

## IMPLICAȚII PSIHOMEDICALE ÎN ALCOOLISM

Sistemele de clasificare descriptive diferențiază abuzul de alcool cu consecințele somato-psihice de sindromul dependenței alcoolice și de conduitele alcoolice primare și secundare. În conduitele alcoolice primare consumul excesiv de băuturi alcoolice are un caracter precoce, spre deosebire de conduitele alcoolice secundare unde excesul de alcool este secundar unei tulburări mintale și contribuie la agravarea prognosticului. Conduitele alcoolice, ce se pot dezvoltă pe structuri particulare de personalitate, cunosc o evoluție permanentă sau paroxistică cu inducerea unei stări de dependență ce favorizează în timp instalarea etilismului cronic.

În literatura de specialitate nu există un consens privind definirea unanim acceptată a personalității alcoolice, actualmente tentându-se înlocuirea termenului de «personalitate alcoolică» prin alte noțiuni: personalitate prealcoolică și personalitate clinic alcoolică.

Personalitatea prealcoolică definește particularități structurale comune la persoanele predispușe să devină alcoolice, deși frecvent se constată și folosirea improprie în tentativa de definire a caracteristicilor de personalitate ale alcoolizatorilor aflați în asistența medicală.

Noțiunea de «personalitate prealcoolică» nu încearcă repetarea structurilor patologice și nici a tulburărilor psihice manifestate anterior alcoolizării, ci tentează identificarea unei constelații de trăsături de personalitate cu o evoluție comună la majoritatea alcoolizatorilor, ce ar favoriza alcoolismul aparent primar. Tendința precizării unui concept unic de personalitate alcoolică a dus la extinderea noțiunii, cercetările clinice longitudinale, psihometrice și psihodinamice urmăresc punerea în evidență a unor trăsături comune precoce ce ar constitui «factorii psihologiei de risc» la personalitatea prealcoolică. Asocierea alcoolismului cu o structură particulară de personalitate arată că această dizarmonie predispune sau determină alcoolismul.

Prezența sociopatiei sau depresiei, acompaniind alcoolismul, nu arată care o precede pe cealaltă și chiar dacă ar exista o succesiune temporală, cauzalitatea rămâne încă ambiguă. Alcoolicii pot comite acte minore sociopate, iar sociopatii pot bea mult, dar aceasta nu demonstrează că sociopatia este o trăsătură de personalitate prealcoolică la fel

cum depresia apărută înaintea alcoolismului poate fi o stare de boală diferită. Totuși pînă în prezent nici o teorie despre personalitate nu a diferențiat caracteristicile sau sindroamele centrale de cele periferice și de datele psihostructurale și constituționale.

Studiul etiologiei plurifactoriale a personalității alcoolice include și cercetarea factorilor ereditari și sociologici. Cercetările privind «ereditatea alcoolismului» comportă studii familiale și investigații pe gemeni și adopțiune. Importanța factorilor genetici în alcoolism este stabilită de natura familială a acestor cercetări, de concordanța semnificativ mai mare a gemenilor (identică față de cei frațerni) și de existența unui risc de patru ori mai mare pentru copiii alcoolizatorilor, chiar și în situațiile cînd sînt adopți imediat după naștere. Se pare că există o relație directă între creșterea ratei riscului pentru alcool, numărul de rude alcoolice și intimitatea relației genetice.

În etiopatogenia alcoolismului importanța influențelor genetice este reflectată de gene multiple ce interferează cu mediul, generînd un anumit nivel de risc, de vulnerabilitate moștenită «modestă, dar semnificativă» pentru alcoolism. Importanța factorilor demografici și socio-culturali, alături de alte cauze ce influențează etiologia alcoolismului, explică variabilitatea etiologiei adiționale cu relevarea unei complexități specifice. Acest lucru a impus extinderea cercetărilor pentru obținerea unor date necesare realizării unui model internațional multifactorial care să ofere caracteristica de «personalitate alcoolică».

Alcoolismul și aspectele sale particulare în perioada dezvoltării juvenile, sau la femei și anumite categorii profesionale, condiție ce-i generează multe din urgențele medicale prin auto- și heteroagresivitate, orientează asistența psihiatrică nu numai asupra situațiilor clinice de urgență, dar și a motivațiilor și factorialității conștiinței în riscul unor comportamente patologice.

Alcoolismul, a patra problemă de sănătate publică, este implicat în generarea comportamentului autolitic la aproximativ o treime din cazuri. În ceea ce privește frecvența tentativelor autolitice în raport de boala psihică incidența este evaluată la 32% la personalitățile dizarmonice, 28% în cazul p.m.d., 15% — epilepsie, 11% — alcoolism, 10% — schizofrenie și deliruri sistematizate, 3% — stări dementiale, 1% — oligofrenie. Se apreciază de asemenea că 20% din cazurile de alcoolism cronic recurg la tentative autolitice.

În alcoolism problema comportamentului autoagresiv se diferențiază prin gravitatea sa, întrucît se consideră că riscul de reușită este de 200 ori mai mare la populația masculină de aceeași vîrstă. Modalitățile de realizare ale actelor autolitice sînt de cele mai multe ori dramatice prin brutalitatea lor și pot surveni atît în faza depresivă a beției alcoolice, cît și în starea depresivă reactivă după episodul intoxicației acute, cînd bolnavul realizează starea și situația sa. Totodată deteriorarea progresivă somato-psihică și moral-socială a personalității indusă prin alcoolism ca și episoadele delirante cu conținut terifiant agravează starea depresivă putînd determina raptusul suicidal. Astfel comportamentul aberant și autoagresivitatea în alcoolismul cronic se pot manifesta prin automutilare, raptus suicidal, autoliza în episoadele oniróconfuzive, suicidul depresiv, suicid și/ sau omucidere.

Dezvoltarea comportamentului autolitic este favorizată de acțiunea unor factori negativi ambientali, atunci cînd lipsește capacitatea unei echilibrări și ajustări adaptative psihofiziologice corespunzătoare exigențelor etico-sociale. Dintre factorii ecologici pe primul loc se situează dezorganizarea mediului familial în care alcoolismul joacă un rol important. Tentativele autolitice survin într-un anumit moment de convergență al factorilor externi situaționali și al factorilor interni legați de structura personalității. Expresia suferinței subiectului este mai acută la vîrsta adolescenței, putînd să se manifeste uneori sub forma comportamentului autolitic, alteori prin delinvență sau toxicomanie (alcoolism). De asemenea nu este neglijat faptul că excesele alcoolice favorizează trecerea la actul suicidal și tocmai de aceea consumul abuziv de băuturi alcoolice și, mai ales, alcoolismul cronic reprezintă factori importanți în evaluarea riscului suicidal global.

Evaluarea comportamentului autoagresiv în alcoolism prin cercetarea și interpretarea unor date de observație clinică poate conduce la aprecierea incidenței și a factorilor de risc. Incidența crescută și gravitatea comportamentului autoagresiv în alcoolism sînt relevate în literatura de specialitate care consemnează că 20% dintre alcoolicii recurg la tentative autolitice ce reprezintă la rîndul lor 10% din totalul tentativelor suicidare.

Constatările clinice atenționează asupra necesității abordării profilactice a comportamentului autolitic și evaluării riscului suicidal în alcoolism. Aceasta implică dispensarizarea alcoolicii prin intermediul L.S.M. În raport de evo-

luție se va apela la internare și continuarea ambulatorie a terapiei complexe de reabilitare medicală, profesională și socială, precum și extinderea psihoterapiei individuale la nivelul familiei și grupului comunitar. Urmărirea adaptării unui comportament de integrare utilă în relațiile ambientale face necesară preluarea și continuarea unei dispensarizări active în rețeaua de medicină generală. La fiecare dintre aceste niveluri se va putea urmări activ de către medicul de circumscripție, în colaborare cu factorii comunitari, integrarea familială, reluarea activității profesionale, randamentul în muncă, adaptarea la relațiile de microgrup. Reunirea acestor date, sinteza anchetelor de teren, reexaminările periodice psihiatrice și psihologice, indicațiile terapeutice revin în sarcina specialiștilor din L.S.M. în paralel cu acțiuni în teren care vizează ameliorarea factorilor de mediu, recuperarea și profilaxia. Recomandările stabilite, ce definesc cadrul metodologic, solicită colaborarea în continuare a rețelei de medicină generală, utilă în finalizarea acțiunilor propuse, predicția riscului de comportament patologic și eficiența psihoprofilactică.

## SEMNIFICAȚII PSIHOLOGICE ÎN DISPENSARIZAREA AMBULATORIE

Studiile și cercetările privind starea de sănătate și patologie psihică se afirmă în sens antropologic prin abordarea modelelor psihocomportamentale și al personalității, cu implicare conceptuală și operațională în problematica asistenței populaționale. Organizarea de ansamblu a rețelei psihiatrice reunește, dar și diferențiază modalitățile de asistență medicală în profil, de o manieră complexă sub raport profilactic, curativ și recuperator. În acest sens unitățile de asistență psihiatrică apar corelate într-o activitate coordonată și unitară, desfășurată în etape succesive și dependente ale procesului complex de recuperare a bolilor psihice. Asistența clinico-terapeutică revine în primul rînd spitalului de psihiatrie ca for metodologic al asistenței teritorializate, fiind preluată și extinsă în ambulator de către laboratorul de sănătate mintală prin orientarea și organizarea dispensarizării bolnavilor psihici. De menționat

că centrul de sănătate mintală se diferențiază în tendința unui model multifuncțional de asamblare structurală complexă a activității extraspitalicești care să includă laboratorul de sănătate mintală alături de serviciul de zi, staționul cu paturi și serviciul de relații sociale.

Acțiunile curativo-profilactice și recuperatorii, ca și cele de dispensarizare, inițiate în spital se proiectează în activitatea LSM, care preia și continuă atât sarcinile de dispensarizare și asistență recuperatorie în dimensiunile lor medicale, profesionale și sociale, cât și asistența profilactică în incidență primară, secundară sau terțiară. Astfel sarcinile L.S.M. (laboratorul de sănătate mintală) cuprind o arie largă a problematicii de ambulator ca: studiul factorilor de risc și elaborarea acțiunilor de profilaxie primară; depistarea activă și precoce a bolilor psihice ca și a măsurilor de profilaxie secundară; dispensarizarea activă și urmărirea tratamentului de întreținere; rezolvarea problemelor de muncă, juridică și socio-familiale în cadrul acțiunilor de profilaxie terțiară; elaborarea măsurilor de psihoigienă și psihoprofilaxie în colectivități; îndrumarea metodologică a rețelei de medicină generală. Implementarea cercetării epidemiologice în asistența psihiatrică pornește de la necesitatea unei criteriologii nosologice prin validarea metodologiei de cercetare a bolilor psihice la nivelul cunoștințelor actuale despre natura și activitatea sistemului psiho-comportamental, precum și prin beneficiul adus în cunoașterea motivației și proceselor patologiei psihice, a distribuției, profilaxiei, predicției și asistenței la nivelul unei populații.

Orientarea asistenței psihiatrice în raport de indicii de incidență și prevalență face necesară o corectă evidență și dispensarizare a bolnavilor psihici prin intermediul LSM, ale cărui sarcini sînt stipulate de completarea formelor de înregistrare, ordonarea programului terapeutic și ocupațional, anchete de teren ca și stabilirea unei legături permanente cu familia, locul de muncă și dispensarele medicale teritoriale.

Psihiatria ca disciplină medicală integrativă, antropologică și socială al cărei obiect de studiu și intervenție este boala mentală și destinul celor afectați de aceasta, orientează prin competențele și proiecția sa interdisciplinară deschiderea comprehensivă față de problematica actuală a sănătății mentale, de promovare a sănătății și vieții, într-o formă optimă de afirmare a capacității ca valori fundamentale ale societății. Laboratorul de sănătate mintală a apărut ca o necesitate de prelungire a contactului direct cu

bolnavul psihic, de stabilire și realizare a unor măsuri profilactice și de recuperare, constituind totodată o verigă de bază a unui circuit continuu în care dispensarizarea realizează o supraveghere medicală activă curativo-profilactică individualizată pe categorii de boli psihice. Luarea în evidență a bolnavului se face după stadiul asistenței clinice și stabilirea diagnosticului, procesul dispensarizării cuprinzînd acțiuni de depistare, luare în evidență, urmărire activă și scoaterea din evidență. Metodologia dispensarizării necesită fișarea cazurilor prin carnet de dispensarizare, fișa de evidență, anchetă socială și anexarea examinărilor psihologice. Astfel fiecare caz dispensarizat poate beneficia de o asistență complexă — medicală (terapie medicamentoasă și psihoterapie, examinări medicale și psihologice), profesională (ameliorarea sau înlăturarea factorilor nocivi de la locul de muncă, reducerea sau modificarea programului de lucru, reorientarea sau pensionarea) și socială (ameliorarea unor factori negativi sociali și familiali) — prin intermediul unei echipe formate din medic psihiatru, pedopsihiatru, psiholog, asistente sociale cu concursul și implicarea factorilor de competență comunitară.

Colaborarea dintre medicul de medicină generală și psiholog este o relație de feedback necesară atât în urmărirea evoluției bolii, cât și în stabilirea metodelor terapeutice diferențiate de la caz la caz. Psihologului îi revine sarcina de examinare și adnotare în carnetul de dispensarizare, întocmirea fișei de examinare psihologică, amplă și descriptivă, ca prim contact, după care periodic consemnează observațiile și reexaminările. Totodată în cazurile indicate de medic se instituie ședințe de psihoterapie, prin care se urmărește recuperarea (pe funcții și tendințe de la caz la caz).

Astfel examinarea psihologică contribuie la nuanțarea și integrarea diagnosticului psihiatric, scopul psihodiagnosticului fiind reprezentat de reliefaarea unor date referitoare la personalitatea premorbidă, cât și a modificărilor suferite în procesualitatea bolii.

Instrumentarul metodologic de examinare psihologică, etalonat și validat de laboratorul clinic de psihologie al Spitalului Clinic de Psihiatrie «Socola» — Iași, cuprinde:

- metode de investigare și validare: anamneză și observație;
- teste psihologice:
- a) teste de eficiență și performanță:
- proba de corectură Bourdon-Antimov, proba de cal-

cul Kraepelin, proba de baraj Toulouse-Pièron, proba de atenție distributivă Praga;

— investigarea memoriei;

— testul I<sub>2</sub>, proba celor 15 cuvinte (Ray A), scala de memorie Weksler, bateria A. Binet;

— evaluarea nivelului intelectual;

— bateria W.A.I.S., matrice progresivă Raven, baterii K.L.T. cu care se stabilesc Q1 sau gradul de deteriorare mintală;

b) chestionare de personalitate;

— chestionarul Woodworth (W.M.), inventarul de personalitate Eysenk, chestionarul de anxietate Cattell, M.M.P.I.;

— teste proiective: T.A.T., Testul Szondi, testul Rosenzweig.

Stabilirea psihodiagnosticului la bolnavi dispensarizați are în vedere investigația de evaluare simptomatologică psihiatrică (regres—progres) în funcție de care se stabilesc alegerea instrumentarului testabil în concordanță cu dominantă procesului psihic (perturbarea proceselor psihice cognitive, ale afectivității, personalității), precizarea nivelului de școlarizare și integrarea socio-profesională.

Psihoterapia se diferențiază în funcție de starea prezentă și de durata evoluției bolii cu stabilirea recomandărilor medicale, psihocomportamentale, atitudinale. În cadrul L.S.M. se pot aplica psihoterapie: individuală (nondirecțivă), cognitivă, antianxioasă, antifobică și comportamentală. Psihoterapia familiei are un rol important în influențarea favorabilă a bolii, vizînd familia și mediul ambiant, sistemul de comunicare al familiei intern—extern, organizarea și ierarhizarea familiei, vizitarea și contactarea familiei, stabilirea stadiilor de structurare a familiilor cu bolnavi psihici, în cadrul unui program care urmărește readaptarea și reinserarea bolnavului în mediul familial.

Integrarea psihologului clinician în echipa de asistență a L.S.M., prin elaborarea psihodiagnosticului și psihoterapiei, extinderea activității la teritoriul arondat reprezintă etape importante în complexitatea acțiunilor de dispensarizare care contribuie la elevarea calității asistenței medico-sociale. Implicarea în programele psihoprofilactice și recuperatorii conduce la lărgirea posibilităților de intervenție în asistența ambulatorie, abordarea diferențială și competentă a fiecărui caz în parte, evaluarea epidemiologică și estimarea predictivă a implicațiilor comportamentale în evoluția bolii psihice. Considerăm că aceste date sînt sur-

gestive în reflectarea comportamentală și ridică problema orientării asistenței profilactico-curative, ca și a eforturilor de recuperare, care este scopul acțiunilor de dispensarizare, prin considerarea și diferențierea măsurilor adoptate în raport de prevalență, gradul de invaliditate și dificultățile de integrare familială și/ sau productivă. Totodată se atenționează asupra configurației epidemiologice și riscului comportamental patologic cu dirijarea în consecință a asistenței recuperatorii ca și a predicției implicațiilor medico-sociale în incidență exportală. Astfel orientările de perspectivă privind dispensarizarea bolilor psihice subliniază rolul perfecționării posibilităților terapeutice și amendarea acțiunii factorilor ambientali patogeni prin instituirea unor modalități diferențiate recuperatorii cu acțiune asupra situațiilor psihopatologice induse de procesualitatea bolii.

## RELAȚII MEDICO-PSIHOLOGICE ÎN PSIHOFARMACOLOGIE

Complexitatea relațiilor terapeutice în psihiatrie decurge din diversificarea, dezvoltarea și perfecționarea continuă a principiilor și metodelor de tratament, aspectele actuale psihopatologice și de morbiditate, mutațiile în configurația epidemiologică, precum și din sensurile relației dintre terapeut și pacient în convergența dintre psihiatrie, psihologie clinică și receptarea în planul relațiilor existențiale. Mijloacele terapeutice psihiatrice (biologice, psihoterapeutice, ocupaționale) se asamblează diferențiat în demersul recuperator în care perspectivele deschise de terapia psihofarmacologică restructurează fundalul psihoterapeutic al actului complex terapeutic.

Fără a insista asupra dezvoltării psihofarmacologiei, se cuvine totuși a consemna evoluția bioterapiei psihiatrice de la medicația simptomatică hipno-sedativă pînă la descoperirile farmacologice actuale și posibilitățile deschise de perspectivă abordării biochimice a metabolismelor neuronale într-o permanentă corelație dintre substratul biologic și implicațiile psihologice. Amintim doar că încă de la începuturile psihiatriei moderne s-au folosit în terapeutică alcaloizii de opiu și derivații morfinici, alcaloizii solanaceelor,

alcoolul, heșișul și serpentina rauwolfia, după anul 1826 sărurile de brom și cloralhidratul, iar din anul 1903 se inaugurează seria barbituricelor prin descoperirea barbitului și ulterior a fenobarbitalului și altor produși barbiturici. Chimioterapia psihotropă debutează în anul 1952 prin introducerea în terapeutică a clorpromazinei de către Delay și Deniker. Ulterior medicația psihofarmacologică s-a dezvoltat prin descoperirea a numeroase preparate cu efecte psihotrope (sedative, anxiolitice, hipnotice, antihipnotice, anti-depresive, psihostimulante sau psihodestructurante) care acționează la nivelul S.N.C. și exercită o acțiune farmacodinamică asupra întregului organism și îndeosebi asupra unor funcții psihice elementare ca vigilitatea conștiinței, activitatea pulsională sau afectivitatea. Cu referire la medicația antidepresivă, de la confirmarea în anul 1957 a proprietăților antidepresive ale iproniazidei și imipraminei s-au introdus în terapeutică o serie de noi preparate. Menționăm dintre acestea, într-o jalonare temporală, preparatele I.M.A.O. (izocarboxizida, nialamida, fenelzina, tramilcipramina), amitriptilina, triniipramina, sulpirida, antidepresivele cu structură originală (nomifonsina, viloxazina, fluvoxamina), antidepresivele tetraciclice (mianserina, maprotilina). La fel și în cazul medicației tranchilizante (anxiolitice), de la introducerea în clinică a meprobamatului (1954), clordiazepoxidului (1961), diazepamului (1962), gama acestora s-a extins cu rapiditate, ele reprezentând gruparea medicamentoasă cel mai bogat ilustrată. În domeniul substanțelor neuroleptice consemnăm descoperirea neurolepticelor care reprezintă un real progres în terapia bolilor psihice cu evoluție prelungită, fiind considerate «a treia revoluție în psihiatrie» datorită caracteristicilor farmacoclinice și avantajelor oferite prin creșterea complianței la tratament, eficiență clinică, certitudinea și spațializarea administrării, precum și modificarea favorabilă a relației medic—pacient prin individualizarea și continuitatea tratamentului în condiții de dispensarizare. Dintre substanțele psihoanaleptice consemnăm beneficiul terapeutic al psihotonelor de reglare metabolică de tipul piritoxinei (encephabel, piritinol) sau substanțelor nootropice ca piracetamul (neotropil, pyramem, piracetam).

La încercarea de cuprindere a tuturor medicamentelor psihotrope s-au elaborat numeroase clasificări (V. Predescu și colab., 1976; D. Ginestot, P. Peron-Magnan, E. Zarifian,

J. E. Chevalier, 1979; W. Poldinger, 1983; R. Spector, H. Rogers, D. Roy, 1987), care au la bază clasificarea propusă de către Delay și Deniker și în care substanțele psihotrope sînt grupate în trei mari categorii: psiholeptice (sedative psihice), psihoanaleptice (stimulante psihice), psihodislep-tice (perturbatoare ale activității psihice).

Psihofarmacologia are aplicații în multe domenii ale medicinei, deschizînd în psihiatrie «era psihofarmacologică» întrucît a «determinat a 2-a revoluție în psihiatrie» prin importanța beneficiilor aduse în terapia bolilor psihice. Aplicarea psihotropelor în clinică implică o complexă relaționare pornind de la necesitatea testării medicamentelor, a studiilor farmacodinamice, farmacoclinice și farmacoevidențologice, precum și a investigațiilor psihologice și asocierii psihoterapeutice.

Testarea de laborator a acțiunii și efectelor medicației psihotrope include experimentarea pe animale prin efectuarea unor teste de toxicitate acută, subacută și cronică, testarea efectelor neurodinamice, teste de motilitate, somn, temperatură, pentru cercetarea efectelor cataleptizante, reactivității emoționale, antireserpinice și a studiului comportamentului liber. Metodologia experimentală în studiul substanțelor antidepresive necesită o evaluare neurofarmacologică pentru determinarea profilului de acțiune prin metode specifice (cînd se cunoaște clasa din care fac parte) sau metode generale (în cazul unor structuri noi și necunoscute).

Cercetarea clinică experimentală psihofarmacologică implică multiple sensuri relaționale ce vizează investigarea completă a pacientului, precizarea diagnosticului, urmărirea evoluției bolii și efectelor diverse, examinarea psihologică în dinamică și abordarea psihoterapeutică. În acest sens ne vom referi la o serie de cercetări psihofarmacologice deschise, comparative, în simplu-orb sau dublu-orb, efectuate în clinica de psihiatrie, cu referire particulară la semnificațiile ce decurg din explorările psihologice atît ca psihodiagnostic, evaluare psihopatologică itemizată și eficiență psihoterapeutică.

Experiența acumulată ne permite referiri la medicația tranchilizantă (studii în dublu-orb asupra preparatelor: tofizopan, diazepam și nitrazepam versus placebo), medicația antidepresivă (cercetări clinice deschise, comparative în simplu și dublu-orb asupra preparatelor mianserină, maprotilină, viloxazină, sulpiridă, imopramină, amitriptilina, tryptizol, melitracen), studii asupra aplicațiilor și eficienței

clinice a neurolepticelor depôt. Metodologia studiilor efectuate standardizată în raport de preparatele cercetate a constat, în observație clinică, notarea momentului primei ameliorări și a ameliorării maxime, determinarea constantelor biologice, EEG, EKG și examenul F.O. inițial și la sfârșitul tratamentului, măsurarea T.A. și pulsului pe toată durata observației clinice și investigația psihologică la 0—7—14—21 zile.

Cadrul metodologic al studiilor întreprinse relevă unele observații semnificative privind implicațiile relaționale în tratamentul psihofarmacologic și aportul psihologiei medicale la actul terapeutic. Astfel studiul medicației tranchilizante, pe lângă evidențierea eficienței anxiolitice și indicațiilor clinice, atenționează și asupra «efectului placebo», când ameliorarea unor elemente psihopatologice survine ca rezultat al psihoterapiei mediate prin administrarea unui «preparat medicamentos» și prin efectuarea examinărilor psihologice și a investigațiilor clinice și de laborator.

Observația clinică și dispensarizarea unui lot de bolnavi schizofreni tratați cu neuroleptice depôt reliefează avantajele terapeutice și posibilitatea administrării ambulatorii într-o abordare psihoterapeutică, absorbție ocupațională și cooperare comunitară.

Medicația antidepressivă oferă un cadru optim cercetării experimentale, datorită posibilităților de observație în asistența clinică, investigație psihologică și estimare a rezultatelor într-o perioadă limitată de timp. În cercetările menționate s-a procedat la aplicarea dinamică la 0—7—14—21 zile a scalei Hamilton pentru depresie (HAMP) în varianta 21 de itemi și scalarea 0—4, concomitent cu chestionarele de evaluare DE—AN (40 itemi) și AM—LE (22 itemi) și un supliment dispozitiv testabil (ISDAN, W—M, Eysenk, chestionar anxietate, test I<sub>2</sub> și Rawen) aplicate la începutul experimentului în scopul surprinderii intensității simptomatologiei depresive.

Modalitățile de examinare psihologică probate în cursul cercetărilor clinico-experimentale sugerează certe beneficii în complexa relație a terapiei psihotrope cu psihologia clinică. Astfel, la prima etapă a stabilirii loturilor de cercetare, psihodiagnosticul contribuie la edificarea încadrării nosologice și a indicațiilor clinice ale medicamentului ce urmează a fi administrat, iar examinările psihologice ulterioare întregesc precizarea dinamică a diagnosticului clinic și prognosticului.

Sistematizarea influențelor reciproce între psihofarmacologie și psihoterapie realizează anumite tipuri de interacțiuni posibile. Acestea nu sînt univoc pozitive, în sensul că nu sînt convergente sau cumulative, astfel încît se constată din ambele direcții, efecte pozitive și negative:

— efecte pozitive ale psihofarmacologiei asupra psihoterapiei, care sînt ilustrate prin reducerea simptomatologiei și în special a tensiunii afective, anularea insomniei, ameliorarea capacităților de comunicare a contactelor interpersonale, favorizînd apariția unor noi posibilități de relaționare;

— efecte negative ale psihofarmacologiei asupra psihoterapiei, exprimate prin scăderea tonusului emoțional, a capacității de rezonanță afectivă și, consecutiv, prin «distanțarea» față de problematica situațională și interpersonală; se consideră totodată o diminuare a motivației de vindecare și a capacității de participare la actul terapeutic, prin accentuarea regresiei și perpetuarea dependenței, o dată cu creșterea încrederii «magice» în terapeut; acesta avînd posibilitatea utilizării medicației psihofarmacologice, este încurajat de a folosi acest mijloc terapeutic facil, cu tentația de a-l minui uneori mai mult autoritar-agresiv decît tolerant-comprehensiv;

— efecte pozitive ale psihoterapiei asupra psihofarmacologiei, care constau, în primul rînd, în facilitarea complianței pacientului privind prescripțiile medicamentoase ale terapiei; acest fapt, ale cărui implicații depășesc ariile medicale, avînd largi ecouri sociale, constituie premisa realizării unei autentice relații interpersonale;

— efecte negative ale psihoterapiei asupra psihofarmacologiei, relativ rar întîlnite și sporadic semnalate, care constau mai ales în creșterea anxietății ori a ideatei psihice, fapt ce interferează negativ acțiunea substanțelor neuroleptice.

Accastă sistematizare este larg orientativă și menționăm că interacțiunea dintre psihofarmacologie și psihoterapie nu poate fi standardizată, în practică necesitînd a fi individualizată. Cu toate discuțiile existente asupra reciprocității dintre psihofarmacologie și psihoterapie în sensul unor efecte pozitive și negative ale psihofarmacologiei asupra psihoterapiei sau asupra unor efecte pozitive și negative, ale psihoterapiei asupra psihofarmacologiei putem afirma că «montajul», psihologic, examinările repetate și aportul psihologului clinician realizează o veritabilă psihoterapie în contextul abordării psihofarmacologice ca validare farmaco-

psihoterapeutică și socioterapeutică. Aportul explorator și aplicativ al psihologiei medicale prin psihodiagnostic, evaluarea psihopatologică și psihoterapia susțin și racordează psihofarmacologia în complexitatea asistenței clinice, sudează echipa medicală în relația terapeutică prin elevarea competenței, comprehensiunea și ameliorarea bolii psihice.

### COMPONENTELE PSIHLOGICE ALE COMPORTAMENTULUI PATOLOGIC AUTODISTRUCTIV

Comportamentul uman autodistructiv neașteptat se caracterizează prin faptul că apare ca un act calculat pentru a fi fatal, după o decizie luată dintr-o dată, care nu este comunicată ori exteriorizată. Observațiile clinice îndelungate, acumulate, ne îndreptățesc să presupunem că acest tip de comportament autodistructiv cuprinde în matricea sa psihologică patru componente de valori psihoenergetice diferite, unele exprimând mai ales determinări de ordin intelectual sau afectiv, iar altele — atitudini de ordin general, cu privire la propriul eu. Aceste componente se organizează într-o adevărată ecuație matriceală, în care fiecare element intercorelează atât de strâns cu celelalte în sistemul personalității, încât acumulările apărute vor determina în final apariția unui câmp tensional exploziv, care va produce o îngustare și chiar strangulare a planului mental al persoanei, devenită din acest motiv foarte puternic afectivizată și, implicit, deosebit de subiectivizată în judecățile sale de autoevaluare. Dar să vedem mai precis care sînt semnificațiile psihologice ce pot fi acordate acestor patru componente matriceale ale comportamentului autodistructiv neașteptat și în ce mod pot ele intercorela în sistemul personalității.

Prima componentă, cu rol de percuție a unui astfel de comportament, o reprezintă starea de intensificare a dușmăniei (a aversiunii) persoanei în raport cu propriul eu. Caracteristica acestei necunoscute din ecuația comportamentului autodistructiv neașteptat o constituie faptul că ea apare dinăuntru structurilor analitice ale individului, în momentul cînd el devine propriul său dușman, singurul său

dușman. În această postură, scopurile și idealurile au o încărcătură neașteptată, dar vectorizate spre o traversare a psihicului său, de a funcționa conform unui scop, adesea opus, care apare în sistemul psihic.

Beneficiind de un instrument, de o scală-inventar standard pentru comportamentul psihopatologic prin tentative autolitice, am reușit să extragem, și să separăm așa-numitele lovituri ale dușmăniei. O serie de astfel de lovituri și-au găsit geneza, localizată mnezic și atitudinal, în timpul vieții, iar altele, cu o coloratură și încărcătură conflictogenă aparte, au fost localizate și perimetrizate temporar, într-un anumit moment al vieții. Insumate, aceste două secvențe denotă o puternică exacerbare a loviturilor dușmăniilor în interiorul individului, exacerbare care se situează prin intensitatea încărcăturii, peste nivelul obișnuit.

Cumularea actelor din acest moment se face și se întoarce împotriva intereselor lui. Cel în cauză nu mai este în stare, din punct de vedere atitudinal, să evite și să respingă cu abilitate și spontaneitate, presiunile și sentimentele de dușmănie, îndreptate împotriva propriei persoane.

În cadrul observațiilor sistematizate a cazurilor cu comportament autodistructiv neașteptat s-a constatat prezența unei corelații semnificative între «dușmănie» și «masochism» (acea modalitate a persoanei de a se autopedepsi, în care, pentru provocarea autopedepsirii, trebuie să întreprindă ceva neașteptat, dintr-o dată și necomunicat, să acționeze exploziv și agresiv împotriva propriilor interese). Putem generaliza, din experiența de observație clinică, din asistența de urgență psihiatrică a tentativelor autolitice, că uneori poate fi vorba de un masochism vătămător (acolo unde se manifestă un superego patologic, aceasta fiind o descoperire clinică mai puțin frecventă), iar alteori de un masochism general, care ar constitui de fapt condiția de bază a exacerbării stării de disconfort în raport cu propriul eu, care conduce la declanșarea unui viitor comportament autodistructiv imediat și neașteptat.

Totuși necunoscuta «dușmănie» din ecuația comportamentului amintit, nu ne asigură întotdeauna declanșarea unui astfel de comportament. Este necesară o a doua secvență psihologică, care să o completeze linear, dar și aproape paralel pe prima, denumită frecvent în literatura de specialitate sub mai multe denumiri terminologice: tulburare, dezordine, perturbare.

Tulburarea (lat. perturbatio-onis — tulburare, neregulă, patimi) se referă, în contextul ecuației componentelor psi-

hologice ale actului autodistructiv neașteptat, la maniera psihologică în care este deranjată starea de pace, de liniște, de echilibru sufletec; ea exprimă starea de indispoziție tulburătoare a unui individ, la un moment dat. Încărcătura conflictogenă cu conținut dușmănos este continuată (ori suprapusă) cu o tăcere totală, cu un mutism lipsit total de rezonanță afectivă ori comportamentală, retragere, violență excesivă sau hiperactivitate, introspecția dezordonată și ne-selectivă.

Investigațiile psihologice realizate au relevat faptul că structura psihologică compozițională a creșterii exagerate a tulburării la un comportament autolitic potențial asimilează cel puțin cinci condiții emoționale negative: a) deznădejdea (stresul negativ și depresia de doliu), depose-darea și necazul; b) atitudinea extrapunitivă (mânia, ura și agresiunea psihică); c) atitudinea intrapunitivă (remuș-carea, vinovăția proprie, depresiunea, conștientizarea răului și nevoia de autopedeșire); d) ieșirea prin retragere din statut și rol, abandonarea (cu sens de dezertare); e) lipsa afectivității, care este o varietate a situației de a fi «mort pentru restul lumii», cu dezgustul, amărăciunea și umorul batjocoritor sau amar. Se poate afirma, așadar, că este vorba de un lanț al emoțiilor negative, declanșat de procesul sporirii dușmăniei și tulburării.

Combinăția interferențială pe plan psihologic dintre intensificarea dușmăniei împotriva propriei persoane și spori-rarea exagerată a tulburării este abia începutul amestecului exploziv necesar pentru crearea cadrului psihologic necesar declanșării unui comportament potențial autodistructiv imediat și neașteptat.

Astfel se proiectează a treia necunoscută a ecuației componentelor psihologice ale actului autodistructiv, denumită în ecuația matriceală a tentativelor autolitice «constricție». Conceptul științific de «constricție» este utilizat de multă vreme în psihiatrie și în psihologie. El a fost formulat și de Ringel pentru a explica comportamentul autodistructiv ne-așteptat. Metaforic, el mai circulă și sub forma expresiei de «tunelul viziunilor» sau de «îngustare a ochiului minții», iar Boris Pasternak îl denumește intenționat «constricție mnezică», pentru a motiva psihologia tentativelor suicidare în rîndul poezilor ruși tineri.

În acest moment critic, gîndurile obișnuite, simplele sen-timente de iubire, de responsabilitate, nu mai apar perime-trizate și proiectate în minte și nu mai sînt utilizate în con-știință. Acum persoana în cauză crede că nu se mai poate

face nimic pentru a se salva și apare acel «tunel al viziunilor», în care focarul dominant este chinul imposibil, insu-portabil, iar emoția intolerabilă ca suportare. Apare și se instalează acea stare fatală sau fatalitate, care pentru cli-nicienii poate constitui un adevărat criteriu de validare pre-dictivă a încărcăturii psihopatologice celor trei componen-te ale comportamentului autodistructiv neașteptat.

Dar scînteia care aprinde acest amestec exploziv al stă-rii de letalitate este ideea că numai astfel se poate pune capăt durerii, proiectîndu-se astfel în mod spontan ideea de a opri, de a înceta, ca o soluție de ieșire din situație (în sensul răspunsului și rezonanței la problemele existenței și nu în sens clinic). Această idee a încetării (lat. queta-re — a opri dintr-o dată, pe neașteptate, a nu mai continua, a stagna, a întrerupe) încheie ecuația matriceală a celor patru componente ale actului autodistructiv.

Decizia unui astfel de comportament poate fi explicată psihologic ca un profil matriceal structurat pe aceste patru componente secvențiale, combinate într-o ecuație dinamică, cînd încărcătura lor se situează deasupra limitelor normale de suportabilitate sau a pragului liniar de pericol. Dinami-ca acestor componente, propulsarea lor în timp și spațiu, determină propunerea, dispunerea și impunerea unui act autodistructiv.

Descoperirea precoce a acestei situații, cu patru necu-noscute structurate dinamic și unitar, ar putea schimba di-recția intențională a comportamentului și s-ar putea ajun-ge la o selectare a tehnicilor de psihoterapie și a scheme-lor de tratament specifice unei urgențe psihiatrice.

În literatura de specialitate și în clasificările interna-ționale ale bolilor psihice, tipurile de comportament pato-logic autodistructiv, înregistrate în momentul descoperirii și asistenței lor, se prezintă criteriologic astfel: tentativă suicidară cu substanțe solide ori lichide; cu gaze de uz casnic sau cu alte gaze și vapori; spînzurare, strangulare și asfixiere; înec; arme de foc sau explozive; instrument tăios sau perforat; săritură de la înălțime; alte mijloace ne-precizate.

Elementele psihomedicale încorporate în comportamen-tul patologic suicidar se referă la procedurile de finaliza-re ale acestui act autodistructiv. Cele mai frecvente sînt:

— procedurile traumatice (arme albe, proceduri similare cu ace, cuie, andrele etc., arme de foc improvizate, proceduri de aruncare în gol de pe o stîncă, de la o fereastră, în fa-



ța unui automobil, tren ori în fața unei mașini industriale);

— proceduri prin arsuri (aprinderi, cremațiuni etc.);

— proceduri prin asfixiere (cu diferite substanțe), spânzurare cu suspensia completă ori parțială, strangulare directă prin obturarea căilor de acces respirator, submersia în mare, cadă cu apă etc., asfixiere prin vapori de carbon, prin gaze de iluminat, îngropare, electrocutare etc.);

— proceduri toxice (otrăviri vegetale și chimice).

Modul preferat pentru alegerea tentativei autodistructive se referă la așa-zisele tentative «pozitive», când se cere din partea celui ce decide o acțiune definitivă și directă: lovitură cu un cuțit, foc de armă, spânzurare și așa-zisele tentative «negative» (asfixiere cu gaz, otrăvire și inaniție).

Cele mai frecvente criterii întrebuintate în conduitele autodistructive pot fi clasificate în: criterii ușoare (curate, estetice) și brutale (repugnante și inestetice).

În afara criteriilor opționale psihologice, cercetările din clinicile specializate au înregistrat și unele criterii de naivitate a personalității (prezentarea teatrală sau dramatică a tentativei și actului autodistructiv, motiv romantic ori sentimental cu conținut pueril, aranjament vestimentar sârbatorec — femeia în doliu sau fata mireasă).

Cu regret, literatura mai citează și unele proceduri ieșite din comun (care au deja o semnificație patologică), acele maniere morbide care încorporează în ele un diagnostic (înghișirea unei pipe, baterea unui cui cu un ciocan în cap etc.).

În funcție de criteriul «sex», comportamentele autodistructive au semnalat și unele influențe personale și individuale în tentativele autolitice specific feminine. În delimitarea acestei sfere s-a ținut cont de ciclul menstrual (neregulat, absent, dacă tentativa a avut loc în timpul ciclului, după ciclu, în timpul săptămânii premenstruale), menopauza (începutul menopauzei, incapacitatea de a suporta bufele menopauzei și modificările ei).

Suicidul, ca act autodistructiv imediat și ca un comportament patologic, nu trebuie studiat fără a include și parametrii privind situația familială a pacientului care a încercat ori a reușit tentativa suicidară (necăsătorit, căsătorit, fără copii sau cu un copil, cu mai mulți copii, divorțat, celibat care trăiește totuși în concubinaj, dacă pacientul a fost asimilat din copilărie de alți părinți sau altă familie sau a fost expulzat ori părăsit de familia de origine, văduva veselă sau văduva neconsolată ori neconsolabilă).

Analiza psihomedicală a comportamentului patologic autodistructiv trebuie să includă în calcul potențialul suicidar și tipul de mamă ori tată a persoanei suicidare (persoane care-și cresc și educă copiii, care s-au despărțit voit ori nevoit de copil ori copii, în altă familie — într-o instituție specializată de ocrotire și protecție socio-familială, dacă a fost un copil abandonat).

Și tipurile monogamice de familie nu trebuie neglijate în studiul psihomedical în comportamentul patologic autodistructiv.

În afară de familia ideală, mai există și alte tipuri de familie care ar putea favoriza actul autodistructiv comportamental (căsătorii precece, nedorite de parteneri ori de părinți, impuse — sarcini nedorite, viol, șantaj).

Statisticile de specialitate au mai inclus și un alt parametru psiho-familial care se referă la faptul dacă în familia unde s-a produs actul autodistructiv există ori nu raporturi de apartenență reciprocă, dacă există sau nu o polarizare a activității individuale, dacă familia este ori nu este generatoare de conflicte intrafamiliale, dacă în familie s-a produs un transfer afectiv de la starea de mariaj la starea de văduvie etc.

Situația profesională nu trebuie deloc neglijată ori exclusă din statisticile factorilor suicidogeni. Aici trebuie înregistrați parametrii privitor la statutul și rolul profesional al subiectului luat în studiu: fără profesie, cu profesie flotantă, agricultor, muncitor necalificat, calificat, maistru, tehnician, funcționar, lucrător cu studii superioare de specialitate, la care trebuie adăugate și alte structuri de activitate profesională și ocupațională, care în ultimul timp au devenit un «lot special» greu de depistat, asistat și omologat (elevi, studenți, pensionari, militari, imigranți sosiți din străinătate, profesiuni pe baza liberei inițiative, profesiuni comerciale apărute în perioada de tranziție, profesiuni industriale în care a apărut fenomenul de șomaj, navetiști și persoane care sînt considerate nemulțumite de aplicarea legii funciare etc.).

Densitatea spațială a indivizilor cu tentative autolitice și cu destructurări comportamentale variază în funcție de spațiul vital de conviețuire și activitate: indivizi care lucrează în spații foarte limitate, închise și izolate, indivizi care lucrează în cartiere nesupravegheate și cu populație heterogenă, indivizi cu o mare cheltuială nervoasă, de adaptare la noile condiții de concurență de piață, în care variază victoriile și înfrîngerile și apare falimentul.

Modul de viață al persoanelor care au decis un act autodestructiv se referă la: modul de viață intensă, accentuată, multiformă, supraactivă, mod de viață lent la o persoană mobilă, mod de viață uniformă la o personalitate care preferă variațiile, viața simplificată și viața din micile provincii în care individul se consideră exilat.

Particularitățile psihomedicale în comportamentul patologic autodestructiv nu trebuie să excludă din studiu elementele legate de psihologia particulară a individului, care favorizează în timp și spațiu, latitudinal și longitudinal, aspectele de comprehensiune ale tentativelor autolitice: personalitățile puțin dezvoltate (imature), sugestibile (ușor induse), plastice, rutiniere, conformiste, cu conștiință diabolică față de dinamica grupului interpersonal, cu dezvoltare afectivă exagerată față de puterea socială.

Concomitent cu aceste particularități trebuie corelate situațiile de risc comportamental autodestructiv și cu alte tipuri de structuri de personalitate: structuri slab disociate, discontinui, autonome în realizarea dorințelor primare și rudimentare, personalități refractare la tutele, cu o constituție structurală acută, cu dezvoltare afectivă ieșită din comun față de potențialul individual și calitatea dorită de a fi lider.

Analiza transculturală a fenomenului luat în discuție trebuie să includă neapărat și parametrul de educație a suicidului, contagiunea autolitică, contaminarea autolitică, epidemia autolitică (imitație directă, indirectă) la care trebuie adăugat și un nou aspect referitor la împrejurările care au putut induce actul autodestructiv: gesturi autolitice, noțiuni despre tentativele autolitice aflate ori auzite din întâmplare (bîrfă, cafenea, cîrciumă), participarea întâmplătoare la un eveniment brutal autolitic, care l-a frapat pe individ și care ar fi putut avea o valoare relevantă, educație pasivă indirectă (a ascultat cu o curiozitate deosebită despre o tentativă autolitică a altcuiva, precum și detalii asupra realizării acesteia într-un moment de mare inducție, mijloacele mass-media din ultimul timp ori cu timp îndelungat, care au rămas imprimare în subconștient și s-au reactualizat, alegerea unui «model suicidar», care a putut precipita o cristalizare ideativă autolitică, ascultarea sau învățarea unor cîntece de tipul «suicid song», sugestive și depresive pentru o inducție suicidară).

Modul în care a fost pregătită tentativa autolitică este o altă fațetă a personalității, comportamentului patologic autodestructiv: cu discreție (în special în depresie) sub

acțiunea unor impulsii patologice cu dorința de a nu fi finalizată (demonstrativă) și cu dorința de a fi un act autodestructiv sigur.

Mulți cercetători au introdus în calcul riscul suicidogen și aspectul tipurilor de categorii de ereditate la indivizii care au decis actul suicidar: dacă tentativa relevă sau nu o psihoză, dacă provine dintr-o familie cu psihoză maniacodepresivă, dintr-o familie schizofrenă sau alte tipuri de familii patologice, dacă cauzele reale, în care actul autodestructiv a devenit sau a căpatat valoarea unei adevărate «drame de familie», dacă pacientul este catalogat ca un psihopat, dar face o tentativă la aceeași vîrstă cu unul din membrii familiei sau o execută în același mod, în același anotimp și în aceleași împrejurări.

Constituția mentală a structurii de personalitate a individului care comite un act autodestructiv patologic trebuie să se refere la două elemente de bază:

a) tendința spre tentativă reprezintă sensul specific al unei constituții oarecare;

b) tentativa prefigurează în mod reacțional.

Ca în orice studiu dinamic al particularităților psihomedicale în comportamentele patologice în general, și în cazul nostru nu trebuie neglijate datele anamnestice privind caracterul pacientului în momentul deciziei actului autodestructiv: avea pacientul o dispoziție tristă (nu, da, foarte evidentă, manifestat total și observată și de alții), avea un caracter expansiv, vesel, firea lui în acel moment emana sociabilitate, izolare și introversiune, comportament rece, pasional, sistematic, unificat ori disperat.

Actul autodestructiv patologic depinde din punct de vedere psihologic și de structura reacțională de personalitate, pe care literatura de specialitate o clasifică astfel: introvertiții, extravertiții, egoiștii, altruștii, realiștii, idealiștii, plasticienii și regizorii.

Totuși comportamentul patologic autodestructiv apare ca o reacție morbidă iar dacă este vorba de o maladie ori de o configurație sindromologică, nu trebuie neglijate cel puțin trei mari proprietăți biologice fundamentale:

— motilitatea (care dă naștere activității și care reprezintă dispoziția);

— nutriția (care generează aviditatea);

— generarea (care fondează calitatea bună a caracterului).

Concomitent cu structurile și contribuțiile patologice încorporate și asimilate în actul suicidar, trebuie stabilită o

corelație și o dependență reciprocă între acestea și contribuțiile psihotice (înnăscute, dacă nu ereditare) pentru individul care a comis actul autodistructiv:

- constituție ciclotimică, emanată din activități;
- constituție hiperemotivă provenită din emotivitate;
- constituție paranoidă născută din aviditate;
- constituție perversă desprinsă din brutalitate;
- constituție mitomanică derivată din sociabilitate.

Apriori, apare următoarea interogație care din cele cinci constituții reprezintă infirmități mentale și din exagerările cărora iau naștere următoarele maladii în cazul tentativelor autolitice:

- psihoza maniaco-depresivă pe teren ciclotimic;
- psihoza emotivă pe teren hiperemotiv;
- psihoza paranoică pe teren paranoid;
- nebulie morala pe teren pervers;
- isteria pe teren mitomanic.

O altă întrebare își așteaptă răspunsul în cadrul comportamentului patologic autodistructiv — din care configurație psihopatică face parte tentativa autolitică:

Melancolia anxioasă, provine din asocierea ciclotimiei depresive și a hiperemotivității.

Delirul de revindicare provine din asocierea ciclotimiei hipomaniace și paranoice.

Statisticile cu privire la elementele psihomedicale în comportamentul autodistructiv induc în calcul și formele neclinice ale tentativelor autolitice, amintind și de existența:

tentativelor de tip automat, mai mult inconștient decît impus, care pot fi la rîndul lor de tip:

— automat — inconștient (fără motiv aparent, fără motiv cunoscut, fără o maladie morbidă și unde poate fi vorba chiar de un echivalent epileptic); automat — conștient (impulsul de a urî subconștiința subiectului, fără ca voința să participe la acest act).

tentativă autolitică emotivă: forma activă (cu excitație, agitație, hipertonie simpatică) și forma pasivă (cu depresie, imobilitate, hipervagotomie);

tentativă autolitică pasională;

tentativă autolitică rațională.

Structura compozițională suicidară evidențiază și o grupare aparte de acte autodistructive cunoscute în literatură sub denumirea simplă de «tentative autolitice false»: crimă și tentativa de crimă, suicid ori tentativă de suicid și accident ori tentativă autolitică prin accident.

Un capitol destul de voluminos, care se îmbogățește cantitativ și calitativ pe an ce trece, îl constituie motivațiile declarate de pacienții în viață, care au comis actul autodistructiv. Inventarul cu cea mai mare rată declarativă ar fi următorul:

— stare de sănătate psihică sau somatică neplăcută și insuportabilă;

- insuccese profesionale;
- dificultăți familiale (impacte, conjugopatii);
- carențe afective;
- conflicte de origine sexuală;
- pierderea neașteptată a unui partener apropiat;
- traumatisme psihice, fizice sau sociale;
- stări stresante insuportabile;
- stare de alcoolism avansată;
- frica de răspundere transformată în angoasă;
- rușinea sau regretul pentru unele fapte comise în neconcordanță cu statutul real ori recunoscut sau dobîndit;
- căsătorii distruse;
- un partener alcoolic care maltratează pe celălalt partener;

— conjugopatii cu coloratură frigidă sau legată de impotență;

— brutalitatea și severitatea în educarea unui membru de familie;

- inducție prin mijloacele «mass-media»;
- conflicte după un număr mare de eșecuri datorită diminuării dinamicii sexuale în viața matrimonială și familială.

Studiul individual și asistența de urgență psihiatrică a fiecărui caz în parte a oferit posibilitatea echipei terapeutice de a urmări răspunsul verbal și intențional în astfel de acte, înregistrîndu-se următoarele formulări:

— răspunsuri cu ușurință și simplitate despre actul concis;

— răspunsuri care proiectează unele ideaii autolitice anterioare, dar nerealizate și pe care le-a depășit mai ușor sau mai greu;

— răspunsuri «cu regret» cu rezonanță afectivă pozitivă despre actul comis;

— confirmații prin care subiectul recunoaște sincer că actul autodistructiv intenționat a avut un scop pe care nu-l putea declara înainte de a se decide (fie din lipsă de încredere, fie din lipsa unui psihoterapeut);

— nu au lipsit răspunsuri care se refereau la scopul au-

tolitic de a recîştiga unele drepturi pe care el le consideră îndreptăţite;

— motivaţii afective prin care «s-a urmărit ceva» (de obicei astfel de drepturi afective nu vizau drepturi ori cîştiguri materiale);

— răspunsuri repetabile atît pentru actul comis, cît şi pentru faptul că s-a traumatizat fizic şi psihic într-un mod neprevăzut şi neluat în calcul;

— puţine, dar concludente, răspunsuri prin care se solicită sprijinul unui psihoterapeut competent şi discret;

— un număr impresionant de răspunsuri, oferite atît la începutul, cît şi la sfîrşitul asistenţei psihiatrice de urgenţă, se refereau la intenţionalitatea de repetabilitate a actului autodistructiv (imediat, mai tîrziu, cu aceleaşi mijloace, cu o siguranţă că actul va fi finalizat definitiv, mai brutal şi mai categoric).

Asistenţa de urgenţă psihiatrică pentru pacienţii care au comis actul comportamental patologic autodistructiv a inclus şi un eşantion de subiecţi care aveau la activ mai multe tentative autolitice. Analiza răspunsurilor verbale asupra actului autodistructiv a înregistrat următoarele forme:

— s-au repetat aceleaşi mijloace şi procedee;

— mijloacele utilizate ultima oară au fost inofensive;

— mijloacele preferate au fost mai puternice şi mai dureroase;

— mulţi au apreciat efectul negativ al sechelelor restante, ceea ce-i va face să repete actul autodistructiv.

Aplicarea scalei de observaţie semiologică a riscului comportamental auto- şi heteroagresiv a confirmat prezenţa agresivităţii împotriva propriei persoane, iar scala de anxietate a evidenţiat tendinţe puternic recenstate de anxietate ca stare şi trăsătură, cu valoare şi semnificaţie clinică:

Scala Hamilton (depresie) aplicată în Clinica de Psihiatrie pentru cazurile cu tentative autolitice a detaşat şapte itemi cu valori ridicate: anxietate psihică, depresie anxioasă, tristeţe-pesimism-tendenţă spre plîns, pierderea interesului pentru activitate şi incapacitatea de a face faţă solicitărilor, anxietate somatică, simptome paranoide şi sentimente de vinovăţie şi culpabilitate.

Cercetările efectuate pe un eşantion din grupa patologică depresiei au semnalat următoarele informaţii:

în depresia organică s-au semnalat traumatisme cerebrale, arteroscleroza cerebrală şi tumori cerebrale;

în depresiile organice simptomatice au fost detaşate: hipertensiile, neoplasmale, leuconevraxitele şi simptomatologia reticulară cutanată;

în depresiile de involuţie s-a apreciat deteriorare precoce, mascată, difuză şi nesistemată;

în depresiile endogene, asociate cu stările depresiv-reactive am înregistrat stări de tristeţe, descurajare, autoacuzare, lipsa unei speranţe şi dorinţa de a scăpa de o asemenea stare.

Toxicomania în timpul actului autodistructiv a fost înregistrată astfel:

— tentativa a fost comisă după consum de alcool 52%, în stare de ebrietate 28% şi după abinenţă 10%.

Analiza foilor de observaţie a pacienţilor care au beneficiat de un tratament intensiv de urgenţă medico-psihiatrică a permis să desprindem un inventar şi un tablou simptomatologic al potenţialului de risc suicidar pentru actul autodistructiv prin comportamentul psihopatologic (tablou care poate fi discutat, deoarece sînt prezentate: rezultatele obţinute doar pe un eşantion limitat), deşi acest evantai simptomatologic are elemente comune cu cele oferite de statisticile Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii:

— insomniile de lungă durată, mai ales în partea a doua a nopţii, uneori cu un conţinut de risc distructiv;

— agitaţie anxioasă generalizată şi sistematizată, rigiditate accentuată afectivă şi cu vectorizare agresivă;

— depresie accentuată diurnă cu idei de inutilitate, culpabilitate, vinovăţie şi autoreproşuri;

— sentimente grave de autoapreciere cu o coloratură de inferioritate şi autoacuzare, inhibiţie psihokinetică cu pierderea iniţiativei pentru activitate (lentoare ideomotorie şi ideoafectivă);

— diminuare ponderală marcată;

— inhibiţie generalizată asociată cu diminuarea dinamicii sexuale, teama obsedantă de a nu deveni un bolnav psihic ori de a nu face rău cuiva;

— oroarea intenţionată de a nu comunica cuiva despre unele simptome şi ideile autolitice şi frigiditate la influenţa faţă de mediu.

— halucinaţii imperative sistematizate cu îndemn autodistructiv.

În perspectiva cercetării şi în concepţia celor două Şcoli de Psihiatrie din Iaşi şi Chişinău a prezenţei şi asistenţei suicidului putem distinge:

- aspectul individual și personal al comportamentului autodistructiv patologic și al conduitelor distructive;
- aspectul social;
- aspectul instituționalizat în polimorfismul conduitelor autoagresive.

Criteriile propuse se limitează pînă la comprehensiunea psihiatriei actuale ca asistență a stării de sănătate mentală, a prevenirii intenției și a realizării sale sub raport individual și general. Acest model de cercetare a comportamentului autodistructiv permite analiza suicidului prin incidența unor factori patogeni, descrierea sa semiologică și unele aspecte particulare, raportul dintre auto- și hetero-agresivitate și unele aspecte de prevenire a conduitelor autodistructive.

Așa cum preciza șeful Clinicii de Psihiatrie din Iași, prof. Dr. T. Pirozynski, în dimensiunea psihiatriei actuale, conduitele suicidare dețin o semnificație relațională și psihopatologică, cu factori de risc, aspecte de patogenie și semiologie și de asistență preventivă, ca și provocarea implacabilă și protectivă a unei condiții umanitare și morale.

În final trebuie reținut că în toate statisticile internaționale conduitele suicidare dețin o frecvență semnificativă mai mică decît tentativele autodistructive de suicid, cu alternanță ori dominanță generală și polimorfă a conduitelor agresive.

O astfel de interpretare a particularităților psihomedicale în comportamentul patologic autodistructiv în acest context de riscuri potențiale, disociabilitate relațională sau patologie stabilită, oferă caracterul interacțional și comprehensiv al promovării psihiatriei actuale și criteriile sale de cercetare și asistență.

## PSIHOLOGIA STĂRILOR DE AGRESIVITATE

Agresivitatea poate fi considerată ca fenomen general al speciei cu forme și manifestări particulare viabilității sale caracteristice. În condițiile umane ea se poate exprima sub forme diferite, deseori aparente și potențial convertite, după particularități individuale, ca și cele induse reciproc, în situații de grup sau cu extindere colectivă.

Actualitatea tematică a conduitelor agresive cuprinde dimensiunea și gradul de înțelegere pe care-l acordăm devianței. Ea se exprimă ca stare diferită de sănătate mentală, stare ce o atribuim psihiatriei contemporane ca un sistem medical integrativ, antropologic și social. Devianța constituie în acest sens una din sursele implicate și semnificative ale conduitei agresive.

Exprimarea și tipologia devianței cuprinde aspectele psihocomportamentale ontologice sau patobiografice ale unei personalități, caracterul lor durabil și constant sau numai situațional și psihoreactiv pasager.

Psihopatologia clinică prin analiza sa medicală înțelege devianța personalității ca o «anormalitate» față de relațiile sale funcționale și de viață.

Este firesc ca, revenind asupra conduitelor agresive, a caracterului lor complex și al devianței ca sursă potențială a acestor conduite, să nu comitem atributul deseori implicat de psihiatrie sensului ce se acordă și unor categorii (umane) numite ca: marginale, subdezvoltare și subcultură, insuficiență și carență informațională—factori materiali, culturali și morali ce acționează asupra nivelului și proiecției sănătății mentale.

Mobilitatea și gradul general și caracteristic nivelului de organizare și funcționare interumană se referă, în semnificația medicală, la concepte generale numite în ansamblul lor, ca dezorganizare, perturbare sau patologie socială. Sensul multimodal al acestui concept este interdisciplinar, dar competența pentru cercetare și asistență în psihiatrie deține în mod firesc doar limitele medicale și criteriile lor de validare.

Ca patologie individuală, cu dimensiuni relaționale și sociale pot fi exemplificate sinuciderile, crimele omucidere, narcomanii, alcoolismul, prostituția și altele. Ca patologie de grup pot fi alăturate, de exemplu: dezorganizarea relației familiale și conjugatiile, delicto-agresivitatea organizată, discriminarea etnică, rasială și confesională, ca și opinii de sistem ideologic și totalitar.

Dezorganizarea socială se referă la numeroși factori, la ansamblul lor și la acțiunea și influența predominantă a unora dintre aceștia.

Teoriile diferite ce se acordă semnificației dezorganizării sociale devin relevante pentru conduitele agresive umane, dar sub raportul lor valoric exprimă și definesc atitudinile deviante ca și riscul lor patogen.