolnavului să deschidă ochii. „Te simți mai bine și vom relua mâine”.

Indicațiile. Indicația majoră este la cei normali, cu profesii foarte solicitante: chirurghi, actori, interpreți instrumentisti. În lipsa unor procedee de relaxare, unii recurgeau la alcool. O alta indicație este nevrozași mai ales la cei cu caracter disciplinat, ascultători (neurastenici, psihastenici, mai puțin isterici). Istericul cu trepidația lui emoțională ar fi foarte indicat dar nu rabdă, îl înnebunește acest sfert de oră. Se mai utilizează în patologia psihosomatică și în conversiuni cenestopate, ca să-i treacă teama de acestea.

Mecanismul. Se provoacă relaxarea fizică, o detentă fizică și intelectuală. Este un procedeu de învățare, de repetată întărire a reglării tonusului muscular. Se repetă într-un fel un lucru extraordinar – omul nu își trăiește corpul lui, nu se gândește la el; cenestopatul – da. De la această idee procedeu terapeutic este de retrăire a corpului. Bolnavul descoperă valoarea psihoterapiei, valoarea voinței, a autosugestiei, forța lui din autosugestia sa. El nu a știut că își poate comanda sieși ceva automat și fiziologic. Ajunge să simtă un fel de pace fiziologică, se condiționează la ea și prin ea se poate reface. Vă dați seama cum este un asemenea om, epuizat, care după 15 minute este înviorat și își poate relua activitatea. Bolnavul capătă o cenestezie pozitivă și înlătură cenestopatia. De fapt greutatea și căldura sunt date de relaxarea musculară (mortul este greu, leșinatul este greu din cauza relaxării). Pare mai greu deși are aceeași greutate, este o iluzie a greutății. Senzația de căldură este dată de vasodilatație, cu circulație mai bună, mai abundentă.

Se începe cu o periferie, care se supune mai ușor voinței, de aceea nu se începe cu cordul; după ce s-a convins singur că își poate controla membrele, se trece la ceea ce este vegetativ, adică la bătăile cordului, respirație – ritmuri vegetative. Unii cenestopați își opresc respirația ca să vadă ce se petrece la cord dar și regimul vegetativ al cordului se schimbă și tocmai atunci el percepe o schimbare și îl duce repede la ideea că are ceva.

În același sens, Sivadon, după Schultz, a vorbit de o reeducare corporală a funcțiilor mentale – ar fi al doilea ciclu pe această bază corporală, în sensul că Sivadon susține că acesta nu este numai un procedeu anticenestopat ci este un procedeu de concentrare a funcției mentale. A observat că omul care stă cu ochii închiși, prima lui problemă nu este corpul ci o mulțime de idei obsedante și parazitare, de obicei legate de orele anterioare din ziua respectivă, și atunci această comandă externă sau internă înlătură la modul obsedant altă dominantă. De pildă bolnavul va întreba: cu ce frecvență să îmi spun că brațul e mai greu – iar noi vom răspunde că atunci când vine un alt gând. Dacă fuge gândul la altceva, îți spui din nou

că ai brațul greu. Dacă trebuie să o repeți frecvent, nu trebuie să te sperii, o spui până te simți bine. Apoi se va simți nevoia tot mai rar. Acest ciclu poate fi urmat de ciclul doi și trei.

Ciclul doi (psihic). După Schultz, bolnavul trebuie să încerce să își reprezinte anumite sentimente, unele plăcute, altele nu. Aceste reprezentări de sentimente ar fi ca o cacofonie psihologică (reprezentate înseamnă imagini și sentimentul nu are imagini). Se dă comanda, de exemplu – *poți să îți imaginezi că te-ai întâlnit cu logodnica ta, o poți face?* Aici este o mare varietate umana, foarte mulți pot să fi uitați asta. Trebuie educat aici nu planul comportamental și anecdotica scenei, ci cum îți poți reprezenta acest sentiment. Sau dacă cineva te-a supărat și se naște o ură în dumneata, să vedem cum o trăiești. Sunt exerciții tipic à la Stanislavski și este chiar pentru actori. Pot trăi astfel de o sută de ori o furie sau o bucurie.

Ciclul trei (etic). Trebuie să-ți reprezinti cele mai abstracte noțiuni metafizice, ca binele, răul, eșecul, ce este realizarea, sacrificiul de sine; nu prea ne gândim curent ci le citim ca pe o informație literară.

Schultz pretinde că parcurgerea acestor trei cicluri duce la o restructurare a caracterului și personalității oricărui om. Eu aș fi bucuros să se poată aplica primul ciclu. L-am încercat la studenți, la policlinică, în condițiile în care presupuneam că nivelul cultural ne permite să facem așa ceva. Cu foarte puțini am reușit să termin tot ciclul unu. Foarte mulți se plâng că nu pot trece de exercițiul de greutate; parcă mai degrabă ar veni căldura decât greutatea.

Acest exercițiu de relaxare mai este folosit în cadrul altor tehnici ca introducere, la hipnoză, sugestie; deci întâi se obține relaxarea și apoi sugestia. Se mai folosește în procedeul de deconținere, prima tehnică de desensibilizare care se face prin relaxare simplă sau medicamentoasă.

Sugestia (persuasiunea)

Fiecare om are o curbă de sugestie, care merge de la cea infantilă la spiritul critic adult. În spiritul critic adult sugestibilitatea este redusă. Ar fi gresit să credem că nu există oameni sugestibili sau că sugestibilitatea ar însemna că ești prost. Mulți din frica de a nu fi considerați proști, rămân impermeabili la sugestie. Sensul de sugestie se referă la o influență afectivă, nonverbală, la posibilitatea unei interacțiuni umane inegale. De pildă, un lider dă o sugestie; efectul este diferit la A,B,C, în funcție de personalitate și de momentul în care îl prinzi. S-a vorbit de o sugestie individuală și de una în masă. S-a vorbit de un indicator de sugestibilitate în funcție de persoană. Cea mai primitivă influență interumană este legată de autoritate. Dacă se spune de la egal la egal sau de mai jos, lucrurile merg mai greu. Până la ce grad se poate impune o emoție sau o idee altora?

Sugestia activă și pasivă. Din acest punct de vedere relația părinte – copil, medic pacient, lider – partizan poate fi unilaterală, unidirecțională, când este activă, autoritară – „nu discut” și invers, de negociere, discuție, adică ajungi până la urmă la un compromis. Sugestia se face atunci când o persoană care sugestionează are un prestigiu (halou). Oamenii sunt inegali din acest punct de vedere. Probabil că prestigiul se leagă uneori de o anumită autoritate simbolică. Deci uneori influența vine din superioritatea unui simbol.

Influența mai depinde de cei care sunt de sugestionat și conversează între ei. Se știe ce este un cabinet de consultații sau sala de așteptare la dentist (dacă auzi comentarii bune despre medic, stai, dacă auzi lucruri proaste, pleci).

Heterosugestie și autosugestie. Până aici s-a vorbit de heterosugestie, urmează autosugestia – interiorizarea unei heterosugestii. Se cunosc de exemplu explicația hipocondriei cu toate poznele ei (se explică prin mecanismul de autosugestie). Întâi este o ceneștezie, apoi bolnavul stă într-o situație ambiguă, până când este pus să stea la raze. Este de ajuns să audă de la medic-hm, asta nu-mi place și va crede că este cancer sau altceva grav.

Sugestia se poate efectua în stare de conștiință obișnuită (veghe) sau sub narcoză medicamentoasă, când este mai ușoară (sub amital) sau sub hipnoză. Se adoarme la modul special bolnavul și apoi se sugerează ceva.

Efectul de sugestie a dus la inventarea metodelor de control, de evaluare a medicamentelor și la descoperirea efectului placebo. Adică comparația eficacității reale a unui medicament cu unul fals, cu aceeași aparență – metoda dublului orb de la psihofarmacologie. Efectul real este mai mare decât cel placebo de câteva ori.

Efectul de sugestie este folosit în reclamă, pentru influențarea cumpărătorului. Jung, unul din cei mai mari filosofi, a atras atenția că sugestia este folosită ca mecanism de îmbolnăvire colectivă.

În viața actuală sugestia este o forță formidabilă în alegeri, în învățământ, în toate fenomenele, în simpatie, antipatie, în toate selecțiile omenești este mai importantă decât factorul rațional. Se ține cont la cel mai înalte niveluri de calculul acest sugestiv al factorului psihoterapeutic.

Contează foarte mult și materialul senzorial concret omenească. Omul are nevoie de om, și când firma – reclama se mișcă, efectul asupra spectatorului este mai mare decât la reclama imobilă. Sugestia nu este un efect ușor nevrotic ci poate fi un efect global masiv, psihotic. Este ca un Kandinski dar este plăcut. Nu vă mirați că unele personaje ale căror nume nu le pot pronunța fac hipnoză, adună 15.000 de puștani și aduc muzică „novisimă”. Cred că dacă am nimeri printre ei ne-ar mânca. Este același fenomen de contaminare masivă și chiar dacă erai sau nu decis făceai ca ei.

Pe lângă ce v-am spus eu, și sunt mecanisme contemporane joase, vreau să spun că din istorie exemplul unui mare om de sugestie, Gassner, care era preot de meserie, preoții lucrează cam 70% prin sugestie, și care l-a concurat pe Mesmer (mesmerism). A fost o concurență unică, între un medic și un preot. În ce a constat? Gassner vindeca o mulțime de afecțiuni nediferențiate ale timpului, prin procedeul medieval de scoatere a dracului. De fapt nu era să arate pe dracul scos, ci înlocuia efectele dracului. S-a numit „spiritual healing”, deci vindecarea spirituală prin exorcism. Procedeul este foarte vechi, folosit de pe vremea lui Esculap, din toate culturile primitive, reînviat în secolul XVIII și perpetuate (Gassner are o mulțime de adepți și astăzi).

După modelul gassnerian a apărut în ultimul deceniu la Paris un sud coreean cu putere de sugestie messianică și care a creat grupuri, ce au strâns o avere colosală. Deci nu psihiatră exploatează fenomenul, deși practic ar fi al nostru, dar totuși nu știm să-l exploatăm.

În contrast cu Gassner, Mesmer a descris magnetismul animal, o forță științifică și deși a răs pe această temă, parapsihologia recentă descrie aceste gânduri extraperceptuale. Mesmer a susținut că eu pot face acest lucru iar dă nu; a susținut la modul delirant. El a fost hărțuit în multe procese, a fost amenințat cu moartea. Susținea aceasta fiindcă, spunea el, eu pot face aceasta fiindcă pot să mă acordez cu persoana pe care o vindec. Iată un cuvânt extraordinar, ce înseamnă să te acordezi. În afara sensului muzical, în afara acestei probleme, știm că nu se acordează om cu om din păcate numai în raportul sexual. Lăsând această posibilitate limitată a omului de a se acorda, să ne gândim la acela care are dezacordul în principiu, când se așază la tratament în fața noastră. Este o diferență de obiective, care le urmărește și care tu trebuie să-l limitezi. Mai ales acum, cu atâtea restricții, te mai miri de ce a intrat în cabinet. Acordarea aceasta el a numit-o „tuning” (potrivirea postului la radio).

Primele demonstrații, Mesmer le-a făcut folosind un truc. Dădea să bea o pulbere metalică. Așa demonstra forța lui magnetică, adică atracția (simți cum te atrag). Astăzi este nerecomandat, dar vă spun până unde s-a mers. Dacă pui mâna pe o burtă cu metal și tu ai brățări, ai senzația că vine, că se trage și lumea crede. Epidemia europeană pe care a produs-o el a avut următorul avantaj – deși a fost contestată, a menținut însă credința într-o forță nefizică de influențare și chiar dacă a fost raționalizată, fiindcă ce vrei mai multă rațiune decât la Freud, aceasta a dus la progresul psihoterapiei. Sugestia nu este evident monopolul psihatriei. Sunt o mulțime de profesioniști cu certificate care au dreptul să facă asta.

Sugestia poate fi însoțită de procedee de intimidare, de condiționare negativă, ca în tehnicile de aversiune. În România se practică tehnica

torpillage-ului (faradizările), care se fac după tehnici sugestive, adică se vorbește continuu, menținându-se aceea încredere a bolnavului. I se va spune bolnavului că se va folosi un procedeu electric ușor – vei constata dacă nervul de pe partea asta a mâinii funcționează bine – el va spune că da, și noi asta vrem. Îi spunem că de pildă după trei asemenea ședințe nu va mai avea amorțeli în braț și s-ar putea ca după aceste ședințe într-adevăr bolnavul să spună că i-au făcut bine. El va putea să ne arate alte locuri unde îl doare ca să-i facem și acolo. Precauții de a nu se folosi procedeu la cardiaci pe cord.

În ce boli merge sugestia? Marea boală este isteria. Medicii mari, cinstiți se simt destul de prost în fața isteriei, nu știu ce să-i facă. Ea proliferază și se transformă în scene posibil violente dacă nu le faci jocul. Cel care a atras atenția asupra mecanismului sugestiv în isterie a fost Babinski. El a avut curajul să-i spună lui Charcot că mecanismul isteriei este sugestia. D-stră îi sugestionati, tot prin sugesție paralizările pe care le provocați își revin la normal, de aceea este un instrument terapeutic și atunci definiția ei este tocmai aceasta. Adică persoane excesiv de sugestibile, deci proporțional cu nivelul intelectual până la un punct, după care prea mult nivel intelectual și frica de sugestionare pot fi o opoziție.

Sunt contraindicați paranoizii, paranoicii, hipocondrici. De aceea discuția preliminară trebuie să-i scoată pe aceștia. Dacă faci la toți s-ar putea să ai eșecuri, să se considere îmbolnăviți de procedeuul tău, că le-ai tulburat memoria, sau că se simțeau mai bineși tu cu această tehnică i-ai tulburat.

Cei care practică aceasta sugesție, în special pe cea hipnotică, ajung să-și facă un fel de galerie și să-și atragă oprobriul întregii bresle; breasla psihiatrică nu suportă ca unul să se distanțeze de grup și să se ocupe numai de asta. Practica nu le permite să facă și altceva. Devin niște specimene cu galeria lor și cazurile lor pe care le culcă și le scoală și le crește sau scade pulsul.

Hipnoza

Cea mai puternică și indubitabilă sugesție. Un medic, Braid (1843), a descris acea gândire psihiatrică dinamică, pornind de la observația pe care el a numit-o somnambulism artificial; cunoștea experiențele lui Mesmer, în sensul că influențele lui Mesmer au dus la trei persoane la provocarea unei stări de modificare a conștiinței în care subiectul executa comenzi. În somnambulismul natural, subiectul nu executa comenzi. În cel artificial, asta a descris el – că poate să provoace somnambulism și să-l facă să execute comenzi. De la aceasta experiență, în a doua parte a secolului al XIX-lea, s-au dezvoltat câteva centre în Europa, cu reputație pentru procedeuul hipnotic. În Franța sunt celebre nume ca Bernheim și Ribot, iar la Viena Breuer. În aceste centre și în plus la spitalul Salpêtrière – Charcot. În toate aceste centre s-au făcut demonstrații de hipnoză, s-au făcut școli de medici

care pregăteau în această tehnică; în aceste școli a învățat și Freud să practice hipnoza. Elevii din aceste școli circulă și azi în toată lumea – Lewis, Woldberg, etc.

Este subiectul cel mai senzational pentru neprofesioniști. Dacă ține cineva o conferință cu demonstrații practice, vă asigur că sala va fi plină. În psihiatrie dacă nu limitezi indicațiile la isterie, procedeul se poate întoarce contra celui care îl practică.

Hipnoza nu este un procedeu cu care să se poată obține mai mult decât cu oricare alt procedeu și deci nu este socotită ca un mijloc indispensabil. Aceasta concluzie vine din încercările și scandalurile provocate de acest procedeu. Unul din scandaluri a prilejuit și descoperirea psihanalizei. Freud și-a dat seama de sensul scandalului pe care l-a avut Breuer cu unul din cazurile sale și atunci și-a spus că trebuie renunțat la hipnoză și trebuie făcută psihanaliza.

În ce a constatat acest scandal? Printr-un procedeu extrem de simplu, ca în toate tehnicile de psihoterapie, se poate obține un efect brutal, masiv de transfer. Bolnavul își pierde independența, orientarea conștiinței proprii și este îngustat ca în starea crepusculară din isterie. Se provoacă deci o trecere de la conștiința vigیلă spre una crepusculară, în care individul poate fi manevrat; deci devine pe loc un om supus ordinelor hipnotizatorului, aceasta putând fi urmată de acuzații de tip viol, etc. De aceea s-a încercat efectuarea ședințelor cu un martor, respectiv o asistentă, dar acest martor strică transferul.

Tehnica are două variante – una cu ordin verbal, alta cu un excitant neverbal de concentrare. Se poate să se pună în fața hipnotizatului un desen cu cercuri concentrice, rugându-l să fixeze centrul acestui desen mai multe secunde. Se credea că ar conta privirea hipnotizatorului, dar același efect se poate obține prin concentrarea asupra unui punct de pe perete. Nu este vorba de nici una din calitățile excepționale ale hipnotizatorului – toate sunt procedee omenești care ar putea fi practicate de oricine.

S-a mai vorbit de timbrul vocii, care trebuie să fie neagresiv, persuasiv, calm și plăcut. Nu autoritar și răstit. Nici un hipnotizator nu dă comenzi în mod identic. Bolnavul este la început culcat, apoi se așează în fotoliu.

Se pornește de la relaxare și i se cere să închidă ochii, să se simtă foarte relaxat, destins, simte că membrele îi sunt foarte grele, pleoapele îi sunt foarte grele, simte o căldură plăcută. Aceste comenzi te atrag către somn și lași cuvintele cu coada lor de efect și adormi. Dormi din ce în ce mai profund.

În situații individuale se doarme profund și se lasă 15 minute după care este trezit lent. „La comanda mea de 5 deschizi ochii, te înviezi“. În perioada de inducere se poate da ordinul țintit – pacienții vin

pentru anumite lucruri precise. Demonstrațiile merg mai departe cu sugestia post-hipnotică; „la trezire te duci și aduci ziarul aici”.

Hipnoza o vom folosi la acele persoane la care ne temem că sugestia nu este suficientă. Se poate începe cu amital, se ajunge la 4-5 cc. și simțind că s-a produs somnolența și relaxarea, continuăm cu sugestia verbală; rămâne ca să înlocuim amitalul cu un placebo, pentru ca în faza a treia să nu mai băgăm nimic. Astfel reușim să recâștigăm acest procedeu care este demonetizat și lumea are o oarecare temere.

Psihoterapii catartice

Intră în lista de psihoterapii. Acestea, ajutate de training, sugestie, hipnoză, vor să elibereze bolnavul de un blocajafectiv, de o trăire negativă. Aceasta se poate face și în hipnoză, când i se sugerează bolnavului să retrăiască scena traumatică care l-a speriat. Deci în primul rând eliberăm bolnavul de amintirile penibile. Se poate face prin narcoanaliză, cu injectare cu amital, când se produce o descărcare violentă (abreacție, catharsis violent) sau se poate face cu stimulante, trezitoare (șocul amfetaminic). Nu se provoacă somnul ci o extraordinară energie psihică. Catharsis – care înseamnă purgație, exteriorizarea unor afecte patologice – în concepția modernă se aplică și cu alte procedee. S-au descris camerele de desen și pictură în care bolnavul agitat este introdus într-o cameră cu foi de hârtie pe pereți, pe care el poate să picteze; acele bucăți decupate se vor interpreta, procedeele se numește „finger painting”-un catharsis.

Tot catharsis este și psihodrama – teatrul – bolnavii timizi sunt încurajați să intre într-un rol; omul normal nu poate să intre și actorul i se pare un pervers inimaginabil. Pentru normali de a se exterioriza prin catharsis este foarte greu și din această cauză trebuie puși să facă psihodrama.

Procedeul visului treaz.

Bolnavul întins este încurajat să-și trăiască visul, să și-l reprezinte. Dacă apăs pe ochi se văd cercuri de diferite culori; de la aceasta, va trece să-și facă imagini tot mai complicate, care ne interesează în boala respectivă.

Psihanaliza

Psihanaliza este o concepție și o metodă legată de Sigmund Freud (1856 – 1939). Concepția se referă la descoperirea inconștientului iar metoda se referă la modificarea inconștientului.

Istoric: dimensiunea inconștientă a omului și noțiunea ca atare nu aparține lui Freud, ci aparține lui Eduard von Hartmann și altor filosofi anteriori, în special Schopenhauer, dar este foarte posibil ca ceea ce în mistică medievală se referea la diavol și la forțe obscure, pe care le posedă

omul, să fie sinonime cu forțe inconștiente omului. Ceea ce aparține lui Freud este noțiunea de inconștient ca trecut și ca mecanism patogen și care poate să explice un prezent încurcat. Aceasta este contribuția lui la o medicina a secolului XX. Medicina caută cauza bolii ca și o cauză actuală, caută microbi, virusuri, o explicație dovedibilă Freud ajunge la înțelegerea bolii actuale prin relevarea trecutului patogen.

Nu este locul să schițăm viața lui Freud, evoluția lui științifică (vezi capitolul concepției). Freud a început cu un amic, Breuer, în a practica hipnoza. Hipnoza i-a arătat că vindecarea cazului se produce prin catarsis (abreacție – descărcarea emoțiilor patogene). Constatând încurcătura pe care o provoacă hipnoza, adică un transfer prea masiv, Freud descoperă o metodă nouă, psihanaliza.

Descoperirile lui Freud sunt generalizări ale descoperirii psihanalizei, atât la puținele cazuri pe care le aprofunda cât și prin propria psihanaliză. Generalizarea acestor date a dus la o construcție teoretică ce ar putea fi schițată astfel: omul dispune de un aparat psihic cu o structură tripartită – este așa numita structură topologică sau topografică (este primul postulat al lui Freud). Cele trei instanțe sunt – Id, ego și supraego. Acest aparat psihic se ocupă de energia psihică, fiecare om tinzând către un echilibru al acestei energii. În acest sens, aici este aceeași idee ca la Claude Bernard, privind echilibrul dintre mediul intern și cel extern, adică ideea de homeostazie care este formulată în fiziologie din 1926 de Cannon. Este aceeași idee în plan psihologic de a ne echilibra energia subiectivă cu lumea exterioară.

Repartiția energiei între aceste trei instanțe se cheamă latura economică – economia înseamnă ordinea la greci. Toată fenomenologia internă a trecerii dintr-o instanță în alta, acordul între aceste trei instanțe poartă numele de latura dinamică a psihicului (bineînțeles că pe lângă acord se referă și la aspectele de conflict). Normalitatea și boala sunt doua ipostaze dinamice ale psihicului. Normalitatea pentru Freud înseamnă succesiunea regulată a etapelor acestei energii; pe când patologia înseamnă în principal pentru el o manevrare regresivă după modelele infantile a acestei energii.

Care este conținutul acestei energii? Pentru Freud conținutul acestei energii este chiar instinctul vieții, cu sens de conservare. A fost acuzat de teleologie din acest motiv, adică psihicul are sens; în științele fizico-chimice și naturale nu există sens. Există cauza și efect. A presupune că totul are sens este vecin cu religia și de aceea este unul din motivele pentru care a fost criticată. Deci toată povestea subiectiv interioară a omului are un sens dat de instinctul vieții. Acest instinct al vieții se cheama libido. A fost sinonim cu instinctul sexual, dar este cu mult mai mult decât funcția genitală sau efortul propriu-zis al acestui instinct. Instinctul este noțiunea intermediară care face legătura între corp (biologic) din om și psihologic;

este vectorul care merge din corp. deci este o cerință a corpului. Este deci vorba de expresia „cere corpul”. Este incontestabil că în el intră toate manifestările automate; chiar fiziologice, foamea, setea, nevoile fiziologice. instinctul vieții are de luptat cu un al doilea instinct care este cel al morții. Compromisul între aceste două instanțe dă noțiunea de agresivitate; deci viața și moartea sunt legate de agresivitate. Ambele instincte formează inconștientul – Id. De la naștere până la moarte el străbate cinci perioade, așa numitele perioade pregenitale.

Perioada orală. Zona de excitație este reprezentată de buze. Ontogenetic perioada aparține primului an de viață și în care psihicul uman își leagă toată energia de actul suptului, de sânul mamei, de mama. Urmează perioada a doua, anală, în care energia psihică este legată de altă zonă de excitație care este de excreție anală și urinară. Energia este deviată de la mamă către propriul corp. Este o fază de narcisism primar. Urmează a treia fază unde în legătura primară corp propriu – mamă, intervine tatăl (complexul Oedip). Acum energia psihică se identifică cu părintele de același sex (la normal). Deci băiat cu tata și fata cu mama, și se intră într-o fază de latență până la pubertate. Faza genitală propriu-zisă. Se trece de la identificarea cu un părinte la o investire a energiei (catexis) către o persoană străină de familie (dacă ar fi cu cineva din familie ar fi un incest și este tabu). Se creează o altă familie cu alte probleme. Faza de involuție – se produce ca în fizică o entropie – viața se scurge cu rezistență mai mare, organică, asta se întâmplă până la moarte.

Freudismul presupune cunoașterea acestui limbaj propriu – fiecare termen pe care îl folosește este strict definit. În patologie atât evoluția acestor faze este compromisă spre perversitate sau către scăderea forței de a o realiza. Duce la două variante – scăderea forței egoului de a stăpâni id-ul (omul este mai mult un id decât un ego – se întâmplă în moral insanity -în psihopatie, în nevroza de caracter după limbajul psihanalitic). A doua variantă – ego este slab din cauza unui superego prea dezvoltat – tendințe paranoiace.

Toată povestea, în orice moment al existenței, se poate descrie ca – încercarea egoului de a adapta persoana umană de la un mod de viață infantil condus după principiul plăcerii către un mod de viață matur și rațional condus după principiul realității. Conținutul dramei psihologice subiective este lupta dintre aceste două principii ale omului. Nici un om nu se poate conduce însă după principiul plăcerii – în fiecare zi, ori de câte ori adorm este dus către plăcere și în orice moment lupta lui cu tentațiile (lupta cu dracu a călugărilor din Evul Mediu) nu reprezintă decât lupta din om cu acest principiu al plăcerii. Ego-ul face față acestei lupte frustrându-se de plăceri. Orice om este deci un frustrat și dacă își satisface plăcerea se cheamă că este un om gratificat.

Deci este o succesiune de frustrații sau de gratificații, în proporții diferite. Mecanismul gratificării este periodic, nu etern; este continuu frustrat și aceste frustrații sunt egale cu o criză a economiei. Această economie în criză dă anxietatea. Pentru Freud, nevroticul este un om imatur, care nu este conștient de acest fapt și care folosește mecanisme psihologice de aspect infantil, simptomele fiind de fapt compromisuri ale mecanismelor infantile cu realitatea adultului.

Tehnica psihanalizei. Este vorba nu de un normal ci de un nevrotic, cu care să presupunem că începem cura psihanalitică. Cura are trei faze:

- faza inițială
- faza procesuală
- faza terminală

Dacă se face după criterii foarte stricte, se cheamă psihanaliză ortodoxă. Bolnavul este așezat pe o canapea în condiții de liniște și vorbește o oră pe zi, de 4-5 ori pe săptămână (minim de două ori pe săptămână), aproximativ patru ani. Las la o parte aspectul uman și financiar al problemei. Nu poate fi făcut decât de doi parteneri care pot respecta acest program. Nu vorbesc că trebuie să fie ambii din același oraș, să nu se îmbolnăvească nici unul dintre ei. Pentru ca cineva să se poată ocupa de 4-5 persoane pe zi, și să trăiască din asta, impune economic o chestiune foarte serioasă. Freudismul a fost criticat, că ar aparține bogaților.

Regula de aur descoperită de Freud este cea a asociațiilor libere. Psihanalistul nu stă în fața bolnavului, ca să nu îl influențeze ci stă în spatele lui, indică bolnavului să spună exact ce îi trece prin cap. În mod obișnuit e greu să spui chiar tot ce îți trece prin cap, dar regula este să spună lucrurile rușinoase și chiar cele care sunt neplăcute. Unii spun numai ce este plăcut și care ar da o imagine mai bună a lui, iar restul nu îl va spune. Psihanalistul în prima fază are atenția flotantă. Toți termenii aparțin doctrinei. El are o neutralitate – nu doarme, nu stă pasiv acolo, dar nu se bagă. Nu va încuraja ci va avea o neutralitate binevoitoare. Este deci o fază de tatonare – acum se exclud cei care nu sunt capabili de această cură și așa a descoperit Freud noțiunea de rezistență. Ar fi asemănător cu un tip narcisic de schizofren care nu poate ieși din starea lui introvertă fundamentală.

Faza a doua, procesuală. Acum se petrece esențialul psihanalizei. Se produce faimosul transfer – nevroza de transfer. Bolnavul, fără să fie conștient și vorbind vrute și nevrute, re trăiește direct sau fragmentat, relații afective din copilărie, de exemplu față de părinții lui. Adesea sunt din faza oedipală. Nu povestește direct, ca atare, el deduce din această poveste care sunt sentimentele bolnavului față de psihanalist. De obicei sunt sentimente de stimă, dragoste, apreciere, speranță. El declară că se simte foarte bine

cu el și abia așteaptă să vină să povestească. Se cheama transfer pozitiv. Se poate întâmpla și invers. Din partea medicului, poate să fie un contratransfer pozitiv sau negativ, pe care nu i-l comunică direct bolnavului. El rămâne neutru, dar în inconștientul lui se produc niște exagerări subiective. De aceea psihanalistul trebuie să fie și el selectat și educat înainte de a face analiza altora. S-ar putea, și s-a întâmplat, ca el însuși să fie un nevrotic, necurățat de propriile sale încurcături, deci nefiind un om matur, nu poate face pe alții maturi. Din această cauză, practica oficială a psihanalizei este foarte limitată, în contrast cu uzul concepției și al ideii care este foarte larg. Foarte mulți aspiră dar foarte puțini pot face aceasta.

În cazul celor care sunt selectați să facă psihanaliză, sunt excluși cei ce nu pot face un transfer cu maestrul lor, fiindcă sunt prea narcisici și nu sunt capabili să treacă prin altcineva și ei sunt excluși încă din prima fază. Deci să admitem că avem de a face cu un terapeu etalonat și cu care am ajuns în a doua fază a procesului de transfer și a nevrozei de transfer. Se produce o deplasare a energiei psihice, cantonată în zone inconștiente, fixată în stadii imature, această energie fiind continuu descărcată prin catarsis. Subiectul ia cunoștință de această descărcare și ego-ul devine mai puternic. Este momentul în care bolnavul spune – mă simt mai puternic, mai liber, mai dispus pentru acțiuni exterioare, mă cunosc mai bine, mă simt în raporturi mai bune cu ceilalți oameni și cu mine însumi. Așa se trece în faza a treia, de terminare, în care psihanalistul va spune – asta am și urmărit, să-ți vezi de viața dumitale și ne vom vedea anual ca să vedem în ce stadiu te afli. Deci catamneza este obligatorie și în psihanaliză.

În cazurile anormale, psihanaliza nu se poate termina. Bolnavul se socoate abandonat ori de câte ori psihanalistul ar încerca să încheie cura. Deci se creează o dependență, ce duce la o prelungire nedefinită a curei.

Procesul oferă psihanalistului material psihologic intim, pe care trebuie să îl interpreteze – working through. Procesul de interpretare presupune atât cunoașterea procesului psihic (aparatură psihică, dinamica acestuia) cât și descifrarea simbolurilor. Este foarte greu să găsim doi psihanalști care să interpreteze exact la fel un vis al pacientului, dar sunt foarte multe apropieri în aceste interpretări. Este important sensul major, conform doctrinei originale a lui Freud.

În cadrul acestor interpretări se constată cum scad rezistențele. Bolnavul dă la o parte mecanismele de apărare, dintre care refularea (repression) este un mecanism principal. Tot așa de important pentru patologie este mecanismul de negare și proiecție. Nu tot ce spune bolnavul va fi luat ca atare, deoarece trebuie să știm că o parte este astfel prezentată prin prelucrările insului prin mecanismele lui de apărare. Unele sunt proiecții și este important de știut pentru psihanalști. De pildă, în analiza unei

vinovății, chiar normalul fuge de ea. Nu înseamnă că ești psihopat dacă îți cauți vinovații. Este un mod obișnuit de a proiecta, de a băga într-un sistem unde vinovăția este minimă. Nevroticul este tocmai omul care se simte un vinovat; psihopatul nu se simte vinovat și este contraindicat la psihanaliză.

Indicațiile metodei. Clasic limita de vârstă este de 40 de ani, mai modern poate depăși 50 de ani. Sexul nu contează. Se exclud psihozele și demențele. Acestea sunt indicații nosologice, dar este știut că psihanalizistii nu prea țin cont de nosologia psihiatrică clasică. Ei atrag atenția asupra unui anumit tip de subiect care poate să intre în cură. Subiectul să fie destul de inteligent, deci să aibă o viață interioară mai bogată. Pe lângă inteligență mai estemotivația curei. Deci nu se intră în psihanaliză din plictiseală. Motivație înseamnă suferință psihică. Psihanalizistii se tem de cei cu suferință fizică și îi pasează. Deci patologia psihosomatică, cenestopatii înrăiți care se fixează sunt contraindicați. Aici se fac compromisuri. Dacă simptomul psihosomatic coexistă cu tulburările psihice, se poate începe cura pentru tulburările psihice. Suferința să se îndrepte către subiectul însuși ca la depresivi; cei care au tendința la proiecții paranoide sunt excluși, fiindcă acuză pe psihanalist de îmbolnăvire.

Psihanalistul are un privilegiu unic – de a fi cel mai de seamă confesor al omului, care nu are confesor nici în el, nici în părinți, nici în partener. Psihanaliza este socotită ca cea mai intimă, afectivă legătură omenească.

Metoda ca atare, având indicații limitate, a fost supusă mereu așa numitelor scurtări și anume chiar un elev al lui Freud, Ferenczi, care a inventat psihanaliza activă, care permite psihoterapeutului să iasă din rolul său neutru, să fie mai activ, să grăbească transferul. Cura Ferenczi poate dura șase luni – un an și deci este cam un sfert din cura clasică din punct de vedere al duratei. Modificarea adusă de Adler și Jung și ultima adusă de neofreudism – psihanaliza culturală. Aceleași mecanisme descrise aici în plan individual se aplică în studiul psihoterapiei de grup.

Din experiența lui Freud și din scrierile lui tardive s-a dedus că principalul factor de nevrozare a omului îl constituie interdicția socială. Cu alte cuvinte, evoluția omului către civilizație a crescut mecanismul de refulare, de represiune, fiindcă omul, pentru a putea coexista cu ceilalți, a admis această frustrare pentru a câștiga o securizare. Este un tabu – *nici tu nu îmi iei nevasta, nici eu nu ți-o iau pe a ta*. Dacă procedăm ca primitivii, ar ieși mari încurcături. Societatea are un rol ambiguu. Adică securizarea sacrifică o parte din plăceri, încadrează plăcerea în anumite norme. De aceea studiul lui este Moise, fiindcă a dat un cod de legi și el a văzut atât în vechile scrieri religioase cât și în tot ce a adus societatea niște reguli ale jocului social.

În ce măsură societatea trebuie să admită defularea, adică nonîmbolnăvirea subiectului? Aici s-a vorbit de imoralitatea lui Freud – greșit!

A cunoaște situația reală și mecanismele de satisfacție nu înseamnă a fi imoral. Freud a fost un burghez foarte moral, nu libertin. El a fost pentru o liberalizare a concepției despre om și nu pentru un libertinaj total. Interpretarea freudismului ca o descărcare genitală fără restricții nu aparține lui Freud, ci mai mult o descărcare – interpretare psihopatică foarte vulgară a ceea ce a vrut el să spună despre om și societate.

Critica neofreudistă asupra lui Freud că nu s-ar fi ocupat de factorul cultural din om este greșită. El a cunoscut adânc aspectele culturale (vezi studiul asupra lui Leonardo da Vinci).

O altă critică a acestui curent este pesimismul concepției. Dacă omul este totuși mânat de libido, agresiune, natura lui animală prevalează. Freud a anticipat foarte multe lucruri, care s-au întâmplat în al doilea război mondial și aceasta i-a adus o confirmare a naturii agresive a omului, a mecanismelor de ură.

Indiferent de poziția noastră actuală și de poziția noastră ideologică în care ne plasăm, nu putem să nu recunoaștem că una din principalele concepții actuale este freudismul.

S-a încercat unirea marxismului cu freudismul (concepția malthusiană), a existențialismului cu freudismul – sau a clinicii krepeliniene cu freudismul, cum este organodinamismul lui H.Ey, care include principiile inconștientului și toate mecanismele de care am vorbit. Este inutil să ne ocupăm de nevroză în profunzime, fără să cunoaștem principiile de bază ale psihanalizei. Nevrozele în afara înțelegerii psihanalitice sunt de fapt neînțelese, rămân la nivelul unor simptome superficiale și psihiatrul nu înțelege sensul lor economic precis (pulsional).

Cât timp bolnavul vorbește, psihanalistul tace. Ulterior el face interpretări, dar nu neapărat ce este în capul psihanalistului trebuie spus bolnavului. Este importantă realizarea reconstrucției personalității pacientului: să suporte frustrațiile, indicarea unor modalități de rezolvare a unor probleme direct sau sublimat; se ține cont de realitatea bolnavului, de limitele transferului. Psihanalstul repetă pentru a limita transferul pozitiv; când bolnavul spune că nu poate să trăiască fără el, el va spune – cred că vei putea să suporte și fără mine. Este de fapt întărire a singurătății, fiindcă omul este prea dependent afectiv față de parteneri sau față de mamă, de această investiție afectivă prea mare în ea. Omul normal are frică de moarte; psihanalstul îi umple viața cu atâtea încât să nu regreta că a trăit.

Psihanaliza este un mijloc de antipluctiseală, în sensul că omul nu știe de fapt să profite de viață; risipa prin pluctiseală este actul sexual. Unii din astenici au fost nu numai masturbatori ci și cei cu excese sexuale. Deci limitarea la mai puțin a actului sexual. Boala vine din prea mult act sexual, dezabuzare, droguri. Psihiatria moderna a dovedit-o.

Psihanaliza ne scoate din ideea greșită că trebuie să rămânem în planul plăcerii și al fericirii, care este un plan infantil, iluzoriu și superficial. Este câștigul ei tragic. Nu se poate obține oricând fericire și trebuie să ne acomodăm la real care este un conformism revoltător.

Terapia adleriană

Al doilea disident important al lui Freud, Alfred Adler, a creat psihologia individuală. De asemenea a făcut corp teoretic aparte de Freud, fiindcă a considerat că ființa umană nu este ghemul de instincte și nu se lasă analizată în etapele și în forțele contrare descrise de Freud: ego, superego, id, cu toată aventura lor. Ci ideea, pe care o găsim și la psihologia Gestaltistă, este că ființa umană este indivizibilă, este o unitate și este mai importantă decât părțile pe care le descriu. Ea, unitatea, dă sensul persoanei și nu jocul forțelor contrarii; nu există decât individul. Nu înseamnă că el este ca atomul, nu se mai poate diviza. Unitatea aceasta duce la ștergerea diferențelor radicale corp/suflet, pe care se bazează medicina actuală. Unitatea aceasta se construiește dintr-un potențial ereditar și din impresiile care le primește din mediu. Atât ereditatea cât și mediul nu sunt decât niște cărămizi cu care se construiește conform individului respectiv un stil de viață – noțiunea îi aparține. Deci dacă stilul era o noțiune obsedantă pentru literatura clasică franceză, este noțiunea cheie din estetică, iar în psihologia adleriană este noțiunea numărul I. Nu se caută noțiunea de personalitate ci aceea de stil.

Ca să cunoști un om, trebuie să știi dacă are un stil de viață – acest stil poate fi sănătos sau nesănătos și toate derivă din descrierea formării stilului de viață. Afirmatia fundamentală a lui Adler este „toată lumea se naște cu o inferioritate vitală”. Realizarea matură înseamnă depășirea prin adaptare a acestei inferiorități. Dacă o persoană este de mică handicapată, mai ales fizic, inferioritatea devine complex de inferioritate și dacă el se adaptează reușit la viață, depășește măsura în superioritate. Iată o măsură extraordinară, deci după Adler și cei cu complex de inferioritate și cei cu complex de superioritate sunt bolnavi. Normalul este la mijloc și nu are de a face nici cu una nici cu alta. Anumite boli în care se etalează de anumite superiorități nu scutește pe bolnavi de abateri de la normal.

El interpretează tot materialul inconștient altfel. Visul trebuie adâncit cu atenție, pentru că în el găsim stimulente pentru rezolvarea problemelor imediate. Îți spune ce nu ai făcut și ce trebuie să faci. Primele amintiri pe care le aflăm în analiză ne arată posibilele direcții ale stilului. Un stil eronat după Adler: „mi se pare eronat lipsa interesului social”. Familiile acestor copii nu au știut să le dezvolte respectul pentru societate, pentru activitate sau pentru ceilalți, sau i-a crescut cu pedepse prea aspre. Este cunoscut că la orfelinate se utilizează adesea pedepse aspre. Ulterior vor dezvolta un

stil de om rău, ostil. Posibil valoros, dar ostil și agresiv. Ei plătesc eroarea de stil din copilărie.

Deci în această eroare de stil inițială, Adler nu a descris numai inferioritatea de organ ci și neglijența față de social și risipa. Ulterior asemenea oameni nu mai pot să-și rezolve problemele de viață. „*Trimiteți banii rapid că mă omor*”, deci urmează un șantaj pe viață.

Stilul normal, după Adler, înseamnă dezvoltarea interesului social, înseamnă să ajuți activ pe ceilalți. Ce izbește la psihotici este lipsa de compasiune față de ceilalți. Adler a studiat stilul greșit de viață, de exemplu pe delicvenți. El considera complexul de inferioritate dat de stilul eronat din copilărie cu trei evoluții posibile:

- se poate depăși prin forțe proprii sau prin psihoterapie adleriană; aceasta este o primă, fericită rezolvare.
- nu poate fi depășit și individul suferătoare viața din cauza lui;
- nu este depășit și este ascuns într-un complex de superioritate, și atunci exigența crește nemăsurat față de el și față de ceilalți și se exprimă prin „boala puterii”. Una din laturile sociopatiei este boala puterii.

Ce este esențial în psihologia adleriană? Este optimismul pe care îl acordă fiecărui caz în parte. Este ideea că depinde de lupta fiecărui om ca să-și construiască un stil de viață. Important este că îl ajuți. Găsind un criteriu disjunct, nu mai ajuți. El este socotit fondatorul psihiatriei sociale, este omul care a socotit că valoarea numărul unu este valoarea de a trăi cu alții, valoarea de a trăi în colectiv. A fost, înainte de primul război mondial, un simpatizant al ideilor socialiste. Doctrina lui era discutată de sindicate, de Jaurés, deci foarte aproape de ideologia clasei muncitoare.

El este socotit fondatorul psihosomaticii. Aceasta deoarece considera că un handicap se poate compensa prin antrenament și voință. Stă la baza modificărilor psihosomatice pozitive. Este socotit ca fondator, de către Frankl, al logoterapiei. El a văzut în Adler cea mai pozitivă intuiție a existenței.

Tehnica adleriană.

1. stabilirea contactului
2. elucidarea stilului de viață – din cea mai veche perioadă până azi, rugând să ni se spună visurile și amintirile și descriind constelația familială, ceva particular la Adler. În organizarea familiei a ținut cont al câteleva copil era pacientul.
3. încurajarea stimei de sine.
4. dezvoltarea intereselor sociale prin antrenament. Dacă Jung a rămas cu o moștenire extraordinară în Elveția -institut, librării, biblioteci – „Mecca lui Jung” este la Zurich, Geneva, etc., moștenirea adleriană este în America de Nord, la New York, unde se află Fundația Adler.

I s-au descris o serie de neajunsuri, atât de către disidenți cât și de către neopsihanaliză și de o mulțime de alte tehnici dezvoltate mai de curând (short term psychotherapy).

Terapii scurte-Short term psychotherapy

Unele sunt aproape de psihanaliză, folosindu-i limbajul, altele nu au legătură cu psihanaliza și vor să fie independente. Aceste psihoterapii scurte se concentrează pe intervenția în criză.

Ferenczi a creat tehnici active. Psihoterapeutul are dreptul să folosească niște tehnici active cu bolnavul, încurajând fantezia în alegerea temelor, conducându-l; cupează nevroza de transfer. O carte despre aceste modificări ale psihanalizei a fost scrisă de Malan, care a dat un tip de interviu standard care să pună în centrul atenției conflictul nevrotic și apoi să dea indicații de interpretare a transferului. Este o carte mai tehnică; el cere bolnavului nu numai motivație ci și entuziasm. Terapeutul trebuie să aibă entuziasm, transferul să fie timpuriu. Să se prevină bolnavul de terminarea rapidă a curei și dacă acela este furios, se pasează în psihoterapia de grup, pentru alte câteva luni de terapie. Ambii factori suportă o tensiune, tratamentul psihoterapeutic înseamnă tensiune, încordare, neplăcere, care sunt inevitabile. Sunt utilizate un număr limitat de ședințe (12 – 24), adică trei – șase luni, întâlniri o dată pe săptămână, stil față în față. Procedeu este tot asociație liberă dar cu centrare pe conflict.

În 1972 o tehnică asemănătoare a descris și Sifneos, tot pentru rezolvarea conflictului. A descris două modalități – de provocare a anxietății și problematizare a bolnavului, primele patru luni, după care reducerea anxietății și ștergerea ei în următoarele două luni.

Gestalt terapia

Nu are legătură directă cu termenul din psihologie. A fost fondată de Frederick Perls. Schița teoriei lui este banală: adaptarea biopsihologică se face prin satisfacerea nevoilor; civilizația se opune, subiectul se refulează și acest exces duce la anxietate. Așa se descrie o civilizație negativă și la Freud, și la Marcuse, ș.a. Subiectul trebuie informat despre nevoile sale și modalitățile de a și le rezolva în mod sănătos, nu din cărți, ci să le trăiască senzoriomotor. Tehnica este cu exerciții senzoriomotorii. În expresia nevoilor el gândește prin acting out, dar termenul are și alte sensuri. Conflictul trebuie centrat „aici și acum”, nu atunci și acolo, cum pe scurt s-ar putea formula psihanaliza. Exercițiul senzoriomotor se face în grupuri și sunt mecanisme precursoare ale comunităților. Experiențele de comunitate sunt mai recente deși experiențele sunt mai vechi.

Psihoterapia rațional – emotivă (Ellis)

Este o intervenție directă în conflictul nevrozei și i se arată bolnavului care sunt bazele iraționale și ilogice ale conflictului. Terapeutul trebuie să fie un expert și o autoritate. Nu se așteaptă luni și ani ca terapeutul să vadă că bolnavul aduce în prim plan o explicație oarecum personală a conflictului. La nevroză se ajunge prin idei greșite (rațional – emotivă). Care sunt ideile greșite? Este o listă dată de Ellis. Citind-o veți vedea cât de îmbibați suntem și noi de ele. Copilul este educat *greșit* cu următoarele idei:

- este esențial să fii iubit și aprobat de oricine
- este greșit să crezi că tot timpul vei fi adecvat și competent.
- nefericirile rezultă din exterior și individul nu poate face nimic contra soartei; omul stă sub vreme.
- este mai ușor să eviți dificultățile decât să le faci față.
- este o soluție pentru orice problemă.

Armele terapeutice după Ellis sunt rațiunea și logica. Trebuie eliminate ideile iraționale din conflictul nevrotic și înlocuite cu idei realiste mai adaptate. Pacientul să lupte cu ideile lui și ale celorlalți toată viața.

Analiza transacțională (Eric Berne)

Teorie. Personalitatea se compune din trei stări ale egoului – copil, adult, părinte. Acestea sunt organizații coerente, relativ independente intelectual și emoțional.

Părintele a introjectat valori parentale. Funcția lui este să mențină valori ortodoxe și să critice. Ego de adult înseamnă calculul răsplății necesare. Ego de copil este frica irațională, inferioritate și bucurie. Schimburile între egouri se cheamă tranzații. Analiza transacțională – deoarece într-un conflict nevrotic se poate găsi un ego de copil.

Tehnica. Se face o tranzație de la ego de copil la unul de adult. După interviul de introducere subiectul este rugat să scrie o mică biografie – life script. Acesta este materialul de bază pentru autor. El găsește patru posibilități pe care și le poate face subiectul din copilărie.

1. eu sunt OK și tu ești OK. Este un echilibru, bună dispoziție, orientare nenevrotică.
2. eu nu sunt OK și tu ești OK. Un suflet invidios, nevrotic, și compensat și care nu are intuiția exactă a celuilalt; de fapt putem spune că nici unul dintre noi nu este OK dar el crede că numai el nu este OK.
3. tu nu ești OK dar eu sunt. Aceasta este o superioritate în care ceilalți sunt considerați inferiori.
4. nici tu, nici eu nu suntem OK.

Pe aceasta poveste model trebuie calcat. Care ești dta? Unul din cei patru. Tendința este maximalizarea influenței adultului; protejarea de autoritatea părintească, moderarea impulsivității copilului. Deci constatăm ce fel de ego este și încercăm să îl corectăm.

Tehnica lui, ca și comentariul, este mult folosită în conducerile întreprinderilor, în a învăța strategii de manipulare a oamenilor. Întâi le iei o scurtă biografie, vedem care e din cei patru, și apoi îi grupăm după acest criteriu. Este o metodă simplă, dar modelul american este de a avea o mulțime de lucruri simple.

Tehnica psihobiologică (Meyer)

Pentru americani, înainte de psihanaliză, Meyer era considerat cel mai mare și poate unii și azi îl socotesc printre egalii lui Freud. Conflictul trebuie abordat la starea de conștient prin conversația obișnuită, directă. Este important cum reacționează subiectul la descrierea situațiilor proprii. Este neutru, este ambalat, plânge. El a numit tehnica „analiza și sinteza distributivă”.

Ghidat de terapeut bolnavul analizează critic, unul câte unul, diferiți factori, diferitele situații și propriile sale reacții. Prin raționament inductiv și prin discuție, bolnavul este ajutat să reconstruiască (să formuleze) partea de sinteză, ar fi cum înțelege el să modifice constructiv reacțiile emoționale. Care este planul lui pe viitor să se integreze mai complet. Tehnica a dat rezultate bune la psihotici, nevroticii au rămas adepții tehnicilor psihanalitice; lor le trebuie povestea cu sexul, îi interesează mai mult; la psihotici problema cu sexul inhibă.

Terapia strigătului (scream therapy-Janov)

Este o terapie dintre cele mai ciudate. Autorul este dintre cei mai apropiați de generația noastră. A descoperit lucrând pe grupuri terapeutice în 1970 că bolnavul care a țipat a început să aibă un „insight”, o evaluare mai corectă a situației, s-a ușurat. Acesta a fost un punct de plecare. Din 1970 și până acum a construit o teorie, publicată în mai multe cărți. Deci nevroza ce este după Freud – eșecul satisfacerii nevoilor infantile – fiindcă părintele neagă nevoile de bază ale copilului, îi cauzează durere. Aceste restricții ale părinților în copilărie fac să se adune ca un bazin (pool) de dureri – un prim pool. Educația face mai departe cu acest lighean cu dureri să se separe de aspectele conștiente ulterioare; se produce un „split” – separare între educația conștientă tardivă și acest prim pool. Fiecare om crescut în acest spirit ajunge la o tensiune fiziologică, de unde este necesară o reexperimentare a acestei perioade infantile și o integrare a pool-ului infantil – a durerii primare refulate. Astfel din split-ul inițial se produce o

reconectare între partea rațională idee-sentiment și corp-suflet. Cartea are scheme de neurofiziologie unde se arată cum se produce separarea părții intelectuale de cea afectivă – circuitele de reverberație limbice și alte structuri descoperite recent.

Scopul terapiei nu este după el interpretarea freudiană, psihanalitică, ci este de a ajuta pe cineva să trăiască, să experimenteze și să-și facă conexiunea pe care istoria, biografia proprie i-a rupt-o în prima copilărie. Nevroza nu este deci ce spune Freud, ci simbolizarea durerii primare – primal pain. Ea este un scut protector care ajută la supraviețuire; dacă nu avem nevroza, această rană după rană – după cum spune el -ne-ar omorî. El spune că scenele cheie trebuie re trăite atunci când am fost bătuți sau persecutați în copilărie, trebuie să re trăim – primal scene (scene primare). Majoritatea au teroriile tatălui comparate cu niște cutremure care blochează răspunsul „țipăt”.

Tehnica. Trebuie să descărcăm cel puțin două decade de reprimare. Se face o examinare fizică, să vedem dacă ține corpul, se ia o biografie scrisă, se selectează pacienții – câțiva din câteva mii de cereri – izolăm candidatul 48 de ore într-o cameră de hotel, înainte de prima întâlnire așa că îi muiem apărările și el stând singur va medita la ce va spune (țipa).

Urmează trei săptămâni de terapie individuală intensă, terapia nu are durată; fiecare sesiune ține până la epuizare; este o cameră liniștită, întunecoasă, fiecare stă pe canapea, sau în cușete, ia o poziție ca în copilărie când era copleșit de durere; fiecare dacă își mai aduce aminte; el spune chiar să luăm poziția fetală și este invitat să țipe și fiindcă sunt mai mulți se fac niște izolatoare fonice la camere și la fiecare (să țipi dar să nu te deranjeze țipătul altuia și să poată lucra și în masă).

După opt luni, catamneza arată foști bolnavi, cu conflicte nevrotice lichidate, mulțumiți, dominați mai puțin de problemele lor inconștiente. Comentariul critic care i se aduce este că suprasimplifică problema psihologică umană.

Logoterapia lui Frankl (formă de Daseinanalyse)

A fost descrisă de Frankl, după cel de-al doilea război mondial. Este un psihiatru vienez, care a lucrat ulterior în SUA. A avut neșansa de a ajunge în lagărele hitleriste și șansa de a scăpa și de a trata ulterior multe cazuri care au ieșit mutilate psihologic din această încercare extraordinară.

Având o pregătire psihologică și filosofică existențială (îl știa pe Binswanger, Heidegger, Scheller, Jaspers), el a elaborat o metodă proprie, numită logoterapie.

Etimologic ar însemna terapie prin Logos, dar sensul pe care îl da acestei tehnici nu este acesta – prin vorbă fiind toate psihoterapiile sau majoritatea. După el în psihoterapie este să investești bolnavul cu un sens.

Psihoterapia jungiană

Concepția jungiana este mai cunoscută și mai dezvoltată decât tehnicile clasice de psihoterapie. Este de fapt o concepție antropologică dizidentă față de Freud, fiindcă deși admite că omul este determinat de inconștient, nu admite că această forță principală este libidoul (vezi Freud). Sensul vieții după Jung este împlinirea unui mesaj transindividual – ancestral. El a disociat mai mult decât Freud psihologia omului și a intitulat-o psihologia analitică.

Metoda lui constă în procese de recorectare, reajustare, dar presupune analiză în profunzime și sinteză. Tot el a atras atenția că patologia psihică nu trebuie judecată numai în termeni științifici ai determinismului – adică a cauzelor – ci trebuie înțeleasă și teleologic, are un sens. Este încercarea de supraviețuire la nivel inferior sau distorsionat; deci nu stă în sensul nevrozei sau a psihozei de a se depărta de medie; omul nu poate să fie în limite medii.

Descrierea normalului diferă de Freud. Tot acest fenomen ontogenetic al dezvoltării persoanei se numește individuație – pentru aceasta procesul este mai important în a doua parte a vieții decât în prima parte, fiindcă în această parte psihicul este dezvoltat, se creează o lume internă. Nu toți străbat această individuație la fel. În anumite epoci istorice grele, de criză, războaie sau după, tineretul poate fi împins către o maturizare precoce și dureroasă și se creează cum spune Jung – o generație dură. Nu a beneficiat de o copilărie armonioasă, a fost frustrată și la maturitate nu mai este tolerantă.

În cursul psihoterapiei se derulează această individuație a fiecăruia. Stăm de vorbă direct cu pacientul până refacem mintal întregul lui biografic. Momentul acesta de integrare a persoanei seamănă cu un fel de întâmplare miraculoasă – happening. Termenul a luat în artă un alt sens. Este o întâmplare când survine cunoașterea completă a persoanei. Este și un efect de transformare a acesteia. Deși admite presingul exterior, pentru Jung rămâne decisiv în individuație potențialul intern al fiecăruia; „omul devine ceea ce a fost în potențial” – nu contează până la urmă condiționarea externă.

Procesul psihoterapic propriu-zis: Jung stă față în față cu pacientul, nu îl pune pe canapea. Materialul cu care lucrează: materialul inconștient al bolnavului care sunt visele, expresia artistică. Efectuează două-trei ședințe pe săptămână de câte o oră, pe perioade de șase luni – un an, încurajând permanent bolnavul și amintindu-i că psihoterapia nu trebuie să țină o viață și că trebuie să continue el însuși. Aici vine în contrast cu psihoanaliza, în care nu se poate spune cât durează, doar cu aproximație vreo patru ani, dar poate să fie de o viață și cu dependență.

Este deci un dialog între două persoane: psihoterapeutul cu o formație culturală deosebită și care încearcă activ o sinteză (deosebire față de psihanaliză) și clientul. Jung nu recomandă o tehnică standard; i se pare

împotriva naturii procesului psihologic o tehnică strict standardizată; nu recomandă o obligatorie întoarcere către trecut, dacă pacientul nu se duce spontan să alunece către trecut ci îl lasă în cadrul problemelor prezente. Deci se mulează pe nevoile pacientului, deci aici se aseamănă mai mult cu terapia rogersiană. El spune așa: „să nu complicați, sunt oameni simpli care vor lucruri simple, atâta le dăm“. Nu are rost dacă vrea doar un sfat ca să complicăm lucrurile.

Dialogul acesta nu necesită o analiză reductibilă la simptome, nu trebuie să spui – am înțeles că dta ai irascibilitate, anxietate, insomnii, etc. Îl rugăm – să schițeze biografia, apoi să schițeze visele din copilărie, dacă le mai știe, și visele recente, și să aducă întotdeauna mapa cu desene, lucrări pe care le-a făcut în această perioadă; și așa în fiecare ședință.

Se știe că această confesiune a bolnavului este ușurătoare. Poate că noțiunea de patern, de om bun și înțelegător, nu o are nimeni în psihiatrie în afară de Jung. Nu pare de loc un om tehnic, grăbit, nu pare un șmecher ci un om înțelept și binevoitor. Se observă că după fiecare ședință bolnavul este ușurat, i se elucidează ce nu a înțeles, i se fac comentarii asupra desenului. Jung a avut o părere foarte interesantă despre artă și vise, și considera că sunt o compensare inconștientă, deci sunt cu sens. Toată această atitudine se bazează pe faptul că medicul face foarte puțin în fond, idee hipocratică doctorul poate doar stimula procesul natural de restituție. Ideea de restituție și la autorii germani ulterioari este dezvoltată. Suntem cu totul departe de sec. XIX care spuneau – dta ești schizofren și nu am ce să îți fac. Compensarea cu produse inconștiente vine să dea un întreg ideal al omului.

Comentând produsele artistice se găsește un mod indirect de a ajusta persoana. Se poate vedea o explozie de culoare, sau că în lucrare se vede un început de liniște și echilibru ceea ce este foarte bine. Sau se poate porni de la cromatică – parcă ați avea de ascuns niște gânduri proaste, chiar vreți să le ascundeți? În analiza aceasta, așa cum ați văzut, începe oarecum informal, Jung a descoperit și îi aparțin anumite formulări teoretice pe care trebuie să le știți și dvoastră.

- el a descoperit că ce se face în psihanaliză este doar un strat, profund dar totuși doar un strat și nu ultimul. Sub acest strat de istorie personală este un strat mai profund de istorie, experiența universală a speciei. A numit acest lucru inconștient colectiv. Adică faptul că noi, toți oamenii de pe pământ, avem vise care sunt în mare asemănătoare și oricâtă imaginație am avea, ne referim la anumite obiecte și relații, avem ceva universal.
- a fost de asemenea un argument pentru el faptul că toate delirurile din lume, oricât ar fi de colorate au aceiași vectori -persecuția și grandoarea.

– o altă sursă care l-a făcut să inventeze noțiunea de inconștient colectiv au fost legendele, miturile, poveștile, religiile. Inconștientul colectiv conține anumite teme, pe care el le numește arhetipuri – care depășesc mica dramă a unui eu, care e drama studiată de psihanaliză, dar în afara lui, Jung a chemat umbra – putem spune un alter ego, care este depozitul complementar și compensator de vis care conține multă vitalitate. Eul are o biografie frustrată, încurcată, blocată, și vitalitatea umbrei este cu mult mai mare. De aici și optimismul mai mare al psihoterapiei. Nu trebuie să ne încurcăm că omul a rămas la complexul oedipian și atât. Dacă ținem cont de inconștientul lui colectiv, potențialul lui este mai important; în afara eului, în acest depozit, umbra, găsim: diferite roluri ale omului, în afara celui pe care îl joacă în mod real, poate să joace mai multe roluri. În depozitul acesta mai găsim și niște formațiuni contrasexuale.

Aceste formațiuni contrasexuale – în barbat stă în proporții variabile o anima – suflet de femeie; multe femei bărbătoase își critică soțul că – ești mai mult o femeie. Și invers, într-o femeie este un animus. Deci baza mixtă psihologic se găsește în orice om, și uneori la investigații riguroase endocrinologice sunt niște găsiți: încurcături genetice în diferite părți ale corpului.

Jung postulează că în fiecare om este un contrasexual în proporții variabile. Acest dublu sexual nu este făcut ca să ne încurce plăcerea sexuală, sau probabil că actul și perpetuarea se face după legile ei. Acest dublu completează omul, aduce la barbat puțină finețe, puțină blândețe și estetică, iar la femeie activismul, curajul, energia, și chiar așa este. Din exemplarele reușite în acest domeniu nu trebuie să vedem niște invertiți sexual și chiar dacă facem analize nu găsim nimic special.

Organizarea acestui inconștient, după Jung, se face prin două modele contrastante, cum sunt introvertul și extrovertul. Iată doi termeni folosiți frecvent. Modelul introvert este mai bogat sufletește însă mai sarac în relații și invers la modelul extrovert.

Rezumând până aici, inconștientul colectiv are arhetipuri, adică imagini universale simple, de care este legată orice persoană; de pildă imaginea de mamă, taă. Pe aceste baze primare, avem configurațiile arhetipale: patrie – care vine pe cea de mamă; cea de autoritate, judecător, rege, care vine de la cea de tată.

Mi s-ar pare că este cam împrăștiată povestirea și lui Jungi s-a părut la fel, a avut și el intuiția că omul ar fi așa de mult fragmentat, cu prea multe încurcături dacă nu ar fi găsit că stratul cel mai profund al inconștientului se cheama self; în psihanaliză termenii pot avea sensuri variabile, iar în psihanaliza recentă termenul de self este sinonim cu cel de ego; disjunția este numai la Jung, unde este altceva decât ego. Deci unificarea aspectelor

conștiente și inconștiente se face până la urmă într-o matcă comună care este self-ul (sinele).

La baza individuației stă self-ul; unii au zis că acest self nu se poate identifica cu entelekia – noțiunea veche, antică, medievală, foarte aproape de mistică și de Dzeu. Jung a ieșit din întâmpinarea acestei formulări și a spus că s-ar putea ca aceasta să fie mai aproape de totalitatea lui Dzeu, fără să spună că fiecare om este un Dzeu.

Deci în conversația care are loc, omul capătă o informație cu mult mai mare decât credea asupra bogăției și universalității lui. Din asta găsim un motiv de comuniune mai mare. Prin psihanaliză accentuăm un individualism și un destin personal, prin psihoterapia jungiană ne simțim uniți în umanitate. Veți înțelege de ce Jung este valoros nu numai pentru psihiatrie dar și pentru omul normal și pentru artă: muzică, arte plastice. Este așa-numita psihoterapie intelectuală, așa de iubită de intelectuali.

Psihodrama

Incontestabil este legată de numele lui Moreno – bucureștean, vienez, apoi american. El socoate că descoperirea grupului și a psihodramei reprezintă a 3-a revoluție în psihiatrie după Pinel și Freud.

Este vorba de o metodă care vizează prin joc dramatic căpătarea unei spontaneități, mobilități, autenticități sufletești deosebite. Întrebat de Freud la începutul secolului cu ce se ocupă, a răspuns – în timp ce d-ștră vă ocupați de trecutul bolnavului și de un pacient și de problemele lui, eu mă ocup de problemele actuale ale unui grup sau ale unor grupuri de bolnavi.

Aceste grupuri de care se ocupă el la începutul secolului erau grădinițe de copii, prostituate, deținuți, adică niște oameni imaturi, la care a încercat întâi să facă o discuție de grup și apoi să joace teatru. Ideea de teatru duce rapid la confuzia că ar imita teatrul, dar este o greșeală. Teatrul este numai aparent. Este vorba de o înscenare a propriei suferințe a subiectului – autoteatru, în care imprevizibilul și spontaneitatea sunt caracteristice, în timp ce teatrul se bazează pe scenariu, pe lucrări previzibile și repetabile. Este una din cele mai dificile metode în ciuda credinței novicilor că ar fi cea mai ușoară metodă. Cu aceste idei sumare, Moreno a deschis la Viena, în 1925, un teatru al spontaneității (Stegreiftheater), care de fapt înseamnă un teatru spontan. El și-a prezentat procedeul în cartea cu același nume. Cuprinde 3 părți: microsociologie, terapie de grup și psihodrama. Toate sunt foarte legate în concepția autorului, care se crede fondatorul lor.

Psihodrama cuprinde 5 elemente: scena, protagonistul singur sau grup, directorul de scenă (care este psihiatrul sau cel care se ocupă de asta), eu-l auxiliar (ca un coterapeut de grup), publicul. Moreno atrage atenția că deși orice om este în anumite momente ale existenței destul de expresiv,

chiar teatral, în conduita față de copii, părinți, dacă îl pui să joace în public este paralizat; îl apucă o rușine copleșitoare și dacă este și bolnav urmează această inhibiție și piesa nu mai are loc – este impresia inițială. Dacă are loc prin indicațiile directorului de scenă sau eu auxiliar trebuie să aibă anumite caracteristici – trebuie să fie o întâlnire prezentă. Scene din trecut să fie numai dacă sunt unice și obsedante pentru bolnav. „În latura timpului, spune Moreno, este mai important să ai un ochi către viitor decât către trecut”. Bolnavul trebuie să cunoască spațiul, camera, scena – să-și măsoare distanțele între obiecte. Ține de încălzirea lui (warming up). Se joacă realitatea; nu se joacă infra- sau surplusul de realitate (infrarealitate – indicații excesive, intoxicarea verbală a subiectului cu indicații; surplusul de realitate – grăbirea procedurii – adică bolnavul nici nu se expune pe sine și directorul de scena dă indicații exagerate – inversare de rol, alte roluri, forțarea corporală, adică se indică sărut). Să se evite rolurile sociale complexe. Cu aceste mici indicații care se dau, începe prima fază, încălzirea. Rolul îl are directorul de scenă și coterapeutul (ego auxiliar). Să spunem că din discuția anterioară cu bolnavul știm că are un conflict de serviciu și cel mai frecvent este să fi subordonat. Directorul de scenă va ruga pe ego auxiliarsă facă pe subordonatul și el, directorul, va fi șeful, și să aibă un dialog în răspăr, apropiat de ce s-a întâmplat cu bolnavul. Bolnavul va spune – aici nu am reacționat așa – și este chiar începutul încălzirii lui de care se leagă situația dramatică; atunci îi spui – dar cum ai reacționat dta? Dacă din primul moment reușim acest lucru, încălzirea este deja făcută. I se spune – nici nu vrem mai mult de la dta; o scenă de acest fel vom juca și gândește-te că vom lua de acasă sau din trecut dacă sunt probleme; dacă nu sunt, nu mai discutăm.

Urmează faza de creativitate. Joacă bolnavul – se mizează mult pe spontan. Omul greu imită pe cineva, fiindcă este un cabotin, doar dacă nu avem înzestrarea rară de a fi actori naturali; teatrul lui Moreno este de cabotinaj; nu trebuie să avem niște pretențioși pe margine care să râdă de cum se mișcă ăla – este un teatru de mâna a treia și noi știm. Nu este nici extrema unei pantomime, cum facem la joc de societate, ci o acțiune la ce vrem să spunem – ieri am fost la serviciu – se ia loc la birou. Să ilustrăm continuu cu vorba și pantomima scena pe care vrem să o jucăm. Ce rezultă în întâlnirea de aproximativ o oră poate să ia aspectul unei scenete și se poate apropia după cum spune Moreno de „conserva culturală”. Să analizăm această conservăideală.

Este vorba de o filosofie a momentului și de o întâlnire (encounter) – unde suntem atenți la ce sentimente se vehiculează: dragoste, pasiuni, sentimente ambigui, contradictorii. Analiza conținutului psihodramatic nu se face cu cei de la psihanaliză, adică transfer, empatie. Pentru ce se

întâmplă – transferul afectiv din psihodrama Moreno are un termen propriu în psihodrama, este cel de „tele” (am vorbit la grup – în sens de coeziune, pe deasupra individului, iar aici ceea ce se întâmplă: posibila legătură cu ego auxiliar, plăcerea sau neplăcerea de a juca în fața directorului, degajarea sau nu după și recrudescența lucrurilor neplăcute. Important ca această „conservă” să ducă la o scenă bine integrată, din care bolnavul să iasă mai securizat. Esențialul normal – patologic pentru Moreno este siguranța eu-lui; omul bolnav nu este sigur de sine; orice aprehensiune cu ai tăi, dacă este ceva amenințător real sau imaginar, ești într-un statut de boală și psihodrama trebuie să te scoată din ea. Deci din asta se vede o indicație esențială adică cei cu eu-l slab, care prin psihodramă îi aducem la puțin curaj, obraznicie; actorul este un om cu un anume tupeu, cu o prezență în real, nu se intimidează de nici o situație. Deci dacă reușește această metodă, ce generalizări putem trage din ea?

Cea mai importantă și care aparține lui Moreno este noțiunea de rol – puținii îl știu și cred că sociologii l-au dat (sociologii Levi Bruhl, Person); adevărul este că Moreno revendică noțiunea de rol pentru sociologie, microsociologie, grup și psihodramă. El critică psihanaliza și spune că noțiunea de Ego (a lui Freud) și de Self (a lui Jung) nu este practică, folosibilă; după el, aceste noțiuni sunt finale, folosibile numai dacă punem cap la cap totalitatea rolurilor unei persoane. El socoate deci că existența noastră se compune dintr-o sumă de roluri, prin roluri înțelegând funcția individului la un moment dat. Asumarea unor situații specifice față de alte persoane se cheamă rol. Ceea ce așteptăm de la celelalte persoane, adică dreptul nostru în cadrul acestui rol, se cheamă statut.

Rolul este o reprezentare simbolică. Mereu se schimbăfață de noi și ceilalți sau mai degrabă, ori de câte ori jucăm un rol, ne întrebăm continuu – care îl jucăm bine? Îl jucăm la fel ca ieri? Și ceilalți judecă – este mai bine în rol, este mai dezghețat sau este mai inhibat.

Moreno a fixat reguli și tehnici de desfășurare a psihodramei. Până aici am vorbit de condiții și conținut, de aici se vor descrie reguli și tehnicile date de el.

1. Regula acțiunii. Este vorba de dramatizarea conflictului. El spune mereu: „activ, activ”, în loc de a vorbi. Sau vorba, spune el, trebuie să fie auxiliara gestului.

2. Regula „aici și acum” (here and now).

3. Regula subiectivității. Moreno spune că întâi vine „enactment”, ceea ce se poate traduce ca „întâi joci spontan, cum vrei tu acum și după aceea ne interesează dacă ai căpătat o experiență dramatică, nu ne interesează asta în primul rând „.

4. Regula – maximă expresie. Se permite totul pentru producerea scenei.

5. Regula– interiorizare concentrică. Se ajunge la procesul de creativitate pornindu-se de la periferie către centru; este o regulă în psihoterapie căîntâi ne facem că vorbim, nu atacăm direct un conflict, apoi alegerea trebuie să fie a pacientului; directorul dacă are el idei sau altcineva, totuși ce să joci depinde de el și nu trebuie impus de altcineva: *“hai, joacă scena aceea că ce frumos plângi tu”*. Nu intereseaza asta, decurge din asta.

6. Regula – nu constrângem.

7. Regula acceptării inexpressivității. Imediat ce observăm că nu poate să exprime, ego auxiliar îi exprimă el ce a vrut să spună sau ce nu poate să exprime bolnavul.

8. Regula interpretării. Interpretarea, spune Moreno, trebuie să fie numai în acțiune. Deci el vorbește de acțiuni care *“iluminează”* (action insight) – o noțiune intuitivă, globală a unei situații, apoi acțiunea de a învăța și catharsis-ul acțional.

Deci insight, învățarea și catharsisul, toți termenii sunt interpretare prin acțiune.

9. Regula adaptării. Cel mai important lucru, spune Moreno, este că am început să jucăm și nu dificultatea cum am început și sărăcia conținutului.

10. Regula celor trei părți. Încălzirea, acțiunea propriu-zisă, comentariul acțiunii de către grup.

11. Regula identificării cu protagonistul. În grup există răsunete secundare *„exact așa am pățit și eu”* sau *„are dreptate – bine i-a făcut că l-a pocnit”*. Aprobarea sau dezaprobarea este un proces analitic de apropiere sau depărtare simbolică de ceea ce se întâmplă.

12. Regula rolului. A juca rolul.

13. Regula flexibilității membrilor. Cea mai importantă flexibilitate se referă la profesioniști – director, ego auxiliar.

De altfel, din toată cartea, Moreno, în ciuda vârstei, ne apare ca un om vioi și foarte teatral, aproape hipomaniacal, în descrierea a tot ce se întâmplă în această psihodramă.

Tehnicile.

Un elev al lui Moreno susține că se pot descrie 351 de tehnici, totuși Moreno în cartea sa descrie o listă mai mică – solilocvia terapeutică, autoprezentarea, autorealizarea, psihodrama halucinatorie, dublu, multiplu lui dublu, oglinda, răsturnarea rolului, proiecția în viitor, prezentarea visului, psihodrama, hipnodrama, șocul psihodramatic, improvizația, psihodrama didactică, psihodramafamilială.

Sunt toate cu titluri foarte sugestive dar trebuie să ne lămurim asupra lor. Ordinea expunerii nu este foarte omogenă. Tehnicile par că merg de la simplu la complex, dar enumerarea lor – cea originală -nu respectă complexitatea psihologică a expunerii și nici desfășurarea lor cronologică.

Solilocviu terapeutic: prima tehnică, în care subiectul este lăsat în scenă să gândească cu voce tare la ceea ce va urma.

Autoprezentarea: ca în prologuri, mai ales la comedia del'arte în care capeți rolul de prezentator, este bine plătit și foarte rar este bine realizat; de aici se vede că nu ești spontan. La autoprezentare ai impresia că nu ai memorie, că schemele verbale nu te vor ajuta și că vei fi ridicol. Dacă de la început te bâlbâi: că ai profesia X, că ești însurat, că ai mai fost pe aici și că abia aștepti să faci psihodramă în afara publicului de aici, cu înaltă calitate și cunoaștere teatrală, formule cu care ne încântăm cu toții. Nici unul din sală nu crede dar se simte măgulit de acest mod de a ne lega de sală (captatio benevolentia).

Autorealizarea: este jucarea de conflict – acum iată ce m-a adus aici. După minime relatări – eram la uzină acum 5 zile – trebuie să joci cum s-a întâmplat. Trebuie să fie foarte ușor de jucat, fiindcă omul consideră că s-a făcut o nedreptate. El începe ca victima (nu spune că este psihopat și i-a dat un pumn) – mie îmi dămașina cea mai proastă; am răbdat și când am văzut că nu-mi dă alta, am trântit, am injurat, am amenințat. Cam așa este conflictul actual.

Psihodrama halucinatorie: se înțelege că se aplică numai la psihotici care au avut asemenea trăiri și au puterea și bunăvoința să le trăiască; protocoalele date în această carte asupra acestui moment sunt impresionante. Dacă am putea să le facem cu toții, ar fi cel mai important material didactic cu psihoticii noștri, ar fi cel mai frumos material didactic. Aici știți ce rezervă au pacienții asupra intimității acestor trăiri. Ba mai mult, ne întrebăm dacă nu agravează o trăire psihotică; nu mai spun că da, că în cadrul acestei halucinații este permis orice, mă întreb dacă nu are violențe față de un altul în cadrul unei halucinații vizuale terifiante.

Dublul: să reproducă aceeași scenă un ego auxiliar.

Multiplul dublu: și cu alți pacienți.

Oglinda: tehnica egoului auxiliar – tu nu poți să joci scena și o joacă egoul auxiliar; tu te uiți la el ca într-o oglindă.

Răsturnarea rolului: după Moreno, este cea mai importantă descoperire a sa. Oamenii normali cred că lumea este făcută după haina lor mintală; psihopatologia tocmai asta relevă, că nu este la fel făcută nu numai la modul obiectiv dar și la modul subiectiv și inversarea – flexibilizarea rolurilor este cea mai importantă tehnică educativă – ia treci dta în locul meu;

închipuie-ți în ce postură pui. Este o invitație pe care o facem. Răsturnarea nu ține cont de text, vârstă sau ierarhie socială.

Proiecția în viitor: nu mi se pare greu de înțeles.

Prezentarea visului: foarte greu de realizat, fiindcă visul nu îl putem nici în vorbe prezenta bine; trebuie o concentrare foarte mare și nu se redau decât fragmente de vis.

Hipnodrama: bolnavul este întâi hipnotizat și i se sugerează să joace apoi.

Șocul psihodramatic: i se sugerează catastrofe. Mă tem de ele în funcție de cel care le trăiește – dacă spui că ți-a murit mama poate fi copleșit sau invers, abia așteaptă să o îngroape. Dacă este așa dur, trebuie să-l atingi undeva; deci se caută unde este punctul sensibil – partenerul, copiii.

Improvizația: în funcție de imaginația directorului, a pacientului, se poate repeta lumea în toate amănunțele ei; poate să fie un teatru fără sfârșit, dacă membrii acestei echipe au imaginație. Improvizațiile merg foarte departe dar trebuie ținut cont de nivelul moral de la care se pornește și în funcție de aceasta să nu depășim totuși măsura – ei își pot permite foarte multe lucruri și în carte veți vedea ce improvizează – cred că ține de modelul cultural al țării, de foarte mulți factori preciși din care noi nu putem ieși; nu vom ajunge cred la improvizarea de acte sexuale, tehnici, etc., perversități, penalizări. Toate acestea nu cred și fiindcă suntem niște debutanți să lăsăm asta pentru bătrânețea noastră psihodramatică și să ne menținem în cadre unde nu ne-ar ieși vorbe prea repede cu procedeul și cu ceea ce facem noi joi de la cinci la șapte în semiîntineric – undeva.

Psihodrama didactică – așa cum sună și ce înseamnă didactic, în esență înseamnă rațiune și moralizare, se identifică cu paternitatea, autoritatea; este o scenă de subordonare, de punere la punct, de disciplină – „nu are voie”. Scenele trebuie jucate spontan și nu la modul ipocrit.

Psihodrama familială: se poate juca dacă nu cu toți membrii, cu cei principali: mama bolnavului, tatăl. Se poate improviza cu cei veniți în vizită la bolnav.

Ceea ce s-a vorbit până aici pune în valoare un factor descoperit de psihanaliză și care este rezistența; ea este mai mare în prima fază – ne referim la psihodramă față de psihanaliză, dar cedează mai brusc și mai repede decât în psihanaliză.

Psihodrama de grup: pune mai mult decât cea individuală, învățarea de conduite de către grup în ceea ce privește conduitele sociale. Se pleacă de la conduitele simple. Se dă ca exemplu că este dimineață, suntem în salon, ora 6, ce este de făcut – sculare, spălare, făcutul patului – toată suita de banalități care știm că este omisă în mod spontan, este rejucată cu grupul.

Urmeaza alte conduite – *hai să-l judecăm pe cutare fiindcă a fugit*. În această scenă se vede mai bine agresivitatea unora sau acceptarea exagerată a altora, deci puterea de judecată, simțul dreptății, al nedreptății. Cum se acordă prima? Toate lucrurile care pot da marile sau micile nedreptăți din colectivitățile noastre. Deci alegem chestiuni cu coloratură sociopolitică. Se pot aborda și teme mai drăguțe – *ești burlac, vrei să te însori, ești pe bulevard, dumneaiei trece și dta crezi că ai putea să o abordezi?* Pornește de la asta. Deci vei constata dacă ai o putere de seducție mică la discordanți, dar destul de bună la unii psihopați. Alte teme: boala copilului, tribuna, înmormântare, teme de umilință, teme de înfruntare, este luat pe un ton nepotrivit. Se admit și impulsivități fără să-i rupi ceva (trântiri, loviri). Se face o convenție și în acest cadru Moreno desigur că nu-l lasă pe unul să-l bată pe celălalt. Pentru impulsivități mari ego auxiliar se face o păpușă de cauciuc – procedee teatrale care le poți bate oricât.

De ce aceasta poveste străină de mentalitatea noastră, deși noi suntem niște meridionali? De ce? Acum vine comentariul critic final al acestui procedeu.

Moreno este autorul care a reușit să lanseze în lume un curent care explică foarte multe din conduitele de azi din Occident. Este acel curent al informalului, al descătușării, al spontanului. Spre deosebire de Freud care îl fixa pe canapea, Moreno a atacat punctele nodale ale vieții sociale. Deci Moreno este un filosof al sociologiei și un ideolog al unor tehnici ale libertății personale. Moreno vizează foarte departe cu procedeele sale. În cadrul egoului lui foarte generos, consideră că toată doctrina actuală pe care președinții o revendică prin carta libertății engleze, Moreno o consideră că vine de la el. El socoate că dezghețul și psihologia interumană lui i se datorează. De asemenea, ce au făcut Kurt Levin și toți ceilalți pentru psihoterapiile de grup scurte. Toate rezultă de la el și tot ce s-a schițat până aici.

Este criticat fiindcă acea spontaneitate moreniană ar fi o noua ipocrizie. Toți „să zâmbim“, ori ce este autentic este să fii dârz și să te arăți așa și nu poți cu blândețe și râs să exiști dacă realitatea este altfel. Poate că în acest sens nouă nu ne trebuie sau ne este foarte greu să intrăm în alta piele. Este un handicap foarte mare pentru profesiile noastre – medic, în care arhetipul de medic este nonteatral. Medicul clasic la noi este curat îmbrăcat, vorbește puțin, nu promite prea mult, nu-și permite un contact prea strâns cu pacienții; ori în această tehnică, medicul trebuie să arate că este un actor total, un saltimbanc, că le știe pe toate, în toate rolurile posibile, trebuie să aibă o plasticitate extraordinară. Deci ce spune Moreno că cel mai bun procedeu pentru socializarea normalului este deci de folosit la grădiniță, școală, armată, colective de salariați – peste tot trebuie psihodramatizat – pentru noi are indicații mai limitate.

Considerăm că ar intra aici în primul rând nevroticii cu un eu nesigur – în general tendințe psihastenice, deci cu o bună expresie psihologică a suferinței nevrotice, fiindcă nu o să psihodramatizăm eructațiile sau alte cenestopatii și un just echilibru cu cei care se exprimă ușor, adică cu pitiaticii, cărora le este ușor să vină pe scenă.

A doua indicație sunt schizofrenii pe cale de remisiune. Se poate încerca și psihodrama familială cu aceste cazuri, mai ales cu mamele. O scenă cum a fost și o scena cum ar trebui să fie în raporturile lor.

Psihodrama este la apogeul puterii unui serviciu. Ca să o faci, celelalte procedee trebuie să meargă șnur. Nu unde sunt dificultăți de tratament. Cred că o indicație bună ar fi ca din când în când să se încerce psihodrama cu personalul.

Psihoterapia de grup

De la început trebuie făcută următoarea distincție – grupurile sunt din timpuri imemorabile modalități de existență, de apărare a unor interese. Grupul terapeutic aparent seamănă cu o grămadă de oameni, dar este o valorificare a forței terapeutice a grupului însuși. O forță supraindividuală de modificare a individului. Metoda nu trebuie opusă metodelor individuale, ci mai logic se începe cu metoda individuală, care este cea care poate să selecteze mai bine bolnavul și să se încheie din nou cu metoda individuală.

Definiție. Este o formă de tratament în care bolnavii selecționați după anumite tulburări emoționale apropiate, sunt plasați într-un grup ghidat de un terapeut. Scopul este de a modifica personalitatea. Este vorba de un microgrup care exercită o acțiune de modelare. Relațiile sunt față în față, ca în psihoterapiile scurte. Este vorba deci de o destăinuire în public, aici stă toată dificultatea tehnicii. Rezistența la destăinuire este foarte mare.

Istoric. Ca și insulina, vine din fiziologie. Primul grup a fost folosit de Prater, la începutul secolului, cu tuberculoșii; a urmat grupul neterapeutic, cu lecturi la psihotici. A urmat Moreno, care se consideră inventatorul absolut al tehnicii. De fapt, are prioritatea psihodramei.

Cei care au practicat grupul ca terapie înainte de cel de-al doilea război mondial au fost de orientare psihanalitică (Slavson cu copii și adolescenți, Jung, Adler și chiar Freud, care a scris o carte despre grup).

După cel de-al doilea război mondial, pe lângă tendințele psihanalitice, se reactualizează idei mai vechi ale lui Kurt Lewin – Dynamic Group. Cuvântul de dinamic nu este luat în sens analitic ci sociometric, de atracție sau respingere a unei persoane în grup și alcătuirea unei sociograme și aceasta conformă cu această tendință. O dezvoltare mare a luat-o în Anglia și SUA.

Se vorbește în ultimul timp de noi grupuri. Sunt patru:

- grupuri de întâlnire pentru oameni singuri. Într-un cartier, o asistentă adună pe mai mulți la cineva acasă (pe cei asemănători ca problematică). Discută, se practică și jocuri. Acest five o'clock trebuie făcut cu ghidare și ajutor social. Astfel oamenii se obișnuiesc între ei și cu programul.
- tea group – pentru normali. Are un scop educativ, pentru casnice, adolescenți; cei mai refractari vor fi adulții, care nu vor găsi timp pentru așa ceva.
- grupurile de antrenament ale sensibilității – se fac în acomodarea la avion;
- grup cu scop managerial (management group) – care de fapt aparține terapiei sociale.

Clasificarea grupurilor. În cartea lui Ion Vianu, acestea sunt grupate în grupuri de activitate, terapeutice și psihoterapeutice. Grupul de care vorbim în aceste rânduri este denumit activitate verbală de grup (Lebovici, Diatkine).

Clasificările pot fi făcute după următoarele criterii:

- compoziția grupului
- mecanismele folosite
- stilul liderului
- schema teoretică folosită
- obiectul specific pe care este centrat

Am avea în acest sens:

- grupuri terapeutice de susținere
- grupurile psihanalitice – de orientări diverse.
- analiza transacțională (Eric Berne).
- terapia comportamentală în grup (Wolpe – Lazarus)
- grupurile rogersiene
- grupurile de relaxare

Terapeuții de grup atrag atenția să nu se confunde tehnica de grup cu cea individuală, cu aceeași denumire; deci sunt particularități la relaxare și deconținere în grup; nu se poate spune că dacă există experiență în terapia individuală, poate fi practică și cea de grup în mod asemănător.

Selecția bolnavilor.

Pentru că subiectul se referă în special la terapia analitică de grup, selecția, ca și la psihanaliza individuală, este punctul central. Este obligatoriu un interviu preliminar, pentru obținerea unor date, prezentare a tehnicii în mare și pentru obținerea acordului și a motivației; cu forța nu are sens.

Sunt două indicații speciale – pentru pacienții care se tem de metoda individuală și pentru cei cu măsuri de apărare exagerate (proiecția, refularea, transfer exagerat și caracteristici de timiditate, introversie, dificultăți de relaționare).

Ce acoperire diagnostică pot avea aceste indicații? Ne vom referi la ceea ce putem scoate din nevrotici, cu excepția pitiaticilor, care fac crize actuale, schizofrenii gata liniștiți, și acomodați la instituții, deci nu chiar în debutul lor, unde anxietatea și prăbușirea lor este foarte mare. Contraindicațiile diagnostice sunt stările de deteriorare – demențele dar și anumite psihoze.

Grupului propriu zis i se poate descrie o structură internă și funcții terapeutice. Grupul va fi constituit din maximum 10 persoane, cu o frecvență a întâlnirilor de 2-3 ori pe săptămână, în ședințe de câte o oră, cu un total de aproximativ 20 de ședințe. Toate aceste indicații sunt laxe. Grupurile sunt heterogene în spital, deoarece este foarte greu de obținut o omogenitate. Structura trebuie să fie deschisă, adică vin și pleacă, ca și în spital și secție. Este un amestec de vârstă, sexe, profesie, boli, cu micile rigori spuse dar care sunt foarte mici și care se descoperă după începerea ședințelor.

În desfășurarea celor 20 de ședințe, se periodizează o fază de început și una de dezvoltare. Până la formarea reală a grupului, adică să se constituie o forță supraindividuală de tratament, trec luni de zile și se produc numeroase schimbări. Practic bolnavii se așază într-un cerc, pentru ca geometric să dispună de același câmp, à la K. Levin. Grupul este condus de terapeut și coterapeut. Aici se frânge puțin regula de aur a relației bolnav – doctor, adică intervine un al treilea.

Grupurile psihanalitice încurajează spontaneitatea și chiar creativitatea, originalitatea intervenției. Se produce un fenomen de transfer foarte complex – atât cel principal cu terapeutul cât și cel colateral între bolnavi. Din acest punct de vedere discuțiile pot fi sărace, bogate, mult prea bogate și ne interesează să fie bogate. Dacă discuțiile sunt sărace, înseamnă că sunt introductive, formale. Dar sunt grupuri care nu pot să înainteze indiferent de câtă inițiativă ar avea terapeutul. Discuțiile prea bogate și greu de delimitat sunt cele care atacă problemele intime sexuale, foarte firești și aș putea spune prea psihodramatice. Din acest punct de vedere se disting foarte mult cele psihanalitice de cele sovietice (educaționale – Makarenko).

Esența terapeutică poate fi legată de identificare – ca prin transfer să se producă identificări – ipoteza prin urmare este a imaturității afective a participanților și invers, maturitatea terapeuților sau a altor participanți cu care să se poată identifica; deci conținutul psihanalitic este ca în viața fantasmatică a grupului să cristalizăm, să înțelegem, să selectăm probleme psihanalitice tipice și care sunt proprii fiecăruia din grup.

Problema interpretării se pune altfel decât în psihanaliza clasică; interpretarea poate fi directă în grup; este o încălcare lamentabilă a psihanalizei. În grupurile mai noi se vorbește de un proces de învățare a structurii, care nu este un procedeu psihanalitic. Nu este un obiectiv ci o sinteză psihanalitică; grupurile trebuie să ducă în cazurile pozitive la o independență față de terapeut.

Se începe de la o anecdotă dar repede se da o semnificație emoțională evenimentului – modul cum l-a trăit bolnavul și dacă altcineva îi poate sugera dacă a făcut bine sau rău și ce ar fi făcut el în acea situație. Coeziunea poate să ducă la întrajutorarea bolnavilor. Se mai produc și boli ale grupului, adică anumite schimbări, anumite încurcături pasionale în afara grupului, care se răsfrâng la un moment dat asupra grupului.

Rezultatul, ca și la psihanaliza clasică, nu este statistic, ci se pot descrie în termenii unei eliberări interioare. Oamenii comunică mai ușor, se simt eliberați de un trecut obsedant, de anumite încărcături subiective și privesc mai încrezător în viitor. S-a remarcat că acest conținut al discuției reflectă gradul de dezvoltare ideologică. După Corsini și Rosenberg, conținutul discuției în grup ar putea fi redus la două sute de mecanisme. În analiza acestui conținut ei descriu factori intelectuali, emoționali și acționali.

În primul grup ei descriu deprinderea subiectului de a universaliza o trăire proprie. În factorii emoționali se descrie o deplasare de la egoism spre altruism – la acceptarea celui alt. În factorii acționali descriu o creștere la ceea ce ei numesc testul realității – reality test; ventilația secretului care poate echivala cu abreacția, catarsisul din psihanaliză – psihoterapia individuală.

Peste aceste indicații ale autorilor englezi, americanii au adăugat așa-numitul factor de atmosferă informală. Este mai important – spun ei – ceea ce nu se discută, adică ceea ce se trăiește în grup: plăcerea de a fi cu alții, de a te putea adresa în public terapeutului, de a formula întrebări curente cu relevanță personală. Aici poate fi subordonat și ceea ce spunea dr. Vianu despre privire – tehnica privirii și a vorbirii. În factorul informal ar intra și această privire.

După mecanismele de apărare de la psihoterapia individuală, s-au descris tactici psihoterapeutice, în care o problemă psihanalitică este ținută și i se încearcă dezlegarea și eliminarea părții ei negative. Fiind o întâlnire între caractere necunoscute, la început ne găsim față în față cu niște oameni care disimulează foarte mult, care au pseudosincerități, manierisme, ipocrizii.

De la aceasta fază de „civilizație sălbatică” (Sivadon), se trece la o lentă umanizare reală, prin constatarea că problemele ar fi cam aceleași, desi sunt divers formulate; desigur că nu setrage concluzia pesimistă că toți suntem fără scăpare, etc.

De aici descrierile diverg, în sensul că anglo-saxonii par ortodocși în urmărirea încurcăturilor psihanalitice, în timp ce literatura franceză insistă asupra unei suprastructuri a psihanalizei, în sensul unor discuții mai înalte, filosofice asupra sensului vieții, asupra ideilor de suicid ale lui X. S-a constatat că există o carență mare și anume în susținerea tocmai a vieții – a lucrului elementar; e greu să descrii în grup motivele pentru care trebuie să trăiești. Mereu pare demagogic și neînțelegerea exactă a celuilalt când îți arogi funcția să spui celuilalt care este sensul vieții, de ce trebuie să ducă mai departe viața.

În grup poate să apară și un antilider – un personaj negativ, un psihopat care caută să dezorganizeze intenția pozitivă a liderului, care este desigur un ideal de om înalt, de noblețe, de purtător de nume, un superego mascat, să nu fie agresiv, ci cald, uman.

În dinamică, grija permanentă este să nu apară o adversitate care este strategic calculată și posibilitatea de distrugere este ca a unei corabii care tinde mereu să se rupă. Pentru că mereu vin alțiiși vigilența asta de a păzi grupul este imposibilă; iar liderul se simte foarte angoasat de excluderi; nu intră în metodică lui altruistă să procedeze așa. Deci nu se ajunge niciodată la o structură precisă, cvasireligioasă a grupului și se luptă mereu cu laxitatea pe care tehnica analitică și raționalul plus pretenția de democratism și informalul o impun. Antipsihiatria însă contestă profund și consideră că și grupul este o mască ipocrită pentru tirani ascunși în postul de lider. Asta nu ne dizolvă intențiile însă.

Ar putea fi descriși două tipuri extreme de pacienți, după imaginea pe care o au ei față de ei înșiși. Avem deci o extremă dreaptăcu o imagine megalomană asupra vieții; ei trebuiesc ținuti în frâu; cei cu o imagine de hipostimă, melancolică, depresivă, care trebuie stimulată. În fond, pentru ei trebuie să fie mai special grupul; pentru ceilalți ar fi piper și accident.

Categoric că un om satisfăcut de el însuși și cu o cenestezie mai mult decât medie nu are ce căuta în grup; nu va contamina pozitiv, apare ca ușor beat sau deplasat pentru grupul respectiv.

Printre tehnicile folosite afară de discuțiiintră următoarele – analiza viselor, asociația liberă, problema din jur (go round) – aceeași întrebare la care capeți diferite răspunsuri dacă o treci pe la toți, expresia acută (acting out), interferența cu tehnici electronice – proiecții, audiții, apoi se mai încearcă sugestii de terminare a grupului. Și în această privință ne consultăm.

Analiza visului. Azi se tinde spre interpretare jungiană – adleriană a visului (funcție compensatorie și utilă pentru activitatea viitoare). Bolnavul trebuie învățat să-și capteze visul și să învețe să îl și povestească aproximativ. Terapeutul contează pe 50% confabulare, care este de fapt completare involuntară cu asociații libere, care sunt semnificative în interpretare. Omul obișnuit tinde către o întărire afectivă a propriului vis, după clasificarea: vis frumos și vis urât. Deci visul este interpretat ca o călătorie anticipatoare, generată de frământări și piedici anterioare. Poate da cea mai vagă schemă asupra proiectului psihoterapeutic al unui subiect. Se va atrage mereu atenția că visul nu este singura și cea mai importantă tehnică și nici scop în sine, fiindcă în acest sens s-ar încuraja procesele psihotice; la schizofreni viața lor este o visare. Stau trei ore cu ochii deschiși până adorm și dimineața după trezire fac la fel.

Asocierea liberă. „Liber“, dar dacă o lăsăm liber s-ar putea ca nici să nu mai înceapă ședința. Este vorba tot de o atenție flotantă, pentru câteva teme posibile; nu putem începe ca la ședință – că avem următorul subiect de discutat, ci în primele faze terapeutul emite mai multe direcții posibile pentru discuția de azi; liber este de ce se agață unul dintre vorbitoriși ceea ce spune să găsească ecou la încă câțiva. Se încurajează vorba, nu pantomima. Se trece apoi la întrebarea către ceilalți, nu este obligatoriu să fie la rând – cu sabia deasupra capului, ci să răspundă cine vrea, dar se poate observa că X nu a prea participat (go round).

Grupul trebuie educat să primească noi membrii și se vede aici dacă s-a prins ceva de cel care participă de mai multe ședințe. Unul dintre membrii vechi spune celui nou ce să spună, cum să se prezinte la început. Este un curriculum scurt, obligatoriu. Compară ce spune bolnavul cu ce a spus în interviu – asta o face terapeutul. Vede dacă a evitat divorțul, cearta – vedem dacă avem de a face cu un intro- sau extrovert de la început.

În sugestiile de terminare se urmărește o catamneză solidă. Deci trebuie să ne vedem lunar, de exemplu ultima joi din lună vii aici. Se poate trece și la întâlniri în orașin anumite puncte.

Noțiuni pe care le putem folosi pentru toate situațiile descrise aici – este o țesătură de relații interpersonale între slabi și tari. Se pune în valoare de fapt această latură a persoanei de a domina sau de a fi dominată într-un context grupal. Asta se exprimă în forme simbolice: intensitatea tonului, cum îi privești, relația afectivă pe care o ai față de terapeut, care trădează o forță a ego-ului, o capacitate de a sta în realitate sau în imaginar. Se evită tema religioasă, politică, pentrua nu se produce scindări pasionale prea puternice. Este o mare discrepantă a tendințelor exagerat morale ale unor schizofreni și inversul lor la unii psihopați, sociopați. Asta e de fapt și boala de conținut care trebuie evitată. Cât de moral poate apare liderul în

fața celorlalți – este ceva la mijloc fiindcă nu poate apare ca un conducător religios sau așa ceva – un superego personificat.

Între sesiunile de psihoterapie de grup se dau anumite sarcini subiecților. „Ați putea vedea până joi filmul X și să-l discutăm”. Dacă are o problemă care se poate discuta fiindcă interesează; filmele nu pot fi decât psihoterapii de grup.

Practic grupul aparține formelor extraspitalicești adică semiambulator. Ele pot coexista cu activitatea normală de serviciu; întâi serviciu și seara o dată sau de două ori pe săptămână – grup.

Celelalte grupuri de meloterapie sau ergoterapie, sau de salon sunt grupuri întâmplătoare și/sau mai puțin structurate psihanalitic decât cele de care am vorbit.

Terapia de grup a fost aplicată la noi mai mult în spitale, fiindcă rețeaua ambulatorie este foarte slabă. S-a aplicat fără o prealabilă formare psihanalitică a liderului. S-a observat o rigidizare a discuțiilor la teme prea reci, prea didactice, prea raționale, prea educaționale. Este de fapt ecoul unei boli dogmatice, cea a extragrupurilor, a macrogrupurilor, în care din lipsă de vorbitori ia cuvântul câte un tip care provoacă inhibiție, fiindcă el imită un stil de ședință -tov. a greșit și noi îl rugăm să...S-a pus problema cultivării conținuturilor; oamenii se tem să-și spună problemele. Este o intuiție a inutilității, a modei acestor probleme; oamenii știu să revendice acolo unde știu: la sfat, acolo unde cer case, etc.S-a vorbit de un fel de superego dogmatic, iar încercările de psihanaliză au dus rapid la interpretări simple sexuale. Unii cred că vin să se combine în grup, să se însoare – sunt foarte practici în ceea ce fac. Nimeni nu crede că o discuție poate să aibă și o gratuitate dacă vreți, noi nu suntem obișnuiți cu asemenea gen de gratuitate. Cei care le-au practicat foarte greu au format coterapeuți; ei s-au simțit ca într-un ocean în momentul când au trebuit să se manifeste în cadrul acesta.

Încă o problemă, dar nu numai de grup, este analiza de grup a echipeiterapeutice. Boala actuală cea mai grea este pseudocoeziunea, insubordonarea reală – este boala centrală a echipei. Oamenii sunt minai de micile sau de marile lor probleme personale; abia așteaptă să plece șeful ca să dea telefoane și să întoarcă pe dos tot programul echipei și la raportare crezi că este cea mai perfectă echipa din lume, după cum raportează. Deci psihoterapia de grup este amenințată de nonformarea terapeutului. S-au propus seminarii pentru aplicarea practică a grupului, fiindcă dacă d-ștră ați fi în grup și ați tinde să fiți analitici, ați vedea câte adversități întâmpină crearea și dezvoltarea grupului. Normalii puternici pleacă de la ideea că nu au de ce să facă o coeziune de grup, se găsesc divergențe și grupul nu poate fi constituit. În același timp se constată că fără să se facă acest grup, toți au planul facil de a-l face.

Psihiatria comunitară

Nu trebuie confundată cu comunitatea terapeutică. Psihiatria comunitară este cea care se aplică unui sector din urbea respectivă, cu o populație de la 70 la 200.000, este efectuată de instituția ambulatorie – centrul de psihoigienă.

Cum a apărut și s-a dezvoltat aceasta idee? În 1963 a fost prezentat un raport în Congresul American privind situația bolilor mintale în SUA și s-au alocat fonduri pentru 400 de centre de sănătate mintală. De atunci și până azi, în ciuda discuțiilor asupra evaluării rezultatelor acestor centre, ele rămân ca indispensabile în tratamentul bolilor mintale și ele sunt coordonate de Institutul Național de Sănătate Mintală, cu un buget anual de sute de milioane de dolari. Deci problema organizării acestor tratamente comunitare ține de sprijinul legislativ și public. Programele acestea pot fi utopii sau realități, în funcție de ceea ce discutăm acum.

Care este obiectul psihiatriei comunitare? În timp ce spitalul are ca obiect boala mintală, psihiatria comunitară are ca obiect sănătatea mintală, obiect foarte greu de definit. Este un acord unanim că sănătatea mintală nu înseamnă numai lipsa de boală mintală și că în acest sens psihiatria are un rol important de a construi o listă de caracteristici ale acestei sănătăți mintale. Ea poate fi legată de câteva caracteristici și anume:

- puterea de a organiza existența într-o familie
- grija față de copil
- grija de a-ți câștiga existența într-un serviciu
- grija de a nu tulbura relațiile de serviciu sau de habitat prin conduita ta.

Deci este un minim comportamental fără a mai include noțiunile vagi și utopice de fericire ușoară și bună dispoziție, puterea de a avea relații interpersonale pozitive, etc. Deci o serie de caracteristici care sunt secundare și neobligatorii în definirea noțiunii pe care v-am expus-o. Această definiție operațională are avantajul că ne orientează rapid în aplicarea metodelor la aceasta terapie comunitară; deci ea provoacă o primă separare între un lot de oameni care nu au probleme din acest punct de vedere și un lot minoritar, care au probleme. Cu acest obiectiv în față, o psihiatrie comunitară se împarte în:

- prevenție primară
- prevenție secundară
- prevenție terțiară.

Acestea din punctul de vedere al sănătății mintale.

Proporția dintre prevenția primară, promovarea pozitivă a sănătății mintale și prevenția secundară și terțiară, care se aplică deja la bolnavul

mental, se schimbă de-a lungul anilor și în funcție de dezvoltarea acestor centre. La început balanța va înclina către prevenția secundară și terțiară; acum echipa se simte depășită de problematica prevenției primare. Odată cu creșterea echipei și a învățării rolurilor, nu numai a medicului, balanța va deveni egală sau se va înclina către prevenție primară. Aici aveți o experiență negativă în România, cu ceea ce se întâmplă cu medicul și educația sanitară. Trebuie ștersă această memorie proastă, când vă apucați să înființați un centru de sănătate mintală, adică nu este vorba să vă vizitați ca să ne arătați niște registre unde se trec o sută de conferințe că au fost ținute și nu este asta realitatea, ci este vorba de a înțelege ce este prevenția primară și ce se face.

În primul rând trebuie cunoscută comunitatea și să fie cunoscută ca un stat al tău – deci sectorizare. Apoi trebuie să dezvoltăm 5 servicii corespunzătoare în cuprinsul centrului; un serviciu cu paturi care poate fi spital de zi sau secție cu 50 de paturi; un serviciu ambulator; un serviciu de urgență; un serviciu de internare parțială de noapte și ultimul de consultanță și programe educative.

Dacă la primele 4 însuși titlul vă sugerează, al 5-lea este nou și greu de aplicat deocamdată. Este vorba de rețeaua de care ne ajutăm în teren. Noi trebuie să avem în toate grupele umane mari niște oameni care știu ce este sănătatea mintală și vor să se ocupe și să îmbunătățească acest indicator. Acești oameni sunt instruiți de noi în niște seminarii unde ei primesc informații asupra acestui program și unde ei ne întrebă și răspundem la problemele lor specifice. Programele educative se fac cu acești oameni și orice sector are – un program cu oamenii de ordine, un program cu cadrele didactice, un program cu comitetele de sprijin.

Pe lângă informarea ta asupra unei realități a unei suburbii în zi, noapte, etc. și care implică cunoașterea unui strict real al acestor oameni, se impune ca ei să cunoască ceva despre boala mintală, asupra metodelor și a puterii lor actuale, ce înseamnă urgența, cum trebuie adus bolnavul la spital, etc. Ceea ce în România este zero.

A doua concluzie în experiența americană este că cheia prevenirii în sănătatea mintală este copilul. Este o prostie păgubitoare separarea rețelelor și indiferența rețelelor față de cea de copii. La copii sunt cadre și mai puține și mai afundate în rutină. Toată rețeaua trebuie centrată pe educația copilului, pe puterea lui de a suporta grupul și frustrarea în grup, acasă, la grădiniță și în altă parte. Veți vedea că preocuparea de grupul de copii este cheia.

Serviciul cu paturi și ambulatorul trebuie realizate conform cu experiența modernă; trebuie ca aceste centre să se situeze pe o poziție superioară spitalelor din vechime, cu mărime și practici dure. Pentru a putea concura această realitate cu oameni bine înșurubați de zeci de ani, vă dați seama că

nu este foarte ușor, trebuie o luptă mare pentru îmbunătățirea atmosferei în aceste unități și pentru metode personificante, nu de depersonificare. Trebuie recâștigată identitatea bolnavului.

Fiecare sector are o listă generală de riscuri, dar are și câteva itemuri specifice; este un sector agricol, sau mai birocratic, sau mai industrial, cu multe școli, fiecare aduce un capitol de riscuri în sănătatea mintală – riscuri specifice.

Problema grea pentru noi este cea a intrării reale în acest teren, suntem prea orgolioși – dacă la întreprindere nu ni se dă atenție, nici nu mai călcăm pe acolo. Intrarea în teren este asemănătoare cu întâlnirea cu un bolnav în sensul că acești oameni sunt neinformați și pun pe prim plan orgoliul lor. Deci pe prim plan trebuie să fie permanent supraocuparea cu producția, telefoane, directive. Este o stare inversă sănătății mintale fără să o chem boală încă. Încet, încet, când această producție își va da seama de valoarea programelor de sănătate mintală, se va vedea că nu se poate face față solicitărilor. Deocamdată ei se bazează doar pe avantajul că niște psihologi îi mai scutesc de o serie de angoași la carnetul de condus, deci elimină din pressingul la selecție. Asta este utilitatea lor pentru psihologia industrială. Dar pentru sănătatea mintală ei sunt foarte departe; ei nu știu ce personalități le intră și abia când au probleme cu 2-3 paranoiaci, abia atunci încep să priceapă cine suntem și ce putem face noi. Oricum, ceilalți membri din echipă trebuiesc căliți și antrenați pentru intrarea în situație, informarea reală.

Va trebui să fiți punitivi cu toți membri din teren pe care îi găsiți în neregulă, căci acești oameni ne aduc deservicii. Pentru aceasta s-a pus problema absențelor, fiindcă noi avem o schemă, ne strângem să discutăm problemele dar dacă nu ne ocupăm decât formal de ele, în cinci ani compromitem situația în legătură cu problemele sănătății mintale în comunitatea care ne-a fost dată.

Prevenția secundară arată că tratamentul cazurilor acute se poate face și prin alternativa spitalului staționar de zi (day hospital) și a unui fel de camin-hotel-spital (home), unde există asistent, sunt mai ieftine, pot cuprinde grupuri mici de 10-20 de cazuri, cu un atelier. Sunt rezultate bune în psihoze. Este o alternativă fiindcă acești oameni sunt mai ușor de cunoscut și îngrijit, decât aduși cu tot tãmbãlãul actual.

În prevenția secundară, pe lângă programul administrativ și ergoterapeutic contează controlul tratamentului de întreținere. Se iau eșantioane urinare și se fac controale serioase dacă se face un tratament corect. Fără asta nu se poate vorbi de un tratament.

În privința prevenției terțiare, depinde de instituția spitalicească deocamdată; sunt cazurile care trebuie spitalizate mult timp. Reintrarea

lor în teren este vorbă goală, dacă nu sunt aduși suficient de bine la starea care să le permită externarea.

Centrului de sănătate mintală îi revine sarcina organizării atelierelor protejate, a plasării și menținerii în câmpul muncii a acestor oameni, ca să fie menținuți în comunitate.

Acum trecem la o alta temă. După ce am prezentat analitic metodele de terapie actuale, să vedem cum se aplică mai specific în nosologia noastră.

În schizofrenie. Principala problemă în discuția tratamentelor și a rezultatelor, ca să fie un minim acord între doi cercetători azi, trebuie să se pună de acord asupra criteriilor succesului sau insuccesului. După Klein, 1969, două criterii sunt esențiale în schizofrenie: bolnavul să nu se mai plângă de vreo suferință (și din fericire foarte mulți chiar nu se plâng de așa ceva) și gradul de productivitate și de participare a bolnavului la viața comunitară. Cu acest criteriu, lucrurile sunt foarte serioase. Până de curând rezultatele se bazau pe remisiuni, ameliorări – se poate citi în foile de observație că bolnavul este ameliorat. Dar ce înseamnă aceasta? Sunt termeni vagi și fără acoperire. Dar dacă spun – bolnavul lucrează de șase luni la fabrica de confecții X – este alt criteriu de a aprecia ameliorarea decât cel medical, care este scris și pentru ca să mai dăm drumul și să facem loc altora.

Deci noi facem azi față următoarei probleme – noi trebuie să fim foarte serioși în evaluarea metodelor noastre, a instrumentelor noastre. Până când nu vom face și noi ca autorii citați, noi nu vom putea discuta unul cu altul serios despre ceea ce facem azi. Tragedia este că odată cu vârsta foarte mulți nici nu mai vor să discute unii cu alții; își văd de treaba și își așteaptă destinul și sfârșitul lor; deci singura șansă este numai pentru noile generații care intră în psihiatrie. Trebuie să se știe această tragedie și trebuie să se opună toată viața acestei boli, dacă vreți profesionale, de a nu evalua în mod serios rezultatele. S-au făcut cercetări serioase în schizofrenie, studiindu-se rezultatele mai sus amintite pentru metode separate și combinare de metode. Pentru studiul-millieu therapy și reabilitare-s-a observat o valoare indiscutabilă dar foarte circumscrisă, adică conduita bolnavului este îmbunătățită dar psihopatologia esențială este neschimbată. Aceleași metode în aplicare ambulatorie sunt cu rezultate superioare. Rezultate și mai bune s-au observat în spitalul de zi și în home-uri. În concluzie, la millieu therapy accentul trebuie pus pe programele ambulatorii.

Psihoterapia. Experiența cea mai importantă este a lui John Rosen, care a publicat o carte în 1950– Direct analysis -unde descrie experiența lui în schizofrenia acută într-un setting rural (invers ca la noi, unde acuții sunt la oraș și cronicii la țară). El a făcut invers, pornind de la ideea psihanalitică

și a lui Meyer: orice om, dacă te străduiești, este inteligibil și doctrina psihozei ca un factor neinteligibil este doar lipsa de timp a psihiatrului și carența pregătirii lui. Deci aplicarea metodelor psihoterapeutice în schizofrenie a înlăturat 2 mari prejudecăți – una este din secolul XIX și anume că boala este incurabilă (schizofrenia) și că nu are nici un tratament; alta venea de la Freud și susținea că asemenea cazuri sunt inabordabile. El spunea – dacă un nevrotic este susceptibil la sugestie și metoda mea exterioară lui este cu rezultat; dacă este psihotic, el este autosugestibil și primul plan al minții lui este ocupat de sugestiile lui și nu este heterosugestiv. Rosen atacă această chestiune și organizează o comunitate terapeutică. S-a ajutat de studenți și de voluntari din comunitatea respectivă și asta este foarte important; i-a trebuit deci un tratament individualizat, nu de turmă. Metoda sa s-a chemat „total push”. Deci este de a împinge omul într-un context uman și în activitate. Se cheamă „direct analysis” fiindcă atacă direct. Chiar din prima ședință bolnavul este întrebat ce conflicte are, ce probleme mai recente sau mai vechi îl frământă.

Metoda lui Rosen nu a cunoscut o mare răspândire, deși nu este carte care să nu-l citeze, fiindcă a fost pusă în umbră de forța drogurilor care au venit în deceniile următoare. S-a mai spus și asta cu oarecare răutate, că Rosen a avut și o forță personală, experiența lui nu s-a putut reproduce; a fost un factor charismatic, a avut acest har, o forță personală de a organiza, de a face echipa, de a avea asemenea rezultate. Și aceasta la cazuri socotite ca inabordabile.

Experiența arată că psihoterapia de grup din spital dă rezultate mai slabe decât cea individuală; doar grupurile indirecte – melo, ergo sunt superioare. Exact invers se întâmplă în ambulator, unde experiența de grup este superioară terapiei individuale.

Drogurile – cea mai științifică și aplicată metodă – deoarece o permite natura lor. Se știe că aplicarea medicației este superioară placebo-ului, și în cadrul medicației, neurolepticele sunt superioare restului. Experiența americană spune că -în cadrul neurolepticelor, toate grupele au efecte egale... -în contradicție cu ce se susține în Europa că sedativele în combinație cu incisivele, pe diferite grupuri aplicate...etc. Experiența europeană este mult mai nuanțată, superioară modului global de tratare à l'américaine. Aceștia spun la concluzii, de ex., că rezultatele sunt inferioare pentru fenotiazine în doze sub 400 mg decât doze de peste 400 mg. Deci leagă rezultatele de cantitatea de drog și nu de structura psihofarmacologică.

Este sigur că oprirea medicației determină apariția mai frecventă a recăderilor. Este sigur că eșecurile medicației sunt la cazurile cronice. Aici programele ambientale sunt superioare. Deci prima întrebare la cei care se laudă este – ce au tratat. Terapeuții buni se văd după cum pot trata cazurile

cronice. Nu se va trata mult și intens un debut de schizofrenie, de frica de a nu-l subtrata. Se poate produce o disociere serioasă a cazului. Să nu se uite de corectarea cu antiparkinsoniene.

Drogurile au ieșit superioare în toate comparațiile, dar varianta optimă este combinarea drogurilor cu terapia ambientală. Ambientul singur dă rezultate slabe.

Schema finală ar fi deci: drog, metode psiho-socio-, planificarea externării și plasarea în serviciu (încadrare).

2. Socioterapii

Terapia educațională

Este o terapie rațională bazată pe principiile aplicării pedagogiei în tratamentul bolilor mintale. Concepții asemănătoare cu teoria învățatului și dezvoltatului, deci oarecum behavioristă, comportamentală. Pedagogia se bazează de fapt pe două idei care preced cu multe zeci de ani reflexologia lui Pavlov.

Aceste idei sunt: o *expunere* totdeauna de la simplu la complex, progresivă și *repetarea*. Cu aceste idei fundamentale ar trebui să se facă tot învățământul. În ultimele decenii s-au observat tendințe de a se începe cu noțiuni complexe, adică să se înceapă cu matematica și fizica superioară și copiii astăzi vorbesc de mulțimi, de atomi, de noțiuni care înainte se făceau în ultimii ani de școală. S-a vorbit de o bulversare a pedagogiei. A 2-a revoluție în pedagogie este complementaritatea afectivă – învățarea ține de motivare, de afect, deci dezvoltarea motivației trebuie să preceadă învățării. Aceste idei din pedagogie se aplică în terapie exact cum v-am spus. În terapie se rămâne la ideile tradiționale – de la simplu la complex și repetarea.

Domeniul de aplicare al terapiei educaționale. Se folosește în intelectul limită și ori de câte ori acesta se asociază cu alte tablouri. Veți vedea că tablourile de nevroză, mai ales cea cenestopată, adesea se însoțesc de o limită intelectuală; omul pare cambrat, îngustat în mărul cenestopatiei și undeva se asociază cu o inteligență mai redusă. În mediul nostru cultural, trebuie să facem un efort suplimentar educativ, în ciuda certificatelor care îi arată polarizați, educați. Am observat că atunci când nu suntem atenți la selecția din camera de gardă, într-o lună de zile ne umplem de oligofreni. Efectele pedagogice sunt foarte trecătoare. Se mai folosește la psihopați. Se spune că tratamentul injectabil la psihopați nu are decât un sens „pedagogic“.

Terapia religioasă

Chiar dacă orientarea noastră politică și ideologică era dictată până de curând de materialismul dialectic și anumite orientări politice și ideologice, practica ne obligă să cunoaștem care sunt raporturile noastre cu practica religioasă. După cum se știe, dintotdeauna religia a avut și o funcție terapeutică. Spitalele de psihiatrie au fost bolnițele mănăstirilor și până în secolul al XIX-lea, biserica a avut monopolul îngrijirii bolnavului mintal după concepția că boala este un păcat dumnezeesc. Mediile mănăstirești, spre deosebire de cele obișnuite, sunt mai liniștite, ferite de gălăgia, dezordinea vieții obișnuite și o parte din bolnavi s-a ameliorat în aceste condiții.

Atât cultul creștin ortodox dar și celelalte culte se bazează pe confesiune. Scopul ei principal este un ritual de sacralizare, nu psihoterapeutic, dar în mod secundar totuși, prin acest catharsis, la unele persoane se obține o ușurare, ba la unii psihastenici fără acest lucru săptămânal, se simt încărcăți, obligați să păstreze acest obicei pe care îl fac din copilărie și până la moarte.

Indiferent de orientările politice de la noi, există un mare coeficient de oameni simpli, religioși, în care li se amestecă pe lângă vindecarea prin religie, această speranță permanentă, vie, și alte prejudecăți negative, că ar fi vrăjiți, etc. Mitologia veche persistă în subcultura actuală la mulți bătrâni.

Care este poziția noastră? Psihoterapia profesională științifică a ținut cont de efectul pozitiv al practicilor religioase, dar a socotit acest efect incidental, secundar, individual. Dacă la o slujbă se duc o mie de oameni, este greu să știm câți s-au ușurat acolo în mod sigur, că nu toți ci câțiva, care au ritualul de disculpabilizare, pleacă liniștiți. De asemenea nu știm care este efectul prin confesiune, nu s-au făcut asemenea studii. Dacă ești în debut de schizofrenie sau de paranoia, poți crede că te-ai fixat de cel din dosul grilajului. Deci profesioniștii nu cred că este vorba de psihoterapie metodică, ci este vorba de un efect secundar. În al doilea rând, profesioniștii cred că indicația este numai în domeniul nevrozelor cu tentă depresivă și are un rost deculpabilizant, adică am păcătuit, sunt vinovat; prin ce-mi spune preotul, să mă rog, etc. mi se va ierta păcatul. Așa se va simți ușurat, iertat, eliberat, deci o indicație limitată.

A doua observație este că psihozele se pot agrava prin delirul de relație și sindromul Kandinski – Clérambault și se mai pot agrava încă prin relație cu valorile supreme, voci auzite, viziuni, etc. Pentru o gândire consecvent științifică și radicală, religia însăși este un factor relevant de nevroză. După părerea mea, orice ar putea fi din aceste categorii – adică, nevroză la terenuri nevrotice, dependență și prevalență la fanaticul religios, poate fi delir la delirantii misticiși poate fi valoare spirituală la oamenii superiori ai religiei – conducători religioși care nu au nimic psihopatologic.

Totuși atacăm acest subiect deoarece în Occident pe lângă calea religioasă, se folosește psihoterapia de către nepsihatri cu formație religioasă. În sistemul mărturisirii lor sunt destule informații intime, chiar în formarea lor se vor exclude cei cu fond instabil, nevrotici, deci ei știu o anumită psihologie și psihopatologie și îi exclud dintre ei pe aceștia.

O indicație importantă în acest sens este și că bolnavii, o bună parte din cei care au trecut pe la noi, au cerut să fie primiți în mânăstiri, dar nu toți au reușit fiind o selecție foarte riguroasă și sunt excluși toți aceia care au un substrat psihopatologic, fiindcă delirul, halucinația bolnavului împiedică organizarea rațională a activităților. Ca psihiatri trebuie să avem un orizont cât mai larg și să nu anatimizăm pe nimeni. Vom spune numai că procedeele noastre înseamnă altceva – alt gen de relație, alte mecanisme – nu implică nimic transcendent sau supranatural.

Psihoterapia ambientală (milieu therapy)

Este vorba de transformarea funcțiilor spitalului și personalului de psihiatrie. Este vorba de concepția după care „totul vorbește”, este un mesaj pozitiv sau negativ; toate elementele trebuie să conveargă către terapie și nu către antiterapie. Deci nu este de ajuns să avem un spital cu 100 de paturi și 20 de medici, ci este important să știi că acolo se poate face terapie sau invers, antiterapie. Deci concepția ambientală nu este simpla grijă pe care o au azi ecologii pentru aer și apa potabilă, ci mult mai mult.

Concepția ambientală pleacă de la următoarele întrebări. Asupra clădirii – este atrăgătoare sau este respingătoare. Ce este o clădire atrăgătoare? Unde se găsește? Iată că se pun niște întrebări complet ideale pentru România, în sensul că dacă te întrebi ce este această clădire și unde se găsește, mereu vei auzi – aici a fost o mânăstire, aici a fost o magazie, aici a fost un spital vechi de contagioase, care s-a mutat și am venit noi în locul lor.

Unde este situată clădirea – la țară, în mediul urban, sau suburban? După concepția pe care avem putem da trei răspunsuri. La țară – concepție a sec.XIX – e liniște, aer curat, păsărele, lapte proaspăt, asistente din rural, tu navetist, dormi, te duci rar... Este concepția după care bolnavul mintal are nevoie de invers decât la oraș, adică „la țară” – are nevoie de muncă simplă, fizică, „cărțile l-au înnebunit, cicăleala, răii de la oraș”. Deci o concepție semănătoristă care a dus la un mare faliment, fiindcă în realitate aceste settinguri rurale au fost pradă la toți cei răi; toți psihopații satului s-au angajat să lucreze aici și au furat tot, până și gardul, oile, tot, au compromis tot ceea ce înseamnă aceasta idee de așezare rurală pentru „sănătate”. Nu mai spun de doctor care sau era cu partida cea mai puternică sau murea de frică, de însingurarea în care se găsea și lupta lui permanentă cu toate autoritățile pentru lemne, însămânțari, gestiune.

În suburban – este iar o idee a autorităților, în sensul că nebunii să stea cât mai departe de centru, dar nu așa de departe ca „să nu coste benzina prea mult”. Aici se pot adăuga la terapia agricolă de care vorbeam și procedee industriale, semiindustriale și se pot trimite cronicii cu internări lungi, fără posibilitate de supraveghere în urban.

În urban – este indicația modernă și modern este să ai o instituție de psihiatrie chiar în sectorul în care te afli; deci cel mai nou este sectorizarea și secția de psihiatrie să fie atașată spitalului de medicină generală care deservește sectorul.

În această ambianță trebuie să existe principiul „open doors” dar nu „open gates” (uși deschise dar porți închise). Exact invers este la noi; unele uși închise, porți foarte deschise.

Nimic să nu mai semene a închisoare; deci, văruiala să aibă culoare atrăgătoare. Este și aici o teorie a culorilor iritante. Gusturile diferă, dar trebuie să folosim culori sedative. Patologia psihică este lupta cu o amenințare; să nu fie nimic agresiv, provocator. Să nu dramatizăm însă și să ne închipuim că din cauza ușii roșii s-a îmbolnăvit pacientul nostru. Culoarele cu plante decorative, ferestrele să aibă perdele, deci intim. Iluminarea să fie pe cât posibil indirectă, cu posibilitatea de a avea lumină individuală pentru citit; se merge pe stilul de hotel în care să te simți bine.

Aspectul ambiental se referă mai mult decât am spus până aici la aspectul uman care este creat de personal. Psihiatria trebuie să suporte o schimbare și anume către comunitatea terapeutică. Trebuie să se tindă de la sistemul acela autoritar fixat către un sistem de implicație democratică a bolnavilor și a familiilor lor în procesul terapeutic; acest lucru se va face progresiv.

Ideea comunității terapeutice este relativ recentă, după cel de-al doilea război mondial, și se leagă de numele lui Maxwell Jones, care după experiența pe care a avut-o cu prizonieri care s-au întors după război acasă, a organizat întâi în Anglia, apoi în SUA, această formă nouă de tratament. A scris o carte și a dat principii noi de terapeutică.

Care sunt ideile esențiale în comunitatea terapeutică?

Relații omenești, de comunicare umană relativ egală în toate sensurile. Tratăm ființe umane și chiar dacă sunt bolnave, nu vor fi niciodată animale. Aceasta presupune că mereu trebuie să vorbim și să explicăm și nu „tehnica pe la spate, poc, injecțiile”, etc. Trebuie însoțit tratamentul cu explicații.

Bolnavul trebuie dus către răspunderi de genul „*aceasta este instituția voastră, este bună sau rea după cum voi vreți aceasta, noi vă ajutăm să o faceți bună*”. Toate deciziile se discută cu bolnavii. De pildă – vrem să mutăm croitoria de la etaj la parter; este mai bine sau mai rău? Toate evenimentele se discută în meetinguri cu personalul și bolnavii. Ieri bolnavul X a sărit

gardul, a cumpărat țuică și a venit beat. Ce părere aveți? Decizia se ia după ce s-au ascultat părerile – *eu cred că ar fi bine să fie ținut mai strâns, supravegheat și sâmbăta consemnat; sunteți de acord?* În formele avansate se aleg în conducerea secției un comitet al bolnavilor și al părinților, care participă la conducere venind cu soluții pentru a îmbunătăți situația. Comunitatea terapeutică de la intrare la ieșire vizează asigurarea viitorului bolnavului; se stă minim, după care se utilizează mijloacele extraspitalicești pe care le au la dispoziție – rețea de garsoniere, apartamente în care mulți bolnavi de același fel se grupează pentru etapa de tranziție cu exteriorul.

Personalul, deși supraveghează și răspunde de toate întâmplările, nu o face autoritar, nu pedepsește, se discută și se iau hotărâri colective. Nu sunt semne de spital tradițional, toată lumea se îmbracă în civil. Accentul este pus egal și pe activitățile de relaxare, distracție, activități artistice, morale, etc.

Comunitatea se bazează pe o concepție înaltă morală, egalitară, dar nu religioasă, tip Guyana și nici pe o concepție îngustă, adică nu este o concepție dirijată de vreun preot sau de vreo credință politică – de dreapta, de stânga. Cele mai bune rezultate s-au dat în diagnosticele omogene – alcoolism, toxicomanii, perversiuni sexuale, schizofrenii, deci oameni cu tulburări structurale serioase, care nu pot să se refacă numai prin simplul concediu la munte, prin divorț. Desigur că un om cu o afecțiune ușoară nu poate accepta un tratament comunitar; ar fi un blestem pe capul lui.

Ce schimbare a adus comunitatea terapeutică? Medicul și personalul nu mai exercită o acțiune psihoterapeutică, nici directă, nici rogersiană. Joacă piesa unei angajări în slujba comunității; de altfel, sunt cazuri în care comunitatea a votat excluderea unei persoane din cadrul asistenților medicali pentru violențe, deci conduite inferioare comunității. Se creează niște standarde foarte puternice.

Comunitatea terapeutică, deși cu un istoric scurt, are deja o evoluție întortocheată. În ce sens? A avut un val de optimism și entuziasm, când s-a putut dovedi că procentul de tineri bolnavi din zona respectivă a scăzut printr-o atenție mai mare data acestui potențial uman. Apoi a avut un val negativ, când s-a observat că o categorie de declasați antisociali intra în aceste categorii, adică găsesc în aceste servicii un mod de a eluda activitatea serioasă, răspunderea serioasă, adică un, doi, se fuge la comunitate; dar nu fugi la comunitate după ce ai încurcat cealaltă comunitate. Deci ambiguitatea teoretică a comunității se bazează că peste tot în selecția atentă a cazuisticii și în excluderea atentă a simulanților, care profită de liberalizarea anumitor forme de psihiatrie.

Care este valoarea în esență pe care trebuie să o reținem noi din comunitatea terapeutică? Anumite conduite psihopatice nu-și găsesc

contrabalansul azi în celelalte metode. Acești oameni sunt excluși și prin condiția lor economico-socială de la psihanaliză și alte tehnici foarte scumpe. Acești oameni sunt foarte mulți și nu pot fi cuprinși în formele individuale de psihoterapie. Este un beneficiu social extraordinar în angajarea suferinzilor în treaba lor. Viitorul poate ține de gradul de democratizare al societății. Comunitatea să nu apară ca un lucru bizar în această societate. Dacă omul va veni dintr-o întreprindere unde aceste procedee sunt puternice, lupta lui în sindicat, în formele lui de acolo este reală, el va putea și în comunitatea de nevrotici să fie tot așa de activ și responsabil; invers, dacă va ști că totul merge dezordonat pe șantier, sigur că aici i se va părea o înscenare fragilă și nu va putea conta pe caracterul și pe seriozitatea lui.

Terapia ocupațională

Cu termenul de ocupațional, distingem în fond două lucruri – psihiatria ocupațională, care este în fond psihiatria aplicată studiului diferitelor profesii și implicațiilor lor psihopatologice; se mai numește psihiatria industrială; nu pe aceasta o vom face aici, ci alegem cel de-al doilea termen – terapie ocupațională, care se folosește în sistemul unităților de psihiatrie spitalicești sau extraspitalicești.

Deși ocuparea bolnavului mintal este încă din secolul al XIX-lea, organizarea terapiei ocupaționale datează după cel de-al doilea război mondial și se leagă de numele lui Herman Simon în Europa și în SUA. Este vorba de organizarea unui program, care să includă munca ca un factor esențial în refacerea bolnavilor, deci este vorba de depășirea stadiului de joacă; se introduce ideea de munca utilă, care a devenit cu timpul o muncă plătită. Până azi asemenea instituții separate sau servind ca anexe spitalelor de psihiatrie și-au făcut proba utilității lor și economice și medicale.

Cum se va proceda? Există în cadrul unui asemenea serviciu următoarea organizare – să le spunem subservicii:

1. serviciul de counselling (sfătuire), unde se întocmește bilanțul profesional al fiecărui pacient. Cine este și ce a făcut până acum. Se notează deci vârsta și ruta profesională a pacientului. Aici vom avea două categorii – cu și fără profesie; deci două strategii chiar din prima etapă. Pentru oamenii cu profesie și trecut se pune problema dacă va rămâne în aceeași profesie sau poate fi schimbat și cei care nu au profesie și care trebuie să învețe ceva alături de cei care trebuiesă treacă la alte meserii. De ei ne vom ocupa.

2. serviciul de antrenare – ține minim 3 luni. Aici progresiv și cu un instructor de meserie, se predau lecții practice despre noua profesie, în care vrem să introducem bolnavul. În aceste luni, producția nu contează, deci pot fi rebuturi.

3. serviciul activ, de încă 3 luni de zile, în care bolnavul este inclus în circuit economic real, produsele sale sunt reale, sunt plătite conform legii.

4. serviciul evaluare – a rezultatelor medicale, catamneza medicală a acestor bolnavi și psihoterapia pe toată perioada, deci pe lângă activitatea productivă, terapia de grup actuală, care se face tot de către același serviciu.

5. serviciul de legătură cu exteriorul – se ocupă de plecarea bolnavilor și de suplینirea cu serviciile necesare. Un fel de agenție pentru servicii. Tot acest serviciu se ocupă de plasarea produselor.

Deci este un lanț cu 5 subservicii pentru terapia ocupațională, așa cum se practică în Occident. Nu se exclude că presupune completarea programului și cu terapie ambientală și cu tot restul procedeele care s-au descris până aici; mențiunea este următoare – aici intervine un procedeu care nu a intervenit în nici unul din procedeele anterioare – este vorba de stimulentele financiare, cel mai realist stimulente din toate, care trebuie asociat cu prudență la celelalte încurajări. În spitalele bine organizate, o parte din pacienți devin angajații spitalului în terapia ocupațională și este firesc să fie așa. Beneficiile pentru stat sunt foarte mari; desigur că bolnavii pot recădea, dar oriunde pot recădea. Statul pierde mai puțin dacă îl angajezi în spital și altfel este suportată simptomatologia lui. Calculele arată că este în avantajul spitalului să selecteze din acești oameni pentru angajare.

Terapia ocupațională în România este socotită ca neplătită, ca prima treaptă în drum spre socializare, o treaptă de antrenament cu activitate și rămâne ca a doua treaptă să fie ergoterapia propriu-zisă, deci să nu existe confuzie între ergoterapie și terapia ocupațională. Ne aflăm într-un stadiu embrionar, adică terapia ocupațională în România este o excepție, când ea ar trebui să fie regula de bază a spitalului de psihiatrie. Ne găsim din punct de vedere al concepției exact la sfârșitul secolului XIX, când terapia prin sedare și la pat era regula de bază. Sperăm că va vira și acest lucru către ceea ce se întâmplă peste tot. Care sunt efectele muncii? Omul simplu, care de bunăvoie acceptă aceste procedee, își dă seama că oricâte i-ar da psihoterapia și oricâte filosofii ar fi în stare să citească, cea mai importantă idee pentru viața lui este că este liber atâta timp cât este angajat să câștige ceva, adică să fie prins în sistemul social; altfel libertatea lui este negativă, inutilă și conflictogenă cu ceilalți. Mereu va fi întrebat – ce este cu tine, ce se întâmplă, vagabondule? La muncă... Toate aceste sloganuri se vor întoarce împotriva omului bolnav. Deci se observă că încet-încet bolnavul este prins în activitate nu din considerații ideologice ci din considerații terapeutice. Nu i se promite fericirea prin acest procedeu – cum face terapia religioasă, dar i se promite și i se conferă garanții pentru autostimă. Nu-i mai pasă dacă este apostrofat. El știe că își face datoria socială.

Punctul forte și distincția care se face la noi este că numai în organizarea spitalicească ci mai ales în cea extraspitalicească care este cvasinula la noi și e foarte puternică în Occident, dar și la ruși. Este vorba de așa-lăudatele „ateliere protejate” (shelter workshop). Se poate face în centrele de sănătate mintală dar și în afară, pe lângă marile întreprinderi. Pot cuprinde sute de pacienți. Dacă în fiecare sector sunt o mie sau doua mii de bolnavi mintali pensionari gradul doi – unii sunt cazuri grave de epilepsie, dar de pildă schizofrenii pensionați de grad 2 ar putea merge la ateliere protejate de pe lângă LSM-uri și pot să adauge la pensie încă o sumă de bani. În plus au tratament și pot fi supravegheați cum se cuvine. Dacă doar îi chemăm lunar pentru rețetă – nu am rezolvat nimic. Se ajunge la o relație denaturată cu bolnavul care poate să pretindă schimbare de tratament, fiind plictisit că noi îi dăm mereu același lucru.

O parte din oamenii de la atelierele protejate pot fi retrimiși în posturi reale de 8 ore – deci schemă completă. Asistenta socială a acestor centre să-i poată susține continuu în noul serviciu pe care îl au. Cheia acestui lucru – susțineri – este șeful de serviciu care trebuie să aibă obligație legală de a angaja și de a proteja un asemenea om care nu trebuie iritat ci lăsat să-și facă datoria în ritmul lui, să-și facă tratamentul, să fie înțeles desigur fără ca să se „urce în cap”. Lucrurile sunt mediate de un om de specialitate. În orice caz, nu trebuie să se situeze pe poziția – nu am nevoie de nebuni, am plan foarte mare, credeți că aici ne jucăm? Dacă punem lucrurile așa suntem din nou în secolul XIX.

Aceste începuturi sunt eroice pentru psihiatrie, de a planta în România aceste lucruri. Sunt câteva rezultate bune; poate unul din cele mai apropiate de ceea ce vrem să facem am văzut la Timișoara, la Iași este mai idilico-rural. Cei de acolo au izolat problema centrului de sănătate mintală. Au făcut o problema psihologico-abstractico-anchetogenă; despre dezadaptări în mediul textilo... și o problema ergo unde bolnavii merg la pepeni, cucuruz. Lucrurile nu pot sta așa, se poate compromite această chestiune. Atacarea problemei să se facă numai cu cele 5 puncte condiții de subsisteme și oameni pregătiți pentru asta și nu poate fi scurtcircuitată cu soluții prostești în care noi ieșim prost compromițând o terapeutică.

În bilanț la ceea ce am spus până aici, terapiile toate sunt complementare într-o sinteză individuală, nici o terapie nu și-a dovedit o valoare absolută, exclusivă care să permită eliminarea celorlalte. Toată competiția actuala este stupidă, este stupid cel care exagerează numai un procedeu denigrând pe ceilalți cu celelalte procedee.

Terapia actuală prevalent biologică trebuie complementată progresiv. Debutanții naivi își spun că se apucă de psihanaliză și nu vor face și altceva, dar asta nu este posibil fiindcă ești repartizat la un centru de sănătate

mentală dintr-un spital și trebuie să faci toate procedeele. Terapiile trebuie combinate, în funcție de pacient. Trebuie formați psihologi pentru terapia de grup, sociologi pentru procedee din terapia ocupațională, cadre medii pentru terapia ocupațională și de mediu. Lucrurile acestea cer timp și probabil că un program terapeutic în instituție nu se poate face fără un timp de antrenament a unei asemenea echipe, deci nu se poate că un centru nou înființat să dea roade după trei luni. Deci – formare, antrenament și rezultate lente. La toate procedeele există cote de eșec, iar la psihiatrie în funcție de diagnostic sunt foarte mari.

Resocializarea bolnavilor psihici

Terminologie.

Termenul de resocializare este specific unei concepții psihiatrice care pune în prim plan un minim economic pentru bolnavul mental plasat în societate. Acest termen nu este sinonim cu recuperare, reinsertie, reabilitare, cu reanimare, și mai puțin ergoterapie, terapie ocupațională, milieu therapy, sociotherapy, etc. În lista aceasta, fiecare termen își are nuanța lui, nu au sfere identice. Cel puțin următorii termeni trebuie folosiți cu sensurile următoare:

- reanimare – pentru funcțiile cardio-respiratorii
- recuperare – pentru funcțiile neurologice și viscerale
- reabilitare – pentru repararea unor greșelipolitice sau chestiuni de prestigiu etic al unei persoane

Ceilalți termeni sunt denumiri de metode și nu de concepții.

Ce se înțelege prin concepție în psihiatrie în particular?

Este vorba de un sistem coerent care cuprinde orizontul disciplinei respective și imprimă diagnosticului și terapiei o notă particulară.

Definiție: resocializarea înseamnă sublinierea dimensiunii socio-economice a bolnavului mental; ea vizează un criteriu de personalitate, de nivel al personalității, care trebuie abordat nu după pozițiile psihiatriei krepeliniene ci după pozițiile sociologiei, economiei politice. Reprezintă o sinteză și nu o culegere eclectică de procedee.

Premize, surse, izvoare teoretice și practice care au permis formularea acestui concept.

Sursele practice sunt 3:

- experiența străină
- experiența românească
- experiența proprie.

Experiența străină.

În psihiatria mondială bolnavul mintal poate câștiga în atelierele protejate atât cât să-și asigure existența, iar anii de muncă în aceste ateliere se socotesc vechime în muncă.

În Occident, atelierele protejate (din Anglia, Olanda, Elveția, Suedia, RFG, SUA) prin organizarea și producția diferențiată sunt o industrie competițională, nu o industrie protejată (nu se lucrează în minus sau pe fondurile cuiva) și chiar există o nuanță preferențială pentru subansamble simple de bandă automată (de ex. la uzinele Volvo, Telefunken, etc.).

Experiența românească.

De la Socola, Jebel, Ojasca, Târnăveni. Se aplică mai ales cu cei cronici, care au internări îndelungate, este prevalent agricolă sau meșteșugărească și caracterul economic domină asupra întregii experiențe față de cel medical.

Experiența proprie.

Noi am început aceste lucruri în salonul de acuți, agitați, de la II Clinic, unde m-am convins că se pot face anumite lucruri pe care nici o carte nu le indică, adică se lucrează cu toți bolnavii aproape din ziua internării. Așa spun că am luat probe de desen și pictură de la aproape toți bolnavii internați. Am început cu artterapia și am strâns un material foarte vast și sunt convins de posibilitatea aceasta, totul este să ai un om foarte dibaci, atașat de bolnavi, care să stea în anumite ore la dispoziția acestor bolnavi. Orezle cele mai bune s-au dovedit a fi între 15-19. S-a alcătuit astfel o colecție și, deși avem condiții mult mai bune, nu se atinge producția acelei perioade.

Izvoarele teoretice.

Psihiatria teoretică postkrepeliniană este dominată de numele lui Bleuler și Jaspers, în sensul coexistenței în bolnavul mintal a unei părți sănătoase. Trebuie să o vedem și pe ea, din partea bolnavă ne interesează ceea ce e necesar pentru foaia de observație și tratament; deci nu se recomandă că trebuie să ne descrie cu amănunte cum a fost halucinația, nu se cultivă partea patologică a bolnavului; se încurajează partea sănătoasă și i se spune – dă, dacă lucrezi, poți fi ca și mine, câștigi, o poți duce foarte bine.

O alta concepție teoretică care derivă din psihanaliză este concepția lui Sullivan asupra relațiilor interpersonale. Boala mintală survine din suma relațiilor interpersonale negative sau pozitive. Chiar schizofrenia în decursul anilor de viață intrafamilială ajunge la o sumă negativă de relații interpersonale. Vecină cu aceasta idee de psihosociologie stă teoria câmpului (Kurt Levin), prin care aceasta totalitate de relații care înconjoară bolnavul definesc însăși personalitatea lui. Din sociologia modernă teoria

microgrupului, teoria acțiunii sau praxiologia lui Kotarbinski (Tratat despre lucrul bine făcut) constituie surse sociologice vaste, pentru a nu mai cita pe americani, în acest domeniu de mai mare importanță decât sursa psihiatrică clasică pentru ceea ce avem de făcut.

Concepția.

Este un concept teoretic care se bazează pe 4 afirmații fundamentale:

1. Afirmația ontologică – ființa bolnavului mintal; această ființă trebuie să imite formarea normalului. Resocializarea trebuie să imite socializarea.
2. Postulatul fenomenologic (oarecum după H.Ey) – esența bolii mintale are o latură de desocializare care este neglijată de obicei prin schematica diagnosticului curent. Noi întrebăm bolnavul – ce te doare? El zice – capul, familia zice că aude voci, etc. Și așa pierdem esența socială a cazului.
3. Postulatul clinic – boala mintală este o coborâre din social în etaj inferior și în decursul timpului o reorganizare asocială foarte greu de modificat.
4. Postulatul etiopatogenic – societatea poate fi atât cauza (determinantă, favorizantă, predispozantă, precipitantă) dar ea poate fi terapeutică sau antiterapeutică; pe noi ne interesează să fie terapeutică pentru ceea ce facem noi, să completeze ceea ce facem noi.

Ce judecați derivă din aceste afirmații?

1. Noțiunea de sociopatie – boală produsă în condiții sociale nefavorabile (sociale, economice, educative, culturale). S-a observat că activitatea antisocială este favorizată de dezadaptări ale subiecților din medii periferice sociale (nu spațial ci social) și în condiții de izolare. Acești subiecți rămân cu comportare nesupravegheată și primesc certificate de complezență ca să nu încarce învățătorii dar, deși prin aceasta sunt mai puțini repetenți, aceștia devin adulți și ajung cazurile noastre fără a fi înregistrate de psihiatrie ca atare. Ajung la un debut medico-legal direct. Fenomenul acestei sociopatii presupune cunoașterea unui capitol nou de patologie și sindromologie care încă nu a fost scris la noi și care este socotit ca un capitol al poliției, justiției, penitenciarelor.

Diagnosticul psihiatric capătă o nouă variabilă, fiindcă la același diagnostic de schizofrenie sau neurastenii corespund grade variabile de socializare, de nivel al persoanei. Nu înțelegem nimic dacă punem la toți stare discordantă. Unul este stare discordantă, dar lucrează și ține familia, altul nu mai lucrează dar are același diagnostic, unul nu-și ține familia, altul o și bate, unul este de dus la spitalul de cronici, deci variabilele sociale trebuie să intre în diagnostic. Cea mai importantă consecință practică pe care am spus-o până aici este modificarea tratamentului bolilor mintale.

Bolnavul mintal are dreptul la un program terapeutic de resocializare. Indiferent de trecerea lui prin instituții intra- sau extraspitalicești, indiferent de condiția lui socială ulterioară; rămâne într-un program definitiv pentru rețeaua de psihiatrie. Acest program își ia obligația unui minim de producție a acestui bolnav mintal. Dacă este atât de dement încât strica mai mult, trebuie să i se asigure terapia ocupațională zilnică. Apoi în programul terapeutic intră și resocializarea familiilor acestor bolnavi. Este o eroare de a considera că întoarcerea bolnavului mintal ar ține numai de nivelul lui. Depinde foarte mult de familie, care trebuie tratată și de permisivitatea instituției, care e foarte redusă la ora actuală.

Realitatea acestor bolnavi mintali la ora actuală este de un fel de lume a treia, inferioară. Adică un grup de invalizi psihici care nu se bucură măcar de privilegiile deficienților – dacă nu ai un picior, îți dă un Trabant adaptat, dacă ești orb, faci perii. Pentru toți s-a găsit un ajutor. Pentru bolnavul mintal nu s-a făcut nimic. De ce? Fiindcă soarta lui este de a fi izolat și de a nu se putea lupta singur pentru drepturile lui. Deși sunt mulți, sunt izolați. Dacă ar fi uniți, nu ar fi boală mintală. Derivă ideea că reprezentarea intereselor bolnavilor mintal trebuie să o facă cineva cu conștiința păstrată, adică familiile bolnavilor – ei trebuie să se unească. Nu putem face cu bolnavii mintal, fiindcă ei nu au conștiința bolii, nu se reprezintă, nu-și dau seama de ce spunem asta noi. Deci revendicarea terapeutică a programului o va impune asociația părinților bolnavilor mintali, deoarece profesioniștii nu au interesul să-și strice viața cu revendicări cu restul lumii. Ei preferă să rămână izolați și-și fac rețetele lor – pentru asta suntem plătiți...

Ce rezultă pentru psihiatru din aceasta concepție? Ați reținut din noțiunea nouă pe care v-am prezentat-o că este de a face din meseria noastră o psihiatrie realmente socială, nu strict individuală. Este vorba ca psihiatrul să devină activ în plan social.

Resocializarea va constitui prin urmare conținutul practicii psihiatrice în spitale și ambulatorii. Ea va avea două dimensiuni:

- prezervarea sănătății mintale la cei normali
- resocializarea la cei care au pierdut-o.

Ea va fi de fapt doctrina comunității – din ea va rezulta evaluarea diagnostică cu dimensiunea socială, la intrare și ieșire și ea va impune programul terapeutic în care nu se exclude nici o metodă care s-a validat. Deci nu înseamnă că dacă facem resocializare nu vom mai face psihoterapie, ECT, etc. Nimic nu se exclude, dar totul se va integra acestui țel. Nu se poate spune că nu fac reso pentru că fac hipnoză. Se face și hipnoză, în cadrul unui țel al bolnavului, fiindcă dacă cu hipnoza se ajută la a-i da un minim social, nu am nimic împotriva. Invers, dacă prin hipnoză se

depărtează de acest țel, sunt contra hipnozei. Deci judecarea restului procedeeelor, inclusiv a medicamentelor, se face în funcție de ce am vorbit. Dacă am operat cele două puncte – diagnosticul și tratamentul, cu aceasta înnoire să vedem ce avem de modificat.

Mai este de integrat în factorul terapeutic și factorul administrativ-gospodaresc și tehnic al spitalelor. Nicăieri nu scrie că acestea au o funcție terapeutică și că sunt necesare resocializării. Cu toate acestea, asigurarea minimumului economic se face cu integrarea acestor oameni. Personalul TESA este cam 1/4, nu pot fi excluși să facă altceva decât procesul de resocializare. De fapt, practic, trebuie să facă două lucruri:

- întreținerea administrativ-tehnică. Spitalul de psihiatrie trebuie să dea primul exemplu de integrare a bolnavilor mintali. Deci ideea reinsertiei trebuie aplicată în primul rând la spital.
- răspunderea pentru circuitul economic. Medicul cu echipa trebuie să facă programul terapeutic propriu-zis și nu să umble după materiale și apoi să vândă ce s-a produs, în timp ce cei de la administrație se ocupă de simpla întreținere. De ce sunt plătiți și care este sensul administrației într-un spital? Lucrul acesta s-a pierdut, s-a alienat. Această autonomie a dus în fond la eșec în multe spitale din România.

Resocializarea trebuie să beneficieze de sprijin în viitor, atât din bugetul de stat, al spitalului, unde fondurile pentru ateliere să aibă prioritate, etc. cât și din a doua sursă – veniturile proprii, să se poată dezvolta pentru resocializare, adică să se poată cumpăra. Deci există îngrădiri contabilicești și economice care nu s-au rezolvat.

Obiectivele și metodele resocializării

Se poate vorbi de o resocializare limitată, instituțională, când obiectivul principal este aplicarea legii ergoterapiei și se poate vorbi de o resocializare largă, când obiectivul principal este reîncadrarea în muncă. Din totalitatea metodelor de care am vorbit, care ar avea prioritate?

În primul rând terapia ambientală – transformarea instituției într-o societate care să simuleze o normalitate, deci care să nu se distingă ca o instituție bizară. Procedeeul cel mai fezabil este al psihoterapiei de grup, comunitatea terapeutică nu se poate aplica deocamdată și atunci aplicăm grupul, atât cel direct psihoterapic, deci activitate de grup verbală sau nonverbală, și cel de muncă. Conținutul discuțiilor grupului să fie scenele sănătoase. Nu putem face à la Moreno, să facem psihodramă halucinatorie.

Ca să realizăm acest grup, în ariergardă trebuie să avem procedeele psihologice cele mai diverse; medicamentele vor fi alese ca să nu dea somnolență diurnă sau efecte secundare tulburătoare. În mod subsidiar

sunt procedeele individuale, doar de informare pentru activitatea de grup, productivă, etc. La ce ar vrea bolnavul să lucreze, ce perspective sunt de întoarcere pentru bolnav? Microdiscuția cu bolnavul să fie pe cât posibil centrată în jurul obiectivului fixat. În mod nondirectiv se dezvoltă procedeele de relaxare și de distracție, unde echipa să fie generoasă. Echipa abia este ținută la procedeele productive, fiind feroce în materie de plăceri – dacă dansează, o fac între ei, dacă joacă ping-pong sau table, la fel. Primul exemplu trebuie să fie dat de noi.

Categoria metodelor spirituale trebuie făcută cu o bună dozare și nu trebuie să compromită metoda. Nu se poate face artterapie sau meloterapie în masă; se merge cu prudență. Dacă unul cere să deseneze, nu trebuie refuzat, dar nu trebuie socotită o activitate de calitate. Totul trebuie să ridice nivelul personalității bolnavului. El trebuie să asculte, să exprime, să prezinte, să aleagă, lui să i se facă expoziții. Noi suntem permanent ca niște regizori din umbră. Să evităm exhibiționismul psihiatric în resocializare. Ea va da rezultate dacă acești actori ai noștri joacă piesa așa cum ne-am înțeles.

Cum să integrăm familiile.

Este o problemă foarte delicată. Familiile pot fi de mare ajutor, dar dacă nu știm să le organizăm și să le manevrăm în sensul resocializării, ele permanent ne amenință stabilitatea instituției. Trebuie stabilită o relație pozitivă între personal și familie. Personalul deocamdată nu este dispus să accepte imixtiunea.

Familiile trebuie să se organizeze după o anumită autonomie, să aibă un comitet, exista instrucțiuni în acest sens în România. Au o funcție externă și una internă – pentru actuala perioadă trebuie să se accentueze funcția externă a familiei, de reprezentare a intereselor la nivelurile superioare și în circuitul economic de aprovizionare și desfacere a produselor.

În privința funcției interne, rezultatele noastre sunt negative adesea. Încă nu s-a făcut destul pentru funcția internă – familiile nu pot fi integrate direct în procesul terapeutic. Ele trebuie supuse de fapt unei psihoterapii de grup sistematice.

Comitetul trebuie frânat de la inițiative care nu sunt cunoscute de conducerea instituției. Familiile trebuie frânate de la declanșarea conflictelor, chiar dacă se remarcă abateri grave. Aceste conflicte trebuie rezolvate, caci altfel amenință mereu existența unei resocializări, punându-se problema -sau pleacă familiile sau pleacă personalul. Supraviețuirea se va face pe următorul considerent – singura forță care ajută la resocializare este acest comitet de părinți. Ei reprezintă interesul democratic al grupului. Ceea ce pot face ei nu poate face nici instituția și nici un medic sau cel

puțin nu a făcut până acum; deci toate deficiențele trebuie înghițite și socotite subsidiare față de forța lor reală.

Alt litigiu este înțelegerea între familie și personal, cu manevrele financiare legate de aceasta.

Evidența.

Cel mai slab și greu de realizat. Ceea ce se întâmplă în fiecare zi cu sute de oameni nu este ușor de înregistrat, de codificat pentru o vedere clară, retrospectivă asupra activității. Nu se poate ști ce ai făcut în urmă cu un an, o lună, dacă nu ai o evidență. Evidența trebuie să fie globală, a secției. Evidența individulă să cuprindă nivelul persoanei la venire, sub tratament și la plecare. Nivelul persoanei se înregistrează după scala de 5 puncte internațională, numai conținutul simbolurilor să fie bine cunoscut și folosit ca atare. Se notează litera cu care a venit și cea cu care a plecat. Astfel:

A – restitutio ad integrum

B – reluarea serviciului cu defect

C – defect mare (este pensionat, sta acasă, social este zero, nu dezvoltă activitate socială)

D – psihoză acută sau reacutizată, care necesită internare.

E – cei neexternați – epilepsiile grave cu crize care nu se pot controla, schizofreniile cronice care nu au răspuns la tratament și care și-au pierdut familiile, etc.

Nu este o treabă ușoară. Dacă o fișă cuprinde această înregistrare, care nu este grea, pe verso trebuie să poarte activitatea economică a acestui bolnav – are terapie ocupațională (To) și nu se plătește sau are activitate productivă, ce anume și cât primește. Acesta devine și un document contabil, ce intra la arhivă.

Ce este discutabil la concepția noastră?

Adversarii acestei concepții pornesc de la următorul punct și anume – boala mintală este tocmai rezultatul fugii de o societate grea, împovărată ori RESOstăruie, se opune acestei evaziuni. Deci ar face un rău celuicare ar vrea să fugă. Este o fugă fără bani, nenorocită, care împinge la antisocial. Să-i lăsăm să fie obiectul continuu de hărțuială al acestei societăți sau să le asigurăm un minim necesar? Este o alternativă pentru a-i proteja economic; nu este vorba de o reechilibrare economică prin reso – societatea nu moare dacă nu ia să valorifice produsele reso. Protejarea privește pe acești indivizi.

A doua critică – concepția asta se opune tratării ca o turmă de dresat la niște oameni care sunt conștienți de un program. Psihiatria veche ar trebui desființată fiindcă a fost comportamentală. Dacă la ora 7 îi mutăm de la o

sală la alta până vine masa, este cea mai ușoară psihiatrie, dar nu asta este ce vrem noi.

Se mai reproșează lipsa procedurilor profunde psihanalitice, etc. Deocamdată nu lipsa de formație ci criza de personal – ar fi o greșeală ca un medic să se ocupe numai de un bolnav în dauna altor 99, a grupului.

Critica ce poate veni din partea unui curent existențialist – nu se ține cont de ultima aspirație a fiecărui individ. Persoana umană este mereu umilită în sistemul grupal. Cei care critică astfel sunt niște oameni care au renunțat să facă ceva. Ei înțeleg mai profund, stau ore întregi cu bolnavul, înțeleg dar nu fac nimic. Deci duce la un nihilism social. Se întăresc anumite suferințe sociale și statutul de mizerie umană a acestor oameni. Să nu ne gândim la 1-2care se întorc relativ remiși în urbea lor ci la majoritatea care au cel mai scăzut nivel social.

Resocializarea se poate socoti până la un punct o antipsihiatrie – este antitraditională. Ea arată nivelul inferior, inactiv, nihilist, intoxicat de droguri, al psihiatriei conservatoare. Ea demască aceasta inerție și motivațiile false, deformante ale acestei realități. De aceea ea va întâmpina o foarte mare rezistență, care înseamnă tăria unei concepții și nu dovada slăbiciunii ei.

3. Psihofarmacologie

Paternitatea psihofarmacologiei este franceză. Tratatul german și englez nu menționează acest lucru și încep ca și când ei ar fi descoperit acest capitol. Din 1952 s-a intrat în era psihotropelor, s-au descoperit substanțele chimice care modifică activitatea psihică. Datorăm lui Laborit, un reanimator fiziopatolog care se ocupa cu găsirea unui amestec ganglioplegic care să scadă temperatura corpului și să fie folosit în operații, observația că substanțele folosite în acel moment (romergan și hipnotice) dădeau modificări ale stării psihice la pacienții psihici cronici din clinica profesorului Delay. Este momentul când se descoperă un produs care devine capul de serie și produs de referință și care este clorpromazina. Este adevărat că după descoperirile franceze, exploatarea acestui fapt s-a făcut cu mai mult aplomb comercial de alte țări decât de francezi propriu-zis. Totalitatea acestor substanțe au purtat denumirea generică de psihotrope, având un tropism psihic, deși – așa cum vom vedea – era mai firesc să se numească neurotrope fiindcă aceste substanțe acționează asupra structurilor bazale, psihicul fiind influențat în mod secundar și nu primar. La momentul apariției primelor psihotrope, principalele tratamente erau psihoterapia, alături de procedee ca ECT sau chirurgia psihiatrică.

Ultimii 30-40 de ani au reprezentat o perioadă de dezvoltare a psihofarmacologiei. S-a remarcat în aceste condiții o modificare a abordului psihiatric, o trecere de la metode dominante analitice – psihologice spre o viziune mai biologică. Aceasta a impus și o transformare a identității profesionale a psihiatrilor. Agenda medicală internațională cuprinde astăzi câteva mii de produse psihotrope, fiind probabil grupul cel mai voluminos din cadrul întregii farmacologii, fiind prin urmare de cea mai largă circulație și fiind însoțite de frecvente abuzuri și chiar de greșeli fatale. Așa că ne apare ca o datorie etică de a difuza periodic un set de principii în folosirea psihotropelor pentru a le asigura eficacitatea terapeutică și siguranța în folosire. Înțelegerea funcționării psihotropelor și învățarea modului de prescriere al lor nu elimină necesitatea evaluării și înțelegerii pacientului prin integrarea abordurilor psihologic/psihoterapeutic cu cel psihobiologic. Rezultatele optime ale tratamentului se obțin prin reducerea simptomaticei alături de promovarea capacității individului de a se adapta la cerințele vieții.

Psihiatria ar trebui să integreze aspectele psihosociale cu cele psihobiologice, aceasta cu atât mai mult cu cât psihotropelor nu reușesc adesea, în ciuda efectelor benefice, să modifice procesele psihopatologice fundamentale, care sunt susceptibile la stresori psihosociale, interpersonalii sau intrapsihici.

În ciuda enormei varietăți a medicației psihotrope, toată mulțimea se poate clasifica în trei categorii, după efectul fundamental asupra stării psihice, și anume:

- medicația psiholeptică (medicamente care scad global activitatea psihică)
- medicația psihoanaleptică (medicamente care cresc global activitatea psihică)
- medicația psihodisleptică (medicamente care tulbură activitatea psihică).

Practic ne interesează primele două categorii, pe care trebuie să știm să le folosim fără a ajunge să aibă un efect din a treia categorie, adică psihodisleptic. Deci există o logică în psihofarmacologie, care permite psihiatrului să nu exaspereze în fața noilor produse și a multitudinii de informații ce le însoțesc. Bineînțeles că regulile de bază din farmacologie sunt valabile și în psihofarmacologie, cu specificul că în ultima se cere puțină flexibilitate, nuanțare și adaptare la subiectivitate, adică aici factorul psihoterapeutic, de sugestie, „placebo”, se dovedește esențial și este important de menționat înainte de a face cunoștință cu principalele categorii de medicamente, că pentru a menține o judecată clară asupra controlului eficacității se recomandă a folosi cât mai puține medicamente concomitent. Se poate spune fără exagerare că polipragmazia este un indicator al unei risipe dar și al unei ignoranțe.

Tradiția prescrierii unor medicamente specifice pentru tulburări specifice (un antidepresiv pentru depresie) a fost modificată în ultimii ani prin apariția unor molecule noi sau modificarea strategiilor de tratament, care au permis introducerea unor noi indicații pentru psihotrope. A apărut noțiunea de „strategie de reducere simptomatică” care presupune utilizarea unor psihotrope pentru reducerea simptomatică din diferite tulburări (antipsihotice atipice în manie sau demență pentru atenuarea agitației, a modificării comportamentale).

Ne găsim în perioada în care folosirea psihotropelor se bazează pe acțiunea lor biochimică cerebrală. Nu s-a ajuns însă la o corelație strictă între grupa de medicament și efectul clinic. În practică se utilizează combinarea efectelor a unul sau mai multe medicamente pentru obținerea unui efect hipnotic, antidepresiv, antipsihotic, etc.

Psihoplepticele sunt: hipnotice, tranchilizante, neuroleptice.

Hipnoticele

Hipnoticele sunt barbiturice și nebarbiturice. Primii agenți utilizați pentru tratamentul tulburărilor de somn au fost cloral hidratul, barbituricele și glutetimidul. Utilizarea acestora a fost asociată cu dependență, depresie respiratorie, afectare hepatică și chiar morți subite.

Hipnoticele barbiturice.

Au fost introduse de aproape 100 de ani. Barbituricele pun probleme farmacologice și de sănătate publică. Nu sunt interzise dar e necesar un efort educațional pentru a aminti medicilor de posibilele pericole și efecte secundare implicate. Barbituricele sunt dintre cele mai utilizate substanțe pentru folosite în scop suicidar dar se pot produce și morți accidentale datorate asocierii barbituricelor cu alcoolul. Barbituricele pot da dependență și de aici spectrul de la violență paradoxală până la scăderea timpilor de reacție ce predispune la accidente. Sindromul de abținere la barbiturice e o problemă medicală serioasă. *Fenobarbitalul* este utilizat în continuare în tratamentul epilepsiei. Are eficacitate ca sedativ și posibil anxiolitic la doze de 15–30 mg pe zi. Prezența barbituricelor în compoziția unor sedative „naturale” foarte populare, ca Extraveral (conține 20 mg fenobarbital) sau Distonocalm (conține amitil sodic 25 mg), explică efectele în situații de anxietate sau insomnie. Toleranța la efectele anxiolitice se dezvoltă mai rapid decât la efectele pe funcțiile psihomotorii.

Barbituricele modifică arhitectura somnului, scăzând cantitatea de somn REM. După utilizare cronică, oprirea acestor medicamente duce la un rebound de REM cu coșmaruri. Pacienții cer astfel reintroducerea medicației de somn și astfel apare o problemă dificilă de management.

După utilizare timp de zile sau săptămâni se dezvoltă toleranța, care impune creșterea dozei hipnoticului sau o pierdere a eficacității. În plus, barbituricele tind să deprime centrul respirator. Pacienții cu rezervă pulmonară marginală pot face apnei dacă se utilizează doze întregi pentru insomnia lor. Se produc reacții periculoase la pacienții cu porfirie intermitentă; la doze uzuale de barbiturice crește sinteza porfirinelor care poate produce o paralizie care include mușchii respiratori. Un dezavantaj mai frecvent este inducția enzimatică (este cunoscut efectul asupra bilirubinei endogene, cu administrare în icterul nou-născuților; inducerea enzimelor hepatice accelerează biotransformarea barbituricelor în compuși inactivi, care stă la baza dezvoltării toleranței), cu efecte asupra altor medicamente care utilizează aceleași căi enzimatică. Uneori interferența e mică sau nu e importantă altelei poate fi critică, cum ar fi de exemplu în cazul reducerii eficacității anumitor anticoagulante.

Efecte secundare ale barbituricelor

- fenomene neplăcute la trezire (somnolență, obnubilare, apatie, grețuri, stare generală neplăcută)
- modifică fazele somnului
- risc vital în caz de supradozare
- pericol de dependență
- inducție enzimatică
- pot induce porfirie sau agravează evoluția celor preexistente

Administrarea unei benzodiazepine față de barbituric presupune toleranță, sevraj și efecte pe somnul REM mai mici decât la barbiturice, un potențial de abuz mai mic, letalitate mult redusă, nu există interferențe esențiale cu metabolismul altor medicamente și nu are efecte pe centrul respirator la doze hipnotice. Benzodiazepinele au o fereastră mare între dozele terapeutice și dozele letale (de aproximativ 20 de ori mai mari ca la barbiturice).

Dacă pacientul este în tratament cu AD sedative sau antipsihotice, acțiunea lor sedativă poate fi utilizată în scop de hipnoinducție. Unele antihistaminice au proprietăți sedative care pot fi folosite pentru inducerea somnului (Benadryl, Phenergan, Vistaril, Dramamine).

Hipnoticele benzodiazepinice.

Primul apărut din grupul hipnoticelor benzodiazepinice (BZD) a fost *flurazepam-ul*. Au fost remarcate eficacitatea sa egală sau mai mare decât a hipnoticelor uzuale la acel moment și o mai mare siguranță în utilizare. La începutul anilor '80 s-au lămurit proprietățile farmacocinetice ale flurazepamului și consecințele clinice ce decurg de aici. Flurazepamul are un timp de înjumătățire lung, o serie de metaboliți, dintre care

dezalchilflurazepamul, ultimul și cel mai important metabolit, are o potență intrinsecă înaltă. Dozele succesive duc la acumularea crescândă, astfel încât după 7-10 zile de administrare, metabolitul acumulat atinge un nivel matinal de 4-6 ori cel de după prima administrare. Avantajul acestui fapt este minimizarea reboundului și a sindroamelor de întrerupere. Dezavantajul potențial este capacitatea de a produce sedare diurnă, somnolență și scăderea performanței, iar vârstnicii pot fi predispuși la confuzie și căzături. Ulterior, s-a trecut treptat la BZD cu timp de înjumătățire mai mic (triazolam, temazepam). Reducerea somnolenței diurne s-a însoțit de raportarea unor insomnii de rebound și a altor sindroame de întrerupere. Apoi, au existat raportări anecdotice de halucinații și comportament bizar în cazul triazolamului.

Hipnoticele BZD disponibile acționează ca agoniști clasici pe complexul receptor GABA – BZD (vezi acțiunea BZD). Din cauza efectelor secundare ale BZD hipnotice clasice (sedare de lungă durată, dependență) s-au dezvoltat hipnotice noi, cu acțiune mai selectivă. *Zopiclona*, în ciuda structurii sale nonBZD, are o afinitate asemănătoare cu 1,4 BZD pentru siturile omega I și II, pe când *zolpidemul* are o afinitate mai mare pentru situl omega I. *Zopiclona* și *zolpidemul* au mai puține efecte sedative reziduale dar produc o scădere a performanței la testarea la scurtă vreme după tratament. Hipnoticele cu un timp de înjumătățire scurt (de ex. *zolpidem*) prezintă cel mai bun profil al eficacității față de efectele secundare cu privire la trezirea matinală și funcționarea diurnă. Există puține diferențe între benzodiazepine, *zopiclone* și *zolpidem* în termenii eficienței în inducerea și menținerea somnului. Totuși, în contrast cu BZD și *zopiclone*, *zolpidemul* nu suprimă somnul cu unde lente. Un alt produs nou este *estazolamul*, o triazolobenzodiazepină, cu efecte similare temazepamului.

La pacienții care schimbă hipnoticele între ele, *zolpidem* este respins sau criticat de cei obișnuiți cu triazolamul sau flurazepamul, deoarece efectele subiective sunt evident diferite pentru a neliniști pacientul că „hipnoticul nu își face efectul”. *Zolpidemul* are efect la fel de bun la pacienți cu insomnie care nu au luat benzodiazepine. La cei care au luat o benzodiazepină în tratamentul precedent, se recomandă o perioadă de wash-out după care *zolpidemul* va acționa bine.

Metaanalize ale unor studii clinice randomizate și datele laboratoarelor de somn arată eficacitatea acestor agenți pentru tratamentul de scurtă durată al insomniilor, amelo-rând semnificativ latența de instalare a somnului, prelungind durata totală a somnului, micșorând numărul de treziri nocturne, ameliorând calitatea somnului. Aceasta arată că BZD sunt eficiente doar dacă sunt administrate pe perioade relativ scurte de timp la pacienți cu insomnie cronică. În plus, se descrie o insomnie de rebound la BZD cu timp scurt/intermediar de acțiune și pentru *zopiclone*, cât și un

sindrom de sevraj/întrerupere, care denotă prezența unei dependențe psihologice și fizice, care urmează întreruperii bruște a administrării BZD. Fenomenele de toleranță și insomnie de rebound nu au fost observate la administrarea zolpidem-ului. Studii controlate au arătat lipsa toleranței și a rebound-ului după 6 săptămâni de tratament cu zolpidem.

Există o serie de considerente în alegerea unui hipnotic. Dacă dorim o sedare și anxioliză diurnă, aceasta se poate obține cu doze la culcare de flurazepam nu și cu agenți cu timp scurt de înjumătățire ca zolpidemul. Pe de altă parte, aceștia din urmă vor fi preferați în cazul pacienților care necesită o stare de vigilitate bună în cursul zilei, pentru a maximiza siguranța pentru ei și ceilalți. Lipsa sedării reziduale devine în ultimul timp considerația clinică esențială în selectarea hipnoticului, mai ales după observațiile recente privind asocierea dintre utilizarea de benzodiazepine și riscul de afectare a performanței ce a dus la accidente. Riscurile par mai mari cu benzodiazepine cu timp de înjumătățire lung, cel mai evident la vârstnici. Exemplu pot fi accidentele auto dar și o proporție mai mare de fracturi de col femural la pacienții care utilizează hipnotice cu timp lung de înjumătățire. E de remarcat că accidentele, alte erori de performanță periculoase se pot produce fără ca subiectul să fie conștient de senzația de sedare pe care o dă medicamentul utilizat.

Zolpidem se leagă selectiv de receptorul tip 1 BZD –GABA – A și are o mai mică incidență a reacțiilor secundare ca amnezia, scăderea coordonării motorii și toleranța/reboundul față de agenții BZD clasici, care se leagă neselectiv de subtipurile 1 și 2 de receptori BZD – GABA. Zolpidem este o imidazopirină hipnotică care are un vârf plasmatic de 1,6 – 2,2 ore și un timp de înjumătățire de 1,5 – 3,2 ore. Din cauza timpului scurt de înjumătățire și a lipsei metaboliților activi, studiile inițiale au arătat că administrarea la culcare a zolpidem nu e asociată cu sedare reziduală dimineața la trezire sau cu o scăderea memoriei dacă se respectă dozele indicate (10 mg la culcare sau 5-10 mg la culcare la vârstnici sau la cei cu insuficiență hepatică), pentru perioade scurte de timp (mai puțin sau egal cu 4 săptămâni). Aceasta a făcut ca zolpidem să fie o medicație concomitentă eficientă pentru tratamentul pe termen scurt al insomniei asociat tratamentului antidepressiv pentru depresie. Nu s-a înregistrat toleranță sau insomnie de rebound cu acest compus.

Nu rareori întâlnim în practica zilnică administrarea de antidepressive pentru insomnie. Dintre acestea, unele sunt repute ca favorizând somnul. *Trazodona* este un antidepressiv ale cărui proprietăți sedative derivă din proprietățile sale antihistaminice cât și de antagonizare a receptorului 5-HT₂. S-a demonstrat de asemenea că mirtazapina, un antidepressiv cu efect sedativ, blochează siturile postsinaptice 5HT_{2B} și C.

Altă uzanță terapeutică este administrarea unor *antihistaminice*, ale căror proprietăți sedative derivă din antagonizarea receptorilor H1 centrali. Cele mai frecvent folosite sunt diphenhidramina și hidroxizina. Aici este de atras atenția, cum o fac și o serie de studii recente, asupra efectelor secundare anticolinergice puternice ale acestor substanțe, asupra sedării reziduale pe parcursul zilei și a afectării cognitive.

Medicina alternativă propune numeroase remedii contra insomniei. Dintre cele studiate mai mult, s-a demonstrat că *extractul de valeriană* ameliorează eficiența somnului și scade latența de adormire la pacienții cu insomnie psihofiziologică. Se pare că acțiunea se exercită prin intermediul modulării neurotransmisiei GABA. Alte remedii care se pare că influențează GABA sunt *ginseng*, *kava kava*, *hameiul* și *pasiflora*. Chiar și în cazul unor remedii fitoterapeutice, este necesară precauție căci efectul lor este potențat de alcool și alte depresoare CNS. Unele interferă cu sistemul citocrom P450 și astfel pot apare interacțiuni medicamentoase. Pasiflora este contraindicată la gravide iar hameiul este de evitat la gravide sau la femeile cu cancer mamar estrogenodependent. Efectul *acupuncturii* asupra insomniei a fost pus pe seama influențării unor căi din SNC care participă la analgezie (serotonină, acetilcolină, opioizi endogeni).

În ciuda ameliorării evidente a profilului de siguranță a noilor medicamente, pacienții care iau hipnotice vor fi preveniți asupra posibilității apariției sedării excesive diurne, mai ales dacă utilizează doze mai mari decât cele recomandate. La doze mai mari decât cele recomandate chiar și noile medicamente pot produce afectarea memoriei, scăderea coordonării motorii, confuzie și coșmaruri. Zolpidemul e asociat cu anumite efecte secundare ca cefalee, greață, amețeli. În cazul zopiclonei s-a descris un efect secundar neobișnuit – un gust neplăcut, amar și gură uscată, de cauză necunoscută.

Tabel: Dozele uzuale pentru hipnoticele nebarbiturice

Hipnotice nebarbiturice	Doza (mg/zi)
flunitrazepam (Rohypnol)	1-2
flurazepam (Dalmane)	15-30
glutetimid	250
midazolam (Dormicum)	5-50 (parenteral)
nitrazepam	2,5-10
temazepam (Restoril)	15-30
triazolam (Halcion)	0,125-0,5
zolpidem (Stilnox, Ambien)	5-10
zopiclone (Imovane)	7

Hipnoticul ideal ar trebui să inducă și să mențină somnul natural fără a produce efecte reziduale sedative în timpul zilei. Nu trebuie să producă dependență sau să interacționeze cu alte sedative, inclusiv alcoolul. Nu trebuie să producă deprimare respiratorie sau să ducă la colaps cardiovascular luat în supradoză. Alegerea unui hipnotic adecvat pentru tratamentul simptomatic al insomniei cere o cântărire între efectele hipnoinductoare ale medicamentului și menținerea acestora în timp (eficacitate) față de potențialul de efecte adverse (siguranță).

Regulile generale de utilizare ale hipnoticelor sunt:

- Individualizarea dozei pentru fiecare pacient
- Prescrierea dozei celei mai mici eficiente
- Scăderea dozei de hipnotic dacă e utilizat cu un deprimant al SNC sau cu alcool
- Scăderea dozei la vârstnici și la pacienții cu tulburări hepatice
- Evitarea utilizării noapte de noapte
- Limitarea duratei de utilizare sau utilizare intermitentă
- Reducerea treptată a dozei la întreruperea tratamentului

Cele mai cunoscute efecte adverse ale hipnoticelor sunt sedarea reziduală, amnezia anterogradă, insomnia de rebound. Frecvența apariției acestor efecte depinde de medicament și, mai important, de diferitele doze ale aceluiași medicament. Doza de hipnotic utilizat este determinantul major al balanței dintre eficacitate și siguranță.

Sedarea reziduală – afectarea performanței se produce deoarece hipnoticele produc somnolență, reduc vigilitatea și afectează eficacitatea performanței. Efectele hipnoticului asupra performanței diurne sunt de mare importanță deoarece medicamentul este administrat adesea pentru a contracara afectarea performanței diurne datorată somnului inadecvat. Necesitatea de tratament a insomniei este impusă de gradul de asociere al insomniei cu consecințele diurne. Sedarea reziduală depinde de doză (determinantul major) și de timpul de înjumătățire a medicamentului. În plus, administrarea repetată a oricărui medicament la intervale mai scurte de $4 \times T_{1/2}$ al medicamentului (timpul necesar pentru eliminarea completă) va duce la acumulare. Se descrie și dezvoltarea unei toleranțe.

Amnezie anterogradă – depinde de doză (determinant major) și de calea de administrare dar poate fi dată și de insomnie. Parțial, amnezia asociată cu benzodiazepinele este un efect retrograd al somnului care tulbură consolidarea memoriei de lungă durată.

Insomnia de rebound – o tulburare a somnului de 1-2 nopți după întreruperea bruscă a hipnoticului. Un determinant important este timpul de înjumătățire al hipnoticului dar cheia evitării fenomenului este în

utilizarea dozei minime eficiente de hipnotic – indiferent de timpul de înjumătățire – care previne în mare parte producerea insomniei de rebound. Nu depinde de timpul de administrare.

Efectul hipnoticelor scade în timp și este necesară înlocuirea lor. Se pot înlocui aproximativ la zece zile, deci trei pe lună. Deci, dacă efectul scade, nu este bine să se crească doza ci mai bine să fie înlocuit. La începutul tratamentului, se întâmplă ca efectul să fie doar până la jumătatea nopții și pe scurte perioade medicația hipnotică se poate repeta și la perioada asta.

Probleme majore ale medicației hipnotice

- index terapeutic scăzut (depresie respiratorie)
- pericole în boli specifice (porfirie, apnee)
- abuz
- reacții de sevraj
- efecte postadministrare (sedare reziduală, deficit de performanță)
- alergii, hipersensibilitate
- interacțiuni cu alte deprimante (alcool)
- interacțiuni datorate inducției enzimatică
- distorsionarea arhitecturii normale a somnului

Tranchilizantele

Tranchilizantele sunt cele mai uzitate, de cea mai largă folosință în toate specialitățile, pentru că nevrozele sunt frecvente ca și manifestările psihosomatice. Sunt și un grup de însoțire, ca tratament asociat la antidepressive, neuroleptice, uneori cu utilitate ca hipnotice. Asocierea cu alcoolul e periculoasă. Laicii le consideră chiar hipnotice, deși efectul lor hipnotic este doar de pregătire a somnului, prin scăderea anxietății, angoasei, a frământărilor interioare, a încordărilor, a stărilor de stres care însoțesc viața actuală. Un tranchilizant ideal ar da, deci, o ușoară indiferență, o detașare, fără prea mare somnolență. Totuși ele pot tulbura conducerea auto, potențează efectul băuturilor alcoolice. Tranchilizantele pot da toxicomanie și deci au depășit stadiul unor banalități, cerând și ele o administrare rațională. Dau obișnuință, potențează băuturile alcoolice și au devenit însoțitoare ale alcoolizării (sunt și mai ieftine). Efectul lor esențial e „nesimțirea“, dau o latență mai mare la reacții, pacientului „nu-i mai sare țandăra“, e deci mai detașat, mai senin, mai îngăduitor, deci crește toleranța. De mare utilitate sunt benzodiazepinele în tratamentul deliriumului tremens, unde neurolepticele ar putea provoca colaps. Tranchilizantele noi sunt folosite în tratamentul dependențelor la hipnotice și în preanestezie. Prescrierea lor trebuie reglementată deoarece pot fi folosite în suicidul medicamentos.

Tabel. Benzodiazepine și echivalențe de dozare (mg)

Medicament	Doze (mg)
diazepam (Valium)	10
alprazolam (Xanax)	2
bromazepam (Lexotan, Lexotamil)	6
clonazepam (Klonopin, Rivotril)	2,5
clorazepat (Tranxene)	25
clordiazepoxid (Librium)	20
lorazepam (Ativan, Temesta, Lorivan)	2,5
oxazepam (Serax)	50
prazepam (Centrax, Lysanxia)	20
temazepam (Restoril)	20

Anxiolitice

Sunt cele mai utilizate și prescrise psihotrope de către medici de toate specialitățile. Psihiatrii scriu mai puțin de 20% din rețetele de anxiolitice. Anxioliticele pot fi împărțite în mai multe clase, principala la ora actuală fiind grupa *benzodiazepinelor*. Altele cuprind nonBZD cum este *bupiriona* (agonist 5HT cu unele efecte mixte pe dopamină). Diferențierea unor benzodiazepine în BZD hipnotice și BZD anxiolitice este relativă, oricare dintre BZD clasice putând acționa fie ca anxiolitic, fie ca hipnotic, în funcție de doză (respectiv mai mică și mai mare). BZD prezintă efecte miorelaxante, sedative, anxiolitice, anticonvulsivante, hipnotice.

Capul de serie a fost *Meprobamatul*, un sedativ-hipnotic nonBZD, introdus acum mai mult de 60 de ani, acest produs utilizându-se în trecut alături de barbiturice în doze mici pentru efectul lor sedativ (1 comprimat are 400 mg.; se administrează până la 3 – 4 comprimate pe zi, un comprimat având un efect echivalent cu 5 mg de diazepam). Meprobamatul nu acționează pe receptorii GABA sau BZD ci pare să acționeze prin potențarea acțiunii adenozei (sedativă). Cafeina este un antagonist de adenozină. Medicamentul este mai puțin sigur decât BZD și rămâne o alternativă doar la cei care nu tolerează BZD (are acțiune net diferită).

Un pas important a fost reprezentat de introducerea în anii 60 a **benzodiazepinelor**, inițial dezvoltate ca relaxante musculare. Între anxioliticele mai noi se înscriu *alprazolamul* (Xanax), o triazolobenzodiazepină și *bupiriona*.

Indicațiile BZD cuprind anxietatea, tensiunea musculară, status epilepticus (diazepam), insomnia, epilepsia mioclonică (clonazepam), anestezia preoperatorie, sevrajul la alcool. Alprazolam și lorazepam sunt uneori indicate în anxietatea asociată cu depresia. Alprazolam este socotit ca având un efect antipanic fiind indicat, pe lângă lorazepam și clonazepam, în tulburarea de panică cu sau fără agorafobie.

Efectul BZD se produce prin legarea de siturile specifice BZD din creier. Receptorii BZD sunt legați de receptorii GABA, care este un neurotransmițător inhibitor major. Legarea BZD de situl lor specific potențează acțiunile GABA, ceea ce are ca rezultat acțiunea anxiolitică. Situl de legare a BZD este cuplat cu receptorii GABA. Acest complex de receptor pare să medieze acțiunile anxiolitică, sedativă și anticonvulsivantă a BZD (acțiuni terapeutice). Benzodiazepinele acționează ca modulatori allosterici pozitivi ai neurotransmisiei inhibitoare rapide prin GABA la nivelul receptorilor GABA A. Acțiunea agonistă duce însă și la fenomene nedorite – somnolență, sedare, ataxie și scăderea performanței, tulburări de memorie (amnezie anterogradă – afectarea temporară a capacității de achiziție de informații și evocarea ulterioară; dependentă de doză).

Alprazolamului i se descrie și o acțiune pe sistemele noradrenergice, producând o down reglare a receptorilor beta postsinaptici și crescând activitatea proteinei N (proteină care cuplează receptorul postsinaptic de sistemul energetic intraneuronal), ceea ce ar explica efectele antipanică și moderat antidepressive. BZD se absorb bine la administrarea per os dar biodisponibilitatea e slabă prin administrare intramusculară (cu excepția lorazepamului). BZD cu timp scurt de înjumătățire sunt mai lipofile, ceea ce le permite să traverseze mai ușor BHE. BZD cu timp mai lung de înjumătățire ating nivelul plasmatic stabil mai lent și se elimină mai lent.

Diferențele semnificative între compuși se produc din punct de vedere al caracteristicilor cantitative de afinitate, nu și calitative (respectiv variația în proprietățile farmacocinetice de absorbție, distribuție, eliminare și clearance). Acțiunea anxiolitică și sedativ-hipnotică par mediate predominant prin subtipul de receptor BZD omega1. Receptorii de benzodiazepină 2 (omega2) sunt localizați predominant în măduva spinării și striatum. Acești receptori pot media acțiunea miorelaxantă a BZD. Se studiază aplicarea anumitor agonști parțiali, la care ar avea loc teoretic separarea efectelor dorite (cele anxiolitice) de cele nedorite (sedare diurnă, ataxie, disfuncție a memoriei, dependență, sevraj), căci se socotește că efectul anxiolitic ar necesita doar un agonism parțial iar sedarea sau dependența ar presupune un agonism total. Substanțele sintetizate până acum nu au suficientă eficacitate anxiolitică. S-a sintetizat și un antagonist, flumazenil, care poate bloca acțiunile BZD și deci anulează acțiunile acestora (după anestezie sau după o supradoză).

BZD dau rapid ameliorare simptomatică față de AD, de exemplu, care necesită câteva săptămâni până la apariția efectelor benefice. Unii pacienți nu suportă efectele adverse ale AD (unii autori pun în discuție faptul că pacienții cu anxietate sunt mai sensibili la efectele secundare ale AD față de cei depresivi). Anxioșii se simt bine timp îndelungat pe doze relativ moderate de BZD. Nu e clar cât trebuie menținut în aceste condiții tratamentul odată ce se știe că se dezvoltă toleranța la anumite efecte ale BZD deci ameliorarea ar putea fi doar un efect psihologic nespecific. S-a observat însă că pacienții cu tulburare de panică nu au tendința de a crește dozele de BZD ci în unele cazuri chiar de a le scădea. Medicul va încerca bineînțeles să recomande scăderea treptată, lentă a dozelor de BZD, acțiune susținută de diferite tipuri de psihoterapii care ajută pacientul să facă față anxietăților. Dar unii pacienți vor necesita tratamente de lungă durată. Se recomandă o precauție deosebită în cazul pacienților cu antecedente de abuz de substanțe, cu tulburări de axă II.

Întreruperea BZD este în general dificil de făcut. Se recomandă scăderea cu nu mai mult de 10% din doză pe zi. Fenomenele de sevraj sunt în general mai importante la cei care au luat tratamentul mai multe luni și în cazul compuşilor cu timp scurt de înjumătățire. O parte dintre pacienți pot simți simptome asemănătoare cu anxietatea pe care au avut-o înainte de tratament (anxietate de rebound). Aceste fenomene sunt tranzitorii și durează 2-3 zile. Numeroși pacienți nu respectă programul de reducere treptată a dozelor și au convingerea puternică asupra necesității continuării tratamentului. Factori care contribuie la dificultatea de a întrerupe BZD includ titrarea rapidă, timpul de înjumătățire scurt, durata lungă a tratamentului, dozele mari.

Simptome comune de sevraj la BZD:

activare	greață
anxietate	confuzie
palpitații	hiperestezie vizuală și auditivă
transpirații	convulsii (rareori)

Efecte adverse benzodiazepine

- alergii
- dependență
- neurologice – sunt cele mai frecvente – prin acțiune deprezoare excesivă pe SNC determină somnolență, slăbiciune musculară, ataxie, nistagmus, dizartrie

- afectează timpul de reacție, coordonarea motorie și funcționarea intelectuală (latenție conducători auto)
- provoacă amnezie anterogradă
- psihiatrice – sunt asemănătoare celor produse de etanol, barbiturice – dezinhibiție, intoxicație, excitație paradoxală, ostilitate, furie, comportament violent, distructiv

Buspirona (Stresigal, Tensispes, BuSpar, Spitomin) (tb 5,10 mg) este un anxiolitic nonBZD, nesedativ. Mecanismul principal este cel de agonist parțial pe receptorul 5HT_{1A}. Se recomandă în tulburarea de anxietate generalizată (după unii autori ar fi de elecție) și alte tulburări de anxietate înrudite (de exemplu, fobia socială, tulburare mixtă depresie – anxietate, anxietate la toxicomani). Nu are efecte în blocarea atacurilor de panică, tratarea fobiilor sau a fenomenelor obsesiv-compulsive. Administrat imediat după BZD pare să nu aibă efect, de fapt neapărând efectul de sedare și nu rezolvă simptomele de sevraj la BZD.

În apariția efectului există, ca și la AD, o latență de 2-4 săptămâni pentru a produce un efect antianxietate complet. Dozele utilizate sunt de ordinul 30 – max. 60 mg/ zi, cu doze mici inițial și creșterea treptată a dozelor. Nu a beneficiat de suficientă atenție, cu toate avantajele sale. Adesea este administrat în doze mici, inadecvate ceea ce a condus la concluzia greșită că nu ar avea efect. Este un medicament cu o mai mare flexibilitate față de BZD și nu dă dependență, e util și în cazul pacienților cu tulburări somatice. Are rezultate și în tratamentul alcoolismului. Efectele secundare includ cefalee, greață, amețeli.

Antipsihoticele (Neurolepticele)

Categoria cea mai importantă a psiholepticilor. Se folosesc în tratamentul psihozelor, ceea ce a dus la schimbarea feței spitalelor de psihiatrie, a transformat agitația într-o calmare rapidă, o liniștire. La contribuția lui Delay și Deniker, deja menționată (1963), s-a adăugat contribuția școlii din Lyon (1967), prin care neurolepticele au fost clasificate în *neuroleptice sedative* și *incisive*.

Neurolepticele, după Achantré și Lambert, cele incisive și cele sedative (de potență înaltă și joasă), se împart în *neuroleptice de referință* și *neuroleptice secundare*. Neurolepticele de referință se cheamă etalon, ca să putem măsura puterea celorlalte neuroleptice. Deci vom putea spune, după evaluare, la fiecare neuroleptic dacă este mai slab sau mai puternic față de cel de referință. Acest tip de medicamente au acțiune de control asupra simptomatologiei psihotice dar nu vindecă. Sunt indicate în tratamentul schizofreniei și a altor

tulburări psihotice. Sunt de asemenea utilizate în caz de comportament violent, în tulburarea Tourette, manie, depresia psihotică.

Neurolepticele se împart după structura chimică în mai multe clase, din care menționăm clasele mai importante – *fenotiazine*, *butirofenone*, *tioxantene*. Ele mai pot fi clasificate în antipsihotice cu potență înaltă (cele incisive) și cu potență joasă (cele sedative). Se afirmă că toate antipsihoticele sunt egal eficiente în tratarea tulburărilor psihotice dacă sunt date în doze echipotente.

Tabel. Doze terapeutice echivalente de antipsihotice (potență orală relativă)

Medicament	Doza (mg)
Clorpromazină	100
Clozapină	50
Flufenazină	2
Haloperidol	2
Olanzapină	0,5
Risperidonă	1
Tioridazină	100
Trifluoperazină	4

Toate neurolepticele au acțiune de blocare asupra sistemelor centrale dopaminergice (nigrostriat, mezolimbic, mezocortical, tuberoinfundibular); la aceasta se adaugă o acțiune anticolinergică, noradrenergică, antihistaminică, antiserotonergică. Acest spectru de acțiune, diferit în funcție de antipsihotic, duce la o serie de efecte neurologice, neurovegetative, neurohormonale și în special creșterea prolactinemiei și efecte cardiovasculare. Au efect sedativ și depresor, scad motilitatea spontană, scad reacția la stimuli, scad agresivitatea, sunt hipotermizante și analgezice, provoacă catalepsie legată de blocarea receptorilor dopaminergici din nucleii striati. Toate neurolepticele sunt antiemetice, potențează efectele sedative ale altor depresori centrali. Sedarea dată de neuroleptice (NL) nu afectează semnificativ funcțiile cognitive majore (diferențiere, analiză, sinteză, abstractizare, etc.) dar reduce performanțele psihomotorii (timp de reacție, etc). Neurolepticele scad pragul convulsivant.

Potența antipsihoticelor este corelată cu capacitatea de a se lega de receptorul de dopamină D2 (prin aceasta împiedică efectul dopaminei la acest nivel, unde s-a observat că activarea receptorilor D2centrali duce la

psihoză, comportament stereotip și tulburări de gândire). Pentru a atinge nivelul de eficacitate, un antipsihotic trebuie să ocupe aproximativ 60-80% din receptorii D2, la doze determinând ocupanță mai mare, accentuându-se efectele extrapiramidale. Pe lângă acțiunea de blocare a dopaminei și producerea de efecte extrapiramidale, blocarea în diferite grade a receptorilor noradrenergici, colinergici sau histaminergici duce la profilul specific de efecte secundare al fiecărei substanțe. Densitatea și activitatea receptorilor dopaminergici se modifică în cazul expunerii cronice la neuroleptice sau în diferite stări de boală. Aceasta duce la un deficit funcțional dopaminergic indus medicamentos, care se reflectă și în apariția efectelor secundare ca fenomenele extrapiramidale.

Antipsihoticele acționează destul de lent. Puțini pacienți au răspuns rapid, majoritatea se vor ameliora lent iar o parte nu vor răspunde la tratament. Acest tip de răspuns face ca să se tindă la creșterea dozelor ceea ce aduce și efecte secundare importante. Ameliorarea tinde să se producă între săptămânile 1-6 de tratament, cu ameliorare ulterioară modestă peste nivelul atins în următoarele două luni. Odată atinsă ameliorarea, este dificil de hotărât care să fie doza de întreținere, odată ce nu există criterii reliabile. Regula generală este ca doza de menținere să fie jumătate sau o treime din doza atinsă în tratamentul acut. Reducerea dozei de antipsihotic se va face cu 20% la fiecare 6 luni până la atingerea dozei de menținere. Unele studii recente recomandă ca doza care aduce ameliorarea să fie și doza de menținere. Prevenirea recăderii este mai importantă decât riscul efectelor secundare (se socotește că majoritatea efectelor secundare sunt reversibile iar consecințele recăderii sunt ireversibile). Se recomandă cel puțin 1-3 ani de tratament după primul episod din cauza riscului înalt de recădere și a posibilității deteriorării sociale date de recăderi. Pentru cei cu episoade multiple, se recomandă cel puțin 5 ani de tratament sau chiar tratament cronic. Pacienții sub tratament de menținere pot avea recăderi (30%) dar la procente de două ori mai mici decât cei care nu iau tratament.

Neurolepticele clasice sedative (de potență joasă) au acțiuni mai importantă decât cele incisive pe receptorii colinergici muscarinici, histaminergici și alfaadrenergici (alfa 1) de aceea în cazul lor se produc mai frecvent sedarea, hipotensiunea ortostatică și efectele anticolinergice. Clorpromazina are efect sedativ și hipnogen, dar aceste efecte tind să scadă în timp. Cel mai sedativ antipsihotic e levomepromazina, reducând agitația psihomotorie și anxietatea subiacentă. În practică se asociază frecvent unui NL polivalent, căruia îi potențează efectele sedative. Neurolepticele incisive nu au efecte anticolinergice importante și la apariția efectelor extrapiramidale se asociază cu agenți anticolinergici pentru reducerea acestor efecte. Având în vedere relațiile existente între dopamină și acetilcolină la nivelul căii

nigrostriatale, se poate spune că mecanismul farmacologic al efectelor extrapiramidale este un deficit de dopamină cu un exces de acetilcolină. De curând s-a descoperit că unele NL ca haloperidolul sau unele atipice au afinitatea înaltă pentru receptorii sigma. Altă substanță care are afinitate pentru receptorii sigma este fluvoxamina, ceea ce ar explica indicația sa în depresia psihotică. În ciuda diferențelor de putere a NL tipice și a diferențelor de specificitate în acțiunea pe diferitele sisteme de NT din creier, eficacitatea lor globală pare similară. Ele ameliorează simptomele pozitive fără a influența notabil simptomele negative ale bolii.

Tabel: Doze neuroleptice

Medicament	Doza uzuală (mg)
clorpromazină (Clordelazin)	150-400
levomepromazină (Nozinan)	150-200 mg
tioridazin (Melleril)	150-400
propericiazina (Neuleptil)	10-60
tioproperazină (Majeptil)	40-80
trifluoperazină	10-60 15-30 im
haloperidol (Haldol)	10 – 30

Efecte secundare generale ale neurolepticelor

Efecte anticolinergice. Sindromul anticolinergic periferic – uscăciunea gurii, disfagie, constipație, dificultăți de micțiune, creșterea presiunii intraoculare, tulburări de acomodare vizuală și midriază, scăderea transpirației (exagerarea transpirației este un efect hiperadrenergic și apare mai frecvent la tratamentul cu flufenazină de ex), tulburare de reglare a temperaturii corporale – poikilotermie. Sindromul anticolinergic central – deliriumul anticolinergic – dezorientare, confuzie, tulburări de memorie, productivitate psihotică, agitație.

Efecte adverse adrenergice – hipotensiunea posturală (nu se corectează cu adrenalină care e betaadrenergic ci numai cu noradrenalină care e alfaadrenergic)

Efecte endocrine – galactoreea (prin hiperPRL secundară), amenoreea sau tulburări de ciclu menstrual

Efecte sexuale – scăderea libidoului, dificultăți în realizarea și menținerea erecției (efect colinergic), tulburări de ejaculare (control adrenergic) și de orgasm

Altele – ictere colestatice, hepatotoxicitate, leucocitoză, leucopenie, eozinofilie, pigmentare cenușie a pielii și fotosensibilizare, alergii, creștere îngreutate

Oftalmologice (retinopatie pigmentară la tioridazin)

Efecte neurologice – aici s-ar putea include și efectele vegetative

Fenomene extrapiramidale, mai evidente la NL cu efect antidopaminergic marcat și efecte anticolinergice reduse, mai frecvente la doze mari și la începutul tratamentului;

akinezia – diminuarea până la absență a mișcărilor automate sau voluntare, lentoare, mișcări rare, scăderea inițiativei

sd. hipokinetice hipertone (sau *akinetice-hipertone*) – asemănător parkinsonismului adevărat – bradikinezie, mimică redusă, tulburări posturale și ale mersului, pierderea automatismelor motorii; hipertonia musculară se traduce prin semnul roții dințate, al lamei de briceag, tremor fin, neregulat, rapid, intențional

distonii acute (sd. diskinetice) – mișcări prelungite, contorsionate ale musculaturii axiale, ale membrilor, feței, gurii, torticolis, protruzia limbii, semnul bomboanei, crize oculogire, blefarospasm etc.

akatisia – este un sindrom de neliniște psihomotorie caracterizat prin nevoia subiectivă a pacientului de a se mișca în permanență (o neputință de a sta complet liniștit în poziții statice) iar *tasikinezia* presupune mobilizarea efectivă a bolnavului (mers de du-te vino, plimbări nesfârșite, etc.)

Sindromul neuroleptic malign – rigiditate musculară, hipertermie, modificări de conștiință, disfuncție vegetativă (tahicardie, hipo sau hipertensiune, transpirații sau sialoree, tremor, incontinență), creștere CPK sau mioglobinurie, acidoză metabolică

Tratament – suportiv iar cel farmacologic nu e bine stabilit (dantrolene – un relaxant muscular, bromocriptină – agonist dopaminergic, amantadină, diazepam, blocanți de calciu sau ECT)

Diskinezia tardivă – sindrom complex de mișcări involuntare hiperkinetice ale gurii, buzelor și limbii însoțite de mișcări coreiforme ale membrilor sau trunchiului. Mai rar apar și mișcări atetoide, hiperkinetice axiale (balans anteroposterior clonic). Mișcările dispar în timpul somnului și sunt exacerbate de emoții. De obicei se instalează lent dar prima manifestare se produce atunci când se reduce sau se întrerupe tratamentul antipsihotic. Mai frecvent la vârstnici, la femei, la cei cu tulburări afective față de schizofrenie și contează durata de expunere la antipsihotic. E potențial ireversibilă, dar prin întreruperea tratamentului se stabilizează sau dispare la majoritatea pacienților. Se încearcă tratamente cu levodopa-carbidopa, benzodiazepine, blocanți de calciu, vitamina E, clonidină, propranolol, litiu.

Tabel. Neuroleptice incisive și sedative

NEUROLEPTICE SEDATIVE	Clorpromazin (Largactil, Prozin, Thorazine, Plegomazin) Levomepromazin (Nozinan, Tisercin) Neuleptil (Aponal) Tioridazin (Meleril, Mellaril)
NEUROLEPTICE INCISIVE	Zuclopentixol (Clopixol) Flufenazina (Lyogen, Prolixin) Haloperidol (Haldol) Risperidona (Rispolept) Sulpiride (Dogmatil, Eglonyl) Thiotixene (Navane) Tioproperazina (Majeptil) Trifluoperazina (Stelazine) Trifluperidol (Triperidol) Clozapina (Leponex)

Neuroleptice DEPÔT

flufenazină enantat (Moditen, Prolixin enantat) – 25-50 mg pe doză, la 3-4 săptămâni
flufenazină decanoat (Modecate, Prolixin decanoat) – 12,5 – 50 mg, la 2-3 săptămâni
flufenazină caproat (Mirenil prolongatum) – 12,5 – 50 mg, la 2-3 săptămâni
flupentixol decanoat (Fluanxol) 20-60 mg pe doză, la 2-4 săptămâni
zuclopentixol decanoat (Clopixol depot) – 200 mg, la 2-3 săptămâni
haloperidol decanoat (Haldol decanoat) – 50 și 100 mg pe fiolă, 50-200 mg, la 4 săptămâni

Cura neuroleptică se începe în spital – cuprinde o etapă de acomodare, apoi de creștere ascendentă, pentru a ajunge la doza optimă în câteva zile. Scădem puțin, să vedem dacă se menține efectul terapeutic și atunci va continua cu acel nivel ultim. Etapa de „platou“ durează aproximativ 4 săptămâni, după care urmează etapa de descreștere, de acomodare cu întreținerea. Tratamentul poate începe în situații acute – atunci se

administrează antipsihotic clasic injectabil plus BZD pentru a obține o tranchilizare rapidă. Deci un bolnav începe o cură neuroleptică în spital, pentru ca să evităm o serie de complicații neplăcute, să-l avem în observație și să putem acomoda bolnavul la numeroasele incidente inevitabile.

Risperidona și olanzapina se pretează bine la titrare rapidă. Quetiapina și clozapina nu au aceste avantaje în tratamentul acut. Alegerea antipsihoticului se face ținând cont de caracteristicile pacientului și spectrul de efecte secundare ale preparatului. Reamintim că antipsihoticul acționează relativ lent. Nu există date din literatură care să arate că forțarea dozelor peste cele care asigură ocupanța de 60 – 80% din receptorii D2 ar grăbi instalarea efectului terapeutic. Uneori situația de urgență forțează decizia de a crește dozele. Totuși se socotește preferabil de a obține sedarea prin adăugarea unor doze adecvate de BZD și nu prin creșterea exagerată a dozei de antipsihotic. În tratamentul de întreținere, acțiunea antipsihoticului devine din cea propriu-zis antipsihotică – o acțiune profilactică, de prevenire a recăderii.

Dacă pacientul nu răspunde la tratament, se încearcă schimbarea antipsihoticului. Nu în ultimul rând, merită atenția redistribuirea dozelor peste zi, reconsiderarea diagnosticului sau urmărirea compliancei. Uneori e greu de decis dacă recăderea e datorată faptului că pacientul a oprit tratamentul sau a oprit tratamentul după ce s-a produs decompensarea.

Termenii tipic și atipic sunt comuni în literatură dar se utilizează și termenii de antipsihotice de primă generație și de a doua generație, dihotomie sugerată ca rezultat al diferențelor farmacologice. Termenul de neuroleptic se referă la capacitatea acestor medicamente de a produce efecte neurologice specifice (efecte extrapiramidale), deci un termen inadecvat deoarece accentuează efectele neterapeutice ale acestei clase de medicamente. Termenul preferat este de antipsihotice, deoarece aceste medicamente ameliorează simptomele de psihoză, care includ halucinațiile, delirul, tulburările formale de gândire, comportamentul bizar, neliniștea psihomotorie sau agitația.

S-a postulat că producerea psihozelor este cauzată de o activitate excesivă dopaminergică la nivelul ariilor mezolimbică și mezocorticală din SNC iar antipsihoticele atipice acționează prin blocarea receptorilor postsinaptici D2 în aceste arii specifice ceea ce ar duce la ameliorarea simptomelor psihotice.

Neuroleptice atipice, sau mai propriu *antipsihotice atipice*. Deosebirea principală constă într-un profil mai favorabil de efecte secundare față de NL clasice, mai ales în scăderea sau evitarea sindromului extrapiramidal. Atipicele se pare că ar avea efecte favorabile asupra simptomelor negative din schizofrenie și și-au demonstrat utilitatea în tulburarea bipolară, în tratamentul maniei și depresiei bipolare.

Grupul atipicelor nu este omogen. Cele mai folosite sunt clozapina, risperidona și olanzapina. Față de acțiunile cunoscute la antipsihoticele clasice, clozapina are o combinație particulară de efecte farmacologice – acțiune importantă pe D2 și D4, blocarea pe 5HT2, histaminic și alfa-adrenergic mai puternică decât a altor neuroleptice și acțiune mai importantă pe sistemele dopaminergice corticale și limbice decât pe cele din ganglionii bazali. O parte din beneficiile tratamentelor cu clozapină și alte atipice vine din potențarea activității dopaminergice prefrontale (ceea ce ar ameliora simptomele negative) pe lângă scăderea activității dopaminergice la nivel mezolimbic, răspunzătoare de efectul antipsihotic. Acțiunile de blocare a D2 mezolimbic/mezocortical și antagonizarea 5HT2A ar explica acțiunea antipsihotică și capacitatea redusă de a da efecte extrapiramidale. Acțiunea combinată pe cele două tipuri de receptori ar avea drept consecință o corectare a dezechilibrului regional între sistemele dopaminergice corticale și mezencefalice.

Clozapina (Leponex) (cpr. 25mg, 100 mg) poate scădea în mod periculos numărul leucocitelor, de aceea se indică monitorizarea leucogramei și se indică întreruperea dacă acestea scad sub 4000. Controlul leucocitelor este obligatoriu la începutul tratamentului și de-a lungul anilor se rarește. Agranulocitoza nu este legată de doză. Majoritatea cazurilor apar în lunile 2-4 de tratament dar s-au înregistrat cazuri care s-au produs și la 18 luni de la inițierea tratamentului. De menționat că accidentele grave menționate în trecut în literatură nu s-au mai înregistrat în prezent (risc mai mic de 1 la 5000). Alături de agranulocitoză se raportează ca efecte adverse severe tromboembolia pulmonară (risc de 1 la 4500), care se produce cel mai frecvent în primele trei luni de tratament, miocardita și cardiomiopatia (risc de 1 la 1300). Ca și alte antipsihotice, este necesară precauția la pacienți cu probleme de conducere cardiacă.

Doza se crește progresiv de la 50 – 100 mg și se poate ajunge la 600 – 700 mg pe zi, până se obține o ameliorare, după care se coboară la un tratament de întreținere, care e de obicei la 100 – 400 mg pe zi, acesta putând fi utilizat ani de zile. Clozapina este un tratament al cazurilor redutabile, care au eșuat la celelalte terapii, al cazurilor de diskinezie tardivă și la ei cu efecte extrapiramidale importante la alte preparate. Nu credem că trebuie acceptat riscul aplicării la debuturile schizofrene.

Risperidona (Rispolept) (cpr. 1mg, 2mg, 3mg, 4mg) în doză de 4 – 8 mg s-a dovedit un medicament eficace în debuturi și bun pentru întreținere în doză de aproximativ 4 – 6 mg; dozele mai mari nu oferă avantaje. Chiar doze foarte mici ca 1 – 2 mg pe zi au avut efecte importante în fazele prodromale sau în primul episod schizofrenic. Este un antagonist puternic 5HT2/D2. Un avantaj față de clozapină este lipsa antagonismului pe receptori

muscarinici. Din păcate nu e bine tolerat de toți bolnavii, necesită corectare la unii cu antiparkinsoniene și nu au putut fi evitate tulburările extrapiramidale acute sau cronice în unele cazuri, mai ales la doze mai mari. Inițierea cu doze mai mari duce la apariția hipotensiunii posturale datorate blocării alfa1 de aceea se recomandă creșterea treptată a dozelor. Alte efecte secundare includ insomnia, hipotensiunea, neliniștea, cefaleea, rinita.

Risperidone Consta (25, 37,5 și 50 mg pe flacon pentru administrare IM) reduce, conform cu studiile efectuate, ratele de internare pe parcursul unui an. Dozele sunt crescătoare, cu titrare pe parcursul a 8 săptămâni și administrare la fiecare două săptămâni.

În contrast, *olanzapina* (Zyprexa) (cpr. filmate 2,5mg, 5mg, 10mg, 20mg) e cea mai bine suportată, nu dă fenomene extrapiramidale, dă în schimb obezitate și e foarte scumpă. Olanzapina are un spectru larg de acțiune; pe lângă blocarea 5HT2 și D2 acționează pe receptori adrenergici, histaminici 1 și muscarinici. Nu dă creșteri mari ale PRL și e asociată cu o incidență scăzută a efectelor sexuale față de alte antipsihotice. Dozele de 10-20 mg sunt cele mai eficiente. Buna toleranță a făcut ca să fie uneori administrată la doze superioare celor 20 mg pe zi la cei care nu au răspuns la dozele standard, dar sunt prea puține date care să susțină utilitatea acestei strategii. Folosirea ei s-a extins și în tulburările afective.

Zyprexa RIMA este un preparat injectabil pentru urgențe psihiatrice ca agitația schizofrenă sau maniacală. După trei zile de administrare a preparatului injectabil (de la 10 la 30 mg pe zi) se trece la preparatul cu administrare orală.

Quetiapina (Seroquel) (cpr. filmate 25 mg, 100mg, 200mg) prezintă o ocupanță înaltă temporară, tranzitorie a D2 care scade rapid în 12 – 14 ore ceea ce ar explica de ce nu dă creșteri importante ale PRL sau simptome extrapiramidale. Este relativ specifică pe regiunile mezolimbice dar necesită creșterea treptată a dozelor, asemănător risperidonei.

Ziprasidona (Zeldox) (cpr. filmate 40mg, 60 mg, 80 mg) are acțiune antagonistă D2/5HT2 și acțiune agonistă 5HT1A, alături de un efect de inhibiție a recaptării monoaminelor. Eficacitatea este similară haloperidolului, tolerabilitatea este bună – creșteri mici ale PRL și cel mai mic efect pe creșterea ponderală dintre atipice. Este demonstrat mai eficace decât haloperidolul în tratamentul simptomelor negative.

Amisulprid (Solian) (cpr. 50,200 mg) are un mecanism aparte – legarea doar a receptorilor D2, D3. Aparține benzamidelor substituite, alături de *sulpirid* (Dogmatil, Eglonyl). La doze mai mici ar bloca mai curând receptorii presinaptici D2 și D3, fără efecte semnificative pe alți receptori de aceea este clasificat ca atipic, sau uneori ca un atipic „atipic“. Este relativ selectiv pe zonele limbice de de aceea există un potențial redus de efecte extrapiramidale. Dozele de 400 – 800 mg asigură un profil general

favorabil, cu efecte pe simptomele pozitive și negative și cu o mai bună tolerabilitate și acceptabilitate decât antipsihoticele incisivă clasice. Nu dă sedare, efecte anticolinergice sau hipotensiune posturală dar produce creșteri ale PRL. Dozele terapeutice acționează de asemenea pe simptomele depresive din schizofrenie.

În perspectivă ar fi *aripiprazolul* (Abilify), cu acțiunea sa de agonist parțial D2 și 5HT1A cât și antagonist 5HT2A și agonist pe autoreceptorul D2 presinaptic. Profilul farmacologic indică efecte antipsihotice, antimaniacale și antidepressive. Are o acțiune de stimulare a receptorilor de dopamină dar la un nivel inferior dopaminei endogene. Ocuparea totală a receptorilor de dopamină cu aripiprazol duce la blocare alegerii dopaminei endogene și astfel activitatea D2 este redusă cu aprox. 30%. Rezultatul acțiunii aripiprazolului este astfel diferențiat. Dacă activitatea dopaminergică este înaltă o va reduce (și în consecință manifestările psihotice) iar dacă e scăzută o amplifică. Efectele pe alți receptori sunt minimale. Pare bine tolerat, fără efecte pe PRL sau efecte extrapiramidale.

Trecerea la atipice are beneficii de scurtă și lungă durată. Beneficiile de scurtă durată includ un mai bun control al simptomelor, o reducere a efectelor secundare și o mai bună acceptare a tratamentului din partea pacientului. Beneficiile de lungă durată includ o eficacitate superioară, un risc mai mic de recădere, o mai bună tolerabilitate și o incidență scăzută de diskinezie tardivă.

Strategia de trecere de la AP convențional la cel atipic se face prin creșterea lentă treptată a noului antipsihotic pe măsură ce se retrage lent cel convențional. După atingerea dozei stabile, se așteaptă cam două săptămâni după care se scoate restul de AP convențional. O altă strategie presupune creșterea treptată a atipicului până la doza recomandată după care începe retragerea treptată a NL tipic. Această strategie are ca obiectiv ca în orice moment al tratamentului pacientului psihotic să fie prezentă o doză terapeutică a unuia dintre medicamentele utilizate. Avantajul obținut cu noile antipsihotice ar trebui corelat cu dezvoltarea unor tratamente psihosociale.

Agenți anticolinergici pentru tratarea efectelor secundare extrapiramidale induse de neuroleptice. Efectele extrapiramidale induse de antipsihotice sunt explicate printr-o ipoteză care pune în discuție echilibrul dopaminergic-colinergic. Pentru o funcționare motorie normală este necesar un echilibru la nivelul corpului striat între activitatea neuronilor dopaminergici (inhibitori) și colinergici (excitatori). Acțiunea de blocare dopaminergică a antipsihoticelor duce la o scădere funcțională a dopaminei și prin aceasta determină o creștere relativă a acetilcolinei, care va duce la simptomele extrapiramidale. Cel mai bine sunt explicate de această ipoteză distonia, parkinsonismul și akinezia, dar nu și akatisia.

S-a presupus că anticolinergicele acționează prin diminuarea sau eliminarea simptomelor extrapiramidale prin restabilirea echilibrului dopamină – acetilcolină prin blocarea acetilcolinei la nivelul corpului striat. Unele date mai recente indică și o acțiune dopaminergică indirectă prin blocarea recaptării presinaptice și favorizarea eliberării de dopamină. În plus, ar mai avea efecte agoniste pe sistemele noradrenergic și serotoninergic și efecte antagoniste pe glutamat.

trihexifenidil (Romparkin, Artan) cp. 2 și 5 mg, doza – 2-30 mg pe zi

biperiden (Akineton) tb. 2 mg, f.5 mg, doza – 2-40 mg pe zi

altele:

amantadină (Viregyt, Symmetrel) cps. 100 mg, doza 200-300 mg pe zi

Psihoanalepticele

Sunt psihostimulante, psihotonice și antidepresive.

Psihostimulantele (trezitoarele) sunt produse cu cofeină, teină, care dau un bombardament al sistemului reticulat și mențin trezia, veghea (arousal), ca și atenția și concentrarea. Aici sunt incluse și amfetaminele. Au deci un regim aparte deoarece sunt folosite în scopuri de dopaj. Dau subiectului impresia de forță, de creștere a performanțelor psihice și fizice, dar care îl fac finalmente dependent. Indicația clinică ar fi în stările de torpoare, de somnolență, astenie, apatie, mai rar în astenie și neurastenii.

Psihotonicele susțin memoria (așa se zice). Se indică în oligofreniile psihoorganice, în sechele după accidente vasculare, în toate manifestările de involuție. De asemenea se aplică în tulburări funcționale ale nevroticilor intelectuali care acuză scăderea concentrației și a memoriei. În această grupă intră glutaromul, cerebrolizina, lecitina, piracetam (Pyramem) și mai nou Pramiracetam (Pramistar; cp. 600 mg) acționează prin inhibarea neuropeptidazelor cerebrale, accelerarea turnoverului acetilcolinei. Piritinol (Encephabol), Pirivin (Piritinol + Vincamina, care e vasodilatator cerebral) sunt medicamente metabolice.

Antidepresivele

Primele antidepresive au fost descoperite din întâmplare – iproniazid (un IMAO) era socotit un agent antituberculos iar imipramina era investigată ca posibil medicament antipsihotic – prin observarea efectelor asupra dispoziției. Observațiile biologice și farmacologice ale substanțelor utilizate inițial și observația că acționau pe noradrenalină și serotonină au stat la baza teoriilor aminelor biogene în etiologia depresiei. Succesul

tratamentelor cu primii compuși cu acțiune antidepresivă a dus la dezvoltarea unei serii întregi de substanțe care să aibă cel puțin eficacitatea compușilor inițiali dar să fie lipsite de toxicitatea acestora. Noile clase de AD au mărit considerabil siguranța și tolerabilitatea tratamentelor AD dar nu au modificat într-o măsură semnificativă eficacitatea sau întârzierea în apariția efectelor antidepresive.

Antidepresivele au cunoscut o dezvoltare paralelă și independentă de subgrupa neurolepticelor și sunt prezentate ca o succesiune de mai multe generații. De la întâmplarea care a dus la descoperirea AD s-a trecut la un proces bazat pe țintirea unor situri de acțiune specifică. Prin aceasta se urmărește acțiunea antidepresivă cu evitarea influențării altor mecanisme care ar fi responsabile de efecte secundare. Aceste medicamente acționează prin modificarea nivelurilor de neurotransmițători. Sunt socotite ca având o eficacitate globală similară, 60–70% dintre pacienții depresivi prezentând o ameliorare semnificativă.

Chiar dacă indicația principală a AD este tratamentul depresiei, aceste substanțe și-au demonstrat utilitatea în alte tulburări ca faza depresivă a tulburării bipolare, tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea de panică, tulburarea de stres posttraumatică, tulburările de alimentație, fobia socială, enurezis, dureri cronice.

Principii de aplicare.

În inițierea tratamentului se pot avea în vedere o serie de factori („cei patru D” – *diagnosticul, drogul – AD utilizat, doza, durata* tratamentului). Totuși, natura și mărimea efectului unui medicament depind de locul de acțiune, de afinitate și concentrația la nivelul locului de acțiune. Dacă standardul presupune un efect obișnuit al medicamentului la un pacient obișnuit și la doze uzuale, în practică lucrurile de complică din cauza variabilității interindividuale. Cele trei variabile importante care determină în cele din urmă efectele unui medicament sunt farmacodinamica, farmacocinetica și variația interindividuală. Chiar dacă alegerea AD se face în primul rând pe baza profilului de efecte secundare, această indicație însă nu este exclusivă. Selectarea celei mai bune medicații se bazează pe balanța dintre factori legați de pacient cum ar fi subtipul de depresie, vârsta, genul, starea somatică cu factori legați de substanța utilizată cum ar fi siguranța, tolerabilitatea (efectele secundare), eficacitatea, prețul și simplitatea în administrare. Dozele de tratament trebuie să asigure cea mai mare probabilitate de răspuns optim în termenii eficacității, tolerabilității și siguranței. Aproximativ 60% dintre pacienți vor răspunde la primul tratament administrat, iar din cei 40% care nu vor răspunde, majoritatea vor răspunde la alte AD, ceea ce va duce la o probabilitate de răspuns generală de aproximativ 90%.

Doza optimă a unui AD este cea mai mică doză eficientă care dă cele mai puține efecte secundare. Din nou se vorbește de balanța dintre eficacitate și efectele secundare. Dacă la 4 săptămâni de aplicare nu există semne de ameliorare la o anumită doză, e puțin probabil să existe ulterior o ameliorare. Dacă însă există un răspuns parțial în aceste 4 săptămâni, e posibil să existe ameliorare mai importantă dacă se menține doza încă 4 săptămâni. Tolerarea dozei dar lipsa efectului la 4 săptămâni presupune creșterea dozei înainte de a ne gândi la alt medicament.

Durata tratamentului. Chiar dacă studiile inițiale menționau 4 săptămâni, în prezent standardul ar fi aplicarea pentru 6 – 12 săptămâni. Rareori este posibil să evaluăm eficacitatea unui AD într-un interval de până la 4 săptămâni. Acest interval nu ne permite nici timpul necesar evaluării unor doze superioare la pacientul dat. Cei care răspund la o anumită doză, vor continua tratamentul (tratament de menținere) pentru următoarele 6 – 12 luni cel puțin pentru a micșora substanțial riscul recăderii. O parte dintre pacienți s-ar putea să se opună acestor tratamente prelungite sau în general nu acceptă să ia medicamente, cu argumente ca „să iau medicamente ar fi un semn de slăbiciune” sau de „nebulie”, că medicamentele ar da dependență. Astfel de probleme ar trebui rezolvate prin educarea pacientului și a aparținătorilor.

Tratamentul de lungă durată pune problema complianței. Creșterea complianței presupune educarea pacientului arătând latența răspunsului antidepressiv, riscul recăderii, necesitatea continuării tratamentului chiar dacă pacientul se simte bine, urmărirea efectelor secundare.

Sindromul de sevraj la AD. O regulă generală a psihofarmacologiei clinice este adaptarea creierului la prezența medicamentelor. De exemplu, inhibitorii de recaptare produc o downreglare a receptorilor pentru neurotransmițătorul specific a cărui pompă a fost inhibată (de ex. anumiți receptori de serotonină în cazul inhibitorilor de recaptare a serotoninei și receptori beta adrenergici în cazul inhibitorilor de recaptare a noradrenalinei). De fapt, o asemenea downreglare a fost postulată ca fiind mediator al eficacității terapeutice a acestor medicamente. O astfel de downreglare mediază probabil și sindroamele de sevraj care s-au observat atunci când unele dintre aceste AD sunt întrerupte brusc. Sindromul de sevraj la anticolinergice a fost descris atunci când au fost întrerupte substanțe cu putere mare de blocare a receptorilor colinergici muscarinici (cum sunt AD triciclice ca amitriptilina). Simptomele se încadrează într-un rebound colinergic. La fel, întreruperea ISRS duce la un sindrom de sevraj serotoninergic. E mai important clinic decât sindromul de sevraj la anticolinergice deoarece e mai frecvent, mai sever și mai ușor de greșit diagnosticat. Poate fi luat drept o agravare a depresiei subiacente sau chiar ca o apariție a unei manii. Aceste greșeli diagnostice pot duce la

tratament inadecvat. Diagnosticul este confirmat atunci când simptomele se remit (tipic între 12 și 24 de ore) după reluarea ISRS. După aceasta, se va face o scădere mai lentă, treptată a medicamentului pentru întrerupere. Factorii de risc pentru sindroamele de sevraj la antidepresive sunt timpul petrecut în tratament, potența medicamentului, $T_{1/2}$ al medicamentului. Cum s-a mai menționat, cu cât $T_{1/2}$ e mai scurt cu atât e mai probabil că medicamentul se va elimina înainte ca creierul să aibă posibilitatea de a se reechilibra (adică să se producă o upreglare a receptorilor) și în consecință e mai probabil că vor apare simptome de sevraj la întreruperea medicației. Ordinea de probabilitate de apariție a sindromului de întrerupere a ISRS după oprirea bruscă a tratamentului este: fluvoxamina, paroxetina, și venlafaxina > citalopram și sertralina > fluoxetina.

Există suficiente diferențe între AD astfel că o decizie finală poate fi determinată de preferințe personale. De exemplu, clinicianul poate să prefere un AD cu acțiune unică sau duală. Primul simplifică problemele de dozare și de efecte secundare dar are limitări potențiale din punct de vedere al eficacității terapeutice. Dacă pacientul nu a beneficiat de pe urma unui tratament cu un antidepresiv cu mecanism unic de acțiune, e mai puțin probabil că creșterea dozei ar fi o cale utilă de a crește eficacitatea. În asemenea situații, practicianul va schimba antidepresivul fie va utiliza o strategie de potențare, adăugând un medicament cu alt mecanism de acțiune.

În cazul unui AD cu mecanism de acțiune dual, strategia de potențare poate fi încorporată și de aceea tactica ar fi de creștere a dozei.

În schimb, mecanismele multiple pot contribui la mai multe efecte secundare și la un potențial crescut de interacțiuni medicamentoase farmacodinamice. De aici alegerea unui AD cu mecanism unic sau dual devine o chestiune de preferință personală și de experiență clinică.

Antidepresivele anilor 80 erau cele triciclice și tetraciclice cât și inhibitorii de monoaminoxidază (IMAO); ulterior au apărut clase noi, cu mecanisme diferite de acțiune.

Inhibitorii de monoaminoxidază (IMAO).

Aceste AD sunt rar utilizate de psihiatri și cu atât mai puțin de alte specialități. Acționează prin inhibiția monaminoxidazei, enzimă care metabolizează tiramina, serotonina, noradrenalina și dopamina. Au fost identificate două enzime: MAO-A (acțiune principală pe 5HT și nA) și MAO-B. La noi nu sunt folosite pentru că în lipsa unei diete riguroase poate provoca accese de hipertensiune arterială cu accidente vasculare chiar letale. Schimbarea IMAO cu alt AD necesită o perioadă de întrerupere de minim 2 săptămâni pentru a permite monoaminoxidazei să revină la concentrațiile sale bazale. Recent s-a introdus *moclobemid* (Aurorix), care nu necesită o dietă riguroasă, legarea de substratul enzimatic fiind reversibilă.

AD triciclice.

Antidepresivele de primă generație se referă la substanțele triciclice cum sunt *imipramina* și *amitriptilina*. Structurile chimice ale compușilor din această clasă sunt foarte asemănătoare. Efectele farmacologice descrise inițial se refereau la capacitatea de a bloca recaptarea nA sau 5HT. Aceste efecte au stat la baza teoriilor nivelurilor scăzute de nA sau 5HT în depresie. În ultimii ani, teoriile cu privire la etiologia depresiei au devenit tot mai complexe; de la efectul pe recaptare s-a concentrat atenția pe sistemele de mesageri secundari, pe receptorii pre și postsinaptici, etc. Curele de 150-200 mg trebuie să dureze minimum 6 săptămâni, după care tratamentul de întreținere cu doze de 50 mg se poate continua câteva luni.

În momentul de față, acțiunile multiple ale AD triciclice (*amitriptilina*, *doxepina*, *imipramina*, *trimipramina*) ca și efectele unor antidepresive mai noi asupra enzimelor CYP sunt acum considerate ca un dezavantaj clinic. Pentru a înțelege farmacologia *amitriptilinei*, ar fi de imaginat care ar fi numărul de medicamente cu acțiune unică pe care ar trebui să le ia un pacient pentru a se ajunge la acțiunile pe care le dă *amitriptilina* singură. La doze mici (sau concentrații mici) *amitriptilina* blochează receptorii de histamină; la doze mai mari, *amitriptilina* blochează secvențial celelalte situri. Farmacologia *amitriptilinei* sau a altor AD triciclice a servit ca schiță de proiect pentru ce efecte ar trebui și ce nu ar trebui să aibă un AD și deci *amitriptilina* a servit ca o bază pentru unele sisteme de clasificare. *Amitriptilina* afectează mecanisme neurale în următoarea ordine: cel mai puternic mecanism este blocarea receptorilor de histamină iar cel mai slab este inhibiția canalelor rapide de sodiu. Ultima dintre acțiunile citate se produce la concentrații de zece ori mai mari decât cele necesare pentru blocarea pompelor de recaptare a nA și 5HT. Dacă inhibiția pompelor neurale de recaptare este presupus implicată în mecanismul de eficacitate antidepressivă, inhibiția canalelor rapide de sodiu duce la încetinirea conducerii intracardiace și deci poate da aritmii fatale. Potența AD triciclice pentru aceste situri explică de ce doze chiar modeste pot fi letale în tentativele de suicid. AD triciclice amine terțiare au un index terapeutic îngust datorat inhibiției de către acestea a *canalelor rapide de sodiu* la concentrații de doar de 10 ori mai mari decât cele necesare pentru a trata depresia majoră. Din acest motiv, o supradoză din aceste medicamente prezintă un risc crescut de a induce aritmii ventriculare fatale. Acest efecte se produce de asemenea și cu AD triciclice amine secundare (de ex. *desipramina*) chiar dacă aceste AD sunt inhibitori selectivi de recaptare a nA la concentrațiile terapeutice uzuale. Cu excepția AD triciclice, nu se pune problema unor supradoze de AD cu efecte fatale odată ce nu afectează conducerea intracardiacă. Unii clinicieni cred greșit că aritmia produsă de AD

cum e desipramina se datorează capacității lor de a inhiba pompa de recaptare pentru nA. Cu toate acestea, reboxetina și venlafaxina blochează recaptarea nA dar nu inhibă canalele rapide de sodiu chiar la concentrații care depășesc o supradoză moderată. În general nu se produc aritmii după supradoze cu aceste AD. Cu toate că nu se mai pune problema cardiotoxicității, există unele preocupări în legătură cu noile AD. De exemplu, bupropionul are un risc dependent de doză de producere de crize convulsive.

AD triciclice, amine terțiare, din cauza multiplelor lor efecte la diferite niveluri neurale vor produce cele mai multe tipuri de interacțiuni medicamentoase farmacodinamice. Specific, aceste AD pot să: potențeze efectele sedative ale alcoolului și al altor hipnotice, sedative prin blocarea receptorului de histamină H1, pot amplifica efectele antiperistaltice al altor medicamente prin blocada lor pe receptorii colinergici muscarinici, pot potența efectele de scădere a TA al unei varietăți de antihipertensive prin blocarea receptorilor adrenergici alfa1, potențează încetinirea conducerii intracardiace produsă de diferite antiaritmice prin inhibiția canalelor rapide de sodiu, pot produce o criză hipertensivă dacă sunt utilizate cu agonști de nA cum ar fi IMAO din cauza capacității lor de a inhiba pompa de recaptare nA, pot produce un sindrom serotoninergic dacă sunt utilizați concomitent cu alți agonști de serotonină ca IMAO din cauza capacității lor de a inhiba pompa de recaptare a 5HT.

Principalele motive de utilizare a AD triciclice sunt costul mic al medicamentelor, depresia clinică rezistentă la tratament, prezența unei stări medicale comorbide (de ex. durerea cronică) care răspunde la aceste medicamente. În asemenea situații, imipramina este medicamentul preferat din mai multe motive. În primul rând, este cel mai ieftin AD, apoi imipramina este convertită în corp într-un AD triciclic amină secundară – desipramina. La un pacient obișnuit, în tratament cu imipramină, 50% din nivelul circulant de AD triciclic va fi desipramina. La desmetilatorii rapizi, acest procent poate fi chiar de 90%. Această convertire este un avantaj deoarece desipramina are cel mai bun profil de tolerabilitate dintre toate AD triciclice amine secundare datorită acțiunii sale selective pe pompa de recaptare a nA. Profilul de tolerabilitate al desipraminei este în general comparabil cu cel al AD mai noi.

Cu toate acestea, 50% dintre pacienți vor avea mai mult de jumătate din nivelul de AD triciclic circulant ca imipramină și de aici profilul de efecte secundare al imipraminei și nu al desipraminei. Practicianul poate utiliza TDM (therapeutic drug monitoring) pentru a stabili dacă pacientul atinge niveluri crescute predominant de desipramină sau imipramină. În caz de demetilatori lenți care acumulează niveluri crescute de imipramină față de desipramină, clinicianul poate opta pentru a schimba pacientul pe

desipramină dacă există probleme semnificative de tolerare a imipraminei. Din păcate, prețul desipraminei este mai apropiat mai curând de cel al antidepressivelor noi.

Indicația principală a AD triciclice este reprezentată de depresia majoră. Alte utilizări comune sunt insomnia (amitriptilina, doxepina), cefaleea (imipramina, doxepina, amitriptilina), agorafobie cu atacuri de panică (imipramina, clomipramina), sindroame algice cronice (maprotilina, doxepina), bulimia (imipramina, desipramina). Este cunoscută eficacitatea clomipraminei în TOC. Dacă în urmă cu câțiva ani, AD triciclice și tetraciclice erau socotite AD de primă linie, problemele de siguranță și toleranță au făcut vca aceste AD să treacă în linia a doua, după o serie de preparate noi. Totuși. Unii autori afirmă superioritatea acestor AD față de AD ma noi în caz de episoade depresivwe melancolice. Alegerea AD triciclice se bazează în mare parte pe preferințe individuale, odată ce efectele sunt asemănătoare cu observația că unele sunt mai stimulante (desipramina și protriptilina) iar altele mai sedative (amitriptilina și doxepina).

Efecte secundare. O parte din efectele secundare pot fi micșorate prin scăderea dozelor sau prin creșterea treptată și lentă a dozelor. Se recomandă întreruperea treptată a acestor AD, la o rată de 25 – 50 mg la fiecare 2-3 zile pentru a evita fenomenele de sevraj (datorate în mare parte rebound-ului colinergic – greață, crampe, transpirații, cefalee, dureri cervicale, vomă).

Efecte adverse AD triciclice

- anticolinergice – tulburare de acomodare vizuală, retenție urinară, constipație, gură uscată
- cardiovasculare – hipotensiune ortostatică, etc.
- dermatologice – vasculită cutanată, urticarie, fotosensibilitate
- hematologice
- hepatice
- metabolice, endocrinologice
- neurologice, psihiatrice – atenție la „viraj” din depresie în manie sau hipomanie, tremor, scăderea pragului convulsivant

AD tetraciclice.

A doua generație de antidepressive se referă la medicamente tetraciclice, care au succedat primelor triciclice, pentru că sunt mai bine tolerate și au o eficacitate antidepressivă uneori mai mare. Aici intră ludiomil (*maprotilina*) și miansan (*mianserina*) Acestea sunt folosite mult în tratamentul actual al depresiei.

A treia generație se referă la inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei.

Inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS).

Este un grup mai nou de antidepresive, cel puțin la fel de eficace ca și antidepresivele de referință obișnuite și având mai puține efecte adverse decât acestea. Această clasă include un grup heterogen de substanțe, grupate pe baza acțiunii principale (de blocare a recaptării serotoninei) – fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, paroxetina, citalopram, escitalopram. Au pe lângă efecte antidepresive, efecte în o serie de alte tulburări psihiatrice și au avantajul simplității în utilizarea – dozare. Nu toți pacienții tolerează sau răspund la aceste AD. Unele studii pun în discuție eficacitatea lor mai slabă în depresiile severe, în comparație cu AD tradiționale.

Mecanismul de acțiune farmacologică se exercită în principal la nivel presinaptic, prin efect inhibitor pe transportorul 5HT. Inhibarea recaptării serotoninei de la nivelul fantei sinaptice duce la facilitarea transmisiei serotoninergice. Acest efect cuprinde cel puțin două etape. Inițial apare disponibilitatea crescută a 5HT la nivelul fantei sinaptice. Acest efect rapid nu este se pare cel care determină eficacitatea AD deoarece ISRS au de asemenea latență în apariția efectelor AD. Prin administrare repetată se produce însă o scădere a sensibilității receptorilor 5HT_{1A} (somatodendritici și terminali), reducerea sensibilității fiind asociată mai strâns cu răspunsul AD. Este vorba de fapt de o cascadă de evenimente adaptative care vor fi responsabile de acțiunea antidepresivă, fapt ce ar explica și întârzierea instalării acțiunii antidepresive.

Selectivitatea este un termen relativ deoarece acțiunea se exercită, dar în mult mai mică măsură, și asupra altor sisteme de neurotransmițători.

Față de AD triciclice, ISRS au afinitate scăzută pe receptorii histaminici, muscarinici sau alfa₁ adrenergici, acțiunea pe acești receptori fiind responsabilă de majoritatea efectelor secundare neplăcute ale antidepresivelor triciclice (efecte adrenergice postsinaptice – hipotensiune ortostatică, tahicardie, efecte antihistaminice H₁ – sedare, efecte anticolinergice – uscăciunea gurii, constipație, tulburări de acomodare vizuală și tulburări urinare).

În utilizare clinică la noi se află *fluoxetina* (Prozac, Fluctin, Floxet, Magrilan), *fluvoxamina* (Floxyfral, Fevarin, Maveral), *paroxetina* (Deroxat, Seroxat, Sereupin), *sertralina* (Zoloft, Asentra) și mai nou – escitalopram (Cipralex).

Sunt indicate în tratamentul diferitelor tulburări depresive (depresie unipolară, bipolară, depresii reactive, depresiile vârstnicului, în depresii cu risc suicidar crescut, știut fiind că există o corelație între suicid și nivelul scăzut de serotonină (5-HT) și acid 5 hidroxiindolacetic(5-HIAA) la nivel cerebral), în depresia atipică, în depresia psihotică ca adjuvant al antipsihoticelor. Se mai folosesc în tulburarea obsesiv – compulsivă (la doze

mai mari și cu o latență mai mare a răspunsului față de depresii), în bulimia nervosa, alte tulburări de anxietate (tulburarea de panică, TAG, etc.), tricotilomanie, tulburări de control al impulsului.

Interacțiuni. Cea mai periculoasă este asocierea cu IMAO, cu producerea unui sindrom serotoninergic, cu potențial fatal. Interacțiunile de evitat ale ISRS cu alte medicamente se produc din cauza capacității ISRS de a inhiba competitiv enzimele sistemului citocrom P450. Gruparea substanțelor de mai sus în clasa ISRS se face pe baza mecanismului comun de acțiune. Totuși aceste substanțe au structuri chimice diferite și fiecare compus are un profil farmacocinetic și metabolic distinct. De exemplu, principala caracteristică distinctivă între diferitele ISRS este efectul lor diferențial asupra enzimelor CYP. Dacă cele cinci substanțe blochează recaptarea neurală de 5HT și evită efectele pe alte ținte neurale, ele diferă substanțial din punct de vedere al efectelor pe enzimele CYP. Fluoxetina, fluvoxamina și paroxetina inhibă una sau mai multe enzime. Dintre ISRS, cel mai mic potențial de interacțiuni îl au sertralina și escitalopramul.

Cercetarea în vederea obținerii unor produse mai eficiente a beneficiat de noile tehnologii, una dintre direcțiile de dezvoltare fiind tehnologia chirală care a permis sinteza unor enantiomeri specifici ca izomeri unici. Potențialul acestor medicamente este de a oferi doar compusul activ deoarece amestecurile racemice presupuneau și izomerul nedorit, deci echivalent al unei impurități de 50% într-un medicament. Avantajele medicamentelor pure presupun doze mai mici, micșorarea variabilității interindividuale, un profil farmacocinetic mai puțin complex. În cazul citalopramului, practic activitatea de blocare a recaptării serotoninei stă în escitalopram, enantiomerul S. Medicamentul obținut prin tehnologia chirală, escitalopram (Cipralax), prezintă efecte secundare minime, eficacitate bună și foarte puține interacțiuni medicamentoase (doze utilizate în anxietate și depresie de 10 – 20 mg pe zi). Interesante sunt instalarea rapidă a efectului (observată în studiile efectuate) cât și mecanismul unic de acțiune. Transportorul de serotonină, prin care se realizează recaptarea 5HT are două situri de legare, unul primar care mediază inhibiția recaptării 5HT și unul alosteric cu rol modulator față de afinitatea liganzilor la nivelul sitului primar. Medicamentele din clasele ISRS și ISRN se leagă doar de situl primar, rezultatul fiind o blocare intermitentă a transportorului de 5HT. Escitalopram se leagă de ambele situri (primar și alosteric), ceea ce duce la o blocare mai eficientă a transportorului de 5HT.

Efecte adverse ISRS

- efecte cardiovasculare minime
- pe SNC – cefalee, agitație, anxietate, nervozitate, insomnii, tremor, manifestări akatisia-like la creșterea rapidă a dozei
- sindrom serotoninergic – confuzie, neliniște, mioclonii, hiperreflexivitate, transpirații, frison, tremor
- disfuncții sexuale
- gastrointestinale – greață, diaree, crampe, etc
- renal – precipitarea sindromului de secreție inadecvată de ADH

Tabel: Inhibiția enzimelor citocrom P450 de către ISRS

Enzima	ISRS	Interacțiuni cu:
2D6	fluoxetină sertralină paroxetină fluvoxamină	AD triciclice, venlafaxină, antiaritmice 1C, betablocante, haloperidol, clozapină, risperidonă
1A2	fluvoxamină	Cafeină, teofilină, AD triciclice, clozapină, diazepam
3A $\frac{3}{4}$	fluoxetină fluvoxamină sertralină	Alprazolam, carbamazepină, eritromicină, dexametazonă
2C19	fluoxetină fluvoxamină sertralină	AD triciclice, warfarină, tolbutamid, diazepam, fenitoină

Antagoniștii receptorului 5HT₂ (trazodona).

E o clasă distinctă de AD, în România fiind comercializată *trazodona* (Trittico) (cpr. 150 mg). Efectele acestor substanțe sunt mai complexe decât ar sugera-o numele clasei în care sunt încadrate. Efectul principal ar fi antagonismul receptorilor postsinaptici 5HT_{2A} și 5HT_{2C}. Aceasta duce la un (oarecum paradoxal) efect de scădere a numărului de situri 5HT₂, care ar determina efectele antidepressive, alături de efectele de stimulare indirectă a receptorului 5HT_{1A} (receptor important în depresie, anxietate, comportament violent). Efectul de blocare a 5HT e slab dar poate fi totuși clinic semnificativ. Indicația principală este depresia majoră. Are particularitatea unor efecte anxiolitice, evidențiabilă mai devreme decât efectul antidepressiv și efecte benefice în corectarea insomniei. Are efecte

secundare gastrointestinale mai mici decât ISRS. Poate da gură uscată și hipotensiune ortostatică (prin efect de blocare alfa1). Un efect aparte, cu incidență rară (1 la 6000 de cazuri) este priapismul, mediat prin căi adrenergice. Interacțiunile se pot produce cu alte deprimante SNC (sedare excesivă), antihipertensive (exacerbarea hipotensiunii ortostatice).

ISRN (inhibitori selectivi de recaptare a noradrenalinei)

Odată ce fiziopatologia depresiei este heterogenă, se poate presupune că substanțe cu acțiune selectivă pe nA ar avea rezultate pozitive, odată ce s-au arătat modificări în sistemul noradrenergic în depresie iar majoritatea antidepresivelor, inclusiv ISRS, au acțiuni pe receptorii nA. Cu toate că sistemele de neurotransmițători interacționează, totuși nu există un răspuns egal la AD. *Reboxetina* (Edronax, Davedax) crește neurotransmisia nA prin blocarea selectivă a recaptării nA. Dacă efectul antidepresiv s-a arătat ca fiind echivalent cu cel al unor AD ca desipramina sau fluoxetina, a arătat în unele studii o mai bună capacitate de ameliorare a funcționării sociale. Spectrul de efecte secundare este diferit de cel al ISRS. Mai frecvent se produc gură uscată, constipație, tulburări de micțiune și hipotensiune. Efectele cardiovasculare sunt nesemnificative sau ușoare.

Blocanții de receptori serotoninergici și adrenergici specifici

Mirtazapina (Remeron SolTab) (cpr. 15 mg, 30 mg) este singurul membru din noua generație al acestei clase (are ca predecesor mianserina). Mecanismul de acțiune al mirtazapinei este unic. Nu blochează pompa de recaptare al nici unuia dintre NT amine biogene (adică serotonina, norepinefrina, și dopamina). În schimb, mirtazapina blochează receptorii serotoninergici și adrenergici specifici: receptorii 5-HT_{2A}, 5-HT_{2C}, 5-HT₃ și alfa-2-adrenergici (cât și receptorii de histamină-1 – acțiunea cea mai puternică). Blocarea receptorilor 5-HT_{2A}, 5-HT_{2C}, și 5-HT₃ este postulată ca ducând la o creștere selectivă a disponibilității serotoninei la nivelul receptorului 5-HT_{1A} care a fost implicat în fiziopatologia depresiei.

Farmacologia mirtazapinei e conformă cu efectele sale benefice și cele adverse. Avantaje – siguranță bună în supradoză. Are probabil o siguranță bună în termenii interacțiunilor medicamentoase mediate farmacocinetic pe baza unor studii in vitro care demonstrează o potență minimă de inhibare a enzimelor majore CYP metabolizatoare de substanțe. Mirtazapina poate de asemenea să crească apetitul și să scadă neliniștea motorie prin blocarea receptorului 5-HT_{2C} și poate trata greața prin blocarea receptorului 5-HT₃. Efectele mirtazapinei și trazodonei asupra somnului sunt amplificate de capacitatea amândurora de a bloca receptorii de histamină centrali. Mirtazapina dă puține disfuncții sexuale sau deloc, ceea ce poate fi pus în legătură cu inhibiția minimă pe recaptare serotoninei și blocarea pe care o

produce pe receptorul 5-HT_{2A}. Mirtazapina nu produce multe dintre efectele secundare ale ISRS. Eficacitatea la pacienții cu anxietate accentuată este conformă cu faptul că mirtazapina blochează receptorii 5-HT_{2A} și 5-HT_{2C}. Are eficacitate la pacienții cu depresie severă. Este ușor de administrat, putându-se începe cu doza care este eficientă în tratament și la o priză pe zi. Somnolența este mai evidentă la doze mai mici deoarece efectele antihistaminice predomină față de cele nA sau 5HT la doze sub 15 mg pe zi. Creșterea ponderală și apetitul sunt probleme pentru unii dintre pacienții în tratament cu mirtazapină.

Dezavantajele. S-au consemnat câteva cazuri de agranulocitoză dar incidența e atât de joasă încât nu s-a putut stabili o relație cauzală certă. Cu toate acestea, prospectul conține avertizarea ca să se efectueze o leucogramă dacă pacientul dezvoltă o infecție sau o febră.

Tolerabilitate. În conformitate cu acțiunea de blocare a receptorului de histamină-1, mirtazapina are acțiune sedativă, ceea ce poate fi de folos pentru pacienții cu insomnie accentuată dar sedarea poate persista a doua zi, ceea ce concordă cu T $\frac{1}{2}$. Această sedare a fost cauza unor întreruperi ale tratamentului în până la 10% din pacienții din studiile de înregistrare. În ciuda aparentului paradox, doze mai mari de mirtazapină ar putea teoretic scădea efectele sedative. Explicația postulată este că acțiunea cea mai puternică a mirtazapinei, blocarea receptorilor de histamină-1 este însoțită la doze mai mari de blocarea receptorului alfa-2-adrenergic. Acest din urmă efect duce la o acțiune de activare care se opune sedării datorate blocării histaminergice.

În conformitate cu blocarea receptorului 5-HT_{2C}, mirtazapina poate produce o creștere a apetitului și o creștere ponderală. Aceste efecte pot fi de dorit la unii pacienți specifici (de exemplu, pacienți cu depresie clinică și o problemă medicală concomitentă cum e cancerul care produce o tulburare de alimentație). Totuși, aceste efecte au dus la întreruperea tratamentului de 8% dintre pacienții din studiile de înregistrare.

Există o dificultate în stabilirea dozei optime, deoarece nu sunt suficiente studii dublu – orb, cu doze fixe. De asemenea, lipsește informația asupra acțiunilor celor mai adecvate de urmat dacă pacientul nu răspunde la doza inițială.

Inhibitorii selectivi de recaptare 5HT și nA (duali)

Medicamentele din această clasă comercializate la noi sunt venlafaxina (Effexor, Efectin) și milnacipran (IXEL).

Venlafaxina a cunoscut popularitatea ca medicament care ar avea acțiune similară AD triciclice fără a avea însă problemele de siguranță sau efectele secundare ale triciclicelor. În cazul acestei substanțe se produce o acțiune

duală, de blocare a recaptării 5HT și nA. La doze sub 150 mg pe zi, venlafaxina acționează similar unui ISRS. La doze de mai mult de 225 mg pe zi acțiunea este duală, respectiv acționează pe 5HT și nA. De aceea și spectrul de efecte secundare este diferit în funcție de doză, la dozele mici având similitudine cu ISRS iar la dozele mari apar și efectele secundare date de acțiunea noradrenergică. Un efect secundar mediat noradrenergic este hipertensiunea arterială, un efect care apare la mai puțin de 5% dintre pacienții tratați cu doze mai mici de 200 mg pe zi dar crește la 13% la pacienții cu doze de peste 300 mg pe zi. Creșterile tensionale sunt totuși modeste și foarte puțini pacienți renunță la tratament din acest motiv. Totuși este indicată monitorizarea TA în primele două luni de tratament. Are potențial mic de interacțiuni medicamentoase. Pe lângă indicațiile pentru depresie și tulburarea de anxietatea generalizată, venlafaxina ca AD dual, are eficacitate în tratamentul durerilor cronice (unde ISRS nu au o eficacitate similară).

Urmează să apară *duloxetine*, care este un nou inhibitor dual de recaptare a nA și 5HT. Este un AD eficace cu utilizare în depresie și sindroamele dureroase independente de tulburarea depresivă. Spectrul de efecte secundare este asemănător venlafaxinei.

Inhibitorii de recaptare de dopamină și nA

Bupropion este singurul medicament din această clasă aprobat pentru tratamentul depresiei. De menționat la acest punct este că psihostimulantele (ex. metilfenidat) au de asemenea aceste acțiuni farmacologice pe pompele de DA și nA. Avantajul bupropionului este mai buna siguranță în supradoză decât AD triciclice dar poate produce convulsii. Profilul de tolerabilitate este comparabil cu IRSN și diferit de ISRS. În particular, bupropion nu tulbură fiziologia somnului și produce o disfuncție sexuală minimă sau deloc. Bupropionul este un AD activator, util la pacienți cu retard psihomotor accentuat. Datorită proprietăților sale de agonist dopaminergic, poate fi util la pacienții cu boală Parkinson ca și la pacienți cu tulburare de deficit de atenție – hiperactivitate. Bupropionul a primit aprobarea FDA ca un ajutor în întreruperea fumatului (*Zyban*). Aceasta este relevant pentru utilizarea sa în depresie deoarece fumătorii au o incidență crescută față de nefumători de depresie și depresia scade capacitatea de a opri fumatul. Altă utilizare este în ADHD la copii și adulți. Alte utilizări importante sunt potențator al ISRS pentru a crește efectul antidepressiv și administrarea concomitentă cu ISRS ca adjuvant în corectarea efecte lor secundare induse de ISRS. Este poate singurul dintre AD care nu ar avea eficacitate în tulburările anxioase.

Un dezavantaj este indicele terapeutic îngust, cu riscul de convulsii crescut la doze din porțiunea superioară a ferestrei terapeutice. La doze de

450 mg/zi, riscul de crize convulsive este de 0.4%; acest risc poate fi mai scăzut cu formulările medicamentoase cu eliberare lentă prin atenuarea vârfurilor plasmatiche. Riscul crizelor crește substanțial dacă doza depășește 450 mg/zi (maximum ca doză zilnică recomandată). Administrarea medicamentului se va face în doze fracționate de trei ori pe zi, dozele nu trebuie administrate la intervale mai mici de 4 ore. Chiar și forma cu eliberare lentă nu se recomandă administrată într-o doză.

Noile clase se impun printr-o toleranță mai bună față de AD din clasele mai vechi dar nu sunt lipsite de efecte secundare. Spectrul utilizării unora dintre AD s-a lărgit și la tulburările de anxietate. AD utilizate în schizofrenie pot duce la „încălzirea” Schub-ului (puseului) schizofreniei, cu fenomene delirant – halucinatorii. Unii practicieni au trecut de la tratamentul exclusiv cu NL al schizofreniei la tratamentul exclusiv cu AD, ceea ce este o exagerare (ar merge doar în stupoarea catatonică).

Dirjecțiile noi în tratamentul depresiei cuprind o serie de substanțe cu acțiuni net diferite față de clasele existente în prezent. Una din direcții este acțiunea pe axa hipotalamo-suprarenaliană; s-au dezvoltat agenți antagoniști de CRF sau antagoniști de receptori glucocorticoizi. Altă direcție este reprezentată de antagoniștii de substanță P.

Clasificarea AD după mecanismul de acțiune responsabil de eficacitatea antidepresivă

ANTAGONIȘTI DE RECAPTARE ȘI NEURORECEPTORI MICȘTI	Amitriptilina (Elavil) Amoxapina (Ascendin) Clomipramina (Anafranil) Doxepina (Sinequan) Imipramina (Tofranil-PM) Trimipramina (Surmontil)
INHIBITORI SELECTIVI DE RECAPTARE A NOADRENALINEI	Desipramina (Norpramin) Maprotilina (Ludiomil) Nortriptilina (Pamelor, Aventyl) Protriptilina (Vivactil) Reboxetina (Edronax, Davedax)
INHIBITORI SELECTIVI DE RECAPTARE A SEROTONINEI	Citalopram (Celexa) Fluoxetina (Prozac, Floxet, Fluctin, Framex, Magrilan) Fluvoxamina (Luvox, Fevarin, Maveral) Paroxetina (Paxil, Seroxat, Deroxat) Sertralina (Zoloft)

INHIBITORI DE RECAPTARE A SEROTONINEI ȘI NORADRENALINEI	Venlafaxina (Effexor, Trevilor, Effectin)
BLOCANT DE RECEPTOR 5HT _{2A} ȘI INHIBITOR SLAB DE RECAPTARE A SEROTONINEI	Nefazodona (Serzone) Trazodona (Trittico, Desyrel)
BLOCANT DE RECEPTOR DE SEROTONINĂ 5-HT _{2A} ȘI 2C ȘI DE NORADRENALINĂ A-2 (NASSA)	Mirtazapina (Remeron)
INHIBITOR DE RECAPTARE DE DA ȘI NA	Bupropion (Wellbutrin, Wellbutrin SR, Zyban SR)
INHIBITORI DE MONO-AMINOXIDAZĂ (MAO)	Fenelzina (Nardil) Tranilcipromina (Parnate)
INHIBITORI REVERSIBILI DE MONOAMINOXIDAZĂ (RMAO)	Moclobemid (Moclamine, Aurorix)
VARIA	Tianeptina (Coaxil, Stablon)

Tabel. Simptome ale sindromului de sevraj de ISRS

<ul style="list-style-type: none"> • Oboseală • Mialgii • Scaune moi • Greață • Amețeli • Stare de neliniște • Tulburări de somn și senzoriale • Cefalee
--

Sevrajul diminuează în mod natural, a nu se confunda cu recăderea, evitarea sa presupune scăderea treptată a dozelor (cu excepția fluoxetinei, care are timp lung de înjumătățire și se elimină lent).

Stabilizatori de dispoziție

Termenul s-a aplicat inițial sărurilor de litiu, în urma observațiilor eficacității atât în tratarea excitației maniacale cât și în prevenirea recurențelor tulburării bipolare. Ulterior s-au descris proprietăți timostabilizatoare la o serie de anticonvulsivante, cu studii care demonstrează superioritatea lor față de litiu în anumite subtipuri ale tulburării bipolare. Grupul este denumit timostabilizatoare (stabilizatoare de dispoziție) deoarece aceste medicamente au capacitatea de a stabiliza oscilațiile de dispoziție indiferent de etiologie.

Litiul

Litiul (de obicei carbonat, mai rar citrat) este utilizat mult în psihiatrie. Terapia a fost inițiată de John Cade (medic australian) în anii '40 (a observat rolul de calmare a pacienților psihotici agitați) și cu utilizare clinică din anii '70. Reacțiile adverse au impus observația clinică și monitorizarea nivelului plasmatic al litiului. O litemie eficace presupune valori de aproximativ 0,8 mEq/l (0,6 – 1,2 mEq/l). Clinicienii utilizează doze de peste 0,8 mEq/l în tratamentul maniei acute, iar pentru profilaxie se utilizează niveluri de ordinul 0,8 mEq/l. Unii pacienți se simt bine și nu au recăderi și în cazul menținerii pe niveluri de 0,4 – 0,8 mEq/l. Se pare că scăderea rapidă a nivelurilor de litiu este mai puternic corelată cu recăderea decât nivelul absolut sanguin al acestuia. Se recomandă inițierea tratamentului cu 250 – 300 mg de două ori pe zi, cu creșterea cu 300 mg la 3-4 zile. Instalarea acțiunii devine aparentă după 5 – 7 zile.

Timpul de înjumătățire este de 8-12 ore la maniacali și de 18 – 36 ore la eutimici. Maniacalii sunt hiperactivi și au o rată de filtrare glomerulară mai mare deci elimină litiul din organism mai repede. Se elimină aproape în totalitate prin rinichi dar poate fi regăsit în toate lichidele corporale (salivă, spermă). În mania acută se recomandă două – trei doze pe zi. Administrarea profilactică se poate face cu o administrare pe zi, doza unică oferind se pare o oarecare acțiune de protecție față de acțiunea pe rinichi.

Litiul este un cation monovalent și acționează ca un medicament, nu ca un element mineral de substituire. Litiul e înrudit cu cationii bivalenții Ca și Mg (apare o competiție la nivel molecular între litiu și Na, K, Mg, Ca). Totuși aceste fenomene nu explică acțiunea globală a litiului iar farmacologia litiului este deosebit de complexă. Litiul poate acționa în diferite părți ale creierului în momente diferite, efectele sale situându-se la nivelul mai multor neurotransmițători și sisteme de mesager secundar (inhibă mai multe etape în metabolismul inositol fosfaților cât și funcționarea proteinei G, inhibă stimularea adenilatciclazei de către unii neurotransmițători fără a influența activitatea bazală a acesteia). Litiul pare

să potențeze transmisia serotoninergică, prin creșterea sintezei 5HT (crescând recaptarea triptofanului la nivelul sinaptozomilor), crește eliberarea de 5HT la nivelul neuronilor cortexului parietal și hipocampici. Ar mai produce o down-reglare a subtipurilor de receptori 5HT₁ și 5HT₂. Litiul acționează și pe alți neurotransmițători – de exemplu, pe nA. Inițial, litiul pare să crească sinteza de nA în unele părți ale creierului. Reduce excreția de metaboliți NA la maniacali dar crește excreția de metaboliți de nA la depresivi ceea ce ar fi în legătură cu efectele sale benefice atât în manie cât și în depresie. Apoi, ar bloca suprasensibilitatea receptorilor dopaminergici postsinaptici, ceea ce se corelează cu eficacitatea litiului chiar și în cazurile de manie cu trăsături psihotice.

Litiul este indicat în tratamentul maniei, în profilaxia tulburării bipolare, în tulburarea schizoafectivă, potențator al antidepressivelor în depresiazistentă la tratament cu antidepressive, în controlul agitației psihotice, în iritabilitatea episodică și alte modificări comportamentale.

Efecte adverse litiu

- tulburări digestive – gastralgii, grețuri, diaree
- sindrom poliuro-polidipsic – frecvent la debut, apoi scade
- creștere ponderală
- tremor digital – intențional și în repaus, rezistând adesea la antitremorice, asociat sau nu cu dizartrie
- astenie – fatigabilitate musculară
- mici tulburări sexuale
- scăderea creativității

Incidente și accidente – gușă hipotiroidiană, accidente confuzionale, răsunet pe funcțiile psihice, intoxicație acută – gravă, care implică o litemie de urgență, oprirea tratamentului, internare în urgență. Prodromele sunt tremor digital care devine amplu, stângăcie excesivă a mișcărilor, tulburări de echilibru, vertij, încetinirea ritmului ideativ, somnolență, mioclonii; acestor semne le succede o confuzie mintală akineto-hipertonică care poate evolua spre comă. La ieșirea din intoxicație, litiul va fi contraindicat

Litemia se obține la 12 ore de la ultima doză, atunci când se obțin niveluri stabile sanguine. Nivelul plasmatic al litiului se va interpreta totuși în context clinic, deoarece poate exista o intoleranță la litiu sau să aibă alte tulburări medicale care produc simptomele. Cu toate că litiul are efecte acute și cronice pe glanda tiroidă, hipotiroidienii pot primi tratament cu litiu dacă boala tiroidiană este tratată adecvat și monitorizată.

Anticonvulsivantele

Au fost utilizate în psihiatrie din anii '50, în urma observațiilor privind efectele acestor substanțe pe sechelele psihiatrice ale epilepsiei de lob temporal. Ulterior, s-a sugerat posibilitatea ca simptomele psihiatrice să provină de la crize limbice și în dezvoltarea psihozelor și tulburărilor psihiatrice să aibă un rol fenomenul de kindling. Goddard et al. (1969) au dat denumirea de kindling la modificările comportamentale și fiziologice asociate cu o scădere permanentă progresivă a pragului convulsivant după o stimulare cerebrală focală zilnică cu un curent cu caracteristici fixe – voltaj scăzut, alternativ). S-au utilizat compuși cu acțiune preferențială pe structurile temporale sau limbice (cum sunt carbamazepina și acidul valproic).

Valproatul

Primul raport privind utilizarea valproatului în tulburarea bipolară aparține lui Lambert (1966) dar de-abia în anii '80 s-au realizat mai multe studii care i-au demonstrat utilitatea. În comparație cu aproape toate medicamentele utilizate în psihiatrie, acidul valproic nu este un compus ciclic (carbamazepina este triciclic). Se utilizează trei variante – acidul valproic, valproatul de sodiu și un amestec de acid valproic cu valproat de sodiu. Toate aceste preparate ajung în plasmă ca acid valproic și se utilizează termenul de valproat pentru a include toate variantele.

Indicațiile actuale cuprind mania acută, pacienți bipolari cu stări mixte și cu cicluri rapide (mai puțin efect pe depresia din ciclurile rapide), în profilaxia tulburării bipolare (mai bun pe prevenirea decompensării maniacale), în depresia majoră refractară la tratament, ca adjuvant în depresia cu agitație accentuată, în agitația din demențe. Se mai încearcă aplicarea unor doze mici în ciclotimie și în tulburarea de panică refractară. Mecanismul de acțiune nu este elucidat în totalitate. Ar implica amplificarea acțiunii GABAergice (inhibă degradarea, stimulează sinteza și eliberarea) și o stabilizare a membranei mediată prin canalele de sodiu.

Doza de început este de 15 mg/kg împărțită în două doze pe zi (având în vedere $T_{1/2}$ de 8-17 ore). Doza se poate crește cu 10 mg/kg/zi până la atingerea unui nivel plasmatic adecvat sau până la o doză maximă de 60 mg/kg. Doze de încărcare de ordinul a 20 mg/kg par să grăbească instalarea efectului în mania acută. Timpul de înjumătățire plasmatic este de 10 – 15 ore. Nu își induce propriul metabolism. Cu toate că valproatul are timp de înjumătățire mediu, se afirmă că dozele moderate ar putea fi administrate într-o priză unică vesperală pentru a evita sedarea diurnă, ceea ce nu ar modifica eficacitatea. Acest tip de administrare nu este posibil în epilepsie unde sunt necesare doze plasmatic stabile. Valproatul se asociază cu alte psihotrope, inclusiv alte stabilizatoare de dispoziție deoarece unii pacienți

au nevoie de două – trei stabilizatoare de dispoziție concomitent. Se recomandă evitarea asocierii clonazepamului cu valproatul care ar duce la status de petit mal la epileptici.

Efecte adverse valproat

- dermatologice – alopecie tranzitorie (datorată se pare interferenței cu depunerea de zinc și seleniu)
- endocrine – creștere apetitului, creștere ponderală, pancreatită idiosincratică
- gastrointestinale – cele mai frecvente – anorexie, pirozis, indigestie, greață, vomă, diaree
- hematologice – trombocitopenie și neutropenie
- hepatice – creșterea transaminazelor
- neurologice – sedare, confuzie, oboseală, amețeală, cefalee, tremor

Carbamazepina

A fost introdusă de la începutul anilor '60 în tratamentul epilepsiei, mai ales cea temporală, în crizele tonico-clonice și parțiale complexe. Ulterior, a fost mult utilizată pentru tratamentul nevralgiei de trigemen (tic dureros). Utilizarea în tulburarea bipolară a început în anii '70. Se indică drept stabilizator de dispoziție în tulburarea bipolară, fără a da dovada unei acțiuni mai rapide decât litiul sau neurolepticele în mania acută. Există mai puține date care să susțină utilitatea ei în tratamentul acut al depresiei sau în tratamentul profilactic al depresiei unipolare. Mecanismul de acțiune, încă neelucidat complet, se pare că implică micșorarea efectului de kindling (stresori biochimic sau psihosociali care duc la o excitabilitate anormală a neuronilor limbici).

Există mai multe tipuri de răspunsuri la tratament; astfel, unii răspund doar la carbamazepină, alții au o evoluție mai bună în cazul combinării carbamazepinei fie cu litiul, fie cu un neuroleptic. Se pare că are un efect mai bun decât litiul la cei cu tulburare bipolară cu cicluri rapide (mai mult de patru episoade afective pe an). Chiar dacă se menționează astfel de rezultate, oricum acest tip de pacienți este dificil de tratat indiferent de medicamentul folosit. Carbamazepina acționează mai bine la pacienți cu manie mai severă, cu elemente paranoide, sau de irascibilitate decât în cea euforică, cu logoree, hiperactivitate, hipersociabilitate. Altă indicație este tulburarea bipolară circulară, unde nu apar perioade de eufimie între episoadele bipolare. În aplicarea în manie, există o latență de apariție a efectului de 5-7 zile.

Trebuie avută în vedere posibilitatea inducției enzimaticе atunci când se utilizează combinația carbamazepină plus neuroleptic, sau carbamazepină și un AD triciclic, etc. Sunt aplicate în ultimul timp tratamente cu CBZ în cazul unor pacienți violenți nonpsihotici cât și în sevrajele după alcool și benzodiazepine. Și-a dovedit astfel utilitatea în cazul unor pacienți borderline și în alte tulburări caracterizate prin impulsivitate, explozii agresive și instabilitate afectivă, o situație fiind tulburarea de stres posttraumatică. Carbamazepina ar putea fi de folos în diabetul insipid nefrogen, deoarece crește eliberarea de vasopresină. Această abilitate este blocată de litiu, de aceea nu se poate aplica în poliuria și polidipsia induse de litiu.

În timpul administrării este necesară reglarea dozelor în primele săptămâni, căci nivelul sanguin stabilit la trei săptămâni poate scade cu o treime la 6 săptămâni în condițiile menținerii constante a dozelor. Se începe cu 100 de mg. la culcare, pentru a vedea dacă apare sedarea excesivă. Dacă este tolerat, a doua zi se dau 200 mg de două ori pe zi și se ajunge la trei prize pe zi, cu creșteri ale dozelor la 3-5 zile interval. Administrarea celei mai mari părți a medicamentului la culcare poate reduce efectele secundare neplăcute. Chiar dacă doza maximă recomandată este de aproximativ 1200 mg pe zi, uneori se dau doze mai mari (în funcție de răspunsul clinic și de nivelurile plasmaticе determinate). Deoarece carbamazepina își induce propriul metabolism (autoinducere), se recomandă reglarea dozelor după câteva săptămâni de la inițierea tratamentului.

Efecte adverse carbamazepină

- cardiace – scade viteza de conducere atrioventriculară precum și automatismul ventricular la pacienții cu tulburări de conducere preexistente (contraindicat la pacienții cu bloc de ramură, la fel ca AD triciclice)
- dermatologice – rash, erupție maculopapuloasă
- endocrinometabolice – fiind agonist de vasopresină, poate da hiponatremie și intoxicație cu apă (datorită hiponatremiei poate precipita intoxicația cu litiu, mai ales fenomenele neurotoxice)
- gastrointestinale – greață și vomă, mai rar – diaree, crampe
- hematologice – mai ales leucopenie
- hepatice – hepatotoxicitate
- neurologice – sedare, ataxie, vertij, somnolență, reacții distonice la copii, neurotoxicitate (fasciculații musculare, nistagmus, confuzie, dezorientare, hiperreflexie etc.)
- psihiatrice – delirium, halucinații, insomnii, agitație, iritabilitate, labilitate emoțională (probabil prin acțiune anticolinergică)

Lamotrigina.

Inițial utilizată în tratamentul asociat al crizelor convulsive generalizate și complexe parțiale, a fost aplicată ulterior în tulburarea bipolară. Efectele farmacodinamice includ scăderea eliberării de glutamat (prin diminuarea firingului repetitiv de frecvență înaltă a canalelor de sodiu voltaj – dependente), modularea eliberării de serotonină, o acțiune de blocare a recaptării serotoninei și a altor neurotransmițători ca dopamina.

Indicația principală este în depresia bipolară cât și la cei cu cicluri rapide. Deși bine tolerată, prezintă anumite efecte secundare caracteristice. Astfel, este asociată cu un rash care se poate produce la aproximativ 9-10% dintre cazuri, care apare de obicei în primele 4 săptămâni de tratament. Riscul este diminuat dacă creșterea dozelor se face lent și progresiv, cu atenție deosebită la asocierea cu valproatul, care crește nivelurile plasmatiche ale lamotriginei. Se mai citează amețeli, cefalee, diplopie, sedare. Se inițiază cu 25 mg o dată pe zi și creșteri cu 25 mg săptămânal. Dozele se reduc la jumătate în cazul asocierii cu valproatul.

Topiramate

Are efecte timostabilizatoare și e utilizat în tratamentele asociate din tulburarea bipolară, tulburarea schizoafectivă, ciclotimie pe lângă utilitatea ca antiepileptic. Se pare că este singurul timostabilizator asociat cu o scădere ponderală. Alte efecte secundare sunt paresteziile, somnolența, amețelile, anorexia, unele disfuncții cognitive.

Gabapentin

Are un mecanism de acțiune asemănător cu anxioliticele (crește sinteza GABA și reduce nivelurile glutamatului). Dozele pot fi crescute rapid. Efectele secundare sunt sedarea, amețelile, creșterea ponderală, nistagmus și rareori edeme. Dozele în manie sunt de 600 – 3800 mg/zi. Are utilitate și în tulburarea de panică, anxietatea socială și în sindroamele dureroase.

Litiu carbonat – cp. 450 mg

Carbamazepină (Tegretol) cp. 200 mg

Acidul valproic sau valproatul de sodiu (Depakine, Convulex, Orfiril, Orfiril long) cps. sau cp. 150 mg, 200 mg, 300 mg, 500 mg, plicuri 500mg, 1000mg

Lamotrigină (Lamictal) tb. 25 și 100 mg

Gabapentin (Neurontin) cps. 100, 300, 400 mg.

În psihiatrie, pe lângă arta prescrierii există și o altă artă, a administrării pentru că altfel prescrierea e iluzorie. Durata tratamentului în specialitatea noastră e relativ mare. Psihozele se tratează pe viață, cu variații dar fără întrerupere. Importantă e sedarea în momentele agitate, dar și combaterea depresiilor marcate care duc adesea la suicid. În psihoze, tratamentul cu neuroleptice nu pune problema dependenței. În nevroze există riscul dependenței la tranchilizante și hipnotice. O greșeală terapeutică frecventă este asocierea a două sau mai multe medicamente din aceeași categorie, de pildă două timoleptice, două hipnotice, două antidepressive, etc. Este greșeală pentru că nu se poate judeca efectul negativ, efectele nedorite și se pierde deja două medicamente din grupa respectivă. Niciodată nu trebuie date concomitent, totdeauna succesiv. În plus, efectele bune cer răbdare! Nu poți aștepta efect la antidepressive ca la tranchilizante la 30 de minute, ci efectul apare după un minim de două săptămâni, iar la neuroleptice, de șase săptămâni.

Unii bolnavi înșeală personalul și colecționează medicamentele sau le aruncă. E bine să nu lăsăm medicamentele în cota lunară pe mâna bolnavului. Totdeauna să ne asigurăm că un membru de familie va administra și va controla administrarea psihotropelor. Rezerva să fie ținută sub cheie. Familia, cu anii, se plictisește în cele mai multe cazuri și lasă totul în grija bolnavului, care de cele mai multe ori procedează anarhic.

Psihodislepticele (mescalina, psilocibina, LSD 30). Aceste medicamente s-au utilizat pentru obținerea unor psihoze experimentale și au fost folosite și ca droguri. Interesul pentru psihodisleptice vine din motivul că astfel s-ar putea descifra ceva din mecanismul psihozelor și s-a crezut chiar că substratul biochimic al acestor psihoze experimentale este asemenea cu cel al schizofreniei, dar diferența este mare, deoarece s-a observat că în psihozele experimentale tulburarea este acută și reversibilă, în timp ce la schizofrenie este invers. Unele clinici le-au folosit nu pentru obținerea unor psihoze experimentale ci pentru activarea psihozelor apato-abulice.

Ce să nu facem

- nu se dau tranchilizantele cu anii
- hipnoticul trebuie schimbat
- să nu schimbăm dozele la AD și NL
- să nu exagerăm cu tratamentele depozit
- să nu folosim megalodoze pentru că studiile mai noi dovedesc necesitatea individualizării și eficacitatea unor doze mai mici, optime

Complianța la tratament. Să nu uităm că prescrierea psihotropelor nu e totul și e condiționată de fenomenul de complianță. Complianța e legată la rândul ei de insight (conștiința bolii) cât și de fenomenul de transfer pozitiv sau negativ. Pacientul poate aprecia medicamentul nu doar pentru

acțiunea sa eficace în tulburarea pe care o are dar și prin efectul pe care acesta îl are în termenii efectelor secundare. Un medicament adecvat dar care este presupus de către pacient ca fiind periculos va duce la noncompliance. Se combate atât cu psihoterapia obligatorie cât și cu controlul familial. Oricum, tratamentul de întreținere presupune o luptă extraordinară atât a medicului cât și a familiei.

Administrarea psihotropelor la vârstnic.

Acțiunea majorității medicamentelor poate fi influențată de modificările de farmacocinetică și farmacodinamică la vârstnic. Acest grup de pacienți are de obicei o serie de tulburări comorbide somatice care necesită la rândul lor tratamente și care pot interacționa cu psihotropicele. Răspunsul terapeutic poate fi întârziat față de adulți iar efectele secundare pot fi mai importante. Se produce o încetinire a absorbției, există un volum de distribuție mai mare și acțiune mai lungă pentru unele medicamente liposolubile, concentrații crescute sau o scădere a cantității de medicament legată de albuminele plasmatiche. Atenție deosebită trebuie acordată excreției renale, care scade cu vârsta. Decât să aplicăm medicamente corectoare ale efectelor secundare (care aduc cu ele propriul spectru de efecte secundare) mai bine găsim o alternativă terapeutică mai bine tolerată. Dozele de start sunt mai mici și se crește lent. Se preferă scheme de tratament simple, cu puține administrări pe zi.

Utilizarea spitalului

Spitalizarea – cele mai importante indicații ar fi:

- nevoia urgentă de studiu diagnostic adițional sau observație
- pericol pentru sine sau pentru alții
- incapacitatea de a se îngriji elementar acasă sau în comunitate
- anumite crize situaționale în care scoaterea pacientului din mediu e benefică

Dezavantaje spitalizare

- cost pentru persoană sau pentru individ
- interferența cu viața de familie – suferință prin separare dar și poate să piardă locul din casă
- interferența cu ocupația – pe lângă pierderea de venituri și riscul de a pierde slujba, pacientul care se spitalizează poate primi astfel o lovitură pentru stima de sine – cerințele unui serviciu oferă un oarecare suport pentru menținerea controlului emoțional, limitează timpul la îndemână pentru îngrijorări, fantezii sau preocupări și ajută la legarea de realitate.
- impactul emoțional al spitalizării
- stigma de a fi fost spitalizat

Terapii biologice

Malarioterapia

Wagner von Jauregg este singurul psihiatru care a luat premiul Nobel, pentru că a descoperit că bolnavii de PGP se ameliorează în cursul unei malarii accidentale și a avut deci ideea de a îmbolnăvi cu o altă boală pe cei cu PGP. Dacă gândirea medicală ar fi fost consecventă, ar fi trebuit să-și dea seama că acesta este un principiu mai vechi, de la vaccinare sau de la alte boli. Procedeele acelea erau însă empirice, adică nu erau teoretizate, se proceda așa fiindcă astfel se evita o boală dar nu se știa exact în ce consta științific acest procedeu.

Actualitatea malarioterapiei este în scădere, fiindcă implică dificultăți tehnice. Prin definiție, se înțelege tratamentul de 50 de ore de febră peste 38 de grade, provocată de malarie. Fiindcă se inoculează malarie terță, acest calcul de 50 de ore se face prin însumarea doar a orelor de febră, după care se întrerupe malarie cu procedee mai moderne decât altădată, actual prin antimalarice de sinteză. Dezavantajul procedurii este că totuși bolnavul rămâne un malaric, cu tot beneficiul în ceea ce privește PGP-ul.

Malarioterapia se face în secțiile aprobate de M.S. Rigoarea este datorată faptului că secția poate fi sursă de malarie pentru teritoriu și pentru că este o manipulare de sânge, care presupune posibilitatea inoculării unei hepatite, etc. concomitente la sușa de malarie. Dar cea mai mare dificultate organizatorică este întreținerea sușei de malarie, adică a țăntarului care să facă posibil menținerea posibilității de inoculare.

Se indică în debutul de PG; în puseurile acutizate, cu peste 15 elemente pe câmp (până în trei elemente nu înseamnă nimic); este o zonă între 3 și 15 elemente care e un „impas terapeutic“, unde nici malarioterapia nu este indicată. Uneori se folosește în cazurile de schizofrenie rebelă la tratament. Condiția pentru malarioterapie este un sistem somatic suficient de bun să permită malarie, adică emonctorii la limita suficienței, care să suporte febra.

După introducerea malarioterapiei, PG și-a pierdut epitetul de progresivă, devenind PG cu defect, în funcție de rezultatul pe care bolnavul îl poate avea la aceasta metodă de tratament. Tratamentul se face asociat cu penicilinoterapia.

După aceleași principii, în servicii s-a folosit piretoterapia, în cazurile de agitație care după 10 zile sau două săptămâni nu cedează la procedeele actuale. Se poate folosi vaccin TAB, injectat iv sau Delbet sau mai practic proteine străine, 6-10 cc, IM. Mecanismul este nespecific.

Coma prin insulină

Sakel, un medic fiziolog, a remarcat în 1927 că bolnavul de tuberculoză și diabet, și cu o boală psihică concomitentă și care face accidental o comă hipoglicemică, prezintă o remisiune, o ameliorare a schizofreniei sau depresiei. Sugestia lui Sakel a fost preluată de psihiatrie – el a trecut la această specialitate, ocupându-se toată viața numai de asta, adică un număr de 20-30 come pot da o schimbare de situație în schizofreniile grave.

Aplicarea comelor prin insulină a cunoscut cea mai mare vogă înainte de descoperirea psihotropelor, adică în deceniul 4. Cu toate că este un procedeu pe cale de dispariție – din cauza dificultăților tehnice, a ignorării tehnicii și a fricii de incidente – tehnica este bine cunoscută și aplicată în cazurile disperate.

Tehnica constă în selectarea cazurilor – cele fără discriminie, fără tendință la obezitate, fără TBC, cu o stare viscerală compensată, fiindcă se trece prin comă experimentală, deci cu un aviz de sănătate biologică sunt pregătiți pentru a face coma.

Tehnica din spital este una „progresivă”. Se injectează dimineața pe nemâncate, subcutan, doze progresive de insulină și se individualizează stadiul de șoc umed, care începe pe la 30 U., în care bolnavul nu-și pierde cunoștința; se crește și iar se acordă atenție, maximă la peste 50 U. Se recomandă ca să se facă în saloane, tocmai pentru a se putea supraveghea, în rezerve se poate scăpa de sub control, se recomandă să se facă la mai mulți, fiindcă presupune o disciplină de grup (nu poate unul să mănânce și unul să facă coma) și mai presupune un cadru mediu cu experiență în această tehnică, care să știe să facă bine puncția în venă – în urgență. Încă un amănunt – bolnavii vor primi seara câte o tabletă de fenobarbital, pentru a preveni crizele comițiale posibile în perioada de pre- sau de comă, care ar complica mult observația cazului.

Se tinde către o comă profundă, fără reflex cornean cel puțin 10 minute. De frică, cadrul mediu ne poate induce în eroare; totuși cât se mențin reflexele corneene nu ne atingem scopul și ne amăgim. Să notăm că am făcut 20 de come și nu am avut nici un rezultat. Deci controlul cornean trebuie făcut de noi; după care bolnavul este scos din coma cu glucagon (dacă nu îl avem, se administrează glucoză IV), și la trezire se continuă cu dulciuri pe gură până la trezirea completă. Bolnavul poate însă să recadă în comă, așa că este observat și după masa. Se introduc două grame de glucoză pentru o unitate de insulină. Dacă este vorba de o comă prelungită, se pare că este vorba de edem cerebral, deci este o situație de reanimare, unde trebuie susținute funcțiile vitale și să nu se facă măsuri excesive. Un asemenea accident complică soarta întregului procedeu. Rezultatele în schizofrenie sunt foarte bune. Unele clinici din lume mai folosesc tehnica și acum.

Scoaterea din comă este un moment de regresivitate favorabil psihoterapiei la psihotici, cu un transfer regresiv masiv. S-a remarcat deci că pe lângă psihoterapia generală, care este în psihiatrie, aici apar posibile anumite procedee dificile la schizofreni – sugestia, de exemplu. Ei sunt foarte încăpățânați și tocmai în această perioadă de regresivitate se pot încerca o mulțime de lucruri – întoarcerea la serviciu, nevoia unei familii, spălatul, activitatea zilnică, deci dată ca sugestii în primele ore după ieșirea din coma insulică. Programele cele mai bune se pot face cu aceștia în primele ore după comă – după masă, când sunt ușor euforici și generoși. Starea de modificare biologică care se obține la insulină nu se mai obține cu nici un alt procedeu pe care îl avem la ora actuală.

Electroconvulsiv terapia (ECT).

Este un acces experimental de epilepsie, prin care se produce o mobilizare a forțelor nespecifice de apărare. A fost descoperit de Cerletti și Bini în 1937. Cu toate că tratamentul a fost aplicat din perioada când încă nu se descoperiseră psihotropicele actuale, rămâne un tratament important datorită utilității, siguranței și eficacității sale. Rămâne cel mai rapid și eficient tratament pentru depresie (procent de răspuns de 70-80%).

Înainte de a începe tratamentul electroconvulsiv, se cere avizul de medicină internă, se efectuează ECG. Se exclude prin anamneză bolnavii care au tare organice și complicații ortopedice. În unele cazuri cu asemenea contraindicații relative, se poate face ECT cu curarizare.

Tehnica obișnuită. De dimineața, pe nemâncate, după ce a urinat, bolnavul este condus blând și asigurat de medicul în care are încredere în salonul unde se va efectua procedeu. Este așezat pe un plan tare, i se scoate proteza dacă este, i se introduce în gură pe partea dinților buni un garou sau un pansament. Se aplică polii, unși cu o soluție bună conducătoare de electricitate, în regiunea fronto-temporală și se aplică impulsul. Se declanșează criza propriu-zisă, cu pierderea cunoștinței, asemănătoare cu criza comițială, respectiv – suprimarea cunoștinței, faza tonică, faza clonică, stertor. Urmează retrezirea spontană, progresivă a bolnavului. Detaliile tehnice țin de obicei de fiecare aparat. Ne interesează timpul și intensitatea. Se începe cu minimumul. Se fac trei ședințe pe săptămână, se așteaptă o primă ameliorare după a treia ședință. Seria cuprinde de obicei șase ședințe. În cazuri de excepție se fac mai multe ședințe.

Dezavantajul este producerea unor tulburări de memorie – o dismnezie de câteva săptămâni, care este supărătoare pentru bolnav și acesta trebuie asigurat că tulburarea de memorie este reversibilă. Din aceste motive s-a

încercat, pentru mai puține efecte secundare, șocul unipolar, dar rezultatele nu sunt prea convingătoare. O complicație poate fi și apneea prelungită, pentru care psihiatrul trebuie să fie un reanimator. În timp ce la coma de insulină și la malarioterapie incidentele permit ca bolnavul să fie pus pe o targă și transportat la un serviciu de reanimare, apneea prelungită după ECT nu lasă timp. Deci trebuie să fii pregătit să-i faci față și, cel puțin teoretic, trebuie să ai pe masă tot ce ar fi necesar pentru intervenție.

Complicațiile minore sunt luxațiile și fracturile – luxația de mandibulă, scapulo-humerală, fractura de col femural sau în alte locuri mai vulnerabile pe care bolnavul nu le-a comunicat. Durerile de coloană vertebrală, care sunt acuzate uneori, nu se datorează de cele mai multe ori unor tasări.

Ca și în cazul altor tratamente din psihiatrie, mecanismele de acțiune nu sunt complet elucidate. S-a descris o acțiune pe serotonină, GABA, catecolamine, endorfine, neuropeptide, etc. Sunt studiate și alte ipoteze ca acțiunea pe kindling și pe circulația sanguină cerebrală regională, up-reglarea receptorilor 5HT_{2A} și 5HT_{1A}, potențarea transducerii semnalului intracelular, creșterea BDNF. Durata crizei convulsive considerată ca adecvată pentru scopurile terapeutice trebuie să fie mai lungă de 20 de secunde per ședință (evaluată prin activitatea motorie nu EEG).

Rezultatele imediate sunt cu mult mai bune decât cele tardive. În melancolie ele pot să schimbe o dispoziție care părea imposibil de clintit. În melancolie se recomandă ca în prima săptămână să sefacă un tratament chimic. Dacă nu sunt semne de ameliorare, se trece la ECT.

Indicații. În afara melancoliei cu idei de suicid, se folosește în stări de agitație schizofrenă, maniacală, în catatonie, în caz de schizofrenie cu simptomatologie afectivă importantă. ECT este indicată atunci când sunt necesare rezultate rapide, când riscurile altor tratamente depășesc riscurile ECT, gând există un răspuns slab la tratamentele cu psihotrope sau există un răspuns bun la ECT anterioare.

Rezultatele depind într-o oarecare măsură și de medic, și de discreția echipei care participă. Șocul a devenit o spaimă națională, fiindcă lumea vorbește prea mult de el. La cei cu complicații ortopedice și la bătrâni se poate folosi ECT sub curara. Deci reanimatorul aplică curara și în momentul apneii sunt 20-40 secunde, timp în care se poate aplica impulsul electric de către psihiatru, deci se combină. După aceea el asistă respirația, trezește bolnavul și îl readuce la funcțiile vitale.

Metode chirurgicale

Presupun distrugerea de țesut cerebral cu scopul de a ameliora tulburările comportamentale și emoționale ale unor pacienți psihici. Sunt distruse țesuturi care pot fi fără modificări patologice evidențiable dar care sunt presupuse ca responsabile pentru comportamentul dăunător. Au fost inițiate de Moniz și Lima, care au practicat lobotomii la pacienți psihici. Procedeele au cuprins secționări, injectări de substanțe sau crioleziuni. S-au realizat lobotomii standard, transorbitale, unilaterale, deschise, leucotomii rostrale, cingulectomii, etc. Țintele intervențiilor au fost lobul frontal, temporal, amigdala, hipotalamusul, talamusul, ganglionii bazali, corpul calos, capsula internă. S-au efectuat și implantări cronice de electrozi, inițial cu scop diagnostic și ca metodă de investigare a diferitelor funcții cerebrale, ulterior încercându-se utilizarea stimulării intracraniene prin electrozi în scop terapeutic.

Au fost efectuate intervenții chirurgicale în anumite tulburări psihice inclusiv la noi în țară. Consecința a fost că schizofrenii s-au transformat în demenți și au făcut și crize comițiale. Lucrurile nu rămân definitiv abandonate, având în vedere progresele chirurgiei actuale, cu procedee stereotaxice. Chirurgia psihiatrică ar fi de utilizat ca ultimă metodă la bolnavii rezistenți la tratament (farmacoterapia, psihoterapia și ECT fără rezultate timp de trei ani), care prin reacțiile lor emoționale și aspectele lor comportamentale sunt periculoși pentru ei înșiși și pentru societate și care provoacă tulburări familiale și sociale.

Arta psihopatologică

Locul artterapiei în tratamentul psihiatric nu este indispensabil în comparație cu chimioterapia și psihoterapia însă cunoașterea și aplicarea acestor metode a dus la o psihiatrie mai diferențiată. Astăzi sunt studii de artterapie de la o mulțime de centre din toată lumea care încearcă să teoretizeze domeniul și să îl scoată din empiric.

Monografia cea mai celebră e încă actuală, asupra expresiei plastice în bolile mintale a lui Prinzhorn (1922). De la el a rămas clasificarea expresiei plastice în cinci tipuri de expresie: mâzgăleli, desene decorative, simbolice, realiste și abstracte. Într-o teză de doctorat cu acest subiect, am expus 900 de diapozitive sistematizate cu expresia pe boli și am fondat în clinică o arhivă de psihopatologie a expresiei, la care în mod permanent din atelierul de pictură se adaugă noi și noi date. Desigur că această activitate cere un cadru format/instructor pentru a lucra cu bolnavii, a fi dăruit și desigur cere o formare în interpretare.

Deși informațiile sunt în general concordante cu aspectul clinic, în foarte rare cazuri am socotit că tablourile sunt relevante pentru diagnostic. Mai degrabă ne-au arătat starea conștiinței în diferite momente de evoluție cu oscilațiile posibile de ameliorare sau agravare. Așa cum arată toată literatura, o atenție specială se acordă producției schizofrenilor. Deoarece ei ocupă majoritatea paturilor de spital au cele mai lungi internări și – lucrul cel mai important – au o lume proprie alienată. Producția lor a fost comparată și deosebită de producția copilului., de arta naivă și uneori a fost greu de diferențiat de propunerile artei contemporane. Când este o dilemă este necesar examenul clinic care este decisiv. La urma urmei omul este un posibil simulant și nevoia de extravaganță îi asigură uneori competiția și supraviețuirea. Pe cine ar mai interesa o copie fotografică a naturii, când fotografia este atât de avansată?

Deci se pune problema să exprimăm, nu să reflectăm. Să exprimăm sufletul profund al omului, existența lui adesea nemărturisibilă prin cuvinte și să descifrăm semnale dintr-o zonă delirant halucinatorie inedită, ciudată și nu rareori emoțională. Albumele de artă psihopatologică, expozițiile mondiale au selectat adevărate capodopere care stârnesc un interes enorm în lumea intelectuală. S-ar putea ca să aibă o contribuție la conceptul anglo-american de *human being*. Interesul însă este mai important pentru bolnavi pentru că îi dă șansa de a trece de la internarea la pat la lucru într-un atelier cu atmosferă plăcută și cu posibilitatea de a se exprima. Se creează o dinamică a relației cu instructorul, un feed-back al produsului și în felul

acesta se întărește procesul de resocializare, se autodescoveră potențialul creator și se accelerează remisiunea. Majoritatea produselor nu sunt de arhivă sau de magazin dar acest lucru nu trebuie să ne împiedice economic să consumăm materiale (în trecut fie spus foarte scumpe).

Interpretarea noastră este pe tradiția clinică germano-franceză și mai puțin pe simbolistica psihanalitică. Moda duce către ideea de libertate, cu teme existențialiste, izolare, aruncare, disperare, incomunicabilitate, pierderea părinților, lipsa dragostei, neajutorare. Comparația cu producția drogaților este relevantă. Drogații au o expresie impulsiv – isterică și fac salturi neacoperite la genialitate. Exprimă de fapt psihopatia de fond și dezorientarea contemporană în privința strategiei adaptării. Lumea suferă dar ei vor să aibă plăceri continue, dacă s-ar putea orgasme nesfârșite și plasați în orizontul acesta instinctiv, bilanțul este atât fizic cât și psihic falimentar.

Expresia plastică este colecționată la nivel european la Centrul Internațional de la Sp.St. Anne – Paris. Psihiatrii care se ocupă de acest domeniu rămân cu o amintire mai puternică decât a cazurilor clinice.

Meloterapie

Este un mijloc auxiliar care este mai mult decât o muzică ambientală. Este vorba de un program săptămânal de o oră de muzică, care se ascultă într-o sală potrivită, în liniște, în condiții cât mai confortabile. Am ținut întotdeauna să avem o sală specială, liniștită, cu scaune comode, cu participare voluntară, bazată pe capacitatea de a avea răbdare minimum un ceas. Cei care vin au sau nu au (majoritatea nu au) cultură muzicală deși mai toată lumea ascultă acum un radio, TV, etc.

Este larg folosită ca muzică de fond pentru îmbunătățirea atmosferei clinice, în ateliere, pentru distracții periodice (dans, spectacole, coruri). Mai rar muzica este făcută de bolnavi care știu să cânte la un instrument, cu performanțe variabile, pe instrumente aproximative și care pot fi socotiți ca o psihoterapie de grup cu priză bună la ceilalți bolnavi. Pacienții vin oarecum de voie după ce bineînțeles au fost informați de medicul de salon.

Au apărut monografiile care descriu o terapie muzicală experimentală oarecum adaptată diagnosticelor. Se vorbește de un repertoriu antidepresiv, antischizofren, etc. Aceste încercări nu ne-au convins și de aceea noi avem o practică îndelungată cu un program săptămânal de meloterapie.

Am observat că deși cultura muzicală ajută receptarea muzicii, nu este totuși indispensabilă și esențial este să participi, să trăiești un eveniment muzical. În acest sens am considerat că cea mai bună alegere este să asculți o simfonie celebră, o dată pe săptămână. În general o simfonie presupune o structură încheată cu început, desfășurare și un sfârșit, ca și un discurs și presupune parcurgerea diferitelor momente a frământărilor sufletești, adică

este dialectică, este nu numai repede și lentă dar este și luminoasă și întunecată, și optimistă și disperată. Bineînțeles că nu o să o înțelegi ca un muzicolog, important este că te mișcă, te atrage, întreține o viață interioară superioară, oricum mai mult decât oferă clinica în mod curent. S-ar putea să deschidă chiar un interes mai durabil care să persiste și după ieșire. Oricum bolnavii rămân cu o amintire plăcută din timpul internării și se simt respectați, dacă nu chiar înălțați de spiritele mari pe care le-a avut omenirea. În fond aceste simfonii sunt niște victorii asupra unor frământări excepționale, care de obicei sunt depășite. Barocul e model, clasicii sunt cei mai prețuiți (Mozart), romanticii și postromanticii sunt consubstanțiali cu nevroticii, schizoizii, depresivii; modernii și contemporanii au priză mică, sunt inaccesibili și inabordabili. Nu folosim limbaj verbal nici înainte și nici după și rămâne fiecare cu impresiile lui, nefiind exclus ca unii să adoarmă, ceea ce duce la concluzia ironică că meloterapia ar putea fi o somnoterapie. E vorba însă de cursă lungă, ca multe în psihiatrie. Altădată am avut o colaborare cu Conservatorul din București unde am găsit oameni înțelegători dar acum am rămas doar la discuri pentru că asta este epoca, totul se plătește și preferăm să cumpărăm CD-uri.

Art-terapia nu trebuie să înlocuiască complet alte procedee. Art-terapia se face după amiaza, dimineața fiind ocupată de programul de activitate de muncă. O constatare neplăcută este că cei care se formează în psihiatrie nu arată un suficient interes pentru resocializare și art-terapie în special. Ceea ce înseamnă că în formarea psihiatrului trebuie să intre obligatoriu deschiderea către cultură și către o gratuitate, adică tendința către țință strictă și sigură duce la o empirie, plictiseală și o posibilă depresie a psihiatrului, pe când art-terapia îi protejează.

Analiza efectului meloterapiei trebuie să țină cont de gradul de pregătire al receptării individuale, de momentul în care se găsește pacientul și de urmărirea efectului terapeutic. 1. Gradul de receptare. Deși e puțin probabil că mai există oameni care nu ascultă muzică, totuși foarte puțini o înțeleg și extrem de puțini sunt chiar pregătiți pentru muzica cultă. De aceea recepția este dacă nu aleatoare oricum foarte variată și rostul meloterapiei este să sensibilizeze. Nu este nimeni seminarizat și poate că la următoare ședință nici nu mai știe ce a auzit. Așa că nu criteriul acesta pedant al raportării unor titluri contează sau întrebarea aproape stupidă dacă îți place cutare compozitor. Cel mai mult contează ora de liniște, faptul că această muzică contribuie la liniștire și pentru cei mai avansați conține și o problematică interioară. De fapt acesta ar fi și scopul mai înalt al meloterapiei, de a oferi un model abstract în care o frământare interioară e rezolvată până la urmă, trece. Faptul acesta e important atât în nevroze cât și în depresii, în care bolnavii pot găsi un sprijin afectiv sau pot problematiza dacă sunt capabili de asocieri cum ar fi în psihastenii și în unele forme de schizofrenie. Deci de la un ritual pe care bolnavul ar trebui să îl aibă de la

grădiniță, îl repetă acum sub autoritatea terapeutului și se ajunge la un rezultat de: „mă simt mai bine“.

Se adaugă apoi și disciplina repetiției. Dacă din anumite motive se întrerupe seria, bolnavii întreabă, sunt impaciențați. Spuneam că nu se comentează nimic, nici dacă unul se scoală și pleacă, altul doarme, altul nu știe ce aude. Pare deci o brambureală. Și totuși în mod indirect este o ședință de liniștire, o oră în care nu se folosesc medicamente, nu sunt conflicte, nu e gălăgie, este o atmosferă de respect cu un grad deasupra nivelului din familie. Este pe de altă parte și o selecție, o opțiune pe care o face terapeutul și care evită concomitența de la televizor adesea mai joasă, mai vulgară. Fiind vorba de oameni simpli, ei rămân atașați de obicei muzicii populare, muzicii ușoare dar nu ajung la fobia de muzică cultă și nici nu sunt așa se avansați să fie fanii unor muzici de avangardă.

Este prin urmare o sensibilizare cu un mijloc extrem de complicat, care cere de fapt multă pasiune și studiu dacă cineva vrea să-și apropie domeniul. Este un domeniu intermediar între proza clinicii și cântarea religioasă.

Tot în meloterapie ar putea intra muzica produsă de bolnavi cu vocea sau la vreun instrument care este bineînțeles cu mult sub nivelul CD-urilor disponibile. Se mai încearcă mai ales de sărbători corurile de colinde. La acestea participă și personalul de îngrijire cu un rezultat de ocazie pentru că nu se pot face nici repetiții suficiente și nici „materialul“ nu e corespunzător. Așa că nu atât muzicalitatea interesează cât bunăvoința de a serba un eveniment.

Meloterapia rămâne un câmp destul de vast de explorat atât pentru că orice creație e legată de psihopatologie cât și faptul că e ambiguă. Cel mai mult are de învățat terapeutul care în general crede că știe, aude dar de fapt nu are o sistematică care să treacă peste oarecare demonstrativitate. Meloterapia ar putea sprijini ideea de model al normalității. Este cazul comparației barocului și clasicului cu romantismul și modernismul. Pentru omul modern normalul nu poate rămâne, oricât ne-ar place, la nivelul baroc – clasic dar nu se poate lăsa antrenat într-o îndepărtare prea mare de un canon estetic. Aici vedem valoarea psihopatologică a construcției muzicale la care foarte puțini ajung pentru că e un fel de metamuzică, de structură a muzicii care proiectează de fapt un model psihic. Cine ajunge la această înțelegere, interpretare dispune de un instrument insuficient explorat care este însă mai sugestibil decât instrumentul filosofic sau religios. Poate că asta e valoarea ultimă a muzicii, de a fi un mesager filosofico-religios. Și asta deoarece nu diversitatea psihiatriei e problema, ci riscul ca antisocialitatea să devină majoritară la niveluri noi, neclasice.

În dotarea unei clinici de psihiatrie trebuie să intre aparatura de redare și o colecție de CD-uri ca și un program de meloterapie sistematică care eventual să fie reluat de câteva ori pe an.

Interpretare la „IF” de Rudyard Kipling

Poezia IF e importantă pentru că pune problema normalității mai exact a condițiilor menținerii normalității și e genială pentru că leagă normalitatea de depășirea situațiilor anormale. Ceea ce e nou este deci interrelația și condiționarea normalității de depășirea patologicului. În același timp sugerează și cum se pierde normalul în patologic deci este și o demonstrație de îmbolnăvire posibilă.

Nu putem spune ce surse bibliografice a avut autorul dar este limpede că a făcut psihiatrie poate fără să știe. Versurile se pot înțelege atât în sens propriu cât și „traduse” în termeni psihiatrici. Analiza noastră are în vedere în primul rând interesul psihopatologic și mai puțin cel literar.

Dacă poți să-ți ții capul când toți din jurul tău l-au pierdut și te acuză pe tine

Este versul fundamental care pune condiția să fii normal nu în împrejurări obișnuite (când mai toată lumea pare normală) ci în situații excepționale, când lumea intră în panică, se isterizează și, fapt esențial, te acuză (deși nu e sigur că ești vinovat). Ce înseamnă psihopatologic acest moment? Înseamnă o situație de conflict, de isterie (invazie emoțională, „pierderea capului”) într-un moment de reflectare deformată a realului, care te presează și te poate contamina și bulversa. Deci este un moment de înnebunire reactivă, psihogenă, un moment de zguduire a propriului sistem și în același timp un test de rezistență ca a unei clădiri la cutremur. Desigur că nu poți rămâne teoretic cu sânge rece, ești om și vibrezi, dar trebuie să ai acel sistem personal antiseismic ca să nu se dărâme clădirea. Deci șocul îl încerci dar se dovedește trecător și finalmente îți ții capul, deci revii la controlul personal al situației. Nu te pierzi definitiv ci te readuni, te recompu. Este o destructurare (cum se spune acum) și o restructurare. Ce entități implică? Stările psihogene de șoc și subșoc, isteria, crizele anxioase de panică, paranoidul reactiv, debutul paranoiei, psihologia colectivă (de masă), presiunile totalitare, comunitare, faimoasele înscenări, procese, ședințe în care foarte puțini au rezistat, deformarea judecării prin emoție, prin prejudecată (bias), singurătatea existențială și presiunea subită a grupului, situațiile limită (Jaspers), reacțiile la nenorociri (fizice, sociale...

Dacă poți să ai încredere în tine când toți din jurul tău se îndoiesc și acorzi atenție și îndoielilor.

Acest vers indică cum să rezisti în situații de depresii adică când îți pierzi încrederea în tine (situație frecventă în nevroze și depresii psihotice)

și când valoarea ta scade și în ochii celorlalți. Nu trebuie să negi psihanalitic realitatea depresiei ci doar trebuie să îți păstrezi încrederea în tine.

Dacă poți să aștepți și să nu fii obosit de așteptare

Se potrivește perfect cu neurastenia. Poate că unul din semnele de dezechilibru ale epocii este pierderea răbdării și nervozitatea care rezultă. E foarte probabil că adulți cu răbdare au rămas foarte puțini. De asemenea unul din semnele apropierei pensiei este pierderea răbdării pentru lucrurile care le-ai făcut o viață întreagă. Deci răbdarea e un semn major de forță psihică și fără ea degeaba ai forță fizică. Curios dar lumea se antrenează mai ales pentru forță fizică, pentru rezistență dar nu suportă așteptarea și atunci până face o stație pe jos trec trei tramvaie pe care nu a putut să le aștepte.

Or fiind mințit, nu te ocupi de minciuni

Patologia aici se schimbă în sensul că asistăm aici la o psihopatizare, adică regula e minciuna, intriga, calomnia, și ea te poate dezechilibra. Soluția lui Kipling este să o ignori, nu să pornești argumentări, contraprobe. Este exact tendința contrară la ce se întâmplă de obicei pentru că neadevărul, falsul irită profund. Cele mai multe minciuni se produc în procese când minciuna se sistematizează prin mărturii.

Ori fiind urât, nu da curs urii

Aici intervine un proces mai special. În sensul că orice om care se dezvoltă are iluzia că o face corect și că e acceptat de ceilalți pentru a fi surprins la un moment dat că de fapt nu e acceptat și e urât. Procesul nu e totdeauna logic, e psihanalitic, s-a invocat invidia, „capra vecinului“, așa că succesul se relativizează, important este ca indicația biblică „ochi pentru ochi“ să o treci către Noul Testament, adică nu urî și iubește-ți aproapele care te urăște. Este probabil unul dintre cele mai tragice caracteristici ale naturii umane și nici Kipling nu dă decât soluția de a nu continua ura.

Și în ciuda tuturor versurilor care preced, *nu trebuie să ajungi la concluzia delirantă a superiorității tale care ai rezistat și să te privești mai superior decât trebuie sau să crezi că tot ce spui conține înțelepciune.*

II

Dacă poți să visezi dar să nu îți faci din visuri stăpân

Una din explicațiile posibile ale omului contemporan este că nu are un ideal dar Kipling atrage atenția asupra faptului că un ideal nu trebuie să te subjuge în așa măsură încât să pierzi prezentul. El trebuie să fie un fel de bas

continuu. Prin urmare, cei stăpâniți exclusiv de ideal nu mai țin cont de realitate și sunt niște fanatici, niște ideologi. Se pare însă că în realitate, în lumea politicianilor ei sunt din cei mai mari, domină cei cu interese joase.

Dacă poți să gândești dar nu să faci din idei scopul tău

Înseamnă să nu supraevaluezi o idee în dauna sistemului de idei. Și dacă versul anterior se referea mai ales la politică, acesta se referă mai ales la omul de observație, de știință, care face prevalență pentru o idee și uită restul disciplinei. Epoca favorizează îngustările, cei mai valoroși sunt de fapt și cei mai înguști, pentru că în cele din urmă cu generalități nu faci mare lucru. Oricum, dacă nu ai idei ești oligofren iar dacă ai trebuie să le corelezi cu faptele, ca să nu devii un paranoic.

Dacă poți să te întâlnești cu triumful și dezastrul și să tratezi acești doi impostori la fel.

Acest vers stă scris la intrarea la Wimbledon, pentru că se întâlnește această situație foarte frecvent în sport. Dacă omul existențial vorbind, s-a acomodat cu mediocritatea, anonimatul și ratarea, singura iluzie financiar susținută este sportul. Așa că una din cele mai precoce victorii nu mai este pianistul minune care se așează în brațele la Dinamo, la lupte, kung-fu și cu astea foarte curând intri în competiție, călătorești, devii cineva chiar înainte de a învăța, devii chiar de interes național. Însă sportul implică, ca a doua față a lui Ianus eșecul, care te poate distruge (vezi echipa de fotbal a României). După eșecuri, cei mai doborâți sunt fanii, jucătorii chiar dacă sunt dezamăgiți și răspund a la Kipling că e doar un joc, în timp ce fanii fac infarct. Aici există recomandarea de a nu exagera cu importanța unui joc, ori unii conducători au început să creadă că imaginea internațională a țării ține de cupele câștigate.

Dacă suporti să auzi adevărul pe care l-ai formulat să fie răstălmăcit de șireți pentru a face o capcană pentru proști

Aici Kipling pune în discuție o mare subtilitate existențială. Foarte puțini oameni au o contribuție ideatică la tezaurul mondial dar chiar și aceștia sunt interpretați voit sau greșit pentru a păcăli o majoritate de stupizi. Așa că chiar adevărurile se transformă în contrariul lor. Este aproape o regulă politică ca binele făcut de cineva, de ex. Napoleon, să fie răstălmăcit într-o nenorocire. Așa că cel puțin în politică fenomenul e foarte frecvent dar nu e exclus nici în știință, în care orice contribuție e minimalizată, atribuită altuia, i se indică motivații joase. Este faimoasa problemă a priorităților în știință, a nedreptăților legate de acest fapt, cu consecințe uneori foarte

serioase (vezi cazul insulinei, cu Paulescu). Dar nici așa nu trebuie să ne pierdem, știind că e prevăzut să se întâmple și răul.

Ori a constata că opera căreia i-ai dăruit viața e distrusă - ceea ce completează versul anterior și duce la următoarea concluzie, în aceste condiții, înclină-te și cu armele de data aceasta uzate, ia-o de la început. Iar e ceva paradoxal, pentru că de obicei renunți văzând că nu ești înțeles sau că a fost zadarnic ce ai făcut. Indicația este aici eroică. Foarte puțini reușesc acest lucru.

III

*Dacă poți să faci o grămadă din toate câștigurile
Și să le joci pe „cap și pajură” și să pierzi
Și niciodată să nu spui o vorbă despre pierdere
Și să începi din nou, de la început.*

Cu strofa a treia intrăm într-un registru psihosocial. În mod obișnuit, compulsia la joc duce în majoritatea cazurilor la pierdere și pierderea este o catastrofă, nu mai poți să o iei de la început și oricum te văicărești la toată lumea de această întâmplare. După „If”, normal nu este așa, și e să ascunzi și să o iei de la capăt. Viața e deci un joc dramatic, cu acumulări și pierderi. Acesta e paradoxul, pentru că toată lumea urmărește acumulările. Și nu riscă prea mult. Interesant este că acum au apărut două categorii de jucători, pe lângă cei indiferenți. Jucătorii patologici care nu se pot opri din a juca deși pierd continuu (dar tot speră că vor da lovitura) și jucătorii vulgari care îngroașă rândurile când potul crește.

Urmează un vers psihologic și psihosomatic: *Dacă poți să forțezi inima, nervii și mușchii să reziste când nu mai există nimic în ei decât voința care le comandă „rezistă”*. Aici e un exemplu excepțional de voință care e tenace chiar când nu mai are susținere corporală, viscerală, nervoasă. E un exemplu suprem de rezistență, cunoscut în literatură ca împliniri tardive cum e romanul „După 20 de ani” sau „Contele de Monte Cristo” sau „Lawrence of Arabia” și este unul dintre principiile psihologice cel mai iubit la englezi, rezistența, pentru că voința e subliniată în toate educațiile occidentale, dar rezistența în condiții extreme impresionează cel mai mult.

IV

Strofa a patra revine la tema psihosocială. *Dacă plimbându-te cu regi îți păstrezi bunul simț sau dacă vorbești mulțimilor și îți păstrezi virtuțile*. Două versuri paradoxale, pentru că eventualitatea rară a plimbării cu regi

te intimidează și nu mai poți să fii tu însuși iar eventualitatea să te adresezi mulțimii te obligă de obicei să cobori ștacheta către populism. Pentru că nu ai priză la public dacă afișezi o virtute.

Urmează o nouă trăsătură de caracter britanică. *Dacă nici dușmanul și nici prietenul nu te poate leza și oricine contează pentru tine dar nimeni prea mult.* Superbe paradoxuri pentru că de obicei te aștepti să te lezeze dușmanul dar ești surprins și ți se pare că ești lezat mai tare de prieten și apoi în nici un caz toată lumea contează pentru tine și din contră faci eroarea să contezi pe unii mai mult decât trebuie ceea ce duce la deziluzie. Recomandările lui Kipling sunt de o mare înțelepciune, cer o reflecție permanentă și consolează pentru lezările curente din partea anturajului, rudelor, lăsându-te cu o suverană detașare față de faptul că nimeni nu merită să investești prea mult.

Profesorul meu care m-a învățat această poezie (Prof. Hillard) mi-a spus că a spus-o în gând în tot timpul detenției și cel mai mult l-a impresionat versul care urmează „*dacă poți să umpli neiertătorul minut cu 60 de secunde ale unei curse de distanță*”, cu alte cuvinte, dacă poți să nu te plictisești de moment și să te consideri angajat în durată, obții această rezistență bergsoniană la timp și eviți depresia situațională, psihogenă.

Urmează ultimele două versuri concluzive, care spun că *dacă ai îndeplinit cele peste douăzeci de condiții pe care le pune poezia al tău va fi pământul cu tot ce conține și, mai important decât asta, vei fi un om, fiul meu.* Această concluzie dezvăluie și finalitatea poeziei care este un sfat în sensul știut din Hamlet-ul lui Shakespeare, în care fiul plecat la învățătură primește de la tatăl lui ultimele indicații, în care ultimele cuvinte sunt că până la urmă contează să fii tu însuși.

Această poezie este o chintesență psihoterapeutică, a cărei memorare și repetare și găsire a fiecărui vers potrivit cu situația prin care treci te ajută să îți menții ființa, să te autosugestionezi, să știi că nu ești singur și că lucrurile astea le-au trăit și alții, și le-au prevăzut remedii în ieșiri paradoxale și mai ales că remediul este psihologic și mai puțin metafizic, soluție tipic pragmatic anglo-saxonă. Această poezie e tradusă în toate limbile dar bineînțeles că traducerea trădează mult din farmecul original al limbii engleze, care îi dă o măreție clasică și o simplitate cuceritoare. E bine să facă parte din zestrea de rezistență a fiecărui psihiatru și, de ce nu, a fiecărui pacient care ar putea să își ușureze viața luptând cu el însuși.

Triade

I.

1. Psihiatrie
simptome – sindroame – entități
2. Psihic – conștiință – personalitate
3. Triada conștiinței
Cognitiv – afectiv – activitate
4. Triada personalității
Aptitudini – caracter – temperament
5. Contradicțiile fundamentale
Spirit / sex – inteligență / voință – subiect / obiect
6. Trei spirite
Spirit personal – spiritul II al culturii – spiritul trei, absolut (D-zeu)
7. Triada lui Freud
Id – ego – superego
8. Triada sociologiei
Filosofie și religie – politică – economic
9. Logica
Noțiuni – judecăți – silogisme – concluzii
10. Triada creației
Entuziasm – imaginație – imaginar
11. Temperament
Ritm – orientare – dinamism
12. Caracter
Orizontal – vertical – profunzime
13. Triada aptitudinală
Spirituale – sufletești – fizice
14. Triada instinctelor
de conservare – sexuală – de distrucție

15. Triada formelor afective
Dispoziții – emoții – sentimente / pasiuni
16. Triada conținutului afectiv
atracții (respingeri) – instincte (automatisme)– valori (habitudini)
17. Triada activității
deprinderi – obișnuințe – moravuri (mentalități)
18. Triada filosofiei
gnoseologie – ontologie – axiologie
19. Triada lui Kant
critica rațiunii pure – critica rațiunii practice – critica puterii de judecată
20. Dialectica la Hegel
teza subiectivă – antiteza obiectivă – sinteza absolută
21. Triada expresiei
pantomimă – verbală – arte plastice
22. Triada muzicală
melodie – armonie – contrapunct
23. Logica aristoteliană
identității – a contradicției – terțului exclus – rațiune suficientă (Leibnitz)
24. Fenomenologia
conștiința intențională – punerea în paranteză – intuiția esenței
25. fenomenologie– existențialism – hermeneutică
26. Triada Comte (evoluția umanității):
mitică – filosofică – pozitivă
27. Triada religioasă (Trinitatea)
Tată, Fiu, Sfântul Duh
28. Tetrada motivației
Motive – instincte – scopuri – acțiune
29. Cauzalitate (determinism) – Finalitate (finalism) – circumstanțialitate

30. Cauză externă (eficientă și finală)
31. Cauză internă (materie și formă) – hilemorfism
32. Ființă (Heidegger) – substanță (Spinoza) – esență (Aristotel) – Unu (Plotin)
33. Raportul între bază (fundament) și structură / suprastructură (dialectica între inferior și superior) – ambele o polaritate contradictorie unitară
34. Axele
axa I (conștiinței patologice) – axa II (a personalității precedente) – axa III (somatică) – axa IV (etiologică) – axa V (a personalității rezultante)

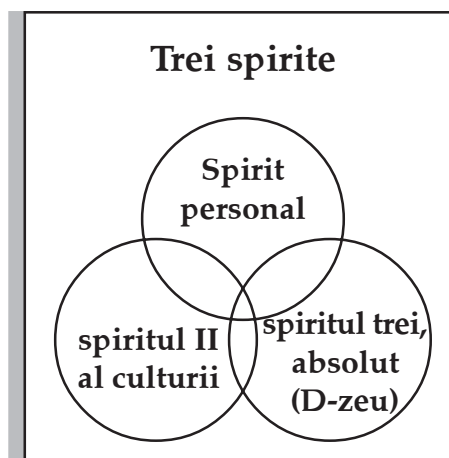
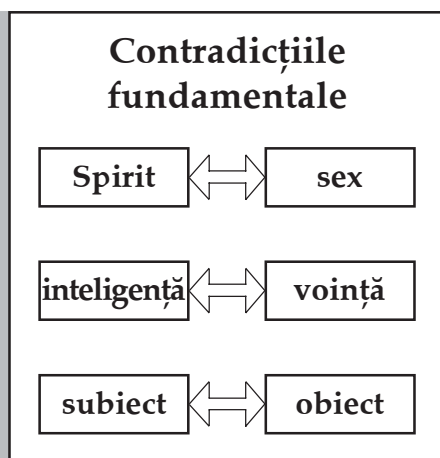
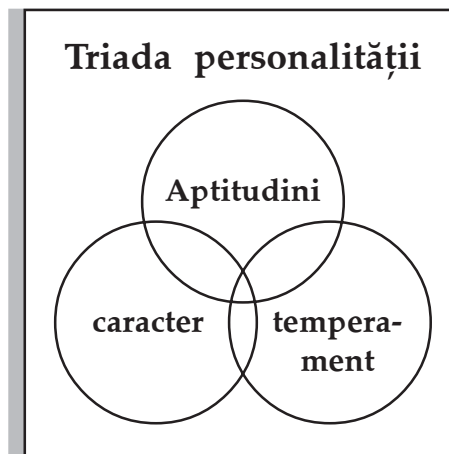
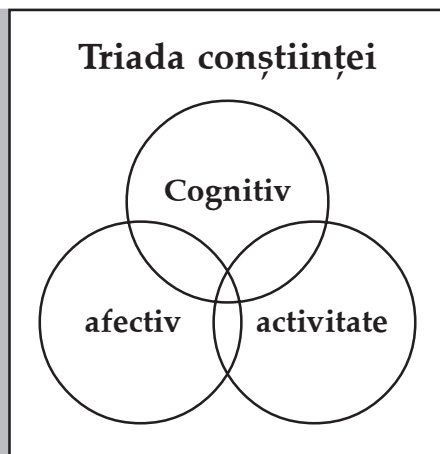
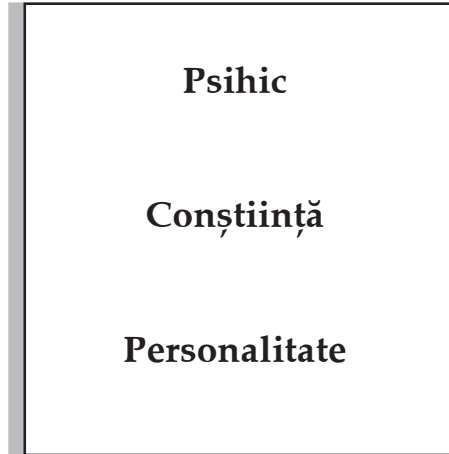
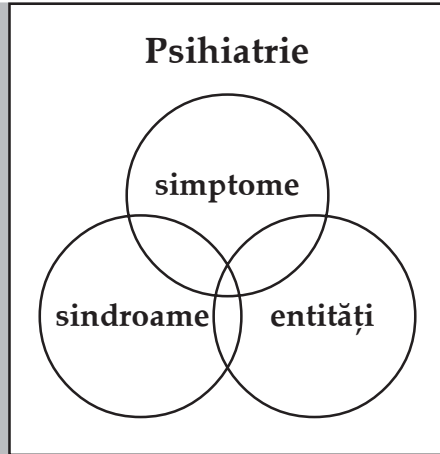
II.

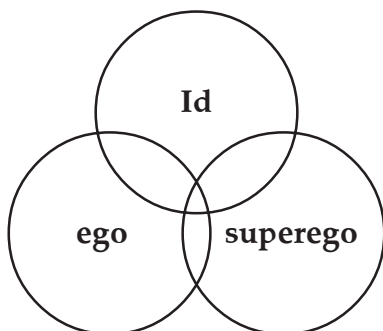
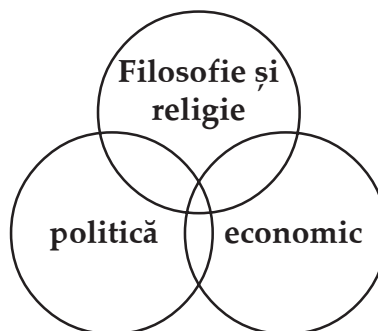
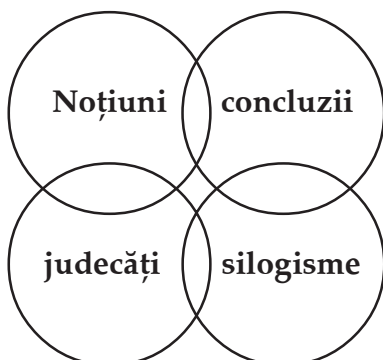
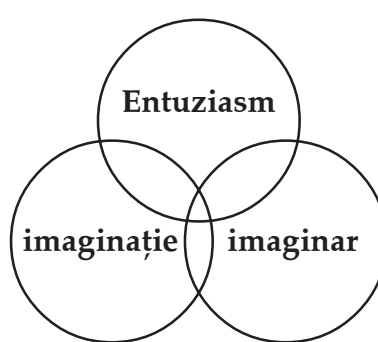
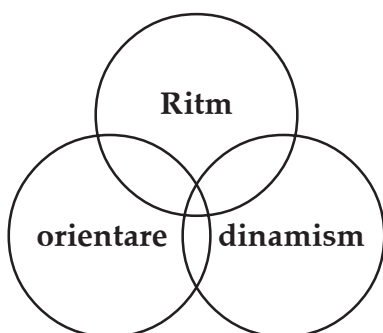
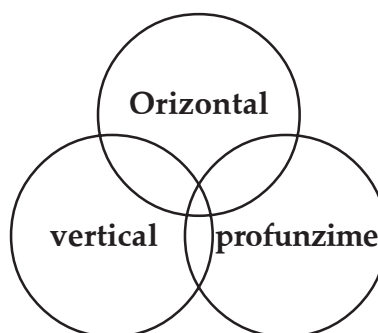
1. triada cognitivă
percepție – reprezentare – gândire
2. triada conștiinței
conștiința – conștiința operațional – logică – conștiința moral – etică
3. atenție
spontană – voluntară – globală
4. memorie
antero – retrogradă – iluzii de memorie – halucinații de memorie
5. iluzii de memorie
ecmenzie – criptomnezie – anecforie
6. memorie
reprezentare – a percepție – aprioric – transcendental
7. percepție
normal – iluzii – halucinații
8. confabulații
mnestice – onirice – fantastice
9. cele trei memorii (Delay)
memoria comună – memoria autistă – memoria instrumentală
10. memoria instrumentală = triada AAA (agnozie, afazie, apraxie)

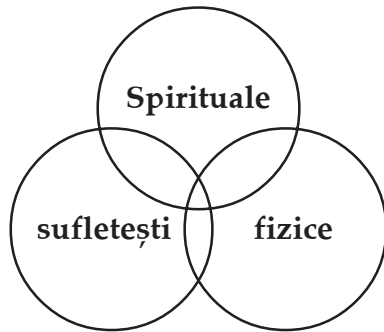
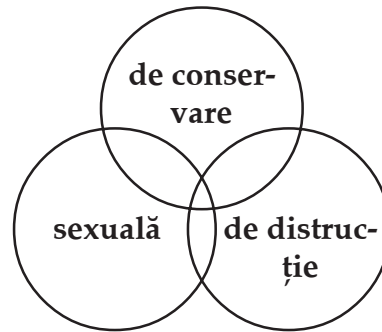
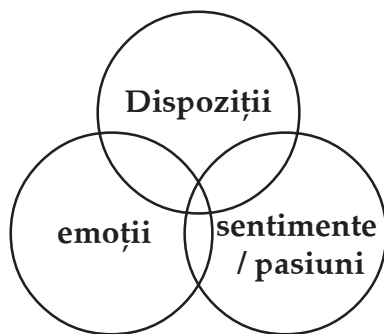
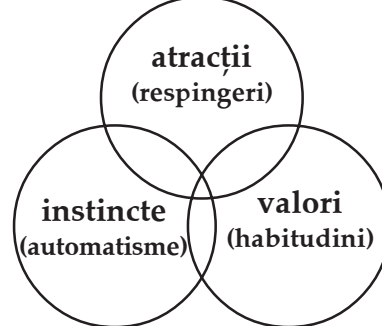
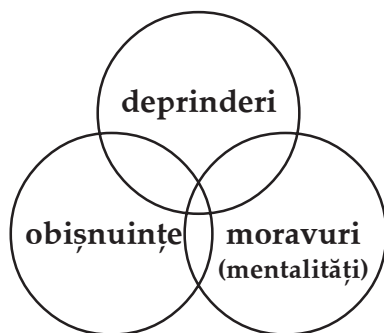
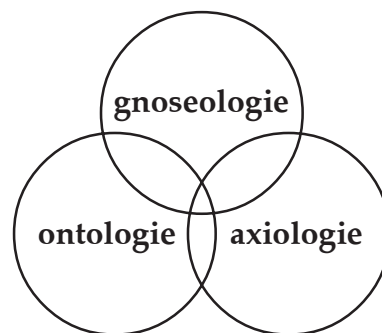
III.

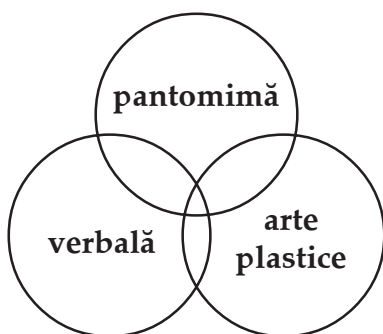
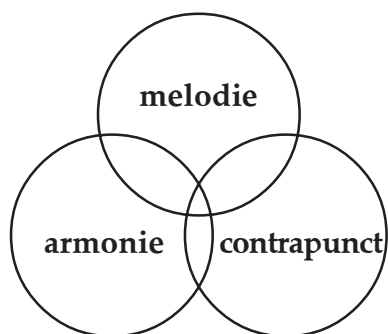
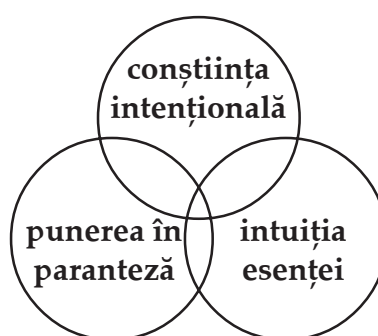
1. triada maniei
euforie – fugă de idei – agitație
2. triada melancoliei
indispoziție – bradipsihie – stupor
3. triada catatoniei
negativism (verbal și alimentar) – stereotipii – stupor
4. triada hebefreniei
euforie nătângă – delir incoerent – agitație
5. schizofrenie paranoidă
idei de persecuție – halucinații auditive – suspiciune
6. parafrenia
delir cronic sistematizat – halucinații – confabulații
(stare de bine, o euforie, față de paranoie care este încordată)
7. paranoie
delir cronic sistematizat – lipsa halucinațiilor (nehalucinator) –
suspiciune – supraestimare
8. schizofrenie
tulburări pozitive (de conștiință) – tulburări negative (de personalitate)
9. nevroze
neurastenice – anxioase – isterice
10. neurastenia
oboseală – cefalee – insomnie
11. nevroze anxioase
anxietate – panică – obsesii, fobii, compulsii
12. psihastenie
obsesii – fobii – compulsii
13. nevroza isterică
pierderea controlului emoțional – demonstrativitate – afectare,
simulare, suprasimulare (factice)

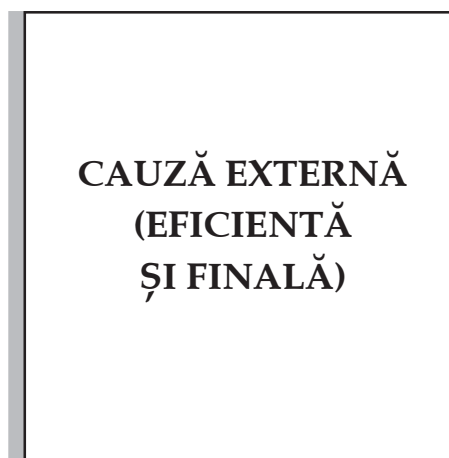
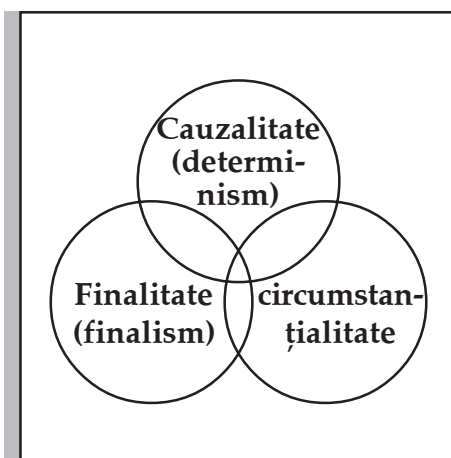
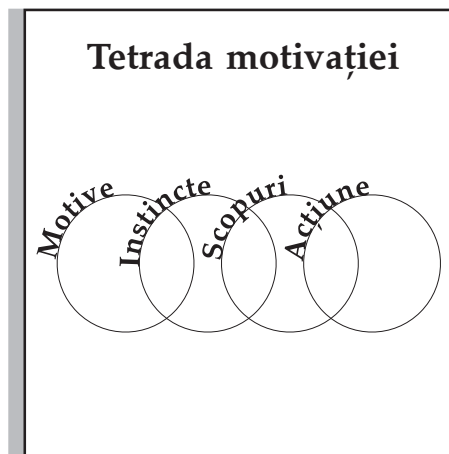
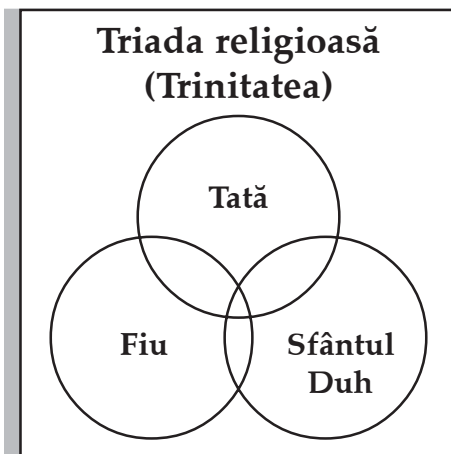
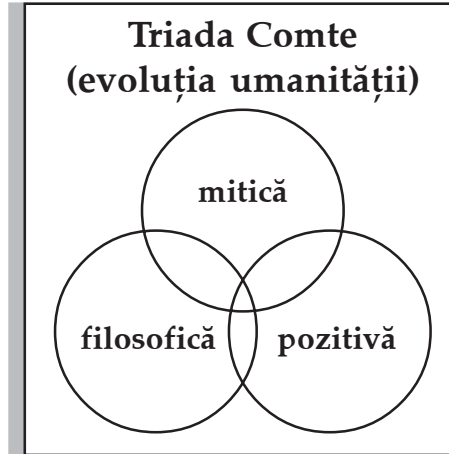
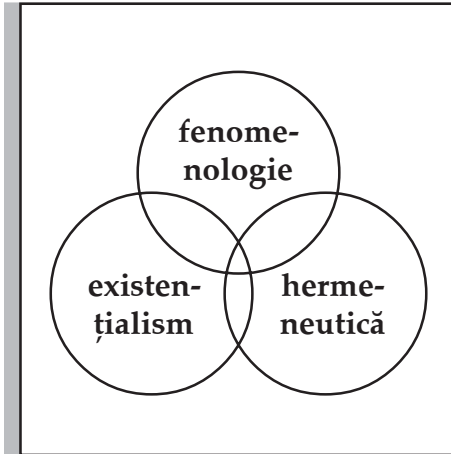
14. psihopatii
tari – slabe – psihopatoid (organic)
 15. psihopatii slabe
dependență – nesiguranță – duplicitate
 16. psihopatii tari
paranoie – isterie – borderline / antisocialitate
 17. psihopatoid (organic)
postTCC – posttoxic – involutiv
 18. oligofrenie
debil – imbecil – idiot
 19. triada Alzheimer
demență – sindromul AAA – dezorientare spațială
crize comițiale, mizerie fiziologică
 20. demențe
senilă – vasculară (ASC) – Alzheimer
 21. triada bețiilor
vulgară – profundă – patologică
 22. delirium tremens
onirism – tremor – febră
 23. confuzie
hipoprosexie – dezorientare temporospațială – agitație (sau stupor)
- IV.**
1. triada evoluției
reacții – dezvoltări – procese
 2. evoluție
acut- subacut – cronic



Triada lui Freud**Triada sociologiei****Logica****Triada creației****Temperament****Caracter**

Triada aptitudinală**Triada instinctelor****Triada formelor afective****Triada conținutului afectiv****Triada activității****Triada filosofiei**

Triada lui Kant**Dialectica la Hegel****Triada expresiei****Triada muzicală****Logica aristoteliană****Fenomenologia**



**CAUZĂ INTERNĂ
(MATERIE ȘI FORMĂ)**



HILEMORFISM

**Ființă
(Heidegger)**

**Substanță
(Spinoza)**

**Esență
(Aristotel)**

**Unu
(Plotin)**

**Raportul între bază
(fundament) și
structură / suprastructură
(dialectica între inferior
și superior)**

**ambele o polaritate
contradictorie unitară**

Axele

**Axa I
(conștiinței patologice)**

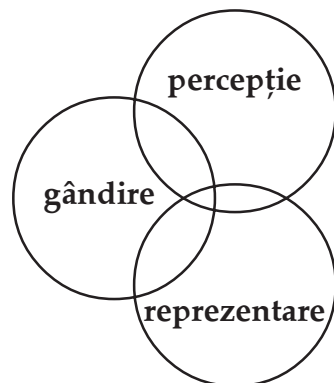
**Axa II
(a personalității precedente)**

**Axa III
(somatică)**

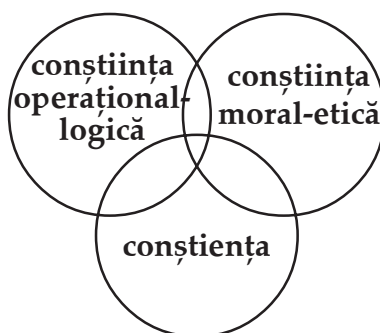
**Axa IV
(etiologică)**

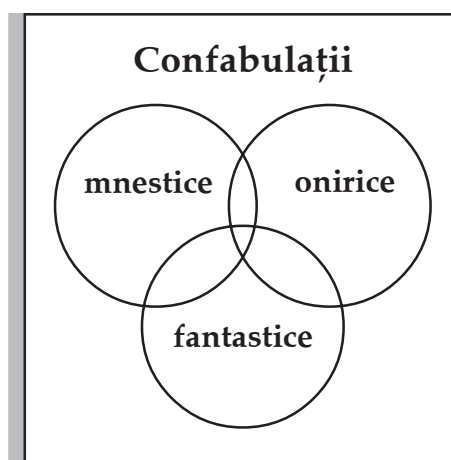
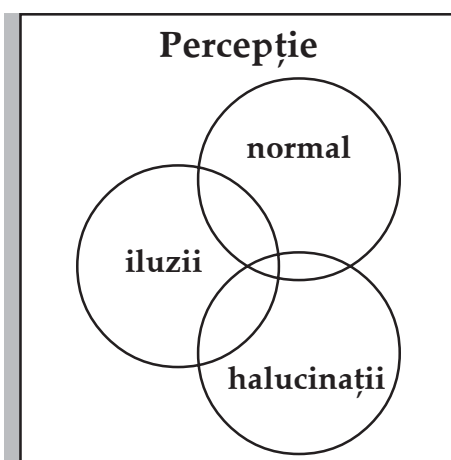
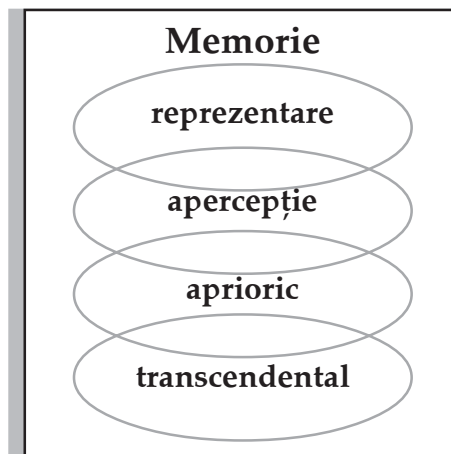
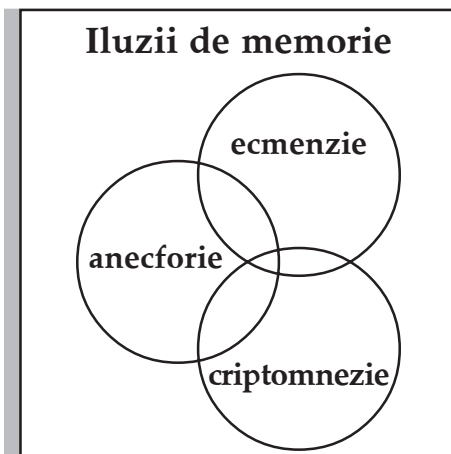
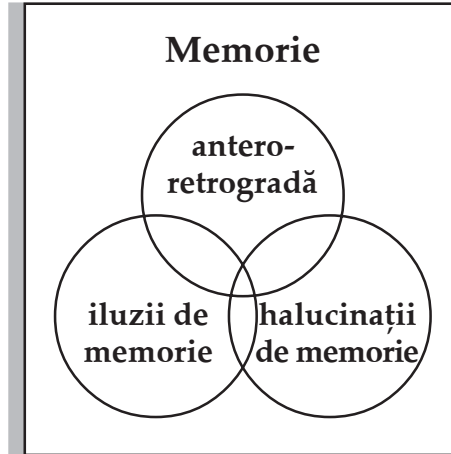
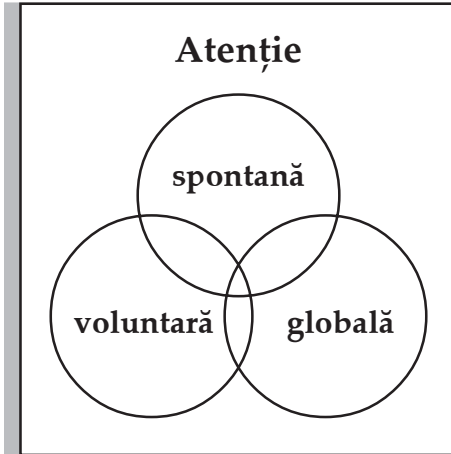
**Axa V
(a personalității rezultante)**

Triada cognitivă

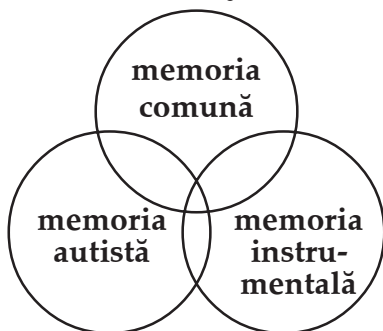


Triada conștiinței



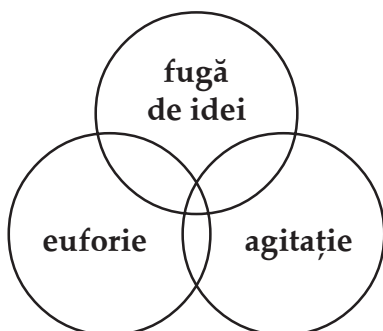


Cele trei memorii (Delay)

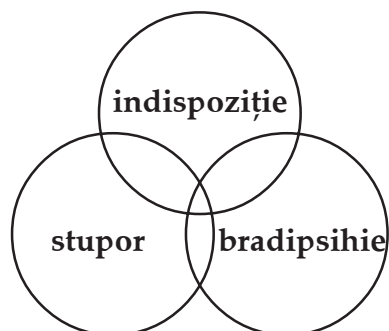


**MEMORIA
INSTRUMENTALĂ**
=
Triada AAA
(agnozie, afazie, apraxie)

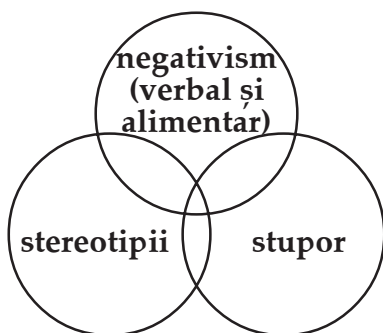
Triada maniei



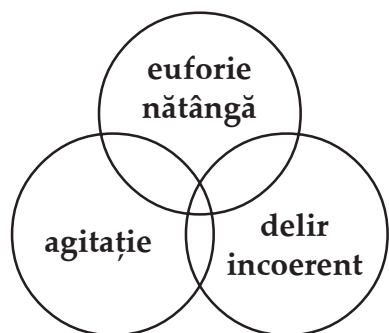
Triada melancoliei

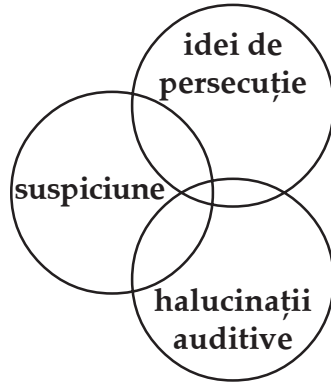
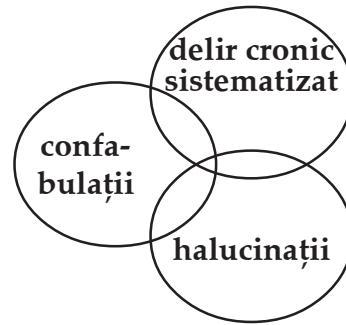
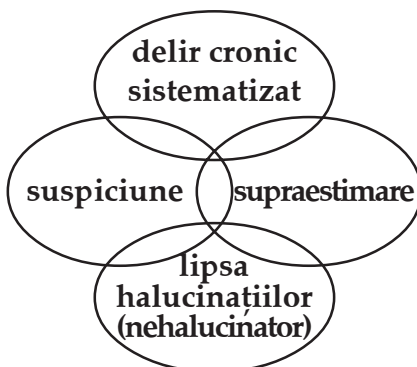
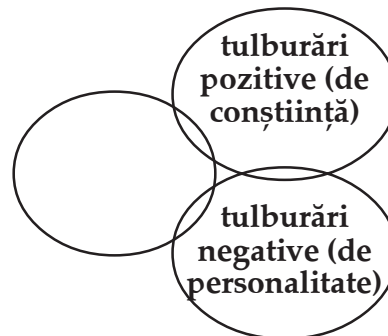
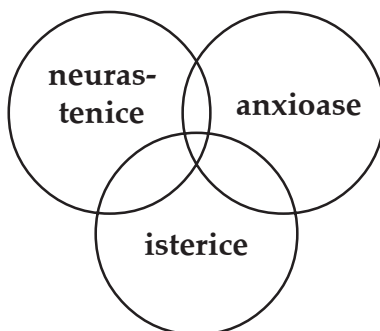
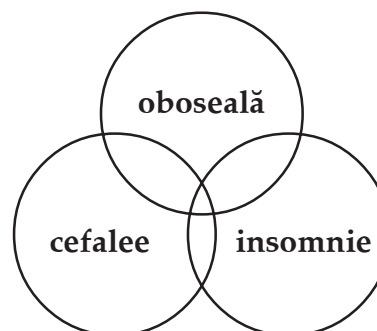


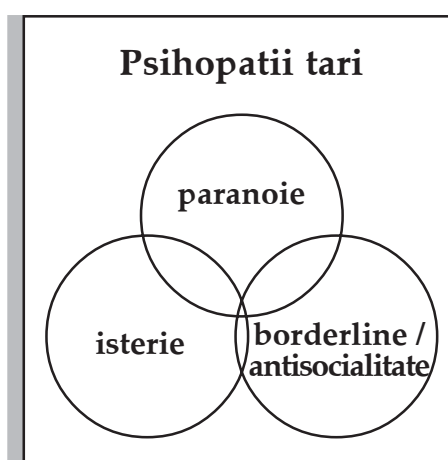
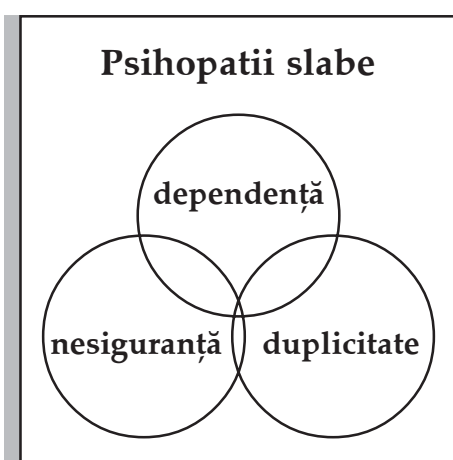
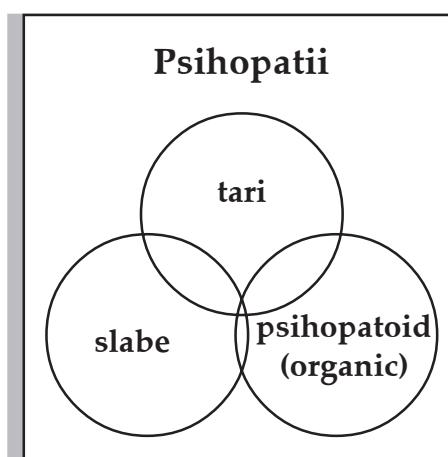
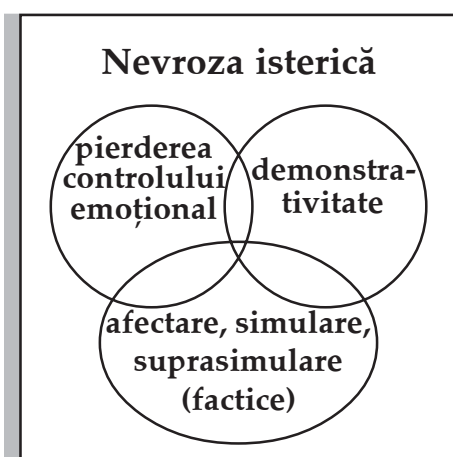
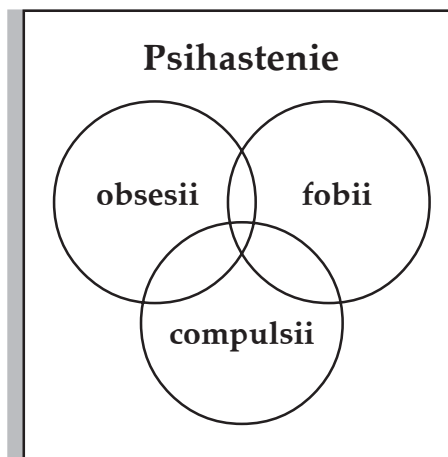
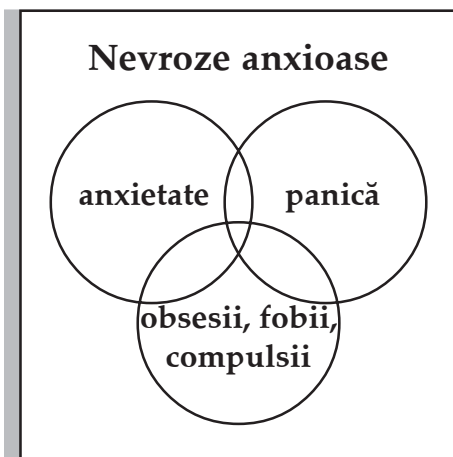
Triada catatoniei

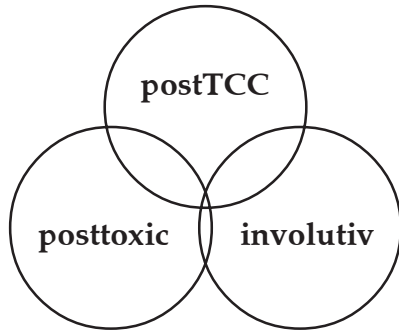
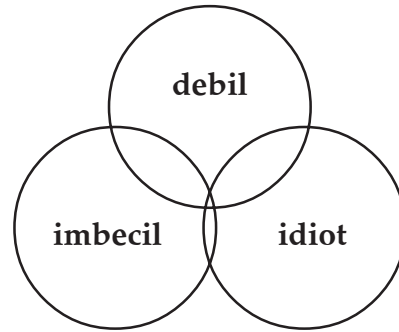
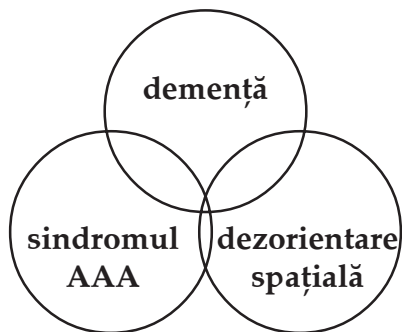
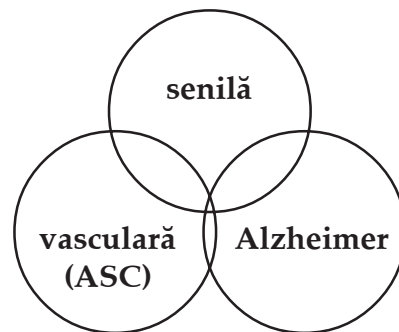
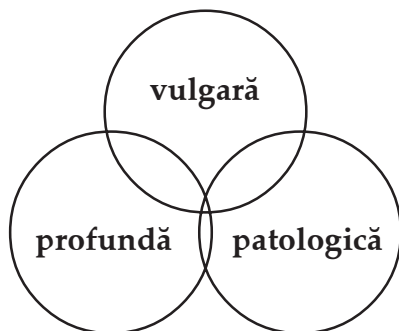
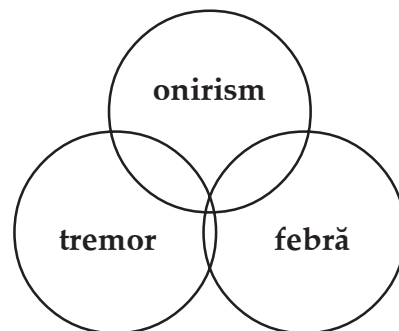


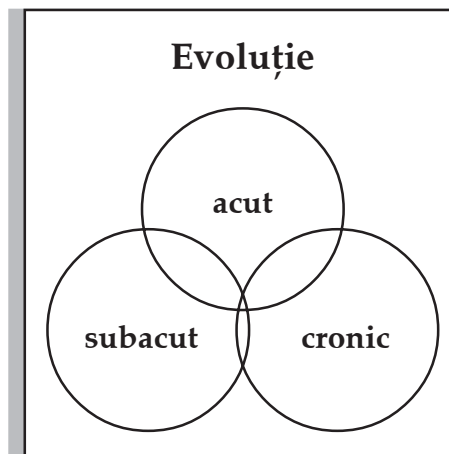
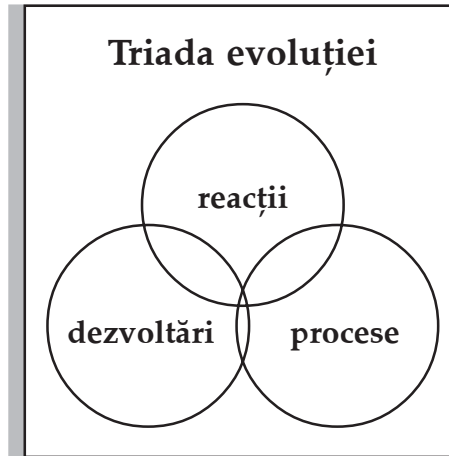
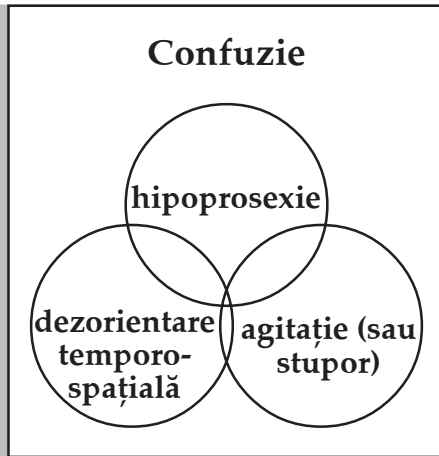
Triada hebefreniei



Schizofrenie paranoidă**Parafrenia**
(stare de bine, o euforie, față de paranoie care este încordată)**Paranoie****Schizofrenie****Nevroze****Neurastenia**



Psihopatoid (organic)**Oligofrenie****Triada Alzheimer****Demențe****Triada bețiilor****Delirium tremens**



Bibliografie selectivă

1. Adler, A. – Le temperament nerveux. Payot, Paris, 1926.
2. Allen, J.R., Allen B.A. – Psychiatry. Medical Examination Publishing Co. New-York, 1985.
3. Allport, G.W. – Personality. MacMillan, New-York, 1937.
4. Anty, M. -Psychiatrie. Masson, Paris, 1977.
5. Arieti, S., Brody, B.E. – Adult Clinical Psychiatry. Basic Book inc. New-York, 1975.
6. Association pour la traduction H.Ey. Henri Ey. Ed. Trabucaire, Perpignan, 1997
7. Balint, M. – The Doctor, his Patient and the Illness. Pitman medical co., London, 1966.
8. Ban, Th. – Psychopharmacology. The Williams & Wilkins, Baltimore, 1969.
9. Beck, A.– Kognitive Therapie der Depression. C.Schwarzenberg, Munchen, 1986.
10. Beigel, A., Levenson, A. – The Community Mental Health Center. Basic Books, New-York, 1972.
11. Bernstein J. Drug Therapy in Psychiatry. Ed. Mosby-Boston, 1995
12. Binder, H. – Psychopatienten, Neurosen, Abnormen Reaktionen. Springer, Berlin, 1962.
13. Binswanger, L. – Grundformen und Erkenntnis Menschlichen Daseins. Reinhardt Verlag – Munchen, 1973.
14. Blanc Cl-J. Psychiatrie et Pensée Philosophique. Ed. d'Harmottan, Paris, 1998
15. Bleuler, E. – Dementia Praecox. F.Deuticke, Leipzig, 1911.
16. Bleuler, E. – Lehrbuch der Psychiatrie. Springer verlag Berlin, 1969.
17. Bloch S. An introduction to the psychotherapies. Oxford Medical Press, 1992
18. Blondel, Ch.– La Conscience Morbide. Felix Alcon, Paris, 1928.
19. Brânzei, P., Sirbu, A. – Psihiatrie. Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1981.
20. Bricoise, H., Dreyfus-Moreau, J. – Les impuissances sexuelles. Flammarion, Paris, 1962.
21. Bumke, O. – Handbuch der Geisteskrankheiten. Springer Verlag, Berlin, 1932.

22. Burchard, J. – Lehrbuch der systematischen Psychopatologie. IFB, Schattauer, Stuttgart, 1980.
23. Ciompi, L., Heiman, H. – Psychiatrie am Scheideweg. Springer Verlag, Berlin, 1991.
24. Combier, J., Masson, M. – Abrege de neurologie. Masson, Paris, 1972.
25. Combier, J., Masson, M. – Abrege de neurologie. Masson, Paris, 1978.
26. Cooper, D. – Psychiatry and Antipsychiatry. Palolia, London, 1967.
27. Cornutiu G. Breviar de Psihiatrie. Ed. Imprimeriei de Vest, Oradea, 2003
28. Costa, D., Toma, T. – Psihofarmacologia în practica medicală. Ed. Militară, Bucuresti, 1982.
29. Cottureau, M.-J., Manus, A., Martin, A. – Manuel de Therapeutique Psychiatrique. Masson, Paris, 1990.
30. Cousin F-R., Gorraabé J., Morozov B. Anthology of French Language Psychiatric Texts. Les Empecheurs de Penser en Rond, Paris, 1999
31. Delay, J., Pichot, P. – Abregé de Psychologie. Masson, Paris, 1969.
32. Delay, J. – Les trois memoires
33. Delay, J., Brion – Demences tardives.
34. Deniker P., Lemperiere, Th., Guyotat, J. – Precis de Psychiatrie Clinique de l'Adulte. Masson, Paris, 1990.
35. DSM IV. American Psychiatric Association, Washington D.C., 1994.
36. DSM-IV-TR. Fourth Edition. APA – 2000.
37. Ed. Maj, Sartorius. Eating Disorders. Wiley LTD, NY, 2003
38. Eidelberg, L. – Encyclopedia of Psychoanalysis. The Free Press New-York, 1968.
39. Ellenberger, H.F. – Die Entdeckung des Unbewussten. Verlag Hube – Bern, 1973.
40. Ey H. Neurologie et psychiatrie. Ed. Hermann, Paris, 1998
41. Ey, H. – Etudes Psychiatriques (3 vol.). Desclee de Brower, Paris, 1954.
42. Ey, H. – La Conscience. PUF, Paris, 1968.
43. Ey, H. – L'anti-antipsychiatrie. L'Evolution Psychiatrique Im. 1971.
44. Ey, H. – Traité de Hallucinations. Masson, Paris, 1973.
45. Ey, H., Bernard, P., Brisset, Ch. – Manuel de Psychiatrie. Masson, Paris, 1978.
46. Fink M. Electroshock. Oxford University Press, 1999
47. Foucault, M. – Histoire de la Folie. Plou, Paris, 1961.

48. Gabbard G., Atkinson S. Synopsis of Treatments of Psychiatric Disorders. APA, Washington, 1996
49. Gheorghe M-D. Actualități în Psihiatria Biologică. Ed. Intact Buc., 1999
50. Ghiliarovski, A.V. – Psihiatria. Ed.Med. Bucuresti, 1956.
51. Giberti, F., Rossi, R. – Manuale di Psichiatria. Piccin, Padova, 1986.
52. Gorgos, C. (sub red.) – Vademecum în Psihiatrie. Ed.Medicală. București, 1985.
53. Grunberger B. Le Narcissisme. Ed.Payot, Paris, 1975
54. Guze, I., Barry. – The Handbook of Psychiatry. Year Book Medical Publ. Inc. London, 1990.
55. Hales R., Yudofsky S. Synopsis of Psychiatry. Ed. APA Washington, 1994
56. Hales R., Yudofsky S., Talbott J. Textbook of Psychiatry. APP, Washington, 1999
57. Haslom, M.T. – Psychiatry. Heinemann, London, 1982.
58. Hesnard, A. – Conscience de Soi. Flammarion, Paris, 1925.
59. Heyward, H., Varigos, M. – Une antipsychiatrie. Ed.Universitaires, Paris, 1971.
60. Huber, G. – Psychiatrie. Schattauer, Stuttgart, 1987.
61. Ionescu, G. – Psihoterapie. Ed.Stiintifica, Bucuresti, 1990.
62. Ionescu, S. – Quatorze approches de la Psychopatologie. Nathan, Paris, 1991.
63. Jakob, I. – Zeichnungen und Gemälde der Gestkranken. Verlag der Ungarischen Akademie, 1956.
64. Jones, E. – Das Leben und Werk von Freud. Verlag Huber-Bern, 1962.
65. Kalinovsky, L.B., Hippus, H. – Tratamentos somaticos en psiquiatria. Ed.Cientifico-medica. Barcelona, 1972.
66. Kalle, K. – Psychiatrie. Urban Schwarzenberg, Berlin 1939.
67. Kaplan & Sadock. Terapie medicamentoasă în psihiatrie. Ed. Med.Callisto, Buc. 2002
68. Kaplan and Sadock's – Synopsis of Psychiatry. 7th Edition. Williams & Wilkins, Baltimore, 1994.
69. Kerbikov, O., Korkina, M., Nadjarov, R., Snejnevski, A. – Psychiatrie. Ed.Mir., Moscou. 1976.
70. Kisker, K.P., Lauter, H., Meyer, J.E., Muller, C., Stromgren, E. Psychiatrie der Gegenwart. Srpiger Verlag, Berlin, 1989.

71. Klein, D., Gittelman, R., Quitrin, F. – *Diagnosis and Drug Treatment of Psychiatric Disorders: Adults and Children*. Williams and Wilkins, Baltimore, 1980.
72. Korkina, M., Tsivilko, M., Kossova, E. – *Psychiatric Word Practice*. Mir Publishers, Moscow, 1981.
73. Kraepelin, E. – *Psychiatrie*. J. Ambrosius, Leipzig, 1913.
74. Kretschmer, E. – *Medizinische Psychologie*. G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1956.
75. Lacan, J. – *Ecrits*. Plou, Paris, 1966.
76. Lanteri-Laura, G. – *Psiquiatria Fenomenologica*. Ed. Troquel, Buenos Aires, 1965.
77. Laplanche, J., Pontalis, I.J. *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF, Paris, 1967.
78. Lazarescu, M. – *Psihopatologie Clinică*. Ed. Helicon, Timișoara, 1994.
79. Lemke, R. – *Neurologie und Psychiatrie*. Barth Verlag, Leipzig, 1956.
80. Lempriere, T., Feline, R. – *Abrege de Psychiatrie de l'Adulte*. Masson, Paris, 1977.
81. Leonard B. *Fundamentals of Psychopharmacology*. Ed. John Wiley, New York, 1993
82. Lersch, Ph. – *Aufbau der Person*. Barth Verlag, Munchen, 1956.
83. Lewin, K. – *Field Theory in Social Science*. Horpe, Ann Auber, Michigan, 1950.
84. Linde, O.K. (ed.) – *Pharmacopsychiatrie im Wandel der Zeit*. Tilia Verlag, London, 1988.
85. Lindzey, G., Hall, S.C. -*Theories of Personality*. John Wiley, New York, 1965.
86. Maj M., Sartorius N. *Dementia*. Wiley LTD, NY, 2000
87. Maj M., Sartorius N. *Depressive Disorders*. Wiley LTD, NY, 1999
88. Maj M., Sartorius N. *Schizophrenia*. Wiley LTD, NY, 1999
89. Marinescu D. *Tratamentul modern al schizofreniei si psihozelor afective*. AyS, Craiova, 1997
90. Mayer-Gross, Slater and Roth – *Clinical Psychiatry*. Baillere Tindall, London, 1977.
91. Merleau-Ponty, M. – *La Structure du Comportement*. PUF, Paris, 1953.
92. Merleau-Ponty, M. – *Phenomenologie de la Perception*. Gallimard, Paris, 1945.
93. Merton, R., Nisbet, R. – *Contemporary Social Problems*. Harcourt

- Brace, New York, 1971.
94. Moscovitz, J., Orgel, A. – General Psychology. Houghton Mufflin Co, Boston, 1969.
 95. Muller, Ch. – Manuel de Geronto-Psychiatrie. Masson, Paris, 1969.
 96. Muller, C. – Lexikon der Psychiatrie. Spriger Verlag, Berlin, 1973.
 97. Munn, N.L. – Psychology. George Harrap, Sydney, 1964.
 98. Obiols, J., Basaglia, F. – Antipsychiatrie. Rowoholt T.B. Verlag, Hamburg, 1978.
 99. Obsessive – Compulsive Disorder. Wiley LTD, NY, 2000
 100. Olaru, A. -Introducere ~n Psihiatria practica. Scrisul Romanesc. Craiova, 1990.
 101. Palem R. Henry Ey. Ed. Rive Droite, Paris, 1997
 102. Palem R. La Modernité d'Henri Ey. L'organo-dynamisme. Dercléede Brouwer, Paris, 1997
 103. Pamfil, Ed., Ogolescu, D. – Nevrozele. Ed.Facla, Timisoara, 1974.
 104. Pamfil, Ed., Ogolescu, D. – Persoana si Devenire. Ed.Stiintifica si enciclopedica, Bucuresti, 1976.
 105. Pamfil, Ed., Ogolescu, D. – Psihozele. Ed.Facla, Timisoara, 1976.
 106. Parsons, T. – Estructura y Proceso en los sociedades modernos. Domenech, Madrid, 1965.
 107. Pelicier, Y. – Guide Psychiatrique pour le praticien. Masson, Paris, 1970.
 108. Peters, U.H. – Worterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. Urban Schwarzenberg, Munchen, 1990.
 109. Porot, A. – Manuel alphabetique de Psychiatrie clinique et therapeutique. PUF, Paris, 1984.
 110. Postel, J., Quétel, Cl. – Nouvelle histoire de la Psychiatrie. Privat, Toulouse, 1983.
 111. Predescu, V. – Terapie psihotropa. Ed.Med.Bucuresti, 1968.
 112. Predescu, V. (sub red.) – Psihiatrie. Ed.Med.Bucuresti, 1989.
 113. Prinzhorn, H. – Bildnerie der Geisteskranken. Springer Verlag, Berlin, 1972.
 114. Psychotropics 2000 – 2001. Lundbeck.
 115. Radulescu-Motru, C. – Curs de psihologie. Ed.Esotera, Bucuresti, 1996.
 116. Ralea, M., Botez, C.I. – Istoria Psihanalizei. Ed.Acad.RPR.Bucuresti 1958.

117. Regis, E. – *Precis de psychiatrie*. Ed.Dain. Paris, 1923.
118. Ricoeur P. *Despre Interpretare*. Buc., Ed.Trei, 1998
119. Roelens, R. – *Introduction a la Psychopatologie*. Larousse, Paris, 1969.
120. Rogues de Fursac, J. – *Manuel de Psychiatrie*. Ed.Alcon, Paris, 1923.
121. Rudolf, G.A.E. – *Therapie – Schemata*. Urban L.Schwarzenberg, Munchen, 1992.
122. Safranski R. *Un Maestru din Germania*. Bucuresti, Humanitas, 2004
123. Sârbu, A. – *Psihiatrie Clinica*, Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1979.
124. Schneider, K. – *Les personnalites Psychopatiques*. PUF, Paris, 1955.
125. Schutzenberger A. *Précis de Psychodrame*. Ed. Universitaires, Paris, 1966
126. Schwabe, Ch. – *Methodik der Musiktherapie und deren Theoretische Grundlagen*. Barth, Leipzig, 1986.
127. Sim, M.-*Guide to Psychiatry*. Ed.Livingstone, Edinburgh, 1969.
128. Stahl S. *Essential Psychopharmacology*. Ed. Cambridge University Press, Cambridge 1996
129. Stamatoiu, I.C., Bajenaru, O., Gheorghe, M.D. – *Sindroame psihoorganice*. Ed.Militara, Bucuresti, 1992.
130. Stroebe, W., Hewstone, M., Codol, J.P., Stephenson, G. – *Sozialpsychologie*. Springer Verlag, Berlin, 1992.
131. Stroer, H. – *Sozialgesetzbuch Reichsversicherungarnung*. DTV, Beck, Munchen, 1991.
132. Tatossian, A.– *Phenomenologie des Psychoses*. Masson, Paris, 1979.
133. The American College of Neuropsychopharmacology. www.acnp.org (G5)
134. Tolle, R. – *Psychiatrie G.Auflage*. Springer, Berlin, 1991.
135. Waldinger, R.J. -*Psychiatry*. American Psychiatric Press, Washington, 1990.
136. Wehr, G.– C.G.Jung. Kussel Verlag, Munchen, 1985.
137. Weitbrecht, J.H. – *Psychiatrie im Grundriss*. Springer Verlag, Berlin, 1968.
138. Zamfirescu V. Dem. *În cautarea Sinelui*. Buc., Ed. Trei, 1999
139. Zweig, S. – *Die Heilung durch der Geist*. Insel Verlag, Leipzig, 1931.