

Există variate tipuri de aparate pentru efectuarea electroșocului. Anumite aparate produc forme de unde bidirecționale sinusoidale sau sinusoidale modificate, altele o stimulare unidirecțională. În Marea Britanie cele mai multe aparate aparțin ultimului tip. Pînă acum, nu există un motiv precis pentru a prefera un tip de aparat, pentru că nu este încă sigur dacă este mai importantă cantitatea de electricitate eliberată (sarcina), energia sau peak-ul inițial de curent. (Informații utile despre aceste probleme se găsesc în Apêndixul 6 al monografiei lui Pippard și Ellam 1981). Este bine să studiem instrucțiunile producătorilor pentru fiecare aparat, să întretinem și să testăm regulat aparatul pentru a ne asigura că este nepericulos și că eliberează o cantitate corectă de curent. Este de asemenea important să avem un aparat modern de rezervă.

Electrozii sînt fie montați împreună pe o cască, fie ținuți separat, cîte unul în fiecare mîină a operatorului. Ultima dispunere face mai ușoară obținerea unui bun contact cu ambii electrozi.



Fig. 17.2. TEC unilaterală. Electrozii sînt plasați: A: 4cm deasupra punctului mediu dintre meatul auditiv și unghiul extern al ochiului; B: 10 cm de primul, deasupra urechii. (După Crammer, J., Barraclough, B, și Heine, B. (1982), *Folosirea medicamentelor în psihiatrie*, Gaskell, London.)

Este esențială observarea cu atenție a pacientului pentru depistarea semnelor accesului. Dacă s-a atins o miorelaxare suficientă accesul ia următoarea formă. Mai întîi mușchii feței încep să tremure și gura rămîne deschisă, apoi pleoapele superioare, policele și halucele se contractă ritmic timp de aproape jumătate de minut. Este important să nu confundăm aceste mișcări convulsive cu spasmele musculare date de depolarizarea produsă prin suxametoniu. Monitorizarea EEG a fost folosită pentru a verifica dacă o convulsie a fost indusă, dar înregistrările pot fi interpretate cu dificultate datorită artefactelor musculare produse prin stimularea directă a mușchiului frontal. O alternativă constă în a izola unul din antebrațe de efectele miorelaxante. Aceasta poate fi obținută prin umflarea manșonului tensiometrului la o presiune mai mare decît cea sistolică, înainte de a fi injectat relaxantul; această presiune este menținută în timpul perioadei în care trebuie să apară convulsia și apoi se desumflă manșonul. Activitatea convulsivă poate fi observată în mușchii părții izolate a brațului. Cînd stabilim presiunea adecvată din manșon trebuie să ne amintim că presiunea sistolică în timpul convulsiei crește; dacă manșonul nu are suficientă presiune, relaxantul poate trece în acest timp în antebraț.

După convulsie, plămîinii sînt pe deplin oxigenați cu aerul din respirator. Pacientul rămîne în grijă anestezistului și sub observația atentă a surorii pînă la reluarea respirației și restabilirea conștienței. În timpul restabilirii pacientul va fi întors pe o parte și îngrijit în același mod ca orice revenire dintr-o anestezie după o intervenție chirurgicală minoră. O soră calificată va fi prezentă pentru a îngriji și liniști pacientul. Între timp, psihiatrul notează data, tipul de aplicare a electrozilor, medicamentele

folosite și cantitatea de curent, împreună cu o scurtă descriere a accesului și a oricărei probleme apărute. Când pacientul s-a trezit și este orientat, el trebuie să rămână liniștit, să se odihnească aproximativ o oră pe patul său sau într-un scaun.

Dacă TEC este practicat vreodată la un pacient din ambulator, este deosebit de important să fim siguri că pacientul nu a mâncat și nu a băut înainte de a ajunge la spital. El trebuie să rămână liniștit câteva ore și să nu plece pînă cînd nu e sigur că restabilirea lui e completă; el va pleca însoțit de un adult demn de încredere, de preferință cu o ambulanță și, desigur, nu va merge pe bicicletă și nici nu va conduce automobilul. Autorii cred că este de dorit ca pacienții să fie internați pentru TEC.

Cea mai importantă problemă, în afara celor legate de procedura anestezică este eșecul producerii unei convulsii clonice (o contracție tonică produsă de curent nu trebuie să fie confundată cu o convulsie). Dacă este sigur că nu s-a produs convulsia, trebuie verificat aparatul, electrozii și contactul cu pielea. Astfel, posibilitatea unui scurtcircuit dat de excesul de umezire a scalpului trebuie să fie luat în considerare. Dacă toate acestea sînt excluse, pacientul poate avea fie o rezistență deosebit de mare la trecerea curentului electric prin țesuturile extracraniane și cutia craniană, fie un prag convulsiv înalt. Sarcina curentului electric poate fi apoi crescută cu 5 jouli și se mai poate aplica încă o stimulare. (Nu este o bună practică aceea de a "merge la sigur" prin aplicarea de doze mai mari la toți pacienții, deoarece gradul de deteriorare a memoriei după tratament depinde de curentul folosit).

Frecvența și numărul ședințelor TEC

În Marea Britanie ECT bilaterală este de obicei aplicată o dată pe săptămîină, deși în cazurile urgente pot fi folosite în prima săptămîină trei aplicații. Dacă tratamentul este practicat de trei ori pe săptămîină timp de mai mult de o săptămîină, TEC unilaterală este de preferat pentru că provoacă tulburări mai mici de memorie.

Decizia cu privire la durata curei de TEC depinde de experiența clinică, din moment ce nu există informații relevante din probe clinice. Cura de TEC cuprinde 6, maximum 12 ședințe. Evoluția trebuie evaluată cel puțin o dată pe săptămîină; există, de obicei, doar o modestă ameliorare după primele 2-3 ședințe, după care urmează o îmbunătățire progresivă a stării pacientului. Dacă răspunsul terapeutic este mai rapid se vor practica mai puține ședințe. Dacă nu există răspuns terapeutic după 6-8 ședințe, cura este, de obicei, abandonată din moment ce este puțin probabil ca prin continuarea ei să producă o modificare utilă.

Cum unii pacienți recad după TEC, spre sfîrșitul curei se va începe administrarea antidepresivelor pentru a reduce riscul recăderii. În trecut TEC "de întreținere" era uneori practicat la fiecare 2-4 săptămîni cu scopul de a preveni recăderea. Nu este clar dacă această procedură este mai eficace decît prescrierea de medicamente antidepresive, cî toate că se recurge uneori la ea în rarele cazuri de tulburări depresive refractare, care nu au răspuns la doze terapeutice adecvate de antidepresive administrate singure sau în combinație.

Aspecte medico-legale, inclusiv consimțămîntul la TEC

Înainte ca pacientului să i se ceară consimțămîntul cu privire la TEC, este important să-i explicăm procedura, să-i indicăm beneficiile așteptate și posibilele riscuri (în special efectele posibile asupra memoriei). Importanța acestui pas este subliniată de constatarea (Freeman și Kendell 1980) că doar o cincime din pacienții cărora li se aplică TEC cred că au primit o explicație adecvată. Mulți pacienți se așteaptă la perturbări severe și permanente de memorie după tratament și o parte se așteaptă chiar la TEC neprotejată. După ce medicul s-a asigurat că pacientul a înțeles ceea

ce i s-a spus, îi va cere să semneze o formă standard de consimțământ, pentru întreaga cură de TEC și nu doar pentru o ședință (deși el poate refuza continuarea curei în orice moment). Toate acestea vor fi făcute de un medic și nu de un alt membru al personalului.

Dacă pacientul nu-și dă consimțământul sau este incapabil să o facă pentru că este în stupor sau din alte motive și dacă procedura este neapărat necesară, în Regatul Unit următoarele măsuri trebuie luate. Prima măsură e de a hotărî dacă există motive pentru invocarea secțiunii corespunzătoare din Mental Health Act (vezi Apendicele). Această secțiune nu permite nimănui să-și dea consimțământul în numele pacientului, dar stabilește criteriile de apreciere a bolii psihice și a necesității tratamentului. În Anglia și în Țara Galilor, Mental Health Act 1983 cere să fie obținută în prealabil și opinia unui alt specialist independent. Prevederile actului sînt schițate la pag. 707. Cititorii din alte țări trebuie să se informeze cu privire la reglementările legale în vigoare din statele respective. Dacă decizia a fost luată cu grijă, rar se întîmplă ca pacienții ce și-au revenit să conteste acest tratament. Dimpotrivă, cei mai mulți recunosc că tratamentul i-a ajutat și înțeleg de ce a fost necesară aplicarea lui fără consimțământul lor.

Psihochirurgie

Psihochirurgia se referă la folosirea procedurilor neurochirurgicale în scopul modificării simptomelor bolii psihice prin intervenție fie la nivelul nucleilor, fie la nivelul substanței albe cerebrale. Psihochirurgia a debutat în 1936 cu activitatea lui Moniz, a cărui operație consta într-o secționare extensivă în substanța albă a lobilor frontali (leucotomie frontală). Această operație extensivă a fost modificată de Freeman și Watts (1942), prin incizii coronale mai mici în lobii frontali prin orificii laterale de trepan. Deși așa-numitele lor leucotomii standard erau departe de a fi standardizate anatomic și generatoare de inacceptabile efecte secundare (vezi mai departe), procedura a fost mult folosită în Marea Britanie și în alte țări. Entuziasmul legat de ameliorările inițiale a scăzut apoi datorită efectelor adverse: deteriorare intelectuală, labilitate emoțională, dezinhibiție, apatie, incontinență, obezitate și epilepsie. Aceasta a condus la căutarea de secțiuni mai restrictive, capabile să producă aceleași beneficii terapeutice fără aceste consecințe adverse. S-a obținut un oarecare progres, dar, în același timp, înaintarea farmacologiei a făcut posibilă folosirea medicamentelor în tulburările pentru care chirurgia a fost încercată.

Valoarea terapeutică a acestor operații nu a fost încă dovedită. Dacă totuși se recurge la chirurgie, aceasta se va face doar după epuizarea celorlalte forme de tratament. În aceste condiții, nevoia de psihochirurgie rămîne extrem de mică. Nu este ușor de apreciat cît de multe operații s-au făcut. O cercetare în SUA și Canada a găsit doar 1039 de astfel de proceduri în tulburările psihice pe parcursul a trei ani: 1971-1973 (Donnelly 1978). O cercetare a 44 unități neurologice din Insulele Britanice a arătat că numărul acestor operații a scăzut de la 158 în anul 1974 la 119 în anul 1976 și că ele au fost efectuate pentru depresie persistentă, stări de anxietate și nevroze obsesiv-compulsive (Barraclough and Mitchell-Heggs 1978). Numărul a scăzut aproape sigur în continuare după această cercetare.

Tipuri de operație

De cînd operațiile pe lobul frontal au devenit mai puțin extensive anatomic, cele mai obișnuite proceduri folosite în Marea Britanie au fost subsecționarea restrînsă a treimii mediale a cortexului orbital și o operație bimedială ce vizează fascicoul frontotalamic. În același timp devenea evident că există conexiuni complexe ale cortexului frontal cu hipotalamusul, cortexul temporal, hipocampusul, amigdala și

corpilor mamilari. Intervenția chirurgicală era, prin urmare, orientată atât spre o parte a acestor conexiuni, cât și spre lobul frontal.

Astăzi vechile operații "pe orb" au fost înlocuite prin procedee stereotactice, care permit o mai mare acuratețe a secțiunii. Aceste operații stereotactice sînt tractotomia, leucotomia limbică și amigdalotomia. În tractotomia stereotactică ținta este partea posterioară a ariei incizate în subsecționarea orbitală. Secțiunea este produsă prin implantul de "semințe" de ytriu radioactiv (vezi Knight 1972). În leucotomia limbică stereotactică micile secțiuni bilaterale sînt situate în cadranul medial inferior al lobului frontal, cu scopul de a întrerupe două căi fronto-limbice, și în cingulum (Richardson 1973). În amigdalotomia bilaterală secțiunile sînt situate în amigdală, de obicei în scopul de a controla comportamentul agresiv (vezi Small și colab. 1977).

După operație, de obicei, scade anxietatea și tensiunea; celelalte simptome dispar mai încet. Este necesar să continuăm reabilitarea în timpul perioadei post-operatorii. Aceasta variază în funcție de diagnostic; pentru nevrozele obsesive este potrivit un tratament comportamental, în timp ce pentru tulburarea depresivă, un program gradat de reinsertie socială.

Indicații

Nu există un acord general cu privire la acestea. Unii clinicieni consideră că psihochirurgia nu trebuie folosită niciodată, alții apreciază că este tratamentul de elecție al câtorva tulburări refractare la alte terapii. În lipsa unor studii comparative riguroase, raționamentele clinice, în această problemă, iau ca bază datele disponibile despre evoluția pacienților supuși procedurilor chirurgicale în discuție. Pacienții tratați prin tractotomie stereotactică subcaudată au fost urmăriti de Ström-Olsen și Carlisle (1971), care au raportat pe 210 pacienți, și de Göktepe și colab. (1975), care au raportat pe alți 208 pacienți. În aceste două serii puțini pacienți cu schizofrenie au prezentat o ușoară ameliorare, în timp ce ratele de ameliorare au fost de aproximativ 70% în tulburările depresive, 60% în stările anxioase și 50% în nevrozele obsesive. Totuși, criteriile de apreciere a ameliorării nu au fost riguroase și lipsa lotului martor face imposibilă aprecierea ratei de ameliorare fără operație.

Șaizeci și șase de pacienți tratați prin leucotomie limbică stereotactică au fost urmăriti de Mitchell-Heggs și colab. (1976), care au ajuns la concluzia că de această operație pot beneficia multe tipuri de pacienți. Ei au raportat rate ale ameliorării de 78% pentru tulburări depresive, 66% pentru nevroze anxioase cronice, 89% pentru tulburări obsesive și 80% la un număr mic de pacienți cu schizofrenie; și de data aceasta deficiențele metodologice fac dificilă interpretarea semnificației acestor date.

Efecte nedorite

Efectele adverse grave ale primelor procedee operatorii au fost deja menționate. Cu procedeele stereotactice moderne, efectele reziduale sînt mult mai puține, dar cînd apar, ele sînt de același tip: apatie, creșterea excesivă în greutate, dezinhibiția și epilepsia.

Conduită terapeutică

În experiența noastră, tratamentul energetic și de durată cu medicamente și metode comportamentale duce aproape întotdeauna la o remisiune acceptabilă la pacienții la care s-ar putea avea în vedere psihochirurgia. O bună regulă este ca operația să nu fie niciodată efectuată pînă nu s-au observat efectele a mai multor ani de tratament energetic. Dacă această regulă este respectată, se va recurge rar la operație. Dacă se recurge totuși la operație, ea va fi rezervată doar tulburărilor obsesive cronice refractare și tulburărilor depresive cronice grave la pacienții mai vîrstnici. Pentru

nevrozele anxioase sau pentru schizofrenie psihochirurgia nu are o justificare clară. (Pentru o expunere a unei opinii mai puțin conservatoare cititorul va consulta Bartlett și colab. 1981).

Tratamente depășite

Somnoterapia

Mulți pacienți psihici se plîng că dorm rău de mai multe luni și doresc un somn prelungit. Somnoterapia se realizează prin sedare puternică și repetată, mai multe zile la rînd. Pacientul doarme astfel în tot cursul zilei și nopții, fiind trezit doar pentru a mânca, urina și defeca. Acest procedeu, folosit pentru nevrozele obsesive și anxioase grave, era adesea urmat de o perioadă temporară de ameliorare. Nu este dovedit că efectele mai îndelungate sînt mai bune decît acelea ale unui tratament mai puțin intensiv și metoda a ieșit din uzul general. Sargant și Slater (1963) prezintă un raport detaliat.

Terapia prin comă insulinică

Aceasta a fost introdusă la sfîrșitul anilor '30 de Sakel (1938), ca tratament al schizofreniei și timp de mulți ani a fost folosită pe scară largă fără o evaluare comparativă. În cele din urmă, Ackner și Oldham (1962) descoperă că efectele terapeutice ale comei insulinice nu sînt superioare perioadelor repetate de inconștiență produse de hipnotice. În orice caz medicamentele antipsihotice au fost introduse în același timp și au dovedit efecte terapeutice intense. Coma insulinică a încetat curînd să fie folosită. Procedeu constă, în principal, în producerea de come hipoglicemice repetate, apoi corectarea lor, după un interval de timp, cu glucoză. O relatare a metodei este dată de Sargant și Slater (1963).

Insulinoterapia modificată

Mulți pacienți psihici pierd în greutate în timpul bolii. Face întotdeauna parte din tratament încercarea de restabilire a greutății, paralel cu ameliorarea psihologică. În timpul și după cel de-al doilea război mondial devenise popular tratamentul cu doze mici de insulină pentru ameliorarea apetitului în nevroze anxioase cronice, în speranța ameliorării anxietății. Astăzi pare mai logic să sporim greutatea prin tratarea tulburării primare. Tratamentul modificat cu insulină nu mai este de uz general și nu este recomandat în această carte. Cei care vor să afle mai mult, vor consulta Sargant și Slater (1963).

RECOMANDĂRI BIBLIOGRAFICE

Barchas, J.D., Berger, P.A., Ciaranello, R.D., and Elliot, G.R. (1977). *Psychopharmacology*. Oxford University Press, New York.

Crammer, J., Barraclough, B., and Heine, B. (1982). *Use of drugs in psychiatry* (2nd edn). Gaskell, London.

Grahame - Smith, D.G., and Aronson, J.K. (1984). *Oxford textbook of clinical pharmacology and drug therapy*. Oxford University Press, Oxford.

Green, A.R. and Costain, D. (1981). *Pharmacology and biochemistry of psychiatric disorders*. John Wiley, Chichester.

Royal College of Psychiatrists (1977). Memorandum on the use of electroconvulsive therapy. *British journal of Psychiatry* 131, 261-72.

Silverstone, T. and Turner, P. (1982). *Drug treatment in psychiatry* (2nd edn). Routledge and Kegan Paul, London.

18 Tratament psihologic

Acest capitol abordează diverse tipuri de psihoterapie, terapiile comportamentale și cognitive, ca și unele tratamente înrudite, de exemplu relaxarea. Subiectul este vast și pentru a fi mai ușor de urmărit, se vor explica în continuare organizarea expunerii și legăturile acestui capitol cu alte teme tratate în manual. Mai întâi se recomandă ca citirea acestui capitol să se facă în legătură cu îndrumările generale legate de tratament, expuse în capitolul precedent, ca și cu dotarea serviciilor psihiatrice expusă în capitolul 19. În al doilea rând, deși acest capitol conține comentarii generale asupra valorii diverselor metode de tratament psihologic, recomandări asupra alegerii și folosirii lor în diverse sindroame vor fi făcute în capitolele respective. Pentru că acest capitol trebuie să acopere multe și diferite metode de tratament, este imposibilă descrierea fiecăruia în detaliu. Din acest motiv se vor face trimiteri la bibliografie. În fine, este foarte important de subliniat faptul că metodele psihologice de tratament nu pot fi însușite printr-o pregătire strict teoretică; este absolut necesară o îndrumare practică specializată asupra unora dintre metode.

Prima parte a capitolului se ocupă de psihoterapie și începe cu câteva considerații generale. Mai întâi se enumeră principalele tipuri de psihoterapie, apoi se descrie psihoterapia simplă (tehnică ce poate fi folosită de orice psihiatru, chiar aflat la începutul formării sale). Urmează apoi o trecere în revistă a trăsăturilor comune acestei terapii simple și altor forme de psihoterapie, ca și a problemelor de cercetare în acest domeniu. În ultima parte se va face o expunere similară a altor forme de tratament psihologic: relaxare, training autogen, hipnoză, abreacție.

Considerații generale

Tipuri de psihoterapie și indicații generale asupra folosirii lor

Este util să avem un cadru general larg în care să plasăm diversele forme de psihoterapie. Una dintre schemele practice împarte psihoterapia în funcție de două criterii, primul fiind reprezentat de complexitatea procedurilor iar al doilea de numărul pacienților cu care se lucrează. După primul criteriu, tratamentele se împart în: psihoterapie simplă, adecvată în practica generală; psihoterapia de susținere pe termen lung sau scurt, care poate fi practică de către toți psihiatrii; și metode speciale rezervate psihoterapeuților specializați (Skynner, Brown 1981). După al doilea criteriu, psihoterapiile pot fi împărțite în psihoterapie cu un singur pacient (individuală); psihoterapia cuplului; psihoterapie cu grupuri mici sau mari de pacienți.

În practica generală, psihoterapia se poate folosi fie pentru pacienții cu probleme emoționale de scurtă durată, fie pentru pacienți care au nevoie de sprijin în acceptarea efectelor unei boli cronice incurabile (somatice sau psihice). Unii medici generaliști pot încerca și cu alte categorii de pacienți, dar trimiterea la specialistul psihiatru pentru problemele mai dificile rămâne o regulă. Psihiatrii vor folosi psihoterapia ca principala formă de tratament la pacienți mai tineri, cu simptome depresive sau anxioase moderate ca intensitate dar recurente, având ca substrat în principal scăderea respectului de sine sau dificultăți în relațiile interpersonale (sindroamele nevrotice specifice vor răspunde cu mai mare promptitudine metodelor comportamentale și cognitive). Psihiatrul se va vedea nevoit să recomande tratament de specialitate

(psihoterapeut specializat) pentru cazurile mai complicate care nu răspund la tratamentul obișnuit sau pentru tratamentul tulburărilor de personalitate (personalitate schizoidă sau histrionică).

În ceea ce privește alegerea între psihoterapia individuală, de grup, de cuplu sau psihoterapia familiei, se poate spune că psihoterapia individuală răspunde mai bine problemelor specifice asupra cărora poate fi focalizat tratamentul de scurtă durată. Aceasta este de asemenea foarte potrivită pentru pacienții ce s-ar putea simți foarte stânjeniți într-un grup, fie datorită timidității, fie prin natura problemelor lor (de exemplu, tulburări sau deviații sexuale). În cazurile în care avem de-a face cu pacienți ce au probleme în relațiile interpersonale, terapia individuală și cea de grup sînt la fel de eficiente.

Terapia cuplului este indicată atunci cînd problemele emoționale ale pacientului își au originea în relațiile cu partenerul. Terapia familială vizează cazurile în care un copil mare sau adolescent are tulburări ce le reflectă pe cele ale părinților. Aceste generalități se doresc să fie doar o pregătire a expunerii, ele urmînd a fi aprofundate și pe alocuri modificate.

Ce se întîmplă în psihoterapie?

Este dificil de dat un răspuns concis acestei întrebări, deoarece există multe forme de psihoterapie. Elementele de bază pot fi ilustrate cu prezentarea unei schițe de terapie de scurtă durată care ar putea fi condusă de un psihiatru timp de cîteva luni cu un pacient ale cărui probleme sînt mai ales în relațiile personale.

După obținerea unei anamneze complete, în prima fază, psihiatrul va discuta cu pacientul său asupra problemelor ce urmează a fi soluționate în cursul tratamentului, asupra scopurilor ce pot fi atinse și a duratei tratamentului. În acest tip de psihoterapie pot fi programate între 5 și 20 de ședințe, în funcție de complexitatea problemelor de soluționat. Psihiatrul apreciază că în acest interval pacientul va putea fi ajutat să găsească soluția la problemele sale. Rolul terapeutului nu este să ofere soluții, ci să ajute pacientul să le găsească.

În următoarea etapă, pacientul este rugat să vorbească despre una dintre problemele alese pentru soluționare. Este încurajat să dea exemple de evenimente ce pot fi examinate în detaliu cu intenția de a afla cum a gîndit, a simțit și a acționat în momentul respectiv. Diverse sugestii și alte tehnici de intervievare sînt necesare, dar acestea sînt în esență identice cu cele descrise în capitolul 2. În ideea de a încuraja pacientul să gîndească cu glas tare despre problemele sale, psihiatrul vorbește puțin. El încurajază pacientul să vorbească despre problemele care-l stînjenesc emoțional iar nu să le evite, să-și revadă propriul rol în problemele a căror cauză o atribuie celorlalți oameni și să caute teme comune întîmplărilor pe care le descrie. Din cînd în cînd, psihiatrul ajută pacientul să-și revadă trecutul pentru a înțelege cum au început prezentele modalități de comportament. Îl roagă pe pacient să-și clarifice dacă tipul de comportament care a servit unui scop în trecut continuă și în prezent deși nu mai este adecvat. În final, psihiatrul sugerează pacientului să caute și alte moduri de a gîndi și de a se comporta în situații care crează dificultăți.

În timpul tratamentului, psihiatrul acordă atenție deopotrivă comportamentului non-verbal al bolnavului ca și cuvintelor sale, pentru că discrepanțele dintre acestea indică probleme încă neformulate direct. De asemenea, psihiatrul supraveghează bolnavul pentru a observa eventualele semne de atașament emoțional exagerat față de terapeut. Dacă astfel de legătură există, ea trebuie discutată cu bolnavul. Psihiatrul trebuie să fie în același timp atent și cu propriile sale reacții emoționale, pentru a nu fi suprainplicat sau dimpotrivă mult prea distant. Dacă are asemenea sentimente,

va trebui să afle de ce (eventual printr-o discuție cu alt coleg).

În faza de mijloc a tratamentului, bolnavul continuă să discute despre problemele sale și să examineze aspecte actuale ale acestora. Psihiatrul subliniază existența tipurilor de comportament care se repetă și caută să găsească legătura între acestea și diverse experiențe din copilărie. De asemenea, el comentează reacțiile emoționale ale pacientului în timpul interviului.

Pe măsură ce se apropie sfârșitul tratamentului, pacientul va simți că are o înțelegere mai clară a problemelor abordate și că poate avea mai multă încredere în sine însuși în soluționarea lor. În acest moment al curei, pacientul ar trebui să nu se mai simtă prea dependent de psihiatru dar, adesea, este folositor ca despărțirea să se facă treptat prin câteva întâlniri spațiate într-un interval de 2-3 luni.

Alte forme de psihoterapie diferă de această procedură de bază în diverse moduri. Mai întâi, multe din terapiile pe termen lung încep fără o structurare prealabilă; pacientului i se cere să vorbească despre tot ce i se întâmplă, așteptând ca temele și scopurile psihoterapiei să apară de la sine. În al doilea rând, terapiile diferă prin tipul și numărul explicațiilor oferite de psihiatru. În psihoterapia simplă (descrisă mai sus), explicațiile sînt bazate în principal pe bun simț. În tratamentele intensive, ele sînt bazate pe una dintre teoriile de dezvoltare psihologică (exemplu, psihanaliza). Ca o regulă, explicațiile bazate pe o concepție teoretică nu sînt prezentate bolnavului în totalitate ci fragmentar, în forma comentariilor asupra originilor comportamentelor și sentimentelor sale pe măsură ce acestea apar în cursul interviurilor. (Aceste comentarii reprezintă o formă de interpretare). În al treilea rând, tratamentele diferă prin importanța pe care o acordă și altor aspecte în afara celor ale vieții de zi cu zi a bolnavului. În unele forme de psihoterapie, produse ale imaginației (de exemplu vise, picturi) sînt folosite extensiv pentru a-l încuraja pe pacient să-și observe și să-și înțeleagă aspecte ale personalității pe care anterior nu le cunoștea. În al patrulea rând, tratamentele diferă prin profunzimea relației dintre psihiatru și bolnav (aceasta poate ajunge pînă la transfer care poate fi apoi utilizat pentru a-l face pe pacient să-și înțeleagă mai bine propriile sentimente și reacții). (Relația de transfer este discutată mai departe la pag. 550).

Factori comuni în psihoterapie

În toate formele de psihoterapie terapeutul încearcă să ajute bolnavul să-și depășească problemele emoționale printr-o combinație de "ascultare" și "vorbit". În acest proces, ascultarea este mult mai importantă decît vorbirea, pentru că scopul principal este a-l face pe pacient să se înțeleagă mai bine pe sine însuși. Pentru pacient o parte a acestui proces este reprezentată de "gîndirea cu voce tare", care este un bun procedeu de clarificare a unor idei ce nu au fost nicicînd formulate în cuvinte. De asemenea, aceasta-l ajută pe bolnav să-și conștientizeze legături necunoscute anterior între diverse aspecte ale sentimentelor și comportamentului.

Refacerea moralului este un aspect deosebit de important al psihoterapiei, deoarece cei mai mulți dintre bolnavii care consultă psihiatrul au trăit repetate eșecuri și sînt demoralizați, cu încrederea în sine pierdută. *Eliberarea emoțiilor* poate fi folositoare în primele etape ale psihoterapei dacă pacientul este excitat emoțional, dar repetarea de multe ori a acestui proces nu este utilă. Termenul *abreacție* se referă la procedeu în care se încurajează eliberarea deosebit de intensă și rapidă a emoțiilor.

Orice formă de tratament psihologic include o analiză *rațională*, care face problemele pacientului mai inteligibile. Această analiză rațională poate fi descrisă în amănunt de către terapeut (ca în terapiile comportamentale sau în psihoterapia de scurtă durată) sau, dimpotrivă, pacientul este cel căruia îi revine rolul de a o construi din explicații și interpretări parțiale (ca în tratamentele de orientare

psihanalitică). Oricare ar fi metoda de expunere a analizei raționale, ea are efectul de a face problemele mai ușor de înțeles, crescând astfel încrederea bolnavului în capacitatea sa de a le rezolva.

Toate psihoterapiile conțin un element de *sugestie*. În hipnoză, aceasta este principalul mijloc de acțiune asupra pacientului. În alte tratamente sugestia este folosită cât mai puțin posibil, pentru că efectele ei sînt de scurtă durată.

Transfer și contratransfer

O altă componentă a psihoterapiei, relația psihiatru-bolnav, este prezentă de la început și crește în importanță pe măsură ce tratamentul se prelungește sau întâlnirile devin mai frecvente. Chiar și în psihoterapia de scurtă durată, relația psihiatru-bolnav este elementul de bază, piatra de temelie a tratamentului, care susține bolnavul în dificultățile sale și-i oferă motivația de a le depăși. Pe măsură ce tratamentul progresează, relația realistă între terapeut și pacient, "alianța terapeutică", devine tot mai puternică și i se adaugă elemente nerealiste. Aceasta se întîmplă pentru că terapeutul ascultă mai mult decît vorbește. Ca urmare, pacientul dezvăluie delicate probleme personale care în alte condiții nu s-ar dezvălui sau s-ar dezvălui numai unui prieten foarte intim. Pe de altă parte, terapeutul spune pacientului foarte puține (sau deloc) lucruri despre sine. Intimitatea situației create face ca pacientul să reacționeze față de terapeut ca și cum ar fi o relație deosebit de apropiată. Necunoscîndu-l într-adevăr pe terapeut, pacientul nu-și poate corecta propriile fantasme legate de acesta. Ca urmare, pacientul transferă asupra terapeutului sentimente care au fost inițial încercate în relațiile cu alte persoane importante, de obicei din copilărie - cel mai adesea părinții. Din acest motiv procesul se numește transfer. Cînd terapeutul este asociat unei figuri luminoase, transferul este pozitiv. Cînd este imaginat ca o figură rea, răuvoitoare, transferul este negativ. Similar, terapeutul are un rol diferit de cel din relațiile de fiecare zi. El trebuie să rămînă imparțial și totuși să se preocupe cu adevărat de cele mai intime probleme ale pacientului său. În pofida pregătirii sale, terapeutul nu poate dobîndi întotdeauna această combinație de detașare și preocupare. Ca urmare, el poate răspunde uneori într-un mod care nu reprezintă o simplă reflectare a calităților pacientului, ci un transfer asupra pacientului de idei și sentimente legate de alte persoane din viața sa. Acest proces este contratransferul.

Atît transferul cît și contratransferul pot reprezenta impedimente pentru tratament, dar amîndouă se pot transforma în avantaje. Un dezavantaj al transferului este faptul că poate determina comportamente ce se abat de la principalul scop al tratamentului. De exemplu, pot apărea tentative de prelungire a interviului, cereri pentru întâlniri suplimentare sau comportamente dramatice ce necesită intervenție de urgență (tentativă de suicid). Pot reapărea simptome ce dispăruseră sau cereri pentru prelungirea curei. Dacă aceste comportamente sînt observate din timp și se discută asupra lor, se pot preveni multe dificultăți iar pacientul mai învață ceva în plus despre sine.

Contratransferul devine o problemă atunci cînd terapeutul se implică anormal de mult în problemele pacientului, sau îi devine ostil. Poate fi de asemenea transformat într-un avantaj. Dacă terapeutul recunoaște aceste sentimente și reușește să analizeze modul în care acestea au apărut, el va afla mai mult atît despre pacientul său cît și despre sine însuși.

Transferul și contratransferul se dezvoltă cel mai mult în formele intensive de tratament bazat pe psihanaliză, unde transferul este încurajat pentru a fi folosit terapeutic. Ele apar însă în forme mai reduse în toate formele de psihoterapie.

Scurt istoric al psihoterapiei moderne

Folosirea "vindecării psihologice" este probabil tot atît de veche ca și medicina însăși.

Adesea se fac paralele între psihoterapia modernă și ceremonialele ce aveau loc în templele "vindecătoare" ale Greciei antice. Istoria psihoterapiei ca atare începe însă la mijlocul secolului XIX. În acea perioadă, progresul cel mai important l-a făcut hipnoza, introdusă de Anton Mesmer în Anglia și Franța. În Anglia, James Braid, un medic din Manchester, a fost primul care a delimitat ferm hipnoza de practici mistice și superstiții. El a sugerat denumirea de hipnoză în cartea sa din 1843 în care a încercat și o explicație psihologică, schițând paralele între hipnoză și somn. Prin contrast, Alexander Bertrand, în Franța, era mai preocupat de determinanții psihologici ai stării hipnotice.

În acea perioadă, ca principală alternativă pentru hipnoză, exista o formă de psihoterapie care se numea "convingere" și se baza pe argumente mai mult decât pe sugestie. În contrast cu hipnoza, aceasta nu-și propunea să-l facă pe pacient sugestiv, ci se baza pe o discutare a simptomelor sau a altor probleme, într-un mod care să-l ajute pe pacient să le controleze și să-l facă mai sigur pe sine. Tratamentul nu se baza pe cunoașterea unei teorii psihologice speciale, ci, mai degrabă, pe bunul simț și înțelegerea terapeutului.

Interesul lui Freud pentru tratamentul psihologic a început cu hipnoza. În 1886 la Paris, Freud a asistat la demonstrațiile de hipnoză cu pacientele isterice ale lui Charcot. El a încercat metoda cu câțiva dintre pacienții săi nevrotici și la început a fost satisfăcut de rezultate. Nefiind un hipnotizator deosebit de bun, primele sale succese nu s-au repetat întotdeauna. Prin urmare, a început să modifice metoda. La început Freud a utilizat hipnoza pentru a remite simptomele (Greenson 1967) dar în 1889, în cazul Emmy von N., a folosit-o pentru eliberarea emoțiilor asociate cu ideile refutate. Amintindu-și demonstrația lui Bernheim în care pacienții își puteau reaminti evenimente uitate sub influența sugestiei posthipnotice. Freud s-a folosit de această metodă, cerînd pacienților să închidă ochii iar el punîndu-le mâinile pe frunte (Breuer și Freud 1893-5, pag. 109 și 270). Curînd a constatat că era deopotrivă de eficient ca pacientul să stea pe canapea și să vorbească liber, terapeutul aflîndu-se în afara cîmpului vizual. Acestea au fost începuturile *asociațiilor libere*. Freud a utilizat diferite metode pentru a încuraja fluxul asociațiilor libere pentru a le comenta și a controla intensitatea relației dintre pacient și terapeut. Aceste metode au constituit tehnicile de bază ale psihanalizei și, ulterior, ale multor psihoterapii. Ele sînt descrise pe scurt în acest capitol. (Cititorului interesat i se recomandă una dintre lucrările scrise de Freud însuși, spre exemplu Freud 1923).

Pe măsură ce psihanaliza s-a dezvoltat, Freud a construit teoria dezvoltării mintale (deja menționată în cap. 3). Nu toți colaboratorii săi îi împărtășeau ideile și unii dintre ei s-au separat formînd "școli" proprii de psihoterapie. În continuare vom face o scurtă trecere în revistă a acestor curente. (Cititorul interesat va găsi informații suplimentare în cărțile lui Brown, 1961, și Munroe 1955).

Adler și Jung au fost primele personalități marcante care au părăsit ideile freudiene pentru a-și dezvolta propriile teorii. Adler, care l-a părăsit pe Freud în 1910, a respins "teoria libidoului", subliniind importanța factorilor sociali în dezvoltarea individului. Ca urmare, tehnicile sale terapeutice cunoscute ca analiză individuală pun un mare accent pe modul în care s-a format stilul de viață al individului, axîndu-se pe problemele curente de zi cu zi. Teoria adleriană este lipsită însă de ingeniozitatea și interesul celei freudiene. Metodele sale nu au fost nicicînd folosite pe larg, deși au constituit punctul de plecare pentru teoria dinamico-culturală a analiștilor americani (pag. 552).

În timp ce Adler a pus accentul pe problemele concrete din viața pacientului, Jung a fost preocupat de lumea interioară a fantasmelor. Ca rezultat, tehnica sa psihoterapeutică se bazează mai mult pe interpretarea materialului inconștient așa cum apare în vise și în exprimarea artistică, fără a neglija însă problemele curente. În soluționarea acestora sînt folosite nu numai experiențele din trecutul bolnavului,

dar și aspecte ale "inconștientului colectiv", despre care Jung credea că este comun tuturor oamenilor (arhetipurile). Prin contrast cu analiza freudiană, în analiza lui Jung relația între terapeut și pacient este mai puțin unilaterală, deoarece terapeutul are o atitudine mai activă, dezvăluind mai multe lucruri despre sine însuși. Ulterior, au apărut mai multe curente importante în dezvoltarea psihoterapiei. Toate aveau în comun tehnica analitică de bază, ele diferind în special prin propriile teorii despre dezvoltarea mintală și în consecință prin răspunsul terapeutului la relatarea despre sine însuși a pacientului.

Așa-numita școală de analiză dinamico-culturală împărtășește câteva din preocupările adleriene despre cauzele sociale ale nevrozei. Cele mai importante figuri ale acestui curent au fost Karen Horney și Erich Fromm, doi refugiați din Germania nazistă, stabiliți în anii '30 în S.U.A., și americanul Harry Stack Sullivan. Toți trei au accentuat rolul factorilor sociali în dezvoltarea personalității și în etiologia nevrozelor. De asemenea, toți au considerat etapele dezvoltării (pe care Freud le atribuia exprimării influențelor biologice) ca fiind determinate într-o mult mai mare măsură de influențele atmosferei familiale.

Karen Horney a acceptat ideea lui Freud conform căreia anxietatea anormală este baza tuturor nevrozelor, că celelalte simptome reprezintă mecanisme de apărare ce apar pentru a reduce experiența anxietății și că originea nevrozei este în copilărie. Ea a respins însă ideile freudiene despre originile anxietății, neacceptând teoria forțelor instinctuale și nici pe cea a etapelor de dezvoltare a libidoului. În mod special, ea a luat atitudine împotriva ideilor sale despre dezvoltarea psihologică a femeilor și a noțiunii de invidia penisului (penis envy). Pentru Horney anxietatea este inevitabilă în copilărie, ea apărând prin experiența de a fi insignifiant, neputincios, amenințat. Ea a susținut că anxietatea este în mod normal depășită prin creșterea de către părinți iubitori. La unii copii care nu au avut această experiență pozitivă, anxietatea persistă și apar mecanismele de apărare împotriva ei. Acestea sînt diferite în accepțiunea d-nei Horney de cele pe care le-a definit Freud. Ea le-a numit tendințe nevrotice și a descris astfel: lupta pentru afecțiune, lupta pentru putere, tendința la supunere. Un rol deosebit se acordă în teoria d-nei Horney contextului social extrafamilial arătîndu-se că un anumit comportament poate fi nevrotic într-o societate și adaptativ în alta. Pentru Horney simptomele nevrotice nu erau trăsăturile esențiale ale acesteia. Trăsăturile importante erau tendințele nevrotice și structurile caracteristice ce se dezvoltă pornind de la acestea. Ea a rezumat diferența între metoda ei de terapie și cea a lui Freud în felul următor: "Eu sînt diferită de Freud prin aceea că, după recunoașterea tendințelor nevrotice, în vreme ce el caută să le găsească originile, eu caut să descopăr funcțiile lor actuale și consecințele lor. Credința mea este că, lucrînd asupra consecințelor, anxietatea pacientului este atît de mult scăzută și relațiile sale cu sine și cu ceilalți atît de mult îmbunătățite, încît se poate dispensa de aceste tendințe". (Horney 1939, p. 282).

Fromm a respins de asemenea teoria freudiană a dezvoltării instinctuale drept cauză a nevrozei, accentuînd în schimb rolul relațiilor dintre individ și societate. Teoria sa psihopatologică include mecanisme psihologice, în mare similare cu cele expuse de Freud, dar diferite în unele detalii importante. Ele includ: masochismul moral (nevoia de a fi neajutorat și dependent de alții), sadismul (nevoia de a-i exploata pe ceilalți și de a-i face să sufere) și conformismul automat (conformarea exagerată și supunerea față de alții). Fromm a acceptat importanța influenței familiale în formarea caracterului, dar a atras atenția asupra influențelor culturale mai largi care duc la trăsături ale personalității comune tuturor membrilor unei societăți. El a fost de altfel mult mai preocupat de aspectele sociale decît de cele clinice și în special din această cauză ideile sale nu au avut un mare rol în terapie.

Ideile lui Fromm despre structura personalității și interacțiunile între factorii

psihologici și sociali sînt descrise în volumul *Frica de libertate* (1942).

Sullivan a fost și el preocupat de relațiile pacientului cu ceilalți în viața adultă. Pentru el, aspectele sexuale reprezentau doar o latură a problemelor pacientului. Acestor aspecte el nu le atribuie rolul central din psihanaliză. Trăamentul său se bazează pe relația terapeut-pacient și pe discutarea în acest cadru a problemelor de fiecare zi. În această relație, pacientul și terapeutul sînt într-o relație mai puțin inegală decît în analiza freudiană, Sullivan preferînd întrebările țintite și afirmațiile provocatoare interpretărilor bazate pe o anumită teorie.

Melanie Klein a dezvoltat cîteva dintre aspectele biologice și psihanalitice ale teoriei freudiene. Opera sa a avut o mare influență în rîndul psihanalizatorilor britanici, unde a pus bazele unei școli bazate pe relația cu obiectul (object-relation school). Ea a dezvoltat o tehnică legată de terapia prin joc la copil, pe baza căreia făcea multiple interpretări. Ideile sale au fost de asemenea aplicate în psihoterapia schizofreniei și a depresiei ("psihotice") severe, dar folosirea ei nu este în general recomandată - fiind chiar contraindicată uneori. Unul dintre conceptele centrale ale teoriei Melaniei Klein este "obiectul", termen care se referă la o persoană importantă din punct de vedere emoțional pentru pacient (de exemplu un părinte) și la o reprezentare psihologică a unei astfel de persoane. Teoria personalității elaborată de M.Klein este centrată pe primele studii de dezvoltare a copilului, pe felul în care sînt percepute "obiectele" în această perioadă și pe sentimentele instinctive de dragoste și ură care le acompaniază. Teoria a fost descrisă ca "proiecții fanteziste ale unui terapeut axat pe teorie" (Wolberg 1977 pag.186). Totuși, mulți psihoterapeuți folosesc interpretări ale relației cu obiectul cu ajutorul unor tehnici similare în general psihanalizei (pentru o expunere mai largă a teoriei lui M.Klein - Segal 1963; pentru detalierea tehnicilor de analiză la copii - Klein, 1963).

O altă linie de dezvoltare poate fi atribuită lui Ferenczi. Psihanaliza anilor '20, care începuse ca tratament de scurtă durată, devenise un tratament deosebit de lung. Ferenczi a încercat să scurteze tratamentul păstrînd totuși în mare metodele lui Freud. El a fixat limite de timp pentru tratament, a adoptat un rol mai puțin pasiv ca terapeut și a planificat modul în care temele principale vor fi discutate în timpul tratamentului. Multe dintre aceste metode și-au găsit locul în psihoterapiile de scurtă durată, folosite astăzi.

Valoarea psihoterapiei

Deși în practica medicală scopul nostru trebuie să fie folosirea metodelor de tratament ce și-au dovedit eficiența prin probe clinice, există totuși multe modalități de tratament ce nu au fost evaluate în acest fel. Multe tehnici chirurgicale, de exemplu, folosite foarte des, pot fi judecate numai prin experiența clinicianului, deoarece nu s-au făcut studii comparative.

Există mai multe motive pentru care tratamente incomplet evaluate continuă a fi folosite; uneori tratamentul a fost folosit de atît de mult timp cu rezultate foarte bune încît testarea lui pare o abatere de la etica medicală (exemplu, apendicectomia). În alte cazuri, rezultatul urmărit prin tratament este atît de complex încît este foarte dificil de găsit criterii obiective de evaluare (de exemplu, folosirea fizioterapiei în poliartrita reumatoidă). Psihoterapia este folosită pe scară largă mai mult pe baza experienței clinice decît ca rezultat al unei evaluări științifice. Unul dintre motive este reala dificultate de măsurare a schimbărilor avute în vedere de psihoterapeut (această problemă și alte aspecte legate de cercetare sînt discutate în altă secțiune). Un alt motiv este convingerea multor clinicieni privitoare la beneficiul real al tratamentului. În lectura acestui capitol este important de reținut că multe recomandări pentru diverse tipuri de psihoterapie se bazează pe experiența clinică și ca urmare pot fi revizuite în momentul în care vor exista studii de evaluare.

Psihoterapie individuală

Psihoterapia de scurtă durată

Acest tip de psihoterapie urmărește inducerea în scurt timp (rareori, mai mult de 6 luni) a unor schimbări limitate dar totuși valoroase. Tratamentul fiind axat pe probleme bine specificate, se folosește uneori termenul de *psihoterapie focală*.

Tehnicile de bază ale psihoterapiei de scurtă durată au fost deja descrise (pag. 548). Ele sînt mai degrabă tehnici comune tuturor tipurilor de psihoterapie (vezi pag. 549) decît tehnici specifice unei anume școli de psihoterapie.

Indicații

Psihoterapia de scurtă durată este indicată în special pacienților cu dificultăți interpersonale dar care nu au grave tulburări de personalitate. Pacientul cel mai potrivit este cel interesat în a înțelege aspectele psihologice ale propriului comportament, cu un nivel de inteligență destul de ridicat și dornic de schimbare prin propriile eforturi. Rezultatele cele mai bune le obțin pacienții cu dificultăți interpersonale ce duc la nefericire și suferință, în absența unui sindrom nevrotic anume. Pacienții cu nevroză obsesivă sau nevroză hipocondriacă răspund mult mai greu la acest tip de tratament. (O expunere a tipurilor eclecticice de psihoterapie de scurtă durată este făcută de Garfield 1980. Expuneri ale metodelor psihanalitice de scurtă durată sînt făcute de Malan 1963, Sifneos 1972, Davenloo 1980.)

Sfătuirea (counselling)

Aceasta este o formă aparte de psihoterapie de scurtă durată. Această metodă, dezvoltată de Carl Rogers, presupune un rol pasiv al psihoterapeutului care și restrînge foarte mult intervențiile la comentarii privind semnificațiile emoționale ale celor exprimate de pacient (reflectarea sentimentelor). Rogers susținea că acest procedeu limitat, împreună cu relația pacient-medic, avea un rol terapeutic.

Termenul "counselling" este de asemenea aplicat, cu mai puțină specificitate, și altor tipuri de terapie scurtă cu obiective limitate, în care terapeutul are un rol mult mai activ.

Psihoterapia de susținere

Este folosită pentru a ajuta pacientul să traverseze o perioadă de criză cauzată de probleme sociale sau de o boală somatică. Este de asemenea utilă în micșorarea suferinței cauzate de afecțiuni mintale sau somatice prelungite, de handicapul fizic, ca și la pacienții cu tulburări severe de personalitate ce nu răspund la tratament.

Pacientul este încurajat să vorbească despre problemele sale în vreme ce terapeutul ascultă cu simpatie. Terapeutul oferă sfaturi sau poate folosi sugestia pentru a ajuta pacientul să depășească o scurtă perioadă de agravare a simptomelor. El poate oferi un ajutor practic, concret. Dacă problema este insolubilă sau boala este cronică, psihoterapeutul ajută pacientul să accepte infirmitatea și să trăiască, pe cît posibil, o viață bună, în ciuda acesteia.

Ascultarea este o parte importantă a psihoterapiei de susținere. Pacientul trebuie să simtă că i se acordă întreaga atenție și preocupare din partea terapeutului său, și că problemele sale sînt luate în serios. Cînd psihoterapia de suport se folosește în stare acută, în criză, pacientul poate fi ajutat dîndu-i-se ocazia să-și exprime emoțiile. Folosirea repetată a acestui procedeu nu este totuși indicată.

Explicațiile și sfaturile sînt importante, dar trebuie reținut că pacienții aflați în

suferință rețin foarte puțin din ceea ce li se spune. Adesea doctorii oferă informații într-un limbaj mult prea complicat. Problemele importante trebuie exprimate simplu și adesea repetate, uneori chiar scrise, pentru ca pacientul să le poată studia acasă.

Încurajarea este valoroasă, dar dacă este prematură poate distruge încrederea pacientului în medicul său. Va fi făcută numai când problemele pacientului sînt înțelese pe deplin. Încurajarea va fi bazată pe adevăr, dar dacă pacientul vrea să cunoască prognosticul bolii, este potrivit a se prezenta varianta cea mai bună dintre cele ce pot fi prevăzute. Dacă pacientul află că a fost înșelat, el își va pierde încrederea, adică factorul esențial pentru întregul tratament. Chiar și în cazurile cele mai dificile se poate menține o atmosferă de speranță încurajînd pacienții să-și valorifice puținele deprinderi și posibilități rămase.

Sugestia prin prestigiu: în cadrul psihoterapiei de suport pacientul va fi încurajat să-și asume răspunderea propriilor acțiuni și să caute soluții pentru rezolvarea problemelor. Totuși există ocazii cînd este indicat ca medicul să-și folosească autoritatea de expert pentru a convinge pacientul să facă un prim pas necesar (de exemplu, un pacient anxios poate fi convins că va fi capabil să facă față unei anumite situații sociale care-l sperie). Acest mod de convingere se numește sugestia prin prestigiu. Este important ca rezultatul să apară pacientului ca fiind propria realizare, mai mare decît a medicului. Sugestia va fi folosită cu prudență; dacă pacientul încearcă și nu reușește, el va pierde încrederea atît în sine cît și în medic.

Reglarea intensității relației între pacient și terapeut este importantă în psihoterapia de suport. Cînd pacientul are o personalitate dependentă și tratamentul este de lungă durată intensitatea relației crește foarte mult. Dacă există cu adevărat nevoia unui tratament de lungă durată, dependența trebuie dirijată mai mult spre întregul colectiv al spitalului decît spre un singur membru. În practica generală, dependența se manifestă prin cereri repetate de medicație, chiar și cînd nu mai este nevoie, ca și printr-o accentuare dramatică a simptomelor cînd medicul încearcă să schimbe medicația. (O expunere detaliată a acestor probleme - Balint 1970).

Tratamentul de susținere este uneori greșit aplicat unor pacienți ce nu beneficiază de el sau unora ce ar putea cîștiga tot atît de mult prin suportul oferit de rude, prieteni etc. Este esențial să nu abandonăm pacienții cu boli incurabile, dar suportul într-un grup de autoajutor sau la un centru ambulator este uneori mult mai potrivit decît psihoterapia individuală făcută de un medic. (O expunere utilă a problemelor-Bloch 1986).

Intervenția în criză

Psihoterapia de susținere descrisă mai sus îi poate ajuta pe oameni să parcurgă neschimbați o perioadă de criză. Psihoterapia în criză urmărește folosirea situației create pentru a provoca schimbare și a dezvălui modalități mai potrivite de a reacționa la viitoare stresuri. De exemplu, poate fi folosită atunci cînd există o tulburare majoră a vieții personale, ca ruperea unei căsătorii, moartea unei persoane iubite, sau după cataclisme naturale (inundații, cutremure). Ideea intervenției în criză a apărut în lucrările lui Lindemann (1944) și Caplan (1961). De atunci s-a scris foarte mult asupra subiectului și asupra ideii comportamentului reactiv la situații de criză (Lazarus 1966). Literatura este îngreunată de o terminologie oarecum obscură, dar noțiunile esențiale sînt clare.

Comportamentul reactiv (coping) se referă la modalitatea de abordare a unei dificultăți sau a unei amenințări serioase și poate avea patru forme: comportamentul care tinde să rezolve problemele - aceasta este forma adaptativă, satisfăcătoare; regresivitatea - folosirea unui comportament propriu unei vîrste mai mici și care actualmente nu mai este adaptativ; negarea și inerția - termeni care se explică prin ei înșiși. Răspunsul la criză poate fi privit și ca parcurgînd patru stadii: activare

suferință rețin foarte puțin din ceea ce li se spune. Adesea doctorii oferă informații într-un limbaj mult prea complicat. Problemele importante trebuie exprimate simplu și adesea repetate, uneori chiar scrise, pentru ca pacientul să le poată studia acasă.

Încurajarea este valoroasă, dar dacă este prematură poate distruge încrederea pacientului în medicul său. Va fi făcută numai când problemele pacientului sînt înțelese pe deplin. Încurajarea va fi bazată pe adevăr, dar dacă pacientul vrea să cunoască prognosticul bolii, este potrivit a se prezenta varianta cea mai bună dintre cele ce pot fi prevăzute. Dacă pacientul află că a fost înșelat, el își va pierde încrederea, adică factorul esențial pentru întregul tratament. Chiar și în cazurile cele mai dificile se poate menține o atmosferă de speranță încurajînd pacienții să-și valorifice puținele deprinderi și posibilități rămase.

Sugestia prin prestigiu: în cadrul psihoterapiei de suport pacientul va fi încurajat să-și asume răspunderea propriilor acțiuni și să caute soluții pentru rezolvarea problemelor. Totuși există ocazii cînd este indicat ca medicul să-și folosească autoritatea de expert pentru a convinge pacientul să facă un prim pas necesar (de exemplu, un pacient anxios poate fi convins că va fi capabil să facă față unei anumite situații sociale care-l sperie). Acest mod de convingere se numește sugestia prin prestigiu. Este important ca rezultatul să apară pacientului ca fiind propria realizare, mai mare decît a medicului. Sugestia va fi folosită cu prudență; dacă pacientul încearcă și nu reușește, el va pierde încrederea atît în sine cît și în medic.

Reglarea intensității relației între pacient și terapeut este importantă în psihoterapia de suport. Cînd pacientul are o personalitate dependentă și tratamentul este de lungă durată intensitatea relației crește foarte mult. Dacă există cu adevărat nevoia unui tratament de lungă durată, dependența trebuie dirijată mai mult spre întregul colectiv al spitalului decît spre un singur membru. În practica generală, dependența se manifestă prin cereri repetate de medicație, chiar și cînd nu mai este nevoie, ca și printr-o accentuare dramatică a simptomelor cînd medicul încearcă să schimbe medicația. (O expunere detaliată a acestor probleme - Balint 1970).

Tratamentul de susținere este uneori greșit aplicat unor pacienți ce nu beneficiază de el sau unora ce ar putea cîștiga tot atît de mult prin suportul oferit de rude, prieteni etc. Este esențial să nu abandonăm pacienții cu boli incurabile, dar suportul într-un grup de autoajutor sau la un centru ambulator este uneori mult mai potrivit decît psihoterapia individuală făcută de un medic. (O expunere utilă a problemelor-Bloch 1986).

Intervenția în criză

Psihoterapia de susținere descrisă mai sus îi poate ajuta pe oameni să parcurgă neschimbată o perioadă de criză. Psihoterapia în criză urmărește folosirea situației create pentru a provoca schimbare și a dezvălui modalități mai potrivite de a reacționa la viitoare stresuri. De exemplu, poate fi folosită atunci cînd există o tulburare majoră a vieții personale, ca ruperea unei căsătorii, moartea unei persoane iubite, sau după cataclisme naturale (inundații, cutremure). Ideea intervenției în criză a apărut în lucrările lui Lindemann (1944) și Caplan (1961). De atunci s-a scris foarte mult asupra subiectului și asupra ideii comportamentului reactiv la situații de criză (Lazarus 1966). Literatura este îngreunată de o terminologie oarecum obscură, dar noțiunile esențiale sînt clare.

Comportamentul reactiv (coping) se referă la modalitatea de abordare a unei dificultăți sau a unei amenințări serioase și poate avea patru forme: comportamentul care tinde să rezolve problemele - aceasta este forma adaptativă, satisfăcătoare; regresivitatea - folosirea unui comportament propriu unei vârste mai mici și care actualmente nu mai este adaptativ; negarea și inerția - termeni care se explică prin ei înșiși. Răspunsul la criză poate fi privit și ca parcurgînd patru stadii: activare

(emoțională) cu eforturi de rezolvare a problemelor; dacă aceasta nu se reușește, apare o creștere a emoției, suferință, însoțite de o anumită dezorganizare comportamentală; ulterior, încercarea diferitelor modalități alternative de abordare a problemei; dacă nu se găsește o soluție potrivită, apar extenuarea și comportamentul anormal denumite "decompensare" (Caplan 1961).

Deși nu există două probleme identice, este utilă împărțirea în patru grupe, după temele lor (Bancroft 1966) și anume: pierderea unei persoane prin despărțire sau moarte, pierderea unei părți a corpului, sau a unei funcțiuni; schimbarea de rol - de exemplu, căsătoria, apariția copiilor, încadrarea într-un loc de muncă cu noi responsabilități; **probleme de relație** - de exemplu, probleme între parteneri (în cuplu marital sau nu) sau între părinte și copil; **probleme conflictuale** - de obicei dificultăți în alegerea între două alternative deopotrivă de neplăcute.

Tratamentul începe prin încercarea de a aduce la normal nivelul emoțional. Aceasta deoarece dacă nivelul emoțional este prea ridicat, el interferează cu modalitățile de rezolvare a problemelor, de asemenea, dacă este prea coborât, motivațiile devin prea slabe pentru a determina o schimbare. Pentru a ajunge la un nivel optim, terapia de susținere și condițiile de exprimare a emoțiilor sînt de obicei suficiente, deși uneori poate fi nevoie de medicație anxiolitică pentru cîteva zile. Pacienții vor fi încurajați să se ajute singuri, dar uneori, la începutul tratamentului, pot fi necesare unele măsuri organizatorice spre a-i ajuta (ex. aranjamente privind îngrijirea copiilor).

Problemele și capacitățile pacientului vor fi evaluate cu grijă. Va fi încurajat să propună soluții alternative și să le aleagă pe cele mai promițătoare. Rolul terapeutului este să încurajeze, să sprijine, să întrebe. El nu va formula probleme și nici nu va sugera soluții, ci îl va ajuta pe pacient să le găsească. Una dintre modalități este împărțirea problemei pacientului în *șapte etape*, așa cum au sugerat Goldfried și Goldfried (1975): identificarea problemei, propunerea soluțiilor alternative, repetarea fiecărei alternative pînă cînd toate implicațiile ei sînt clare, alegerea unei soluții, definirea "pașilor" ce trebuie făcuți spre soluționare, efectuarea acestor "pași", evaluarea rezultatului. În intervenția în criză, un scop important este ca pacientul să-și dea seama că a dobîndit o metodă de rezolvare pe care o va putea folosi și în viitor. Tratamentul este de obicei scurt, dar intens.

Indicații

Experiența clinică sugerează că intervenția în criză poate fi deosebit de utilă pacienților fără tulburări de personalitate care sînt confrunțați cu probleme majore, dar trecătoare; altfel spus, aceluia care cel mai probabil s-ar descurca și singuri. Indicațiile generale au fost deja descrise și includ: reacții emoționale sau perturbări de comportament (de exemplu, autovătămarea deliberată) apărute în legătură cu dificultăți sociale (desfacerea unei căsătorii sau a altei relații, evenimente traumatiche: viol sau alte forme de agresiune, pierderea neașteptată a unei persoane iubite, catastrofe naturale: cutremure, inundații).

Psihoterapia de scurtă durată și practicianul generalist

În țările cu sistem de asistență primară bine dezvoltat, majoritatea pacienților cu probleme nevrotice sau tulburări de personalitate sînt tratați de generalist. În practica generală, ocaziile pentru tratament psihologic pot fi multiple dar timpul este scurt. Ca urmare, tratamentul trebuie să fie scurt. Mai există și alte condiții pentru ca o metodă psihoterapeutică să poată fi utilizată în practica generală. De exemplu, medicul generalist va trebui să evite dezvoltarea unei relații atît de intense încît să apară probleme în cazul unui alt consult pentru o boală somatică a pacientului sau a unui alt membru al familiei.

Cea mai cunoscută încercare de adaptare a psihoterapiei la condițiile practicii generale

este cea a lui Balint. Aceasta a influențat foarte mult pregătirea "medicilor de familie" în Marea Britanie. Ideile sale porneau de la metode psihanalitice (probabil cel mai puțin potrivite condițiilor practicii generale). În prezent, se acordă mai multă atenție unei abordări eclecticice care nu se bazează pe teoria psihanalitică (Sowerby 1977).

Psihoterapie individuală de lungă durată

Există variate metode de psihoterapie de lungă durată, fiecare provenind dintr-o anumită teorie a dezvoltării psihologice. Toate aceste metode tind a produce modificări durabile în emoțiile și modelele comportamentale ale pacientului, într-un cuvânt, își propun o schimbare de personalitate. Indicații pentru acest gen de psihoterapie vor fi discutate la sfârșitul acestui subcapitol, după descrierea metodelor. Începem cu psihanaliza, punctul de plecare al celor mai multe dintre aceste metode.

Psihanaliza

Psihanaliza este forma de psihoterapie cea mai consumatoare de timp. Perioada de pregătire a viitorului analist este lungă, cuprinzând propria analiză, precum și o perioadă de practică sub supervizarea unui analist experimentat. Din aceste motive și deoarece rezultatele nu s-au dovedit superioare altor forme de psihoterapie, psihanaliza nu se practică de rutină în majoritatea țărilor.

În tehnica psihanalitică de bază, analistul încearcă să dezvăluie cât mai puțin posibil despre sine însuși, încurajând pacientul să vorbească liber despre propriile sale gânduri și sentimente (asociații libere). Aceasta este "regula de bază" a psihanalizei care, împreună cu analiza viselor, permite accesul la procesele inconștiente. Analistul pune întrebări pentru a clarifica materialul, confruntă pacientul cu diversele contradicții exprimate și face interpretări. În rest, el rămâne relativ pasiv. Pe măsură ce relația continuă, pacientul începe să evite anumite subiecte, dezvoltând și alte forme de rezistență la tratament (de exemplu, respingerea interpretărilor analistului).

Treptat, comportamentul și exprimarea pacientului evidențiază apariția ideilor și sentimentelor intense și oarecum deformate despre analist. Această deformare provine din transferul asupra analistului al ideilor și sentimentelor legate de experiențele din copilărie ale pacientului. În același timp, se dezvoltă alianța terapeutică, care reprezintă o modalitate realistă de apropiere între terapeut și pacient, reflectând dorința de schimbare a acestuia. Apariția transferului este deliberat încurajată prin programarea foarte frecventă a întâlnirilor (uneori chiar cinci pe săptămână) și prin folosirea canapelei. Uneori pacientul își exprimă ideile și sentimentele nu în cuvinte, ci în comportamentul din cadrul sau din afara ședințelor terapeutice (acting out). Interpretările acestor comportamente sînt foarte folositoare în cadrul tratamentului. La început, interpretările sînt frecvent respinse de către pacient, uneori pentru că sînt lipsite de acuratețe dar și pentru că schemele de gândire pot fi numai foarte încet schimbate, ele necesitînd în mod repetat un proces de elaborare. Pe măsură ce interpretările sînt acceptate, se spune că pacientul începe să se înțeleagă pe sine. Pe măsură ce tratamentul progresează, sentimentele analistului față de pacient se schimbă parțial realist și parțial ca reflectare deformată a propriilor experiențe anterioare (contratransfer).

Două dintre conceptele anterioare menționate - transfer și contratransfer - au fost explicate la pag. 550, dar pentru o mai bună înțelegere vor fi reluate pe scurt.

Transferul negativ desemnează sentimentul de ostilitate al pacientului față de terapeut; transferul pozitiv desemnează sentimente ca dependență, idealizări sau chiar sentimente erotice. Dacă transferul are o asemenea intensitate încît pacientul își re trăiește simptomele nevrotice în relație cu analistul, aceasta se numește nevroză

de transfer. Analiza ei reprezintă o parte esențială a tratamentului.

Așa cum a fost descris contratransferul, el se referă la sentimente ale analistului față de pacient, sentimente nerealiste care interferează cu bunul mers al tratamentului. În ultima vreme, termenul a fost extins la toate sentimentele analistului față de pacient, realiste sau nu. După Heimann (1950) unele dintre aceste sentimente îl duc pe analist la o înțelegere profundă a problemelor pacientului. (Pentru o expunere a altor concepte de bază ale psihanalizei, cititorul interesat va consulta Sandler și colab. (1970) sau Greenson (1967).)

Psihoterapia de orientare psihanalitică

Această formă de tratament folosește metodele și conceptele de bază ale psihanalizei, dar pune un accent mult mai mic pe dezvoltarea și analiza nevrozei de transfer.

Tratamentul este mai scurt și mai puțin intensiv decât psihanaliza (ședințele au loc de obicei o dată pe săptămână), urmărind a provoca schimbări mai puțin profunde. Canapeaua nu este atât de des folosită, iar terapeutul are un rol mai activ. Unii terapeuți stabilesc scopuri specifice în terapie (ceea ce nu se face în psihanaliză) dar în rest strategiile tratamentului sînt aceleași ca și în psihanaliză. Cititorii interesați vor găsi o expunere detaliată în Wolberg 1977.

Alte forme de psihoterapie de lungă durată

Acestea se diferențiază prin natura interpretărilor, prin accentul pus pe problemele curente, sau, dimpotrivă, pe experiențe din prima copilărie, ca și prin atenția pe care o acordă viselor. Variantele de tratament propuse de Jung, Klein și de neofreudieni au fost trecute în revistă în subcapitolul de istoric al psihoterapiei. Pentru informații mai amănunțite, cititorii sînt îndrumați spre Munroe 1955.

Psihoterapia existențială

Originile acestei forme de psihoterapie se află în mișcarea filozofică existențialistă. Ea se ocupă de modul în care pacientul reușește să facă față principalelor probleme ale existenței umane - sensul și scopul vieții, izolarea, libertatea, inevitabilitatea morții. În această metodă de tratament, creșterea conștiinței de sine este mult mai importantă decât explorarea inconștientului, deși multe dintre tehnici sînt împrumutate de la terapiile psihanalitice de scurtă durată. (O expunere amănunțită a psihoterapiei existențiale a fost făcută de Yalom 1985).

Rezultate și indicații

Nu este încă bine stabilit în ce măsură rezultatele psihoterapiei de lungă durată sînt superioare metodelor mai scurte. Rezultatele cercetărilor clinice acreditează ideea că pacienții care răspund bine la psihoterapia de lungă durată sînt persoane cu motivații clare, cel puțin cu o inteligență medie și fără schizofrenie, boală maniaco-depresivă sau personalitate antisocială (Bloch 1979). Experiența clinică sugerează că terapia de lungă durată este mult mai potrivită decât tratamentul de scurtă durată pentru pacienți cu dificultăți emoționale de lungă durată sau cu întâzieri în dezvoltarea personalității. În general, sindroamele nevrotice răspund mai puțin bine decât tulburările care afectează în primul rînd relațiile personale. Unii terapeuți (Arieti 1974) au dezvoltat tehnici aplicabile în schizofrenie dar acestea nu sînt în general recomandate. Contraindicațiile pentru terapia de lungă durată includ: tendințe paranoide marcate în personalitate și formele severe de tulburare de personalitate depresivă. Tulburările de personalitate histrionică și schizoidă, deși nu au

contraindicații, sînt deosebit de dificil de tratat.

Psihoterapie în grupuri mici

Acest subcapitol se referă la psihoterapia desfășurată într-un grup de pacienți, de obicei opt. Tratamentul cu grupuri mai mari este descris mai târziu în cursul acestui capitol. Terapia în grupuri mici poate fi folosită pentru a produce modificări substanțiale ale simptomelor, problemelor personale sau dificultăților de relaționare; ca formă de tratament de susținere; pentru a încuraja adaptarea la unele probleme specifice cum ar fi boala cronică, infirmizantă, fizică sau psihică.

Dezvoltarea psihoterapiei de grup

Se spune adesea că psihoterapia de grup își are originea în lucrările lui Joseph Pratt, un medic american care a folosit "metoda colectivă" în tratamentul pacienților cu tuberculoză (Pratt 1908). Grupurile lui Pratt aveau foarte puține asemănări cu terapia de grup actuală, deoarece combinau conversațiile încurajatoare cu instrucțiuni legate de efectele bolii. Un adevărat precursor al psihoterapiei de grup moderne a fost J.L. Moreno, un român care a lucrat în Viena și apoi a emigrat în S.U.A. Moreno a pus de asemenea bazele psihodramei și sociometriei (măsurarea poziției sociale a membrilor unui grup). Trigant Burrow, un american, a experimentat psihanaliza în grupuri mici (Burrow 1927) și combinația de interviu analitic și comentariu asupra "imaginii sociale" a fiecărui pacient realizată de el este foarte asemănătoare cu terapia de grup a zilelor noastre. În ciuda acestor dezvoltări și a altora, pînă în anii '40, ceea ce a pus bazele reale ale terapiei de grup a fost experiența tratării nevrozelor în Marea Britanie în timpul celui de al doilea război mondial.

Pionieratul a fost făcut în spitalul militar Northfield, unde S.H. Foulkes a dezvoltat metode de grup pe care le testase în 1941 în practica civilă (Foulkes și Lewis 1944). Metoda sa era bazată pe psihanaliză: terapeutul sau liderul de grup era relativ pasiv și se foloseau foarte mult interpretările analitice (Foulkes 1948 pag. 136). O altă direcție a fost dezvoltată de W.R. Bion, un analist de orientare kleiniană, al cărui interes în terapia de grup a pornit tot de la experiența de pe timpul războiului, la spitalul Northfield. Teoria dinamicii grupului elaborată de el în 1961 a fost mai coerentă decît cea a lui Foulkes. Criticile ce i s-au adus susțineau că ar fi "mai interesat în înțelegerea dinamicii grupului decît în elaborarea unei terapii eficiente" (Yalom 1975, pag. 179). După cel de al doilea război mondial, terapia de grup s-a dezvoltat, mai ales în S.U.A. unde erau încercate noi metode cu un entuziasm nu întotdeauna susținut de rezultate. (O expunere utilă a istoricului terapiei de grup este făcută de Taylor 1958).

Factorii terapeutici în grupurile mici

Atunci cînd oamenii se întîlnesc în grupuri mici, în mod repetat, spre a-și discuta problemele, au loc anumite procese psihologice care îi ajută să le rezolve (factori terapeutici): sentimentul apartenenței la grup (coeziune), învățarea din succesele și greșelile altora (învățarea interpersonală), descoperirea că și alți oameni au probleme similare (universalitatea), recîștigarea speranței prin faptul de a fi prețuit de către alții și prin dorința lor de a oferi ajutor (altruismul), învățarea din reacțiile altor membri ai grupului față de propriul comportament social, ca și copierea altor comportamente (modelarea), și ocazia de a exprima emoții puternice (catharsis).

(Acești factori sînt expuși de Yalom 1975, Bloch și colab. 1981 și Bloch și Crouch 1985. O expunere generală a problemei se poate găsi în Brown și Pedder 1979).

Principalele metode ale psihoterapiei de grup

Metode dinamic-interacționale

Acestea sînt în prezent cele mai larg folosite metode de psihoterapie în grup mic. Ele se axează pe problemele actuale de relaționare și pe modul în care acestea se reflectă în grup. Trecutul se discută numai în măsura în care ajută la rezolvarea problemelor prezente. Medicul caută să stimuleze apariția factorilor terapeutici descriși mai sus și să ajute fiecare pacient să corecteze propriile ipoteze false privind imaginea celorlalți despre el.

Terapia de grup de acest tip trece prin cîteva faze previzibile. La început, grupul tinde să depindă foarte mult de terapeut, cerînd sfat pentru rezolvarea problemelor zilnice și pentru modul adecvat de comportament. Nu după mult timp unii pacienți încep să întîrzie sau chiar nu vin la întîlniri, fie pentru că sînt anxioși la gîndul de a-și expune problemele în grup, fie pentru că sînt nemulțumiți de rezultate. Cea de-a doua fază începe atunci cînd membrii grupului ajung să se cunoască mai bine și se obișnuiesc să-și discute problemele împreună. În această fază încep să apară schimbările dorite. Terapeutul încurajază discutarea problemelor curente și face comentarii privind dinamica grupului. În ultima fază, problemele celor mai dependenți membri ai grupului tind să le domine pe toate celelalte. Pentru a evita acest dezechilibru, discuția problemelor legate de terminarea curei va trebui să înceapă cu cîteva săptămîni înaintea termenului propus pentru încheierea tratamentului. (O expunere completă a metodei - Yalom 1975).

Terapia analitică de grup

Terapia analitică de grup este de fapt o adaptare a psihanalizei la tratamentul de grup. Au fost descrise mai multe metode; în cea mai importantă dintre acestea, **tratamentul analitic de grup**, fiecare pacient este considerat a fi punctul de întîlnire al relațiilor cu ceilalți membri ai grupului. Modul de stabilire al acestor relații și felul în care se realizează transferurile sînt interpretate psihanalitic. Se fac de asemenea interpretări ale materialului inconștient așa cum apare el în comportamentul membrilor grupului și în discuțiile lor. (Metoda a fost descrisă de Foulkes și Anthony 1957 și de către de Maré și Kreeger 1974).

Terapia transacțională de grup

Această formă de psihoterapie, fundamentată în principal de lucrările lui Berne (1966), urmărește creșterea înțelegerii pacientului asupra modului în care intră în legătură cu ceilalți oameni. Berne sugerează că relațiile între oameni au trei componente: reminescențe ale unor relații timpurii cu părinții, urme ale comportamentului din copilărie, și un nivel matur de interacționare. Berne a descris aceste lucruri într-o manieră accesibilă, ceea ce a crescut mult popularitatea metodei. De exemplu, în *Jocurile oamenilor* (1966) el descrie tipurile de interacțiune între oameni folosindu-se de titluri ca: "Iată ce m-ai determinat să fac" și "Dacă n-ar fi pentru tine". Fiecare dintre acestea conține o situație pe care orice cititor o poate recunoaște în propria viață sau în cea a oamenilor pe care-i cunoaște. Tratamentul parcurge patru etape: analiza structurală, menită a încuraja fiecare membru al grupului să recunoască cele trei componente în sine însuși, analiza transacțională ce cuprinde modul în care membrii grupului intră în relație unii cu alții (spre exemplu, adult-adult sau părinte-copil), analiza jocului ce se ocupă de relațiile care implică mai mulți oameni și analiza scenariului - scenariul fiind un model constant de relaționare stabilit în copilărie și persistînd în viața adultă.

Metode experiențiale de grup

Acestea includ grupurile de întâlnire (encounter) și de sensibilitate (sensitivity). Există foarte multe variante, cele mai multe pornind de la lideri charismatici. Ca urmare, adesea, aceste grupuri au aura unui cult mai mult decât a unei forme de tratament medical. Originea acestor metode poate fi găsită în acele grupuri de sensibilitate care au fost constituite în Laboratoarele Naționale de Pregătire în S.U.A. și care urmăreau formarea de lucrători sociali în procesele de grup, prin proprie experiență în timp scurt. O altă sursă a fost reprezentată de ideile lui Carl Rogers, de la Universitatea din Chicago. Ulterior, s-au dezvoltat acele grupuri în care oameni dornici să se cunoască pe ei înșiși (mai mult decât doritori de tratament) vorbesc despre propriile lor experiențe. Aceste grupuri, ca și alte forme de grup experiențial împărtășesc aceeași regulă de bază a exprimării personale neîngrădite și a dorinței de a primi comentarii oneste din partea celorlalți membri ai grupului.

Grupurile de întâlnire sînt în fond forme intense de grupuri experiențiale. În unele, întâlnirea este în întregime verbală, cuvintele fiind foarte directe și încărcate de emoție. Unele forme includ și contactul fizic, de exemplu atingerea, masajul sau rearanjarea poziției corpului altor participanți. Alte metode caută să intensifice experiența membrilor grupului prin prelungirea ei (grupuri maraton) timp de o zi întreagă sau chiar mai mult, cu întreruperi numai pentru masă și somn. O altă variantă foarte cunoscută este Gestalt-terapia (Perls și colab. 1951 și Fagan și Shepherd 1971). Aceasta este o metodă complexă, dar una dintre procedurile caracteristice este încurajarea fiecărui membru al grupului să personifice părți ale minții și trupului său pentru a putea crea dialoguri între ele. Se speră ca această metodă va duce la îmbunătățirea cunoașterii de sine.

Mulți dintre cei ce au luat parte la astfel de ședințe în grupuri de întâlnire le-au apreciat ca deosebit de utile, deși se pare că problemele emoționale (mai ales ale celor ce au avut de la început tulburări de acest gen) pot fi exacerbate. Așa cum era de așteptat, metodele cele mai directe sînt cele ce au cele mai serioase efecte adverse (Lieberman și colab. 1973). Deși aceste efecte adverse sînt foarte serioase la metodele de întâlnire, este posibil ca și cea mai puțin intensă experiență de pregătire a sensibilității să aibă efecte adverse asupra unora din participanți (Stone și Tieger 1971).

Tehnici de acțiune

Acestea se suprapun cu unele dintre procedeele folosite în grupurile de întâlnire. În psihodramă, grupul "joacă" scene din viața unuia dintre membri. Aceste scene reflectă de obicei relațiile obișnuite ale pacientului sau cele ale familiei în care pacientul a crescut. Punerea în scenă provoacă întodeauna sentimente puternice la persoana în cauză, în timp ce ceilalți membri ai grupului pot vedea adesea reflectări ale propriilor probleme. Terapia începe de obicei cu o "încălzire" care ajută membrii grupului să fie mai puțin rigizi. Sfîrșitul este reprezentat de o discuție la care ia parte tot grupul. De cele mai multe ori, terapeutul are unul sau doi asistenți care întretin acțiunea fără a lua însă conducerea ei. Una dintre tehnici, inversarea de rol, poate fi folosită și în alte psihoterapii. În cadrul acestei tehnici rolul pacientului, în scena reprezentînd un eveniment din viața sa, este jucat de o altă persoană. În acest mod, pacientul este ajutat să se vadă pe sine în mod obiectiv și să înțeleagă și punctul de vedere al altora.

Tehnicile de acțiune sînt frecvent combinate cu alte metode psihoterapeutice de grup; spre exemplu, cîteva ședințe de psihodramă pot furniza subiecte de discuție unui grup care nu face progresul așteptat cu alte metode. În locul interpretării unei scene din experiența unuia dintre membri, acțiunea poate fi canalizată spre rezolvarea

unor probleme care privesc toți membrii grupului, de exemplu raporturile cu autoritatea. (O expunere a tehnicilor de acțiune este făcută de Lewis și Streitfeld 1970).

Indicații

Nu există statistici care să ateste că rezultatele terapiei de grup diferă în general de cel ale terapiei individuale de lungă durată, sau că rezultatele uneia dintre metodele psihoterapiei de grup diferă de ale celorlalte. În particular, nu există dovezi că tehnicile de întâlnire sau de acțiune sînt superioare celorlaltor metode.

Nu există indicații specifice, dovedite, pentru terapia de grup de lungă durată (prin contrast cu terapia individuală de lungă durată), dar se consideră că este mai adecvată persoanelor cu probleme de relaționare, mai mult decît celor cu simptome specifice. Ca și psihoterapia individuală, rezultatele sînt mai bune la pacienți tineri, bine motivați, capabili de a se exprima fluent și care nu prezintă tulburări grave de personalitate. De asemenea, grupurile sînt adesea potrivite pacienților cu un grad moderat de anxietate socială, probabil pentru că li se oferă ocazia de a "repetă" un comportament social. Contraindicațiile sînt similare celor de la terapia individuală de lungă durată, cu mențiunea că un grup nu trebuie să includă niciodată un pacient ale cărui probleme îl pot face să fie izolat (de exemplu, un pacient cu comportamentul sexual deviat).

Psihoterapia cuplului și familiei

Terapia maritală

Deoarece termenul "terapie maritală" se referă, desigur, la tratamentul celor care trăiesc împreună ca soț și soție, termenul *terapie cuplului* este folosit pentru a include și pe cei care trăiesc împreună în afara căsătoriei. În acest capitol se va folosi termenul "terapie maritală", deoarece majoritatea datelor raportate se referă la cupluri căsătorite. Acest tratament se aplică fie deoarece conflictele maritale par a fi sursa problemelor emoționale ale unuia dintre soți, fie pentru că apar probleme care pot duce la desfacerea căsătoriei și amîndoi soții doresc să o salveze. În terapia familială, care va fi discutată ulterior, pot fi incluși și alți membri ai familiei, de obicei copii.

În pasul aparent simplu de trecere de la tratamentul individual la cel al cuplului, există un element conceptual important. Acesta este reprezentat de faptul că problema nu se referă la o persoană ci la ambii parteneri. Este general acceptat faptul că o bună căsătorie se bazează pe împărtășirea valorilor, preocupare pentru bunăstarea și dezvoltarea personalității partenerului, toleranța diferențelor ca și pe o balanță echilibrată în ceea ce privește dominarea și luarea deciziilor. Totuși, pentru a evita impunerea unor valori, clinicianul adoptă adesea tehnica abordării prin probleme țintă. Cuplului i se cere să identifice dificultățile pe care ar dori să le rezolve. De asemenea, este util pentru clinician, în discuția cu pacienții, să poarte în minte stadiile prin care trece o căsătorie: mai întîi viața în doi, apoi creșterea și educarea copiilor și în sfîrșit readaptarea cînd copiii părăsesc căminul.

Scurt istoric al terapiei maritale

Acest tip de psihoterapie s-a dezvoltat relativ recent în Marea Britanie, datorînd mult lucrărilor lui Henry Dicks. În cartea sa *Tensiuni Maritale* (Marital Tensions - Dicks 1967) el sugerează folosirea metodelor psihanalitice în înțelegerea și tratarea problemelor maritale. În S.U.A. o influență importantă a avut-o grupul lui Bateson din Palo Alto, care a studiat modalități indirecte de a comunica în familie (Haley 1963 și Watzlawick și colab. 1968). O altă direcție de dezvoltare a fost introducerea principiilor psihoterapiei comportamentale descrise mai jos.

Descrierea terapiilor maritale

Metode analitice

Aceste metode folosesc concepte din psihanaliză. Ideea centrală este că factorul determinant al comportamentului cuplului căsătorit, din momentul alegerii reciproce, este reprezentat de forțe inconștiente. Fiecare persoană își alege un partener care este perceput ca o "completare", dar adesea unul dintre parteneri nu poate satisface așteptările (inconștiente) ale celuilalt. De exemplu, o soție își poate critica soțul pentru lipsa siguranței de sine și a independenței, însușiri pe care nici ea nu le deține.

Scopul acestui tip de tratament este, prin urmare, ajutarea fiecărui membru al cuplului să-și înțeleagă propriile nevoi emoționale și felul în care acestea se leagă de cele ale partenerului. Se pot folosi diverse forme de terapie: un terapeut poate vedea ambii pacienți împreună; doi terapeuți văd ambii pacienți împreună (fiecare terapeut îngrijind inițial unul dintre parteneri); doi terapeuți văd pacienții separat, întâlnindu-se regulat pentru a-și coordona tratamentul. Opiniile diferă în ceea ce privește valoarea și indicațiile fiecăreia din aceste metode. În terapia maritală de acest tip, terapeutul are un rol mult mai activ decât ar avea în tratamentul analitic al unui singur pacient. Terapeutul nu este pus în situația de a interpreta "transferul" către el însuși, ci comentează relația dintre parteneri și felul în care aceasta reflectă experiența din copilărie a fiecăruia dintre ei.

Metode transacționale

În cadrul acestor metode, pot participa unul sau doi terapeuți, dar partenerii sînt întotdeauna văzuți împreună. Scopul tratamentului este descoperirea regulilor ascunse care guvernează comportamentul membrilor cuplului și a dezacordului asupra acestor reguli. Aceste subiecte se discută pornind de la conflicte ce apar în viața de fiecare zi a cuplului (de exemplu cine decide locul de vacanță și cine hotărăște persoana care trebuie să decidă aceasta). În acest mod se speră găsirea unei relații mai echilibrate și mai cooperante (o descriere detaliată a metodei - Haley 1963).

Metode comportamentale

Acestea folosesc așa-numitele tehnici operant-interpersonale. Pentru început, terapeutul identifică modul în care este reîntărit comportamentul nedorit între parteneri. El cere apoi fiecăruia dintre ei să definească un comportament pe care l-ar dori la celălalt. Acesta trebuie descris în termeni specifici de tipul: "vorbește cu mine timp de 30 minute cînd vii acasă de la serviciu", iar nu "ocupă-te mai mult de mine". Fiecare partener trebuie să aleagă un mod de a recompensa comportarea adecvată a celuilalt. Aceasta se poate face pur și simplu prin exprimarea afecțiunii și a înțelegerii sau printr-un comportament pe care celălalt îl dorește. Acest din urmă mod se poate exprima prin formula "dă ca să primești". Descriș atît de sumar, tratamentul poate să pară o formă de "tîrg" care este departe de o relație afectuoasă între soți. În practică, însă, el poate face cuplul să renunțe la vechile obiceiuri de critică și ceartă, îl poate învăța să coopereze, cu consecința ameliorării relației și a sentimentelor reciproce (metoda a fost descrisă de Stuart 1969).

Metode eclecticice

Pe lîngă metodele anterior descrise, un loc important în psihoterapia cuplului se acordă tratamentelor simple, îndreptate înspre soluționarea unor probleme anume, ca parte dintr-un program mai larg de tratament. De exemplu, mulți pacienți depresivi au probleme maritale care contribuie la agravarea tabloului bolii. Cîteva ședințe de

psihoterapie de cuplu pot rezolva aceste probleme.

Rezultate și indicații

Gurman (1979) a făcut o recenzie a literaturii în domeniu, evidențiind că terapia maritală este mult mai eficientă decât lipsa oricărei forme de tratament și că forma comportamentală a terapiei maritale este urmată de rezultate pozitive în 60% din cazuri. Crowe (1973) a comparat terapia comportamentală cu două alte metode (una combinând elemente ale teoriei și interpretării sistemelor și cealaltă constând într-o abordare non-directivă). Aceasta din urmă a fost urmată de o ameliorare mai redusă dar celelalte două nu au fost diferite în rezultatele lor. Experiența clinică susține valoarea metodelor eclecticice simple, mai ales atunci când sînt încorporate într-un plan mai larg de tratament.

Terapia familială

Mai mulți membrii ai familiei iau parte la acest tratament. Cel mai adesea se includ ambii părinți și unul dintre copii, ale cărui probleme au determinat familia să solicite tratamentul. Din cînd în cînd, pot lua parte ceilalți copii sau bunicii. Scopul tratamentului este ameliorarea problemelor care au produs inițial tulburarea pacientului, și nu atingerea stării ideale de familie sănătoasă.

Terapia familială este o direcție nouă de tratament datînd din anii '50. Sursele ei sînt cartea lui Ackerman, *Psihodinamica vieții familiale*, 1958, și lucrările despre comunicare ale lui Bateson și ale colegilor săi deja menționate.

Clasificare

După Madanes și Haley (1977), un mod util de a distinge între diverse forme de terapie familială ar fi: forme de psihoterapie preocupate în principal de evenimente trecute, altele de evenimente prezente; forme în care terapeutul se bazează pe interpretare, altele în care sugerează măsuri în cadrul familiei; forme în care există o strategie generală de tratament, oricare ar fi problema pacienților, altele care aplică tactici flexibile pentru fiecare caz în parte; forme în care se susține participarea egală în terapie a tuturor membrilor familiei, altele care acceptă autoritatea părinților față de copii. Se poate deduce că toate aceste diferențe au condus la metode variate de psihoterapie familială. Numai patru dintre acestea vor fi descrise mai jos (cititorul interesat este îndrumat spre Skynner 1976).

Metode psihodinamice

Aceste metode folosesc concepte împrumutate din tratamentul psihanalitic individual. Este postulat faptul că problemele curente într-o familie își au originea în experiențele trecute diferite ale membrilor familiei, în mod special ale părinților. Rolul terapeutului este să interpreteze comportamentul actual în raport cu experiența din trecut. De asemenea, el folosește aspecte ale relației dintre sine și diferiți membri, pentru a evidenția sentimentele și ideile lor inconștiente. El este nondirectiv în cadrul acestor tehnici psihanalitice. Lucrările lui Ackerman sînt un exemplu important.

Metode de comunicare și sistem

Aceste metode datorează mult lucrărilor lui Haley (1963), Satir (1967) și Minuchin (1974). Metodele aspiră la schimbarea prezentului, mai mult decât la explorarea trecutului. Se pornește de la ideea că problemele familiale se datorează unor reguli subînțelese de comportament, unor dezacorduri asupra "cui face aceste reguli", unor

probleme de comunicare. Rolul terapeutului este descoperirea și explicarea acestor reguli, ajutarea familiei în modificarea lor și în ameliorarea comunicării.

Cei trei autori mai sus menționați descriu roluri întrucâtva diferite ale terapeutului. După Satir, terapeutul este un profesor care-i învață pe membrii familiei să comunice între ei. Minuchin atribuie terapeutului rolul unui regizor care ajută familia să încerce diverse moduri de a comunica, aducând astfel la lumină regulile subînțelese prin care aceștia interacționează. Aceste reguli se numesc structura familiei, iar metoda - psihoterapie familială structurală. Haley preconizează instituirea de acțiuni adecvate în cadrul familiei și ajutarea ei în stabilirea de scopuri. El numește această metodă **terapie strategică** [cititorul interesat este îndrumat înspre cărțile lui Minuchin și Fishman (1981), sau articolele lui Madanes și Haley (1977)].

Metode comportamentale

Aceste metode se bazează pe ideea menținerii de către ceilalți a comportamentului fiecărui membru al familiei prin reîntărire socială continuă. Se preconizează de asemenea că problemele apar fie atunci când un comportament nedorit este inconștient reîntărit, fie când un comportament pozitiv nu este răsplătit. Rolul terapeutului este să încurajeze membrii familiei în deținerea comportamentelor dorite ale fiecăruia și apoi să ajute la stabilirea unor moduri mai adecvate de reîntărire a acestora.

Terapiile eclecticice

În practica de fiecare zi, în special cu adolescenții, se atribuie un loc important unor metode simple de scurtă durată, destinate a produce schimbări limitate în cadrul familiei. În acest scop, este utilă concentrarea asupra situației prezente a familiei și examinarea modului de comunicare a membrilor ei. Numărul membrilor familiei care participă la tratament trebuie decis prin rațiuni mai degrabă practice decât teoretice: de exemplu, unii copii pot fi prea mici, alții pot fi plecați de acasă, ca studenți, pentru mult timp. Ședințele pot fi stabilite la intervale variabile de timp, săptămânal la început și apoi la trei săptămâni, permițând familiei să rezolve problemele discutate în cadrul tratamentului.

Indicații și contraindicații

Terapia familială este folosită mai ales în tratamentul problemelor copiilor (adolescenților) ce locuiesc cu părinții lor. Skynner (1969) sugerează că terapia familială este în mod special eficientă în două circumstanțe: când părinții nu pot înțelege comportamentul unui copil sau adolescent; când familia face din unul dintre membri "șapul ispășitor" al problemelor comune. Dacă unul dintre membri prezintă o boală serioasă ce necesită tratament separat (spre exemplu o depresie severă), terapia familială poate fi folosită în combinație cu alte tipuri de tratament: medicație antidepresivă pentru rezolvarea depresiei, iar terapia familială poate rezolva conflictele care o întrețin. Terapia familială poate fi de folos în tratamentul anorexiei nervoase după restabilirea greutății. Folosirea diverselor tipuri de terapie familială pentru reducerea recăderilor în schizofrenie este descrisă la pag. 247 și 251.

Alte forme de psihoterapie

Terapia în grupuri mari

Această formă de terapie este larg folosită în comunitățile terapeutice și este parte a programului zilnic în multe secții de psihiatrie. Un grup mare include de obicei

toți pacienții unei secții, împreună cu o parte sau cu întreg personalul medical (numărul variază între 20 și 50 de membri). În forma ei cea mai simplă, această terapie permite pacienților să-și exprime problemele vieții în comun. Dacă există ambiții mai mari, se poate încerca producerea de schimbări la membrii grupului. Pentru introducerea acestor modificări se pun în față fiecărui pacient exemple ale comportamentului său nepotrivit sau irațional. În același timp, ceilalți membri vor putea oferi suport prin împărtășirea acelorași probleme și oferirea ocaziei pentru "învățare socială". Grupul poate fi uneori transformat într-o organizație care formulează reguli clare pe care caută să le întărească. Deoarece grupurile mari pot provoca o mare anxietate la pacienți și personal, noii membrii vor beneficia de o pregătire aparte. Este de asemenea important a proteja pacienții vulnerabili de atacuri ale altor membri ai grupului, inclusiv a decide dacă cineva nu este destul de pregătit pentru a participa.

Grupuri de autoajutor

Toate grupurile descrise pînă acum sînt conduse de un terapeut profesionist. Grupurile de autoajutor sînt organizate și conduse de pacienți sau foști pacienți care au învățat formule de a-și depăși dificultățile și de a se adapta dificultăților grupului. Ceilalți membri beneficiază de experiența acestora, precum și de sprijin mutual. Există grupuri de autoajutor pentru diverse tipuri de boli; dintre cele mai cunoscute sînt: Alcoholics Anonymous și Weight Watchers. Alte grupuri de autoajutor cuprind membri cu infirmități fizice cronice (de exemplu colostomizați) sau oameni confrunțați cu probleme speciale (părinți singuri, părinți cu copii handicapați, văduve). Dacă sînt bine conduse, aceste grupuri de autoajutor pot avea o valoare deosebită.

Psihoterapia la copii

Tipurile de psihoterapie descrise pînă acum nu cuprind modalități de lucru cu copiii cărora le lipsesc aptitudinile verbale necesare. În practică, dificultățile sînt mai mici decît s-ar presupune, pentru că majoritatea problemelor emoționale ale copiilor sînt secundare problemelor părinților, fiind deci utilă îndreptarea tratamentului asupra acestora. Unii terapeuți consideră utilă folosirea jocului copiilor ca echivalent al cuvintelor din psihoterapia adultului. Klein a dezvoltat această idee, făcînd interpretări analitice ale acțiunilor copilului în timpul jocului și încercînd legarea acestora de sentimentele copilului față de părinți. Deși ingenioasă, această metodă este înalt speculativă din moment ce nu există o modalitate de verificare a acestor interpretări. Anna Freud a dezvoltat psihoterapia copilului printr-o adaptare mai puțin strictă a tehnicilor tatălui ei la nevoile copilului. Ea a recunoscut dificultățile particulare pe care le ridică analiza copilului prin incapacitatea sau lipsa de dorință a acestuia de a face asociații libere verbale. Totuși, ea a considerat că nici jocul cu jucării, nici desenul sau pictura și nici jocurile de imaginație nu pot fi substituenți adecvate. Chiar mai mult, ea a avertizat împotriva folosirii jocului necontrolat care poate duce la exprimarea unor tendințe agresive, într-un mod distructiv. Anna Freud a acceptat eficiența unor tehnici nonanalitice în tratamentul unor tulburări ale dezvoltării. Aceste tehnici sînt: reasigurarea, sugestia, sfătuirea, oferirea unui model (ego auxiliar). Totuși, pentru tulburările nevrotice în copilărie, ca și pentru multe tulburări mixte, ea a preconizat folosirea tehnicilor analitice pentru identificarea conținutului inconștient al problemelor și interpretarea acestuia într-un mod ce întărește funcțiile "eului". [O expunere concisă a opiniilor Annei Freud asupra analizei copilului se găsește în Freud, A. (1966) cap. 2 și 6.] În Marea Britanie, cele mai multe forme de psihoterapie pentru copii sînt eclectice; terapeutul caută să stabilească o relație caldă cu copilul, să înțeleagă sentimentele și ideile lui parțial prin joc, parțial

vorbindu-i și ascultându-l. Psihoterapia copilului este discutată pe larg în capitolul Psihiatria Copilului (pag. 608).

Cercetare în psihoterapie

Deși s-au făcut numeroase cercetări în psihoterapie, rezultatele clare sînt puține. Ca urmare, această expunere va fi sumară (informații suplimentare despre literatura de cercetare în psihoterapie se pot găsi în recenzia Garfield și Bergin 1986).

Pînă de curînd, cercetarea în psihoterapie a suferit din pricina încercărilor foarte ambițioase de investigare a unor probleme complexe, deși metodele de evaluare disponibile erau potrivite numai unor aspecte simple. Dorința de a stabili valoarea tratamentelor bazate pe tehnici psihanalitice a fost provocată în parte de punctul de vedere al lui Eysenck (1952), care susține că acestea nu au nici un efect. Acestei probleme nu i se poate găsi un răspuns pînă nu se stabilesc metode corecte de evaluare a principalelor variabile psihodinamice. Chiar mai mult, nu există o metodă psihanalitică suficient de lipsită de ambiguitate, care să permită reproducerea unui studiu de către o altă echipă de cercetători. Nici o statistică elaborată pînă în prezent nu a putut depăși aceste probleme fundamentale.

Din aceste motive, cercetarea în psihoterapie a adus mai multe informații privind formele simple de tratament. Lucrările a două grupuri de cercetători se disting ca fiind deosebit de reușite: investigația asupra terapiei centrate pe "subiect" elaborată de Carl Rogers (Rogers și Dymond 1954) și investigațiile asupra terapiilor de scurtă durată efectuate de un grup condus de Jerome Frank în Johns Hopkins Hospital (Frank și colab. 1978). Aceste cercetări, ca și altele în psihoterapie, pot fi împărțite în: studii asupra rezultatelor și studii asupra proceselor ce au loc în timpul ședințelor psihoterapeutice.

Puține studii bine conduse asupra rezultatelor psihoterapiei au fost publicate, dar și acestea sînt greu de interpretat. Pentru a putea separa rezultatele pozitive ale tratamentului psihoterapeutic de refacerile spontane este nevoie de grupuri martor netratate. Cînd se studiază o tehnică de lungă durată este dificil de găsit un grup martor, deoarece pacienții care au nevoie de un tratament nu vor fi dispuși să aștepte un timp atît de lung. Există două direcții de evaluare a rezultatelor în psihoterapie. Prima, exemplificată de lucrările lui Luborsky și colab. 1975, constă în a accepta numai investigațiile care ating un standard științific minim. Cea de a doua, adoptată de Smith și Glass (1977), constă în supunerea tuturor studiilor, cu grup martor, unor analize statistice pentru cuantificarea gradului schimbărilor obținute. S-a dovedit că cele două direcții de cercetare au dus la rezultate similare. În general, psihoterapia provoacă schimbări mai importante decît se remarcă la pacienții netratați, dar nu se pot comunica rezultate semnificativ diferite între diversele tipuri de psihoterapie. Chiar și această descoperire trebuie confirmată.

Grupul de cercetare Frank a găsit că diferențele între grupurile tratate și cele martor sînt din ce în ce mai mici pe măsura îndepărtării de data încetării psihoterapiei, pentru ca după 5 ani să nu existe nici o diferență. Explicația părea a fi faptul că grupurile martor se ameliorează cu trecerea timpului, prinzînd din urmă pacienții tratați. Aceasta a sugerat că psihoterapia a accelerat numai mersul natural spre schimbare (Stone și colab. 1961). Această descoperire trebuie privită cu multă precauție, deoarece pacienții din grupul Frank nu aveau tulburări severe și durabile.

Ca urmare, aceste rezultate nu pot fi considerate valabile pentru toți pacienții tratați prin psihoterapie. Un punct cheie în evaluarea unui studiu asupra evoluției și rezultatelor psihoterapiei este faptul că în alegerea unui pacient pentru începerea

psihoterapiei are loc un ascuns proces de selecție. Acest lucru este valabil mai ales în cazul comparațiilor între studiile americane și engleze. Așa cum arată Goldberg și Huxley (1980), în Marea Britanie un pacient trece prin trei filtre înainte de a începe psihoterapia. Mai întâi pacientul trebuie să se decidă să prezinte problemele sale medicului generalist. În al doilea rând, acesta trebuie să recunoască că problema este de competența unui specialist psihiatru. Și în al treilea rând, psihiatrul trebuie să recomande psihoterapia în locul altui tratament. În SUA unul dintre aceste filtre este adesea îndepărtat, pacienții prezentându-se direct psihiatrului. În Marea Britanie Shepherd și colab. (1966) au arătat că practicienii trimit psihiatrului aproximativ 5% din pacienții cu probleme psihiatrice. Aceste diferențe în sistemul de asistență explică și deosebiriile dintre afecțiunile ajunse la psihoterapeut în cele două țări, permițând, de exemplu în SUA, prezentarea la psihiatru și a unor tulburări mai puțin grave.

Investigațiile descrise pînă acum erau destinate a măsura posibilele efecte benefice ale psihoterapiei. Ideea că psihoterapia ar putea face și rău a fost prima oară discutată în volumul *Psihoterapia pentru mai bine sau mai rău* (Strupp, Hadley și Gomes-Schwartz 1977) și, curînd după aceea, în recenzia lui Bergin și Lambert (1978). Ultimii autori au descoperit nouă investigații bine conduse care evidențiau o înrăutățire a simptomelor la unii pacienți după psihoterapie. Experiența clinică arată că agravarea după psihoterapie se manifestă printr-o excesivă preocupare pentru probleme emoționale, o exacerbare a simptomelor și prin "acting-out".

Cercetările asupra proceselor ce au loc în cursul psihoterapiei au adus puține rezultate în plus față de cele mai sus prezentate. Au existat repetate încercări de a descoperi ce tehnici sau ce aspecte ale personalității terapeutului se asociază cu rezultatele pozitive. Whitehorn și Betz (1954) au comunicat identificarea a două tipuri de terapeuți ale căror rezultate erau diferite atunci cînd tratau prin psihoterapie pacienții schizofreni. Alte lucrări nu au confirmat aceste rezultate (Parloff și colab. 1978). S-a afirmat că rezultatele tratamentului variază în funcție de căldura, naturalețea, calitățile empaticе ale terapeutului (Truax and Carkhuff 1967). Aceste rezultate nu au fost nici ele confirmate (Shapiro 1976).

Studiul asupra pacienților care au renunțat la tratament a fost mai fructuos. Abandonarea tratamentului depinde de pacient, de terapeut și de tipul de psihoterapie (Frank și colab. 1957). Pacienții care renunță sînt de obicei din clase sociale joase, mai puțin educați, mai puțin integrați social și de obicei mai puțin dispuși să vorbească despre problemele lor. De obicei ei nu au perseverat nici în alte forme anterioare de tratament, iar tratamentul pe care-l folosesc nu le satisface așteptările.

Factorii care susțin menținerea unui pacient în psihoterapie nu sînt obligatoriu identici cu aceia prin care se obține ameliorarea stării lui. Orice psihiatru cunoaște pacienți care au perseverat ani de zile într-o terapie ce nu le-a fost folositoare. Conform părerii grupului Frank, numărul pacienților ce renunță la psihoterapie poate fi redus făcînd mult mai realiste așteptările lor în privința tratamentului (Hoehn-Sarik și colab. 1964). Deși aceste metode sînt deosebit de atrăgătoare, valoarea lor nu poate fi în mod ferm stabilită. Cînd Yalom și colab., 1967, au pregătit pacienții în acest mod pentru psihoterapie de grup, participarea a fost îmbunătățită, iar pacienții au înțeles mai repede ce se așteaptă de la ei în cadrul ședințelor de grup.

Terapii comportamentale și cognitive

Terapia comportamentală se bazează pe rezultatele psihologiei experimentale, care urmărește schimbarea simptomelor și a comportamentului. Se mai folosesc alți doi termeni pentru descrierea acestor metode: modificarea comportamentală, ca sinonim

pentru terapie comportamentală, și pentru a descrie un grup particular de procedee bazate pe condiționare operantă. Psihoterapia comportamentală se referă la terapiile comportamentale ce nu folosesc metode operante. Termenul **terapie cognitivă** înglobează tratamente psihologice ce-și propun să schimbe modurile greșite, maladaptative de gândire și, implicit, atenuarea tulburării psihice.

Dezvoltarea terapiei comportamentale

Primele încercări au fost făcute de Janet (1925) prin metodele sale de reeducare, folosite în tulburări de comportament. Aceste metode au decurs mai mult din experiența practică decât dintr-o teorie formală. Binecunoscutele experiențe ale lui Pavlov, ca și teoria învățării prin recompensă a lui Thorndike (Thorndike 1913) au furnizat bazele teoretice ale tratamentului bazat pe psihologia experimentală. Aplicarea practică a acestor descoperiri își are originea în experimentele lui Watson și Rayner (1920). Aceștia au arătat că, spre exemplu, la un copil sănătos, răspunsul prin teamă se poate asocia cu un stimul neutru prin condiționare pavloviană. Acest experiment a sugerat că teama "naturală" poate fi înlăturată prin metode comparabile. Cu toate acestea, deși behaviorismul s-a menținut ca forță dominantă în psihologie în anii 1920 - 1930, mai ales în SUA, aplicațiile practice în terapie au fost puține (cu excepția terapiei, abandonate în prezent, prin aversiune în alcoolism).

Dezvoltarea terapiei comportamentale moderne începe în anii '50, când s-au delimitat trei surse principale. În Marea Britanie, psihologii lucrând la Maudsley Hospital au aplicat principiile învățării în tratamentul individual mai ales al tulburărilor fobice. În Africa de Sud, Wolpe a pus bazele unui tratament pornind de la experimentele sale cu animale. El l-a descris într-o carte de mare influență, *Psihoterapia prin inhibiție reciprocă* (1958). Această carte a fost un moment de referință deoarece pentru prima oară clinicianului i se oferea o modalitate practică de tratament bazată pe o teorie suficient argumentată și susținută prin rezultate. Cea de a treia direcție de dezvoltare a început cu *Știință și comportament uman* - Skinner (1953) în care se susține că atât comportamentele normale cât și cele anormale sînt guvernate de legi ale condiționării operante și pot fi modificate folosind principii similare. Aceste începuturi explică dezvoltarea ulterioară a terapiei comportamentale în Marea Britanie și SUA. Ideile lui Wolpe au fost introduse în Marea Britanie de Eysenck (1960) și au fost repede adoptate, fiind apropiate metodelor folosite de psihologii de la Maudsley Hospital. În SUA, pe de altă parte, direcția cea mai viguroasă de dezvoltare a fost cea bazată pe condiționarea operantă.

Dezvoltarea terapiei cognitive.

Terapia cognitivă a avut două linii distincte dar înrudite de dezvoltare. Prima a pornit de la lucrările unui psihiatru, A.T. Beck, care, nemulțumit de rezultatul terapiei psihanalitice la pacienții deprimați, a căutat o alternativă mai bună. Fiind frapat de frecvența unor teme în gândirea pacienților deprimați (de ex. ideea ratării) el a sugerat că, aceste teme, ar putea fi mai degrabă o manifestare primară a bolii, decât consecința unor conflicte inconștiente sau anomaliilor biochimice. El a pus bazele unui tratament destinat a modifica aceste scheme de gândire (pag. 578).

Cea de a doua direcție de dezvoltare a terapiei cognitive a pornit de la munca unor psihologi care au fost nemulțumiți de terapia comportamentală bazată pe condiționarea operantă. Contribuția unuia dintre acești psihologi, D.H. Meichenbaum, va servi ca exemplu. El a examinat gândirea unor pacienți cu tulburări emoționale minore și a observat frecvența crescută a unor manifestări (ex. gânduri legate de, jena în societate). A a căutat apoi modalități de a controla aceste gânduri (pag. 578). Această direcție de dezvoltare a fost preluată de numeroși psihologi și

psihiatri și a fost aplicată în diverse tulburări ca: bulimia nervoasă, atacul de panică, hipocondriile. Aplicațiile vor fi discutate pe parcursul acestui capitol.

Modalități cognitive și comportamentale de tratament

Toate tulburările psihice au componente cognitive și comportamentale și, pentru ca starea pacientului să se amelioreze, ambele trebuie modificate. Tratamentul comportamental este direcționat înspre schimbarea de comportament din cadrul afecțiunii psihice, dar pentru obținerea vindecării trebuie modificate și schemele cognitive. Deopotrivă, în cazul terapiei cognitive de succes, modificarea tiparelor de gândire trebuie să fie urmată de o modificare comportamentală. Aceasta nu înseamnă că tratamentele cognitive și comportamentale sînt interschimbabile; în unele cazuri este de preferat a iniția schimbarea într-un singur sens. De exemplu în tulburările obsesive cu ritualuri și gânduri obsesive, ameliorarea este mai mare prin tratarea ritualurilor cu tehnici comportamentale decît dacă se încearcă înlăturarea gândurilor obsesive prin terapie cognitivă. A devenit totuși clar că, în multe cazuri, combinarea celor două tipuri de terapie este benefică. De exemplu în fobii, terapia comportamentală duce la o ameliorare incompletă, iar adăugarea terapiei cognitive crește rata reușitelor. Aceste două tipuri de terapie fiind adesea combinate, se folosește adesea termenul de terapie cognitiv-comportamentală. În paragrafele următoare se vor sublinia cîteva principii ale terapiei comportamentale și cognitive. Această expunere va fi urmată de o scurtă descriere a procedeelelor principale folosite în tratamentul afecțiunilor psihiatrice comune.

Principiile terapiei comportamentale

În acest tip de tratament, terapeutul încearcă să modifice un element comportamental proeminent din cadrul unei tulburări psihice încurajînd pacientul să efectueze comportamentul care pare incompatibil. De exemplu: comportamentul evitant din cadrul fobiilor este tratat prin încurajarea pacientului de a intra în situațiile de care-i este teamă (expunere - "exposure"); inactivitatea și retragerea socială a pacienților deprimați este tratată prin încurajarea lor înspre planificarea unei serii de activități plăcute (activity scheduling). Deși aceste procedee simple ocupă un loc central în terapia comportamentală, nu este suficientă instruirea pacientului înspre a le practica. Aceasta din pricina a două dificultăți: mai întîi pacienții nu sînt întotdeauna conștienți de existența comportamentului anormal și ca urmare nu folosesc metodele terapeutice la timpul potrivit; în al doilea rînd, noul comportament trebuie practicat frecvent și pentru o lungă perioadă de timp, motive pentru care, dacă nu se păstrează motivația, cei mai mulți pacienți nu au suficientă răbdare. Există modalități de a depăși aceste dificultăți.

Dimensiunea reală a tulburării de comportament poate fi determinată printr-o investigație atentă a activităților de zi cu zi ale pacientului, urmată de analizarea unui jurnal al acestuia care să cuprindă descrierea simptomelor și a încercărilor lui de a le face față. Acest tip de anchetă se numește *analiză comportamentală*. Analiza fobiei sociale poate servi ca exemplu: pacienții cu această tulburare, cel mai adesea, nu pot defini trăsăturile relațiilor sociale pe care le evită; ei spun numai că se simt anxioși atunci cînd sînt în societate. O analiză comportamentală ar putea stabili că pacientul este anxios numai în fața unor anumite aspecte ale relațiilor sociale ca privitul în ochi sau inițierea unei conversații. Expunerea gradată la aceste elemente specifice cîte unul pe rînd, este mai eficientă decît înscrierile de a reveni la situațiile din societate într-un mod mai puțin planificat.

Pentru a obține rezultate bune cu terapie comportamentală, este esențial a depăși lipsa de motivație. Deși majoritatea pacienților doresc să-și revină, ei nu au de obicei

motivația necesară pentru practicarea metodelor comportamentale specifice săptămîni sau chiar luni. Lipsa motivației se leagă adesea și de insuccese anterioare ce au condus la demoralizare. Motivația poate fi refăcută prin oferirea unor explicații clare asupra scopului tratamentului și asupra diferențelor între programul propus și încercările anterioare eșuate. De asemenea este util ca fiecare metodă să fie prezentată ca un experiment în care îndeplinirea unei sarcini este valoroasă, dar neîndeplinirea ei nu este un eșec, ci chiar un fapt pozitiv, prin aceea că aduce noi informații asupra tulburării. Această tehnică a "non-eșecului" este o cale foarte importantă de menținere a motivației.

Principiile terapiei cognitive

În această formă de terapie, terapeutul încearcă să schimbe una sau mai multe scheme de gândire greșite, caracteristice afecțiunii; de exemplu temerile iraționale ale pacientului fobic sau ideile pesimiste ale pacientului depresiv. Scopul este schimbarea acestor scheme de gândire în mod direct, în speranța că acestea vor fi urmate de alte schimbări. Mai multe tehnici se folosesc pentru a produce schimbări în gândire.

Primul pas este identificarea ideilor iraționale. Deși pacienții pot descrie unele dintre aceste idei, ei adesea nu sînt conștienți de existența altora, acestea din urmă fiind adesea deosebit de importante în întreținerea tulburării. Ideile iraționale pot fi evidențiate printr-un interviu atent în care pacientul este întrebăat despre motivele acțiunilor sale, ca și despre așteptările sale asupra diverselor evenimente (acest din urmă subiect în forma "Ce s-ar întîmpla dacă ar trebui să faci asta"). O altă modalitate de identificare a ideilor iraționale poate porni de la consemnarea zilnică, de către pacient, a gândurilor ce au declanșat accentuarea simptomelor (de ex. la ce se gîndea cînd a început să se simtă și mai deprimat).

În continuare, se încearcă schimbarea ideilor iraționale. Se folosesc două feluri de tehnici: verbale și comportamentale. La prima vedere, poate părea paradoxal ca tehnici comportamentale să fie parte a terapiei cognitive, totuși aceste tehnici sînt folosite pentru a produce o schimbare în gândire, iar nu în comportament, ca în terapia comportamentală.

Tehnicile verbale se folosesc în două feluri: sub îndrumarea terapeutului în ședințele de psihoterapie și de către pacient în timpul activității zilnice. Acestea din urmă trebuie să poată fi ușor de memorat și folosibile în momente de impas. La rîndul lor, acestea sînt de două feluri: tehnici preconizate a întrerupe firul ideilor iraționale (spre exemplu un pacient anxios crede că va muri în urma unui infarct). Acestea sînt modalități de distragere a atenției fie prin îndreptarea ei asupra mediului (numără obiecte), fie asupra unui conținut mintal normal (calcul mintal). Ca alternativă, se poate folosi un stimul senzorial brusc (de ex. pocnirea unei benzi de cauciuc pe încheietura mîinii), metodă numită uneori oprirea gândurilor. Cel de al doilea tip de tehnici urmărește neutralizarea efectului emoțional al gândurilor iraționale. Pacientul își repetă o explicație rațională a gândului irațional (ex. "inima mea bate mai repede pentru că sînt anxios, iar nu pentru că sufăr de inimă"). Fiind foarte greu pentru pacient să dea prioritate gândului liniștitor în momentul în care are cea mai mare nevoie de el, este utilă purtarea unui "carnet de urgență" pe care fraza liniștitoare este scrisă.

Tehnicile folosite de terapeut în cadrul ședințelor psihoterapeutice sînt destinate a modifica ideile iraționale prin oferirea de informații și căutarea bazelor logice ale gândurilor. Terapeutul identifică de asemenea modurile ilogice de gândire ale pacientului, care permit apariția și persistența gândurilor deranjante în pofida evidenței falsității lor. Aceste "erori logice" includ generalizări eronate de la exemple particulare la reguli generale și focalizarea gândirii pe argumentul care susține ideile

iraționale ignorându-l pe cel care le infirmă. Terapeutul încearcă de asemenea să identifice credințele iraționale care-l duc pe pacient la anxietate sau depresie atunci când este în fața unor probleme minore. Beck (1976) a numit aceste credințe "*presupuneri de fond*" (underlying assumptions). Un exemplu este ideea că pentru a fi fericit un om trebuie să reușească în tot ceea ce face. O astfel de convingere îl poate face pe pacient să se simtă deprimat atunci când are un mic eșec în muncă sau în relațiile sale personale.

Exemple specifice de tehnici cognitive vor fi date pe parcursul capitolului.

Tehnici comportamentale

Antrenamentul de relaxare (relaxation training).

Cel mai simplu tratament comportamental pentru tulburările de anxietate generalizată este antrenamentul de relaxare. Jacobson (1938) a descris primul relaxarea progresivă, un procedeu complicat, menit a duce la scăderea tonusului în diverse grupe de mușchi scheletici și a ritma respirația. Dezvoltările ulterioare au simplificat procedeul și au scurtat perioada de antrenament (Bernstein and Borkovec 1973), aceste metode simple fiind folosite în terapia comportamentală. Ele pot fi învățate prin instrucțiuni înregistrate pe bandă, sau în ședințe de grup, reducând astfel timpul pe care terapeutul trebuie să-l petreacă cu fiecare pacient. Relaxarea poate fi practică regulat în cursul zilei sau în timpul unei situații stresante. De obicei, tratamentul începe cu prima alternativă, progresându-se înspre cea de-a doua.

Există o surprinzătoare lipsă de studii cu lot martor asupra eficacității oricărei forme de antrenament de relaxare. Indicațiile cele mai comune sînt tulburările psihice cu anxietate și insomnia, dar nu există un studiu comparativ satisfăcător care să stabilească avantajul față de tratamentul anxiolitic sau sedativ-hipnotic. Experiența clinică sugerează eficiența egală a diverselor metode de relaxare, ca și faptul că atunci când sînt practicate cu perseverență, ele au un efect similar cu cel al unei doze medii de medicament benzodiazepinic. Totuși, este adesea dificil să convingem pacienții a le practica îndeajuns de perseverent pentru a ajunge la aceste efecte folositoare. Dacă acest lucru se reușește, este utilă folosirea unei combinații de tehnici cognitive și comportamentale (pag. 578). Antrenamentul de relaxare a fost folosit de asemenea în tratamentul hipertensiunii arteriale moderate (pag. 354), ca și în alte condiții în care evenimente stresante pot înrăutăți starea fizică prin creșterea excitabilității. S-a dovedit efectul specific în scăderea tensiunii arteriale, efect mai important decît cel al unor factori nespecifici, precum întîlnirea cu terapeutul (Brauer și colab. 1979). (Pentru o recenzie a metodelor de antrenament de relaxare-Glaister 1982.)

Expunerea (exposure)

Tehnicile de expunere se folosesc în tratamentul tulburărilor fobice în care anxietatea este însoțită de comportament evitant. Pentru fobiile simple tehnicile de expunere dau rezultate bune când sînt folosite separat. Pentru fobia socială sau agorafobie tehnicile de expunere sînt mai puțin eficiente folosite separat, motiv pentru care se folosesc în combinație cu procedee cognitive (pag. 571). Aici vor fi descrise tehnicile de expunere; tehnicile combinate - de expunere și cognitive - se discută la pag. 577.

Expunerea poate fi practică în chiar situațiile ce provoacă anxietate ("*expunere în practică*"), sau în clinică ajutînd pacientul să-și imagineze aceste situații ("*expunere în imaginație*"). În oricare dintre procedee expunerea poate fi treptată, începînd cu situații ce provoacă o mică anxietate și trecînd încet înspre situații mai dificile (desensibilizare). Sau dimpotrivă, expunerea poate fi bruscă, începînd cu situații ce provoacă anxietate severă - imersie ("*flooding*").

Desensibilizarea în imaginație a fost dezvoltată de Wolpe (1958). Tratamentul începe cu întocmirea unei liste de situații ce provoacă grade crescînde de anxietate - o ierarhie. Pacientul este învățat să se relaxeze, acest lucru urmînd a fi folosit în două situații. Mai întîi relaxarea este folosită pentru a reduce răspunsul anxios la imaginarea situațiilor fobogene făcînd astfel mai ușoară progresarea de-a lungul ierarhiei. Inițial se credea că este utilă neutralizarea completă a răspunsului anxios la stimulul fobic, dar acest lucru nu mai este considerat esențial. În al doilea rînd, relaxarea se folosește pentru îmbunătățirea calităților imaginative (pacienții relaxați își pot imagina mai "viu" diferite situații). Pînă de curînd desensibilizarea a fost cea mai folosită tehnică în terapia comportamentală. Așa cum s-a explicat mai sus, desensibilizarea se folosește acum în principal în fobiile simple.

În tehnica de imersie se identifică situațiile care produc anxietate severă. Pacienții sînt încurajați să intre în aceste situații sau să și le imagineze, continuînd să facă asta pînă ce răspunsul anxios se reduce. După acest antrenament, ei vor trăi o mai redusă anxietate cînd vor intra în situațiile propriu-zise. Implozia (implosion) este o variantă a imersiei în care se induce o anxietate deosebit de severă convingînd pacientul să-și imagineze scene deosebit de înspăimîntătoare. Atît imersia cît și implozia produc un grad de disconfort și nici una dintre aceste tehnici nu a dovedit a avea rezultate mai bune decît desensibilizarea (Gelder și colab. 1973). Din aceste motive nu sînt recomandate pentru folosirea de rutină.

Combinăția tehnicilor de expunere pentru creșterea motivației cu procedee cognitive a fost denumită *practica programată* (programmed practice) (Mathews și colab. 1981). Este descrisă la terapia cognitivă (pag. 577).

Metode comportamentale în nevroza obsesivă

Nevroza obsesivă nu răspunde bine la relaxare și desensibilizare (vezi Rachman și Hodgson 1980). Pentru tratamentul ritualurilor obsesive cea mai bună metodă de tratament este prevenirea răspunsului (response prevention), fondată de lucrările lui Meyer și Levy (1971). Cînd acesta din urmă a încercat să convingă pacienții să se rețină de la a practica ritualuri, la început disconfortul a fost marcat, dar perseverînd, atît disconfortul cît și ritualurile s-au diminuat. Metoda lui Meyer și Levy solicita supraveghere continuă de-a lungul întregii zile. Lucrări ulterioare au dovedit că această îndelungată supraveghere nu este necesară, cu excepția perioadei inițiale a tratamentului în cazurile cele mai severe. Odată ce ritualurile încep a fi într-un oarecare grad controlate, pacienții sînt încurajați să încerce să le țină sub control și în cadrul acelor situații care de obicei le agravează. Uneori este utilă demonstrarea a ceea ce li se cere, încurajînd apoi pacientul să urmeze exemplul. De pildă, în cazul ritualului spălatului pe mîini, terapeutul va atinge un "obiect contaminat", după care va desfășura alte activități fără să se spele. Această metodă se numește modelare (modelling), vezi pag. 576. Tratamentul începe adesea în spital cu ajutor din partea terapeutului, dar este important ca pacientul să practice acasă, asumîndu-și treptat responsabilitatea procedurii. Clomipramina a fost recomandată ca un tratament adjuvant al metodei prevenirii răspunsului, dar nu există dovezi certe ale rezultatelor superioare, cu excepția pacienților depresivi (Marks și colab. 1980 et al. 1989). Atunci cînd ritualurile sînt însoțite de gînduri obsesive, acestea dispar mai ușor după tratamentul ritualurilor prin metoda prevenirii răspunsului. Cînd gîndurile obsesive apar neînsoțite de ritualuri este utilă folosirea unei metode cognitive (ex. întreruperea gîndurilor pag. 578).

Antrenamentul afirmării (assertiveness training)

Antrenamentul afirmării este destinat a încuraja exprimarea directă, social acceptabilă, a gîndurilor și sentimentelor de către persoane timide sau inhibate din

punct de vedere social. Metoda a fost prima oară descrisă de Salter (1949) și dezvoltată de Wolpe (1958). Esența tratamentului este ca pacienții să exerseze situații sociale în care ar fi necesar un grad de autoafirmare (spre ex. situația de a fi ignorat de o vânzătoare care discută cu o alta). Printr-o combinație de antrenament dirijat (coaching), modelare și inversare de rol, pacienții sînt încurajați să practice comportament verbal și non-verbal potrivit (ultima modalitate exersîndu-se prin privire în ochi, expresie facială, postură). (O expunere detaliată a acestor metode a fost făcută de Rimm și Masters 1974.)

Antrenamentul aptitudinilor sociale.

Aceste tehnici își au originea în lucrările lui Argyle și ale colegilor săi (ex. Trower și colab. 1978) care privesc comportamentul social ca pe un ansamblu de deprinderi învățate ce pot fi evaluate și îmbunătățite în diverse moduri. Înregistrări video pot fi folosite pentru a defini elemente ale comportării pacientului în situații sociale standard. Pacientul este apoi învățat să aibă un comportament mai adecvat printr-o combinație de instruire directă, modelare, video feed-back, inversare de rol. Trower și colab. au pus la punct un procedeu potrivit pacienților cu deosebire lipsiți de deprinderi sociale. Procedeu poate fi aplicat pacienților cu deficit de adaptare socială secundar schizofreniei (caz în care procedeu trebuie să facă parte dintr-un program mai larg de tratament). Pacienții cu anxietate socială beneficiază mai puțin de pe urma antrenamentului deprinderilor sociale, pentru că de obicei nu sînt lipsiți de ele, ci sînt prea anxioși pentru a le folosi (vezi Shaw 1979).

Autocontrolul

Toate formele de terapie comportamentală încurajază pacienții spre a învăța să-și controleze propriile sentimente și propriul comportament. În tehnica autocontrolului acesta este scopul principal. Aceste metode pot fi atribuite pe de o parte lucrărilor lui Goldiamond (1965), care a sugerat că metodele condiționării operante pot fi folosite în acest scop, și pe de altă parte lui Bandura (1969), care a subliniat rolul important al autorecompensării. Tratamentului prin autocontrol îi lipsesc procedeele specifice îndreptate înspre simptome anume. El urmărește creșterea posibilității pacientului de a-și modifica singur comportamentul și a fost folosit cu maximum de succes cînd scopul tratamentului era evident, dar efortul de a-l atinge foarte mare (de ex. supraalimentația, fumatul excesiv).

Pot fi descrise două stadii ale tratamentului: autourmărirea și autoîntărirea. Autourmărirea se referă la efectuarea de consemnări zilnice asupra comportamentului problemă și a condițiilor în care apare. Spre exemplu, un pacient care se supraalimentează va fi rugat să noteze tot ceea ce mănîncă, cînd mănîncă, precum și asocierea între mese și evenimente stresante sau stări emoționale (de ex. nefericire). Simpla înregistrare a acestor date poate acționa în sine ca un puternic stimul înspre autocontrol, deoarece pacienții adesea evită să recunoască adevărata dimensiune a problemei lor, ca și factorii care o agravează. Odată ce problema a fost recunoscută în acest mod, pacientului i se cere să înceapă autoîntărirea (self reinforcement); aceasta constă în a-și oferi singur o recompensă atunci cînd reușește să-și controleze comportamentul. Spre exemplu o femeie care încearcă să țină o dietă își poate cumpăra pantofi noi atunci cînd atinge greutatea dorită pentru luna respectivă. Autoevaluarea se referă la înregistrarea progreselor, acesta fiind un alt lucru ce ajută la producerea schimbării. În tratamentul prin autocontrol, pacientul își asumă responsabilitatea propriei terapii, medicul avînd un rol de sfătuitor. În cazul în care comportamentul nedorit este determinat de stimuli specifici din mediu, pacientul este la început încurajat să-i evite. Ulterior, el se va confrunta în mod progresiv cu acești stimuli, lărgindu-și astfel controlul asupra propriului comportament.

Tratamentul condiționat (contingency management)

Acest grup de procedee se bazează pe principiul conform căruia dacă un comportament persistă este din pricina reîntăririi prin consecințele sale și deci dacă acestea pot fi schimbate, însuși comportamentul se va schimba. De asemenea, dacă unele aspecte ale comportamentului necesită o accentuare sau o creștere a frecvenței de apariție, acest lucru poate fi realizat prin creșterea consecințelor lor pozitive. S-a pornit de la presupunerea că cele mai puternice reîntăriri ale unui comportament pozitiv sînt cele sociale. Acestea includ exprimarea acordului sau dezacordului din partea altor persoane, ca și acțiuni plăcute și "răsplătitoare" pentru pacient. Tratamentul condiționat are patru stadii. Mai întîi se definește comportamentul care trebuie schimbat și o altă persoană (de obicei o asistentă, partenerul de viață, un părinte) este pregătită pentru a-l înregistra, (de exemplu, o asistentă poate număra de cîte ori un pacient schizofren strigă cuvinte urîte). În al doilea rînd se identifică evenimentele ce urmează comportamentului nedorit, probabil reîntărindu-l (de exemplu, asistentele pot reîntări fără să vrea comportamentul pacientului dîndu-i mai multă atenție cînd strigă decît atunci cînd este liniștit). În al treilea rînd se pun la punct modalități de reîntărire a comportamentului dorit, de exemplu, oferirea de jetoane care se pot schimba pentru diverse favoruri, semne de aprobare din partea altor persoane, activități care fac plăcere pacientului. În sfîrșit, personalul sau familia trebuie învățate să ofere aceste recompense de cîte ori apare comportamentul dorit și să le retragă cînd acesta dispăre. Pe măsură ce tratamentul progresa, se înregistrează frecvența apariției comportamentelor problemă și a comportamentelor ce trebuie încurajate. Deși tratamentul vizează în principal consecințele comportamentului, se acordă o oarecare atenție și evenimentelor care-l provoacă. De exemplu, în spital comportamentul anormal al unui pacient poate fi de fiecare dată provocat de acțiunile altui pacient. (O bună expunere a detaliilor practice ale tratamentului condiționat este făcută de Rimm și Masters 1974).

Tratamentul condiționat poate fi practicat individual, cu cupluri, sau familii (ca în terapia comportamentală maritală sau familială) sau cu grupuri de pacienți care trăiesc împreună într-un pavilion. Atunci cînd întărirea comportamentului dorit se face prin jetoane, ce pot fi schimbate pentru obținerea unor beneficii, sistemul se numește economie de jetoane. Acesta ridică aspecte etice, deoarece adesea este necesară privarea pacientului de unele bucurii pe care și le va cîștiga apoi cu jetoane. Dacă aceste bucurii reprezintă drepturi ale pacientului, apare aspectul etic al problemei. Adesea este greu de stabilit dacă aceste bucurii reprezintă privilegii sau sînt drepturi elementare - de ex. posibilitatea de a se uita la televizor.

Economiile de jetoane aduc adesea schimbări utile în comportament, dar acestea tind să dispară atunci cînd pacientul se mută în alt mediu: la serviciu sau acasă. Recăderea se produce probabil deoarece pacientul începe să întâlnească oameni care se poartă cu el așa cum inițial se purta personalul medical în spital, acordîndu-i mai multă atenție atunci cînd comportamentul său este anormal. O astfel de regresie poate fi uncori evitată pregătind ceilalți oameni pentru a răspunde corect. Informații suplimentare în legătură cu problema obținerii de schimbări de lungă durată sînt date de Keeley și colab. (1976) și de Rimm și Masters (1974 cap.6).

O altă problemă legată de economia de jetoane este dacă acestea au sau nu un efect specific. La pacienții schizofreni cronici, Baker și colab. (1974) au descoperit eficiența egală a tratamentului chiar dacă jetonul nu se oferea. Ca urmare, este de presupus că există alte trăsături ale programului, în mod special planificarea atentă, gradată a unor scopuri, care sînt eficiente în sine. Dacă jetoanele au vreun efect, acesta poate fi prin încurajarea personalului în a observa sistematic comportamentul bolnavului și nu ca întăritoare ale acestuia. Tratamentul condiționat s-a dovedit a fi valoros ca o componentă a tratamentului pentru adulții handicapați mintal. S-a folosit de asemenea cu succes la pacienții cu stări defectuale postschizofrenice.

Tulburările de comportament ale copiilor au fost tratate antrenând părinții în a se comporta ca terapeuții; această metodă are o oarecare valoare în ameliorarea comportamentului social al copiilor cu autism.

Alte tehnici comportamentale

Modelarea. Această metodă cere pacientului să imite comportamentul arătat de terapeut. Deși i se acordă un loc deosebit în multe cărți de terapie comportamentală, metoda nu va fi pe larg expusă aici. Aceasta deoarece, deși reprezintă un aspect important al învățării, în special în copilărie (Bandura 1962), modelarea nu s-a dovedit prin ea însăși un tratament eficient pentru adulții cu tulburări psihice. Totuși, metoda poate încuraja unii pacienți să înceapă folosirea altor tehnici mai precise. (Cititorii care doresc o expunere amănunțită sînt îndrumați spre Bandura 1971).

Practica negativă. Metoda își are originea în lucrările lui Dunlap (1932), care a sugerat că ticurile, bîlbîiala, suptul degetului și rosul unghiilor pot fi reduse atunci cînd pacientul repetă gestul în mod deliberat. Un oarecare suport teoretic al ideii este oferit de experimente care arată o mărire a inhibiției prin practicarea repetată a comportamentului nedorit (Hull 1943); prin repetare, inhibiția reactivă se asociază comportamentului nedorit care în acest mod diminuează. Practica negativă a fost în special folosită în tratamentul ticurilor. Deși s-au dovedit rezultate bune pe termen scurt (Walton 1961), nu există dovezi convingătoare pentru o ameliorare de lungă durată.

Metoda perniță-clopoțel. Aceasta este un procedeu special, pentru prima oară dezvoltat în anii '30 în scopul tratării enurezisului. Două discuri metalice separate de o perniță sînt plasate sub așternut. Dacă copilul pierde urină în somn, pernița se umezește și rezistența ei scade permițînd contactul electric între cele două discuri metalice care sînt conectate la o baterie și un clopoțel. Zgomotul acestuia trezește copilul, care va merge la toaletă. După repetarea procedurii în cîteva nopți, copilul nu va mai pierde urină ci se va trezi spre a merge la toaletă. În cele din urmă va reuși chiar să doarmă întreaga noapte fără a urina. Trezirea din somn înainte de a pierde urina poate fi înțeleasă ca un rezultat al condiționării clasice. Este mai greu de înțeles cum duce tratamentul la înlăturarea micțiunilor nocturne în totalitate. (Cititorii care doresc să știe mai mult despre acest tratament și justificările sale teoretice sînt îndrumați spre Lovibond și Coote, 1970. Metoda va fi din nou menționată la pag. 631.)

Biofeedback

Prin tehnicile de biofeedback, pacientul încearcă să capete controlul unor funcții fiziologice ca tensiunea arterială, asupra cărora în mod normal nu poate exercita nici o influență voluntară. O astfel de lipsă de control caracterizează funcțiile SNV, dar apare și în legătură cu funcțiile în mod normal controlate voluntar, dar asupra cărora acesta s-a pierdut datorită leziunilor nervoase.

Trăsăturile esențiale ale tratamentului sînt simple. Se folosește un monitor fiziologic pentru a oferi pacientului informații asupra funcției pe care dorește să o controleze. Prezentarea se face într-o modalitate ușor de înțeles, ca de exemplu un semnal sonor sau vizual de intensitate variabilă. Pacientul încearcă apoi să modifice semnalul prin influențarea funcției fiziologice, de exemplu relaxîndu-se. Deși plauzibilă teoretic, această tehnică nu adaugă prea mult capacității generale a oamenilor de reglare a funcțiilor vegetative. Totuși, poate fi de folos cînd o anumită funcție nu mai este normal controlată, de ex. după leziuni ale măduvei spinării

(Brudny și colab. 1974). Biofeedback-ul pentru alura ventriculară sau răspunsul galvanic al pielii s-a folosit în antrenamentul de relaxare, dar majoritatea pacienților pot fi învățați să se relaxeze și fără acest ajutor. (Pentru o expunere detaliată și o evaluare corectă a metodei, vezi Basmajian 1983 și Stroebel 1985.)

Terapia prin aversiune

În această tehnică, reîntărirea negativă este folosită pentru a ajuta pacientul să-și elimine comportamentul nedorit. Există două probleme legate de folosirea acestei metode: una tehnică și cealaltă etică. Cea tehnică se referă la faptul că efectul reîntăririi negative asupra comportamentului este de obicei temporar. Problema etică constă în faptul că reîntărirea negativă solicită folosirea unor stimuli neplăcuți sau chiar dureroși, care în alte ocazii pot fi folosiți ca o formă de pedeapsă. Deși există o distincție clară între reîntărirea negativă folosită spre a ajuta o persoană să înlăture un comportament nedorit și pedeapsa pentru o faptă rea, este important să ne asigurăm că granița între aceste aspecte este respectată. Acest lucru este cu deosebire important când terapia prin aversiune se folosește la pacienți cu tulburări de comportament sexual care pot fi obiectul unor încadrări juridice. În prezent, terapia prin aversiune este rareori folosită, deoarece nu s-a dovedit a avea rezultate superioare altor tratamente mai puțin neplăcute. În anii patruzeci, metoda a fost folosită în tratamentul etilismului prin condiționare clasică, în care vederea, mirosul, gustul alcoolului erau legate de greața și voma produse de apomorfina. După entuziasmul de început (Lemere și colab. 1942) metoda a fost părăsită, deoarece rezultatele nesigure nu justificau dificultatea procedurii. În anii șaizeci, terapia prin aversiune a fost folosită pentru tratamentul tulburărilor de comportament sexual, mai ales pentru fetișism. Se foloseau șocuri electrice blânde, ca stimuli întăritori destinați a produce condiționare operantă (vezi Bancroft și Marks 1968). Tratamentul a fost abandonat, deoarece experiența a dovedit că se pot obține efecte comparabile în alte moduri (vezi pag. 457). Ca o alternativă mai puțin stresantă s-au folosit imaginile mintale ale unor situații neplăcute în locul stimulilor neplăcuți aplicați extern, metodă cunoscută ca "sensibilizare acoperită" (vezi Cautela 1967). Totuși, această metodă nu a dovedit efecte terapeutice specifice.

Tehnicile pentru tratamentul disfuncțiilor sexuale sînt descrise în cap. 15.

Terapii cognitive și cognitiv-comportamentale

Majoritatea tratamentelor cognitive include unele elemente comportamentale, termenul terapie cognitiv-comportamentală fiind general aplicabil.

Terapia cognitiv-comportamentală pentru tulburări fobice

Deși, așa cum s-a explicat la pag. 572, fobiile simple pot fi efectiv tratate prin expunere (o formă de terapie comportamentală), fobia socială și agorafobia răspund mai bine la o combinație de metode cognitive și comportamentale. Tehnicile cognitive sînt folosite pentru a întrerupe gândurile parazite și a neutraliza efectele lor. Două tipuri de gânduri parazite sînt modificate: preocuparea asupra faptului de a fi anxios ("frica de frică") și teama că alți oameni vor reacționa nefavorabil pacientului ("frica de evaluare negativă"). În fobia socială "frica de evaluare negativă" este în mod deosebit importantă, în vreme ce în agorafobie se acordă o atenție sporită "fricii de frică" (de ex. gândurile de tipul "voi leșina, voi muri", "voi pierde controlul situației"). Tratamentul combină expunerea, o explicație generală, amănunțită, a fiziologiei anxietății, o chestionare asupra bazelor logice ale fricii, cu o instruire în tehnicile de "distragere a gândurilor" (Metoda chestionării asupra bazelor logice ale fricii este

descrișă în paragraful următor).

Controlul anxietății în tulburările anxioase generalizate

Acest tratament combină relaxarea cu o explicație asupra originii simptomelor și cu învățarea tehnicilor de controlare a anxietății provocată de gândurile parazite. Pacienții anxioși adesea înțeleg greșit semnificația unor simptome ca palpitațiile și amețea, temându-se că acestea indică o boală somatică gravă. În aceste cazuri se va da o explicație a fiziologiei răspunsului anxios și a relației sale cu tulburările anxioase. Pacienții sînt învățați să reducă efectul gândurilor parazite în două moduri. Prima metodă este distragerea: de exemplu pacientului i se recomandă să-și concentreze atenția asupra unor obiecte din mediu, iar nu asupra gândului parazit. Cea de a doua metodă constă în repetarea unor fraze liniștitoare care neagă conținutul gândului; de exemplu ca răspuns la gândul: "amețea arată că încep să înnebunesc", pacientul va repeta "deși multe persoane anxioase se sînt amețite, ele nu înnebunesc". Pacienții cu tulburări de anxietate cronică răspund de obicei bine la această metodă (controlul anxietății), răspunsul persistînd cel puțin 6 luni (Butler și colab. 1987). Sînt necesare cercetări mai amănunțite pentru confirmarea rezultatelor pe o durată mai lungă.

Tehnici pentru tulburarea anxioasă cu atac de panică

Pacienții cu atacuri de panică frecvente au o convingere specială că simptomele somatice ale anxietății reprezintă o boală foarte serioasă (vezi pag. 152). Aceste convingeri, adesea legate de boala de inimă, crează un cerc vicios în care simptomele anxietății (ex. tahicardia) generează anxietate. Dacă atacurile de panică nu sînt frecvente, pacienții răspund bine la metodele controlului anxietății, dar dacă atacurile sînt frecvente este necesară asocierea unui alt tratament. În una dintre tehnici, simptome somatice asemănătoare celor de care se teme pacientul sînt produse într-un mod benign (de exemplu prin hiperventilație voluntară) și se indică originea lor, apoi se explică pacientului cauza, deopotrivă de benignă, atunci cînd sînt determinate de anxietate. Majoritatea pacienților cu atacuri de panică răspund bine la această tehnică simplă, ameliorarea durînd cel puțin 6 luni (Clark și colab. 1985); sînt necesare cercetări ulterioare pentru evaluarea beneficiului de lungă durată.

Întreruperea gândurilor

Aceasta este o formă specială de distragere folosită pentru controlul gândurilor obsesive. Deoarece aceste gânduri sînt foarte puternice, stimulul de distragere trebuie să fie brusc și intens. De asemenea, acesta trebuie să fie ușor de produs de către pacient; o modalitate este pocnirea unei benzi elastice pe încheietura mîinii. Folosirea acestei metode în nevroza obsesivă este discutată la pag. 573.

Terapia cognitiv-comportamentală în tulburările depresive

Terapia cognitivă în tulburările depresive este un procedeu complex ce combină tehnici comportamentale și cognitive ce au ca scop schimbarea modului de gîndire. Componentele comportamentale ale terapiei cognitive sînt de două tipuri. Mai întîi folosirea unui orar de activitate, deoarece pacienții depresivi sînt adesea inactivi. Inactivitatea crește depresia pentru că îi privează de experiențe satisfăcătoare și le permite să se afunde în ideile lor depresive. Activitățile se vor planifica gradat și vor fi adecvate intereselor pacientului și severității bolii. Cea de a doua componentă comportamentală, "testarea realității" - constă în activități destinate a concura ideile intruse. Aceste activități vor fi puse la punct pentru fiecare pacient în parte folosind metoda "hai să vedem ce se întîmplă dacă încerci să faci asta".

Componentele cognitive constau inițial în înregistrarea frecvenței gândurilor

intruse, ulterior întreruperea lor prin distragere și introducerea unor gânduri liniștitoare (de exemplu "dacă gândesc asta nu înseamnă că e și adevărat"). Următorul pas este identificarea schemelor greșite de gândire prin chestionarea pacientului asupra felului în care a ajuns la gândurile intruse ("intrusive thoughts"). Există mai multe scheme greșite de gândire ce fac posibilă apariția și persistența gândurilor intruse. Exemplele cele mai comune sînt: generalizarea pornind de la un caz particular (supra-generalizarea "over-generalization"), axarea pe aspectul nefavorabil al unei situații ignorîndu-le pe cele favorabile (abstracție selectivă "selective abstraction"), autoacuzarea neîntemeiată pentru fapte ce reprezintă consecințe ale acțiunilor altor oameni (personalizarea "personalization") (termenii din paranteze sînt cei folosiți de Beck și colab. 1979 pentru a descrie aceste moduri de gândire). Odată identificate aceste greșeli de logică, ele sînt explicate în mod repetat pacientului, care este încurajat să le recunoască și să le corecteze în viața de zi cu zi.

Terapia cognitiv-comportamentală în bulimia nervosa

Componentele comportamentale în acest caz sînt destinate a reface un comportament alimentar normal (trei sau patru mese pe zi fără gustări între ele). Pacienții notează ce mănîncă, cînd mănîncă și cînd își provoacă vărsături sau iau laxative. Aceste procedee de obicei duc la o oarecare ameliorare care este necesară înaintea introducerii componentelor cognitive în a doua etapă a tratamentului.

Componentele cognitive. Interviul și ținerea unui jurnal folosesc la identificarea gândurilor intruse. Distragerea este folosită pentru întreruperea acestor gânduri, iar ideile liniștitoare sînt repetate de către pacient ca în tratamentul tulburărilor anxioase. Bazele logice ale gândurilor intruse sînt atacate prin explicarea greșelilor de gândire. În bulimia nervoasă unele gânduri sînt asemănătoare celor din tulburările depresive (de exemplu "nimeni nu mă place"), în vreme ce altele sînt caracteristice tulburărilor de alimentație (de exemplu, "dacă mă îngraș înseamnă că pierd controlul asupra mea").

Următorul pas, ca și în tulburările depresive, este identificarea schemelor greșite de gândire care permit persistența ideilor disfuncționale (dysfunctional ideas) în pofida evidenței contrariului. Erorile de logică sînt în general cele descrise la tulburările depresive.

Unele probleme în folosirea terapiilor comportamentale și cognitive

Tulburările multiple

Mulți dintre pacienți au adesea mai mult decît o singură problemă, de exemplu: anxietate generalizată și abilități sociale reduse. Este de obicei utilă tratarea acestor probleme pe rînd. Dacă se poate obține ameliorarea uneia dintre probleme, pacientul cîștigă încredere și poate fi capabil să-și rezolve singur cealaltă problemă.

Combinarea terapiei comportamentale cu psihoterapia

Deși teoretic combinarea tratamentului psihodinamic cu terapia comportamentală pare greu de realizat, în practică lucrurile sînt mult mai simple. Pacientul trebuie să înțeleagă scopul fiecărei metode: de exemplu psihoterapia este aplicată pentru problemele sale intime de relaționare, iar terapia comportamentală - pentru o fobie asociată. Dacă este necesar ca psihoterapia să fie intensivă, poate fi dificil pentru clinician să-și schimbe rolul din cel pasiv al psihoterapeutului în cel activ și direcțional al terapeutului comportamental. Ca urmare, este util în astfel de cazuri concursul a doi terapeuți.

Psihanaliștii au presupus că tratamentul direct al simptomelor prin terapie comportamentală sau cognitivă va duce la apariția altor simptome, deoarece tulburările psihodinamice de fond nu au fost rezolvate. Experiența clinică și unele studii catamnestice nu au confirmat aceste presupuneri.

Alte forme de tratament psihologic

Hipnoza

Hipnoza este o stare în care pacientul se află într-o stare de relaxare, somnolență și neobișnuită sugestibilitate. Această sugestibilitate crescută se manifestă prin posibilitatea de a i se induce o sensibilitate scăzută la stimuli dureroși, ca și imagini mintale foarte vii, halucinații, scăderi ale memoriei, precum și regresie de vîrstă (age regression - comportamentul pe care pacientul l-a avut cînd era mult mai tînăr, copil etc.). Deși această sugestibilitate crescută este caracteristică hipnozei, ea nu apare numai în hipnoză. Unii subiecți pot face lucrurile descrise mai sus prin sugestie directă, fiind în deplină stare de veghe (vezi Barber 1962). Într-adevăr nu pare a exista vreun fenomen caracteristic numai transei hipnotice.

Hipnoza poate fi indusă în diverse moduri. Principala condiție este ca pacientul să dorească a fi hipnotizat și să fie convins că hipnoza se va produce. Cele mai multe procedee conțin combinații ale următoarelor elemente: relaxare și respirație încetinită, fixarea atenției asupra unui punct (de exemplu un obiect mișcător), instrucțiuni ritmice, monotone și folosirea unei serii gradate de sugestii de exemplu "brațul vi se va ridica" etc. Terapeutul folosește starea de sugestibilitate fie pentru a implanta direct idei de ameliorare, fie pentru a provoca evocarea unor amintiri refulate.

Indicații

În psihiatrie, hipnoza poate fi folosită în diverse moduri. Primul și cel mai simplu este folosirea ca formă de relaxare, ceea ce necesită doar o transă ușoară. În acest scop hipnoza nu s-a dovedit mai eficientă decît alte metode care permit pacientului un mai mare control asupra propriilor acțiuni. Cea de a doua indicație, care necesită o transă mai profundă, este creșterea sugestibilității pentru a provoca ameliorarea simptomelor, mai ales a celor isterice. Deși acest procedeu este adesea eficace, cel puțin pe termen scurt, el nu s-a dovedit a fi superior altor forme de sugestie graduală fără transă. Ba mai mult, înlăturarea bruscă a simptomelor prin hipnoză este adesea urmată de o reacție emoțională intensă cu anxietate sau depresie. Cea de a treia indicație a hipnozei este ca adjuvant al psihoterapiei prin ușurarea apariției amintirilor refulate, fără a se putea dovedi o creștere a eficienței tratamentului prin această metodă. Din aceste motive autorii nu recomandă folosirea hipnozei în psihiatria clinică (cititorii care doresc informații suplimentare despre hipnoză sînt îndrumați spre Wolberg 1977, pentru o expunere scurtă, sau Wolberg, 1948, pentru o expunere mai detaliată).

Antrenamentul autogen (Autogenic training)

Această tehnică își are originile în lucrările lui Oskar Vogt, care la începutul secolului XX a studiat modificările psihofiziologice produse prin hipnoză și autosugestie. În 1905, Schultz a elaborat un procedeu clinic - training autogen - și l-a folosit în tratamentul simptomelor somatice produse de tulburările emoționale (Schultz 1932).

În trainingul autogen, "exerciții standard" sînt folosite pentru a induce senzații de îngreunare, căldură sau răcire a diferitelor zone ale corpului și pentru a încetini respirația. Urmează "exerciții de meditație" în care se imaginează cît se poate de viu culori sau obiecte. Practicarea acestor două tipuri de exerciții este presupusă a provoca modificări în activitatea SNV, lucru care ar duce la ameliorarea simptomelor cardiovasculare, endocrine, urogenitale ca și a nevrozelor și tulburărilor de comportament. Nu s-a dovedit că modificările vegetative în urma trainingului autogen diferă substanțial de cele provocate prin simpla relaxare, după cum nu există dovezi clare ale efectelor terapeutice ale procedurii. Aceste metode nu au fost folosite larg în SUA sau Marea Britanie, la ele apelîndu-se mai mult în Europa și Canada. (Cititorului interesat i se recomandă expunerea sumară a lui Schultz și Luthe 1959.)

Tehnici de meditație

În ultimii ani, un număr mare de tehnici de meditație au atras atenția, unele dintre ele fiind folosite în tratamentul pacienților nevrotici. Deși metodele pornesc de la premise diferite, ele au câteva trăsături comune. Mai întâi, ele includ instrucțiuni de relaxare și reglare a ritmului și profunzimii respirației. În al doilea rând, includ un proces de distragere a atenției persoanei de la lumea exterioară și de la șirul de gânduri care altminteri i-ar ocupa mintea. Adesea acest lucru necesită concentrarea și repetarea unui cuvânt sau grup de cuvinte (o mantra). În al treilea rând se pune accentul pe lăsarea la o parte a activităților zilei pentru a obține perioade de calm. În al patrulea rând, persoana aderă la un grup de oameni care cred în metoda practică, încurajându-se reciproc în susținerea ei. O astfel de presiune a grupului lipsește adesea din programele de spital ce au la bază relaxarea sau meditația, aceasta explicând lipsa de perseverență a pacienților în practicarea exercițiilor.

Nu există dovezi satisfăcătoare asupra valorii acestor metode. Experiența clinică indică un oarecare beneficiu (în formele cele mai puțin excesive) pentru pacienți nevrotici ale căror simptome provin dintr-un ritm de viață deosebit de alert.

Abreacția (abreaction)

Se cunoaște de foarte multă vreme faptul că exprimarea liberă a emoției duce adesea la o ameliorare temporară a tulburării psihice. Asemenea exprimare, componentă a multor procedee religioase de vindecare, a fost folosită și în medicină. Fiind de cea mai mare valoare în nevrozele acute provocate de stres intens, s-a folosit în terapia nevrozelor de război. După ce Sargant și Slater (1940) au apelat la metodă în tratamentul nevrozelor acute a soldaților evacuați din Dunkerque, exprimarea liberă a emoțiilor a fost mult folosită în prima linie a frontului pentru ameliorare rapidă și întoarcerea soldaților la luptă. În practica civilă, metoda are o valoare restrânsă, deoarece puține cazuri se prezintă la câteva ore de la trauma emoțională. Abreacția produsă prin încurajarea pacientului să retrăiască evenimentul traumatizant poate fi facilitată prin administrarea intravenoasă a unui sedativ. Folosirea abreacției în timp de pace nu este recomandată (vezi Sargant și Slater 1963).

RECOMANDĂRI BIBLIOGRAFICE

Sugestii pentru lecturi suplimentare legate de metode specifice s-au făcut în cursul capitolului. Lista ce urmează constă în materiale cu conținut general referitoare la psihoterapie.

Bloch, S. (1986). *An introduction to the psychotherapies* (2nd edn). Oxford University Press, Oxford.

Brown, D. and Pedder, J. (1979). *Introduction to psychotherapy: an outline of psychodynamic principles and practice*. Tavistock Publications, London.

Frank, J.D. (1967). *Persuasion and healing*. Johns Hopkins Press, Baltimore.

Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J.W., and Clark, D.M. (1989). *Cognitive behavioural approaches for adult psychiatric disorders: a practical guide*. Oxford University Press, Oxford.

Storr, A. (1979). *The art of psychotherapy*. Secker and Warburg with Heinemann Medical Books, London.

Wolberg, L.R. (1977). *The technique of psychotherapy*. Secker and Warburg with Heinemann Medical Books, London.

Yalom, I. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy* (3rd edn). Basic Books, New York.

19 Servicii psihiatrice

În ultimele două capitole ne-am ocupat cu tratarea individuală a pacienților cu metode fizice și psihologice. În acest capitol se prezintă uele servicii specializate psihiatrice și sociale pentru întreaga populație. În Marea Britanie aceste servicii sînt asigurate de autoritățile spitalicești și cele guvernamentale locale. Trebuie notat totuși că majoritatea pacienților cu tulburări psihice sînt tratați de medici generaliști, care fac apel la psihiatri numai pentru 5% din pacienții lor cu simptome psihice (Shepherd și colab. 1966). Procentul de pacienți cu simptome emoționale și nevrotice minore care fac apel la specialiști este mic. În alte țări, asistența primară este mai puțin pusă la punct, serviciile de specialitate ocupîndu-se cu o gamă mai largă de cazuri.

Serviciile psihiatrice și cele sociale pot fi împărțite în două grupe: cele pentru pacienți în fază acută și pentru cei cu tulburări cronice. Asigurarea unor servicii pentru pacienții cronici prezintă mai multe probleme dificile. Unele din aceste probleme sînt prezentate în capitolele care se ocupă cu tulburările la vîrste înaintate (pag.473) și în copilărie (pag.608). Acest capitol se ocupă de serviciile pentru pacienți cu tulburări psihice cronice invalidante.

Înainte de a le descrie, vom prezenta un istoric al serviciilor pentru pacienți psihici.

Istoric

Pînă la mijlocul secolului al XVIII-lea nu prea existau prevederi speciale pentru bolile mintale. În Anglia, de exemplu, singurul spital pentru boli mintale era Bethlem Hospital, înființat în 1247. În Europa continentală, exista aceeași situație, deși spitalele Evului Mediu din Spania erau o excepție notabilă (Chamberlain 1966). Aproape toți bolnavii mintali locuiau în cadrul comunității, ocrotiți doar prin niște prevederi legale slabe, sau erau închiși. În Anglia, Actul pentru Vagabondaj din 1744 a făcut pentru prima dată o distincție legală între alienați și vagabonzi. În secolul al XVIII-lea, s-au înființat "azile" particulare (mad houses) în special pentru persoanele care-și puteau permite să plătească dar și pentru unii săraci care erau ajutați de parohie (Parry - Jones 1972). Cam în același timp, s-au organizat cîteva spitale sau pavilioane prin binefaceri particulare și subscripție publică. Secția de bolnavi psihici de la Spitalul Guy a fost fondată în 1728, urmată de Spitalul St. Luke (1751), constituit ca o alternativă la Spitalul Bethlem supraaglomerat. Pe atunci, ca și acum, existau dezbateri asupra valorii secțiilor de psihiatrie în spitalele generale (Allderidge 1979).

La sfîrșitul secolului al XVIII-lea, în Marea Britanie și în alte țări, atenția publică a fost îndreptată spre reînnoirea eforturilor de îmbunătățire a grijii pentru bolile mintale. La Paris, Pinel a făcut un pas important în 1793, cînd i-a eliberat din lanțuri pe pacienți. Pinel a introdus și alte reforme care au umanizat grija pentru bolnavii psihici. În Anglia, William Tuke, un quaker filantrop, a fondat Casa de odihnă de la York în 1792. Aici s-a asigurat o îngrijire "morală" (adică psihologică) bazată pe respectul pentru pacient mai degrabă decît pe luarea de sînge sau purgație, metode preferate de majoritatea medicilor din acea perioadă. Această Casă de odihnă a fost amplasată într-un mediu înconjurător plăcut, cu facilități adecvate pentru activitate și agrement. Aceste principii iluministe au fost mai tîrziu prezentate de nepotul lui William Tuke, Samuel, în *O descriere a Casei de odihnă*, publicată în 1813.

În ciuda acestor eforturi de pionierat, la începutul secolului al XIX-lea, mulți bolnavi psihici trăiau ca vagabonzi sau ca pensionari în ospicii și închisori. Atenția

publică a fost atrasă prin rapoarte asupra standardelor de ocrotire scandalos de joase din câteva azile particulare, deși multe continuau să asigure o ocrotire adecvată (vezi Parry-Jones 1972). În 1808, prin Actul comital pentru Azile, s-a prevăzut construirea de spitale pentru boli mintale în fiecare comitat din Anglia, dar progresul a fost foarte mic. În 1845 a fost necesar să se legifereze Actul pentru Alienați, prin care se cerea construirea unui azil în fiecare comitat. Când primele azile au fost construite, s-a asigurat spațiu suficient pentru pacienții acestora, iar personalul a încercat să-și bazeze tratamentul pe principii morale. Această abordare liberală a fost încurajată prin mișcarea împotriva constrîngerii care a început cu Gardiner Hill, la Azilul Lincoln, în 1837 și a fost continuată la Middlesex County Asylum, Hanwell, de John Conolly. În 1856, John Conolly a publicat o carte importantă: *Tratarea bolilor mintale fără restricții mecanice*.

Din păcate, aceste etape liberale au fost imediat urmate de noi metode restrictive. Din ce în ce mai mulți pacienți au fost transferați din sînul comunității în noile azile. Sub presiunea supraaglomerării și a lipsei de personal, precum și a creșterii intoleranței publice față de îngrijirea morală a tulburărilor psihice, a apărut necesitatea îngrijirii prin supraveghere (custodial approach). Această schimbare a fost confirmată prin Actul privind alienarea din 1890, care printre altele a impus restricții legate de ieșirea din spital. Aceste prevederi tutelare au continuat și în secolul XX, iar moștenirea lor se poate vedea încă în organizarea marilor spitale victoriene în care se practică azi o psihiatrie mult mai modernă (vezi Jones 1972 și Rothman 1971, pentru istoricul spitalelor de psihiatrie din Anglia și SUA în secolul al XIX-lea).

În Anglia un indiciu al întoarcerii la politica liberală după primul război mondial a fost deschiderea în 1923 a spitalului Maudsley. Acesta asigura un serviciu ambulator și tratarea pacienților care doreau aceasta; se făcea în același timp învățămînt și cercetare de specialitate. În 1930, Actul pentru Tratament Mintal a anulat multe din restricțiile impuse de Actul pentru Alienați din 1890 și a permis azilelor comitale să accepte pacienți pentru tratament liber consimțit. Acest Act din 1930 a încurajat de asemenea autoritățile guvernamentale locale să organizeze mai multe clinici cu tratament ambulatoriu și să asigure facilități pentru o îngrijire ulterioară. Nu mult după aceasta, noul optimism a fost încurajat prin introducerea unor tratamente cum ar fi coma insulică (abandonat ulterior) și TEC. În același timp, s-au făcut eforturi pentru îmbunătățirea condițiilor din spitale și de deschidere a unor secții anterior zăvorâte.

După războiul din 1939-45, mai multe influențe au dus la modificări majore ale spitalelor psihiatrice. Atitudinea socială a devenit mai înțelegătoare față de oamenii dezavantajați. Printre psihiatri, experiența cîștigată în timpul războiului prin tratarea nevrozelor de luptă a făcut să crească interesul pentru tratamentul general al nevrozelor. Apariția Serviciului Național de Sănătate a "pavat" drumul pentru reorganizarea serviciilor medicale. În 1952, introducerea clorpromazinei a facilitat controlul comportamentului anormal și deschiderea de secții care erau încuiate, precum și externarea pacienților în societate. Eforturile deosebite de reabilitare i-au ajutat pe pacienți, ameliorînd handicapuri care au rezultat atît din anii de viață instituționalizată, cît și din boala mintală. S-au organizat spitale de zi și pensiuni care asigură, ca alternativă, întreținerea în cadrul comunității. Ca rezultat al tuturor acestor schimbări, numărul de pacienți din spitalele psihiatrice a început să scadă substanțial. Schimbări similare s-au introdus și în alte țări, în special cele din SUA fiind foarte rapide.

Deși s-a realizat o reducere masivă a paturilor din spitalele psihiatrice, nu s-au realizat toate obiectivele inițiale, nici în Anglia și nici în alte țări. O parte din pacienți pur și simplu nu s-au putut adapta vieții în societate; dintre aceștia o mare parte au devenit vagabonzi sau au fost arestați. Alții au supraviețuit în afara spitalului, dar n-au progresat cu ajutorul serviciilor de reabilitare. Numeroși pacienți au fost îngrijiți în

multe spitale de zi și servicii de reabilitare, ani de zile, fără progrese reale (vezi Jones 1972; Cross și colab. 1972). A devenit clar că opiniile anterioare legate de beneficiile "dezinstituționalizării" au fost supra-optimiste și că serviciile asigurate în afara spitalului erau inadecvate pentru a da ajutorul necesar pacienților și familiilor acestora.

Împreună cu schimbările survenite în îngrijirea tulburărilor mintale majore a existat și o expansiune a tratamentului ambulatoriu al tulburărilor nevrotice prin metode noi, fizice și psihologice.

Serviciile psihiatrice au continuat să se extindă, cu servicii suplimentare pentru tulburări emoționale, pentru complicații cauzate de abuzul de alcool și droguri. Pe de altă parte, serviciile pentru retardații mintal, care anterior făceau parte din psihiatrie, au fost din ce în ce mai mult transferate în domeniul serviciilor sociale.

Realizări recente

Au fost interconectate 5 teme, din care primele trei vor fi prezentate în continuare în acest capitol. Aceste 5 teme sînt:

1. *Îngrijirea în spital.* În aproape toate țările dezvoltate a scăzut numărul de pacienți îngrijiți în condiții de spitalizare. Internările sînt scurte și a crescut numărul de internări în unități psihiatrice în spitalele cu profil general, față de cele din spitalele specializate de psihiatrie. De asemenea, s-a înmulțit numărul de servicii de tratament ambulatoriu și de zi.

2. *Îngrijirea în cadrul comunității.* Este larg acceptată ideea continuării îngrijirii în cadrul comunității, dacă se poate și este adecvat, pentru majoritatea pacienților cronici. Totuși, încă nu există o cale unanim acceptată prin care să se asigure această îngrijire în cadrul comunității și realitatea s-a dovedit nesatisfăcătoare față de așteptări, aproape peste tot.

3. *Reabilitarea.* Acest termen implică toate îngrijirile psihologice și sociale asigurate pentru ajutorarea pacienților handicapați cronic, cu scopul ca ei să atingă nivelul lor cel mai bun de funcționare socială. Reabilitarea a fost aplicată inițial în spitalele de boli mintale pentru a permite pacienților cu lungi perioade de ședere o readaptare în cadrul comunității. Acum această metodă este practică și în sînul comunității.

4. *Echipa multi-disciplinară.* În prezent, există în clinici nu doar mai mulți psihiatri decît au existat vreodată, dar și psihologi și asistenți sociali. În același timp, asistentele din domeniul psihiatric sînt calificate în tratamentele de specialitate, iar grupuri de voluntari, din ce în ce mai numeroase, contribuie la îngrijirea pacienților psihici. Această îngrijire este de obicei asigurată de echipe multi-disciplinare ale căror membri colaborează folosindu-și calificarea pentru obținerea celui mai bun efect. Din păcate, intențiile bune sînt uneori blocate de rivalități profesionale.

5. *Reforma legislativă.* Ca rezultat al modificărilor conduitei terapeutice în bolile cronice și a marelui interes public pentru drepturile omului, reformele legale au redefinit și au limitat folosirea tratamentului coercitiv. În unele țări, există dezacorduri din motive politice și etice legate de rolul și metodele psihiatriei, un exemplu recent fiind controversa care a dus la schimbările din Italia (vezi pag. 589).

Pacienții handicapați cronic

Cu excepția bătrînilor (care nu sînt tratați în acest capitol), majoritatea pacienților cu

tulburări mintale cronice și generatoare de handicapuri severe sînt schizofreni. Din rest, o parte au tulburări cronice afective sau demență presenilă, în timp ce alții au tulburări de personalitate care duc, de exemplu, la comportament agresiv sau abuz de alcool sau droguri. De asemenea, la aceste probleme psihiatrice primare se adaugă de multe ori și tulburări organice cum ar fi epilepsia, afectarea cerebrală și alte boli somatice.

Mulți pacienți psihici handicapați au stat inițial pentru perioade lungi în spitalele de boli mintale, dar acum trăiesc în comunități, cu familiile sau prietenii lor, sau în pensiuni. În comunitate, mulți continuă să primească îngrijiri psihiatrice sau sociale în spitale de zi ori centre de zi. Există totuși un grup important căruia nu i se oferă această îngrijire sau este refractar în a o primi. O parte din aceștia duc o viață foarte restrînsă în cadrul familiei, în timp ce ceilalți trăiesc în camere închiriate sau ajung în închisori sau devin vagabonzi fără un adăpost stabil. S-a arătat că o mare parte din nevoiași sînt fie bolnavi mintal, fie alcoolici, ori au tulburări de personalitate. Mulți se mută dintr-un loc într-altul și unii rămîn cu totul lipsiți de adăpost (vezi Leach și Wing 1980; Lamb și Talbott 1986; Herzberg 1987).

Oamenii cu boală mintală cronică handicapantă suferă de trei tipuri de handicapuri (Wing și Morris 1981):

- (1) Deficiențe datorate direct bolilor psihiatrice; de exemplu, halucinații persistente, retragere socială, activitate redusă și lentoare;
- (2) Dezavantaje sociale secundare, cum ar fi șomajul, sărăcia și lipsa de adăpost, precum și stigmatul sub care trăiesc încă cei cu boli psihice cronice;
- (3) Reacții personale adverse la boală și dezavantaj social, cum ar fi scăderea auto-stimei, pesimismul față de propria reușită, sentimentul de neajutorare în fața vieții. Reacțiile individuale variază mult în funcție de personalitate, experiența premorbidă și de reacțiile celorlalți.

Doar primul tip de handicap rezultă din boala propriu-zisă. Al doilea și al treilea sînt în mare măsură afectate de circumstanțele sociale. În trecut, acestea erau atribuite efectelor traiului în spitale timp de mulți ani și adesea erau denumite "nevroze instituționale" (Barton 1959). Astăzi este clar că aceste handicapuri nu sînt cauzate exclusiv de spital, deoarece handicapuri similare pot apărea și în sînul comunității, în special dacă mediul nu este stimulat.

Wing și Furlong (1986) au listat 5 caracteristici ale unui handicap grav care par să producă în mod special probleme în îngrijire: (a) riscul de autovătămărire sau de violență asupra celor din jur; (b) o comportare imprevizibilă și predispoziția spre recăderi; (c) o motivație scăzută și capacitate slabă de auto-îngrijire și de îndeplinire a sarcinilor sociale; (d) lipsa conștiinței bolii; și (e) acceptarea publică slabă.

Grupul cu cele mai grave handicapuri

Printre pacienții cu cele mai grave handicapuri cronice, există un grup destul de numeros care necesită protecție sau adăpost în spital sau într-o variantă comunitară adecvată. Într-un asemenea mediu aceștia pot duce o viață mai satisfăcătoare și ajung adesea la un comportament mai puțin anormal. Asemenea grupuri largi au fost identificate în Anglia (Wing și Furlong 1986; Wing 1986), SUA (Bachrach 1986) și în alte țări (Häfner 1987 a).

În Anglia, datele au rezultat din statistici de spital și cercetări epidemiologice. Statisticile spitalicești arată că scăderea continuă a numărului de pacienți internați

este dată de reducerea numărului acelor care au fost internați pentru mai mult de 5 ani, numărul celor care au fost internați mai puțin de 1 an (o ședere scurtă) și între 1 și 5 ani (o ședere pe termen mediu) fiind relativ stabil. Cu alte cuvinte, în ciuda politicii de internare și externare care împiedică o spitalizare prelungită (vezi Wing 1982, 1986), a existat o recrutare continuă de "noi" pacienți cu ședere prelungită (pacienți nou internați care stau mai mult de un an).

Problemele și nevoile noilor pacienți internați pe perioadă mai lungă au fost definite pe bază de interviuri cu pacienții, cu rudele acestora și cu alte persoane care-i îngrijesc. Mann și Cree (1976) au studiat 400 de pacienți sub 65 de ani care au stat peste 1-3 ani în 15 spitale alese la întâmplare din fiecare din zonele sanitare din Anglia și Wales. Aproape jumătate din pacienți erau schizofreni cronici. Întreg grupul se caracteriza prin handicapuri grave. Aproape o treime necesitau în continuare internarea, iar jumătate din aceștia, probabil, aveau nevoie de internare pe timp nelimitat. Alte cercetări, incluzând studii asupra familiilor (Creer și Wing 1975) și a oamenilor singuri fără cămine (Leach și Wing 1980), arată că alți pacienți cronici aflați în prezent în cadrul comunității ar beneficia de îngrijire pe termen lung.

Principii generale de asigurare a serviciilor

Îngrijirea în spital

Spitalele mai vechi de boli mintale au fost construite într-un timp când scopul era acordarea de azil pe lungă durată, și nu o viitoare reintegrare în comunitate. Toate serviciile erau concentrate într-un singur loc, care era adesea la distanță de centrele populate. Aceste spitale vechi și mari de boli mintale aveau dezavantaje considerabile, care rezultau în special din mărimea și izolarea acestora. Goffman (1961) arăta că spitalele din SUA din anii '50 erau "instituții totale", similare altor comunități separate, izolate de viața de zi cu zi, cum ar fi orfelinatele și închisorile. El a descris aceste instituții ca impersonale, inflexibile și autoritare. Chiar și atunci, spitalele britanice de boli mintale erau oarecum diferite de cele descrise de Goffman. Totuși, studiind trei spitale britanice de boli mintale, Wing și Brown (1970) au observat că se caracterizau prin "sărăcie clinică și socială". Majoritatea spitalelor moderne de psihiatrie sînt foarte diferite: există mai puțini pacienți; o durată de ședere mult mai scurtă; și un tratament individual mai activ într-un mediu mult mai stimulat. Scăderea numărului de pacienți internați a început în Anglia în anii '50 și, imediat după aceea, în mai multe alte țări, reducerea fiind deosebit de rapidă în SUA. Deși numărul pacienților internați nu a scăzut la fel de mult peste tot (de exemplu, în Irlanda, Finlanda și Suedia), în aproape toate țările dezvoltate s-a redus numărul pacienților internați sau s-a programat să se procedeze astfel. În contrast, în Japonia, s-a produs, în ultimii 30 de ani, o creștere de la foarte puține paturi de psihiatrie la o proporție mai mare decît în Anglia și Țara Galilor (Häfner 1987 a).

Îngrijirea afecțiunilor acute

Deși s-a afirmat că noile metode de îngrijire în cadrul comunității au eliminat în mare măsură necesitatea spitalizării, există motive puternice de acceptare a spitalizării în cazul bolilor acute, chiar acolo unde există un serviciu bun în cadrul comunității. Aceste motive sînt listate de Leff (1986):

1. Îndepărtarea de un mediu stresant.

2. Contactul cu un personal calificat.
3. Ocrotirea față de reacția publică.
4. Supravegherea medicală.
5. Protecția împotriva auto-vătămării.
6. Controlul agresivității.
7. Asigurarea unor activități gradate.
8. Asigurarea unui cămin temporar.

Spitalele care acordă îngrijiri în stadiu acut trebuie să asigure un echilibru între nevoia de intimitate a pacienților și necesitatea personalului de a-i observa. Trebuie să existe mici zone de securitate pentru pacienții agitați; zone în care ei pot fi singuri și, de asemenea, locuri în care pot fi împreună cu alți oameni. Trebuie să se asigure o terapie ocupațională, practicarea unor activități domestice și de recreere. Este de dorit existența unui spațiu în aer liber.

Grija pentru bolile psihiatrice acute este din ce în ce mai mult luată în considerație în spitalele generale din Anglia (Goldberg 1986) și SUA (Schulberg 1984) și în multe alte țări (Häfner 1987 b). Secțiile de psihiatrie din cadrul spitalelor generale au avantajul unor clădiri moderne, în apropiere de zona pe care o servesc, și al lipsei stigmatizării. Acestea permit de asemenea personalului specializat în psihiatrie să colaboreze cu alți colegi din celelalte ramuri ale medicinei. Totuși, există și dezavantaje cum ar fi: dificultățile întâmpinate în asigurarea unei activități adecvate de reabilitare și în crearea unui mediu tolerant adecvat pentru pacienții psihici într-un spital proiectat pentru diferite nevoi medicale și chirurgicale. Este preferabil să se asigure o aripă separată de psihiatrie în spitalul general.

Îngrijirea pacienților cu tulburări cronice

Pacienții cu tulburări cronice pot necesita mai multe tipuri de îngrijire în condiții de spital: tratamentul unei recăderi, reabilitare pe termen scurt și pentru câțiva dintre cei mai grav handicapați, o ședere pe termen lung (vezi Talbott și Glick (1986). Personalul din spital are nevoie de aceea de calificarea necesară în tratarea simptomelor acute ale pacienților cu recăderi, precum și a simptomelor negative ale pacienților cronici.

Cerințele de bază pentru unitățile psihiatrice cu pacienți internați pe lungă durată sînt în mare măsură similare cu cele pentru tratarea pacienților în fază acută (Leff 1986), deși sînt cel mai bine asigurate în clădiri de tip domestic. Acestea trebuie să aibă dormitoare individuale, locuri în care pacienții pot fi singuri și alte spații în care pot intra în contact cu alți oameni, precum și zone în aer liber. Atelierele protejate și facilitățile recreative nu trebuie să fie în aceeași clădire, dar neapărat la o distanță ce poate fi parcursă pe jos.

Îngrijirea parțială în spital

Primul spital de zi s-a deschis la Moscova în 1933, din cauza unei lipse de paturi. Primele programe de îngrijire de zi puse la punct au fost introduse în America de Nord și Anglia, imediat după al doilea război mondial. De atunci, a existat o expansiune rapidă a diferitelor forme de îngrijire parțial spitalizată. Spitalele de zi au fost organizate inițial pentru a se asigura o îngrijire în fază acută a celor care nu

trebuie internați. Acum ele sînt folosite în diferite moduri (vezi Katz 1985; *Lancet* 1987 b). Diferă selectarea pacienților și tipul de tratament oferit. Unele spitale de zi acceptă în principal pacienți care necesită tratament de intensitate medie între cei internați și cei din ambulator, de exemplu pentru tulburări depresive de o gravitate moderată. Altele se ocupă cu îngrijirea pacienților handicapați cu boli cronice, în special schizofrenie, dintre care mulți urmează un tratament regulat pe perioade lungi, de unul sau mai mulți ani (Gath și colab. 1973).

Îngrijirea de zi poate fi asigurată într-o zonă separată din cadrul unei secții cu paturi sau într-o clădire separată în același spital, sau, în cadrul comunității, într-un centru construit special pentru boli mintale, sau într-o casă transformată în acest scop. Prima dintre aceste posibilități - îngrijirea de zi într-o unitate cu paturi - are avantajul continuității îngrijirii pentru pacienți care au trecut printr-o fază de internare (vezi Rosie, 1987, pentru o descriere a spitalizării parțiale).

Îngrijirea în cadrul comunității

“Îngrijirea în cadrul comunității” este unul din termenii cei mai larg folosiți în ultimul timp în psihiatrie, dar nu există un acord asupra înțelesului său precis. Termenul a fost aplicat pentru două metode distincte de tratament. Una se referă la terapia tulburărilor psihice majore în afara spitalului, în timp ce cealaltă se ocupă cu tratarea și prevenirea tulburărilor psihice mai puțin grave, care în trecut n-ar fi fost în sarcina serviciilor psihiatrice. Cele două abordări diferite sînt bine ilustrate prin dezvoltarea îngrijirii în cadrul comunității din Marea Britanie și SUA. Ambele moduri de abordare au principii comune: responsabilitatea pentru o populație definită, asigurarea unui tratament în apropierea casei pacientului; continuitatea îngrijirii; servicii complete; și o abordare în cadrul unei echipe multi-disciplinare.

Realizările din Marea Britanie ilustrează prima variantă. Îngrijirea în cadrul comunității s-a dezvoltat inițial pentru reducerea necesității spitalizării pe lungă durată pentru tulburările psihice majore. Totuși, în zilele noastre, aceasta se asigură pentru un grup mai larg de pacienți. Principiile esențiale sînt:

- (1) asistența primară a tulburărilor mintale este asigurată de practicieni generaliști și echipele acestora;
- (2) servicii psihiatrice complete pentru o zonă definită;^x
- (3) unitățile de psihiatrie oferă tratament pentru boli acute și facilități pentru cei ce au nevoie de internare pe termen lung;
- (4) serviciile psihiatrice specializate sînt coordonate cu cele asigurate de practicienii generaliști, cu serviciile sociale ale autorităților locale și cu alte organizații care includ grupuri voluntare și cămine private de îngrijire.

Aceste principii generale pot fi implementate în diferite moduri, în funcție de resursele și nevoile comunităților locale. Ele au fost recomandate și altor națiuni europene de către Organizația Mondială a Sănătății (1980). Pe de altă parte, în SUA, accentul principal s-a pus pe un nou sistem de îngrijire în cadrul comunității, care este separat de sistemul inițial de spitalizare. Această metodă a fost rezultatul unui entuziasm apărut după cel de al doilea război mondial pentru intervenția în criză și posibilitatea profilaxiei primare. Guvernul Federal a stabilit o comisie mixtă pentru sănătate și boli mintale, care a publicat un raport în 1961, unde se critica puternic sistemul spitalelor de stat. Comisia a recomandat efectuarea majorității tratamentelor în cadrul

x N.R. Sectorizare

comunității și organizarea de centre pentru sănătate mintală pe zone de arondare în întreaga țară. Centrele de sănătate mintală ale comunității (CMHC) au fost ulterior organizate pe baza legislației federale. Acestea aveau personal multi-disciplinar și ofereau îngrijire psihologică și socială. Scopul și modul de organizare al acestora variază, dar intenția principală a fost intervenția promptă pentru problemele psiho-sociale, mai degrabă decât îngrijirea tulburărilor psihice cronice. Recent, totuși, centrele au asigurat o îngrijire mai atentă a bolilor grave și a bătrânilor. Cea mai bună formă de organizare a acestor centre este încă controversată, încercându-se multe inovații locale (vezi Talbott 1985; Mechanic și Aiken 1987). Mulți psihiatri din SUA sînt nesatisfăcuți de rolul lor limitat în aceste centre. Majoritatea programelor de îngrijire în cadrul comunității au întâmpinat probleme cauzate de relațiile de lucru inadecvate între diferitele discipline, de izolarea profesională a lucrătorilor și de dificultatea asigurării unei calificări adecvate și a supravegherii personalului. Critica cea mai serioasă a acestor programe naționale este că acestea nu asigură un ajutor adecvat pentru pacienții grav bolnavi mintal și familiile acestora.

Efectele unei treceri rapide la îngrijirea în cadrul comunității a pacienților bolnavi mintal au fost recent demonstrate în Italia. În 1987, Parlamentul italian a aprobat Legea 180, al cărei scop a fost desființarea spitalelor de boli mintale și înlocuirea acestora cu un sistem complex de îngrijire în cadrul comunității. Schema s-a bazat pe munca lui Franco Basaglia în spitalele din nord-estul Italiei și pe propunerile mișcării profesionale și politice pe care a fondat-o acesta: "Psihiatria Democratică". Legea 180 interzicea internarea în spitalele de boli mintale și cerea stabilirea unor secții de psihiatrie în spitalele generale și a unor servicii comunitare pe zone de arondare. Consecințele acestei schimbări bruște au fost contradictorii. Este clar că în multe zone asigurarea noilor facilități a fost inadecvată. Pe de altă parte, în locurile în care reformele s-au aplicat adecvat, cu facilități corespunzătoare în spitalul general și în cadrul comunității și cu un personal entuziast, noua prevedere s-a dovedit corespunzătoare pentru întreaga gamă de probleme psihiatrice ale populației locale (vezi Tansella și Williams 1987).

Multe alte țări au realizat că serviciile bazate pe comunitate nu pot fi aplicate doar închizînd spitalele de boli psihice. Este necesară o schimbare gradată, care să ducă la un sistem bine pus la punct, adaptabil și întreținut cu grijă. Noua prevedere poate lua multe forme, dar țările cu un sistem bine dezvoltat de îngrijire primară au un avantaj considerabil.

Reabilitarea

În secolul al XIX-lea multe spitale de boli mintale au experimentat tratamente bazate pe activitate, dar majoritatea acestora au fost întrerupte. După primul război mondial, în multe spitale progresiste au fost reînnoite eforturile de ajutorare a pacienților pentru a duce o viață mai activă, atît în spital cît și după externare. După al doilea război mondial, terapiile prin activitate, chiar și cu caracter productiv, au fost larg aplicate pentru a ajuta bolnavii cronici să treacă din spitale în case obișnuite sau în locuințe protejate (vezi Bennett 1983). În acea perioadă, majoritatea pacienților cu internări de lungă durată sufereau de handicapuri datorate anilor lungi petrecuți în condiții instituționale și de aceea au fost receptivi la noile metode. În spitalele moderne de psihiatrie, în care mediul social este mult îmbunătățit, invaliditățile pacienților cronici se datorează, cel mai adesea, mai mult bolii decît instituționalizării și de aceea pun probleme mai dificile legate de recuperare.

Reabilitarea înseamnă luarea tuturor măsurilor pentru ajutarea persoanelor handicapate în vederea atingerii celui mai bun nivel în funcționarea lor socială, care pentru unii înseamnă o viață complet independentă, iar pentru alții (cei cu tulburări grave) un sprijin pe viață. O reabilitare adecvată presupune o evaluare calificată a potențialului fiecărui pacient și o gamă largă de metode de tratament, precum și

continuitatea îngrijirii (vezi Watts și Bennett 1983; Anthony și Liberman 1986).

Planificarea reabilitării

Reabilitarea trebuie adaptată la nevoile individului. Este esențial să se aprecieze sistematic deficiențele și calitățile fiecărui pacient (Wing și Morris 1981):

- (1) simptomele persistente, atât cele pozitive (cum sînt halucinațiile) cît și cele negative (cum este lipsa de inițiativă);
- (2) comportamentul neobișnuit, în special cel dezaprobat de societate, cum ar fi exclamațiile obscene;
- (3) activitățile de zi cu zi, cum ar fi capacitatea de a se spăla și îmbrăca;
- (4) activitățile domestice, cum ar fi cumpărăturile, gătitul;
- (5) atitudinile personale și speranțele;
- (6) condițiile sociale la care urmează să se întoarcă pacientul.

Ar fi de folos suplimentarea evaluării clinice prin folosirea unor scale standard. La sfîrșitul evaluării se elaborează un plan de recuperare. Trebuie să fie clare obiectivele pe termen lung și scurt, iar planul trebuie să specifice: ordinea în care vor fi abordate handicapurile, necesitatea unui lucrător care să aibă responsabilitatea îngrijirii continue a pacientului; responsabilitățile celorlalți membri din echipa clinică; metodele și facilitățile care urmează să fie folosite, inclusiv medicația psihotropă și căile de încurajare a pacientului de a lua parte la reabilitarea sa; gratificarea sa pentru cooperare.

Tratament

Sînt necesare diferite metode de tratament pentru orice program de reabilitare. Aceste metode pot fi împărțite pe larg în: psihologice, profesionale, sociale și rezidențiale. Ele sînt descrise parțial în acest capitol, iar o parte în capitolul despre tratamentul psihologic. Îngrijirea poate fi asigurată într-un spital de psihiatrie, spital de zi, sau centre speciale de recuperare. Pentru pacienții care locuiesc permanent în spital, este avantajos ca aceștia să lucreze la distanță de spital, avînd astfel o formă mai normală de activitate zilnică.

Metode psihologice. Metodele psihologice variază între: terapia de susținere și programele comportamentale de pavilion, inclusiv economiile de jeton (token economy) (Hall 1983), precum și programele comportamentale ale pacienților ambulatori, inclusiv educarea aptitudinilor sociale (Liberman și colab. 1986).

Metode ocupaționale. Acest gen de reabilitare oferă o serie de avantaje. Poate pregăti pacienții pentru o activitate productivă simplă (Carstairs și colab. 1956; Wing și colab. 1964). De asemenea, poate folosi la o anume structurare a zilei și asigură

posibilitatea colaborării cu alți oameni. Remunerarea activității poate constitui un stimulent, iar rezultatele bune pot reprezenta o sursă a respectului de sine. În ultimii ani, pe măsură ce rata șomajului a crescut la oamenii sănătoși, șansele de angajare a celor handicapați s-au redus. De aceea, este mai puțin indicat ca recuperarea să fie orientată în special spre activități în industrie. În schimb, activități precum grădinăritul, diverse meserii, reparații în gospodărie și gătitul mâncării, pot oferi un sentiment de realizare și reprezintă un mod de folosire constructivă a timpului liber, cu riscuri minime de eșec.

Metode sociale. Cu toate că persoanele handicapate trebuie stimulate ori de câte ori este posibil să se alăture grupurilor sociale frecventate de cei sănătoși, unii au totuși nevoie de cluburi speciale și centre sociale unde pot fi împreună cu alți oameni care au dificultăți similare în ceea ce privește desfășurarea unei vieți normale.

Îngrijire rezidențială. Încă din secolul al XIII-lea, la Gheel, în Belgia, s-au luat măsuri pentru ca oamenii cu tulburări psihice să locuiască împreună cu familiile localnicilor. În prezent, această practică funcționează eficient în Europa și Statele Unite, în schimb nu a fost larg adoptată în Marea Britanie (Olsen 1979 a,b).

În Marea Britanie, astfel de îngrijire se acordă mai ales în pensiuni (hostels). În anii '50, primele pensiuni pentru pacienții cu tulburări psihice s-au vrut a fi niște "locuințe" intermediare, din care pacienții ar putea evolua curînd spre un mod de viață mai independent. Totuși, experiența a demonstrat rapid că mulți rezidenți nu puteau pleca din locuințele respective, care au devenit astfel pensiuni pe perioadă îndelungată (vezi Wing și Hailey 1972). Această schimbare nu trebuie considerată un eșec, deoarece pensiunile pe termen lung servesc neîndoielnic un scop util. Spre exemplu, în cadrul unui studiu privind locuitorii permanenți ai pensiunilor, Hewett și Ryan (1975) au constatat că jumătate dintre ei au rămas în pensiune timp de mai mult de 2 ani și nu au depășit un anumit nivel de recuperare; cu toate acestea, majoritatea lucrau și manifestau o deteriorare redusă a comportamentului.

Majoritatea celor care locuiesc în pensiune pot trăi destul de independent, doar cîtiva cu handicapuri serioase necesită o îngrijire suplimentară. Această îngrijire poate fi asigurată într-o pensiune cu personal mai numeros și calificat sau în cadrul unui spital etc. (Wyke 1982; Wing și Furlong 1986). Acest gen de pensiune poate asigura îngrijirea necesară într-un cadru domestic, cu măsuri pentru ocuparea timpului peste zi și pentru orele libere.

Organizare. Reabilitarea este, de regulă, asigurată de psihiatri cu pregătire generală, dar este nevoie și de psihiatri cu cunoștințe și responsabilitate speciale în desfășurarea și coordonarea serviciilor de reabilitare. Sînt necesare relații bune de lucru pentru a valorifica la maximum calificarea cadrelor din diferite discipline și este esențial cine anume va coordona întreaga activitate de îngrijire pentru fiecare pacient.

Evaluarea serviciilor psihiatrice

Toate serviciile trebuie urmărite în mod curent, iar eficacitatea componentelor fiecărui serviciu va fi evaluată prin cercetare. Există două moduri de abordare principale: a) studii privind utilizarea serviciilor în cadrul anumitor populații; și b) verificări comparative în care pacienții sînt repartizați la întîmplare pentru diferite tipuri de tratament, spre exemplu, îngrijire în condiții de spital de zi sau internare, sau tratament aplicat de un doctor, asistent social sau soră de psihiatrie comunitară.

Cercetări privind utilizarea serviciilor

Răspunsurile cele mai exacte pot fi obținute prin folosirea unui registru de cazuri, așa cum s-a constatat printr-o serie de rapoarte care descriu serviciile din Camberwell, sudul Londrei (Wing și Hailey 1972; Wing 1982). În zone în care nu se fac înregistrări, un volum mare de informații utile privind eficacitatea serviciilor poate fi obținut prin combinarea unei evidențe eficiente cu cercetarea operativă simplă. Wing și Hailey (1972) au propus ca un serviciu de zonă să fie evaluat după șase întrebări fundamentale:

1. Câți pacienți păstrează legătura cu serviciul?
2. Care sînt necesitățile lor și ale rudelor?
3. În prezent, serviciile satisfac aceste necesități?
4. Câți alții, care nu sînt în legătură cu serviciul, au asemenea necesități?
5. Ce servicii noi, sau modificări la serviciile existente, trebuie pentru a rezolva necesitățile nesatisfăcute?
6. Dacă acestea sînt introduse, vor fi rezolvate necesitățile?

Alte exemple din Marea Britanie se referă la un serviciu de îngrijire în cadrul comunității în nordul Londrei (Leff 1986) și un serviciu general de îngrijire în cadrul unui spital districtual din nord-vestul Marii Britanii (Goldberg 1986).

Studii comparative

Studiile comparative privind diferitele tipuri de îngrijire sînt consumatoare de timp și greu de efectuat. Ca în orice cercetare clinică, pacienții trebuie selectați în mod corespunzător și repartizați aleatoriu pentru tratamente, terapiile alternative trebuie specificate clar, iar aprecierile privind rezultatul trebuie să fie demne de încredere. Unele studii au arătat că diferitele tipuri de îngrijire de zi pot fi la fel de eficiente ca îngrijirea în condiții de spitalizare în tratarea tulburărilor acute, fără a reclama cheltuieli excesive din partea familiilor. Alte studii au arătat că în tulburările acute, îngrijirea pe o perioadă scurtă a bolnavului internat, urmată de îngrijirea în condiții de zi sau îngrijirea acasă, poate fi la fel de eficientă ca îngrijirea pacientului în condiții de spitalizare prelungită (vezi Braun și colab. 1981). Studiile cele mai cuprinzătoare (Stein și Test 1980; Houlst 1986) au comparat îngrijirea prin internare cu îngrijirea în cadrul comunității, în ceea ce privește rezolvarea problemelor psihiatrice ale anumitor populații; rezultatul principal l-a constituit faptul că îngrijirea în cadrul comunității nu era de loc costisitoare, avea avantaje clinice și era preferată de pacienți și familii.

Pornind de la aceste rezultate, Mosher (1983) susținea că cercetările "care compară tratamentul în afara spitalului cu tratamentul în spital au constatat că primul gen de tratament este la fel de bun sau chiar mai eficient decît al doilea și, de obicei, mai necostisitor". Alții consideră această concluzie nefondată și susțin că există pacienți pentru care este preferabilă spitalizarea (vezi Tantam 1985). Ei arată că toate evaluările cu lot martor i-au omis pe pacienții cu tulburări foarte grave, nu au comparat îngrijirea în cadrul comunității cu alternativa celui mai bun spital posibil și au ignorat un fapt constant, anume că există întotdeauna unii pacienți tratați la început în comunitate și care necesită în cele din urmă spitalizare. Aceiași critici mai arată că nu este realist să

se creadă că se asigura o bună îngrijire în cadrul comunității de către terapeuți calificați în fiecare zonă de arondare.

Dovezile privind costul relativ al îngrijirii în cadrul comunității și în condiții de spitalizare sînt greu de interpretat și nu pot fi trase niște concluzii finale (vezi Wilkinson și Pelosi 1987).

Controversa referitoare la eficacitatea îngrijirii în cadrul comunității față de îngrijirea în condiții de spitalizare nu este de dorit. Ea sugerează că cele două tipuri de îngrijire sînt alternative exclusive, dar este mai bine să se completeze una pe cealaltă în cadrul unui sistem de îngrijire. Serviciile prompte la domiciliu și în pensiuni pot fi eficiente și sînt adeseori preferate de pacienți, dar sînt situații în care spitalizarea poate fi mai benefică pentru tulburări acute și cronice (vezi pag. 586-587).

Asigurarea serviciilor psihiatrice în Marea Britanie

În Marea Britanie, serviciile de specialitate sînt împărțite în servicii sub autoritate medicală centrală și servicii sub autoritate locală. Autoritățile medicale asigură instituțiile cu paturi, de zi și ambulatorii. Autoritățile locale asigură activități de zi și îngrijire în pensiuni și locuințe colective. Fiecare dintre acestea vor fi prezentate pe rînd. Cu toate că principiile generale se aplică la toate țările dezvoltate, există, în acest sens, multe deosebiri de detaliu.

Necesarul de servicii este exprimat în raport cu o populație de 100.000 persoane.

Tabel 19.1. Sumarul dotărilor recomandate serviciilor la nivel local
Ratele la 100.000 locuitori

	Forma	Paturi	Locuri de zi
Servicii spitalicești	Spitale generale de district		
	Secție de psihiatrie	50	65
	Locuri pentru persoane în vîrstă cu tulburări psihiatrice grave	30-40	25-40
	Locuri pentru pacienții noi ce vor avea o internare îndelungată*		
Servicii ale autorităților locale	Pensiuni	4-6	
	Locuri pentru șederile de lungă durată	15-24	
	Centre de zi		60

*) Încă nedeterminate

Tabelul este preluat din "Servicii mai eficiente pentru bolnavii mintal" - Departamentul Sănătății și Asigurărilor Sociale, 1975.

Estimările privind necesarul de servicii medicale pentru Marea Britanie și Țara Galilor au fost expuse în raportul guvernamental: "Servicii mai eficiente pentru bolnavii mintal" (Departamentul Sănătății și Asigurărilor Sociale, 1985). Acestea sînt prezentate pe scurt în tabelul 19.1. Pentru interpretarea acestor estimări, trebuie avut în vedere faptul că, în Marea Britanie, medicii generalişti au o contribuție importantă la îngrijirea bolilor psihice.

Necesarul estimat de paturi într-o unitate psihiatrică a unui spital general de district era de 50 la o populație de 100.000. Majoritatea acestor locuri ar fi pentru pacienții cu tulburări acute sau exacerbări ale tulburărilor cronice, dar această cifră mai include și locuri pentru persoane în vîrstă cu afecțiuni funcționale. Mai sînt necesare încă 30-40 paturi la 100.000, pentru "persoanele în vîrstă cu tulburări psihice grave", dintre care majoritatea cu demențe. A treia categorie de pacienți care necesită spitalizare o constituie cea a pacienților "noi" cu internare îndelungată, care au început să se acumuleze în saloanele pentru internare prelungită, în ultimii ani, în pofida progreselor înregistrate în sistemul de îngrijire în cadrul comunității. Numărul de paturi de spital necesar pentru astfel de pacienți a fost lăsat nestabilit în acest document de planificare; acesta depinde parțial de asigurarea de locuri supravegheate în pensiuni.

O notă relativ recentă (Departamentul Sănătății și Asigurărilor Sociale 1985) cuprinde estimări mai flexibile. Estimarea numărului de paturi pentru boli acute într-un spital general de district este în prezent de 30-50 la 100.000 locuitori, în funcție de situațiile locale. Nu există estimări privind numărul de paturi necesar pentru pacienții cu internare îndelungată, deoarece se cunoaște că numărul depinde de dimensiunea și tipul facilităților din cadrul comunității (vezi Hirsch, 1987, pentru o analiză a planificării paturilor și a altor resurse în psihiatria acută).

Servicii în spital

Departamentul Sănătății și Asigurărilor Sociale a recomandat ca paturile pentru cazurile acute să fie asigurate în cadrul Spitalului General de District, dar într-un bloc separat, cu propriul său "spațiu exterior" și intrare separată, și cu paturi doar la parter și etajul întâi. În multe regiuni, totuși, nu există unități spitalicești generale, iar psihiatria continuă să fie practică în spitale vechi. Este încă posibil ca spitalele mai mici, de genul acesta, să-și modernizeze clădirile și să creeze un mediu ambiant satisfăcător. Departamentul Sănătății și Asigurărilor Sociale recomandă ca cel puțin un spital din fiecare zonă să acționeze ca bază administrativă pentru celelalte servicii. Clinicile pentru tratamente ambulatorii să fie disponibile în cadrul Spitalului General de District și în alte locuri ușor accesibile pacienților.

Serviciile medicale în spitale de zi s-au discutat la pag. 587.

Uneori, cerințele pentru un serviciu de specialitate nu justifică dotări separate pentru fiecare district. Este bine în această situație ca un serviciu regional să asigure servicii de specialitate - de spitalizare și ambulatorii - pentru populații mai largi. Asemenea unități regionale pot fi adecvate pentru adolescenți, pacienți dependenți de drog și potențial violenți, care necesită condiții de securitate.

Servicii psihiatrice în cadrul comunității

În Marea Britanie, politica generală este de a asigura servicii ambulatorii, de zi, și servicii pentru intervenție în criză în comunitățile locale. Sînt diferite moduri în care se poate realiza așa ceva, dar toate necesită o strînsă colaborare cu medicii generalişti, serviciile de asigurare socială și organizațiile de voluntari.

Legătură cu serviciile de îngrijire primară

Un număr din ce în ce mai mare de medici psihiatri folosesc o parte din timpul lor

lucrând în serviciile de îngrijire primară (Mitchell 1985). Cercetările privind medicii psihiatri și medicii generalişti au indicat trei moduri principale de lucru (Strathdee 1987). În ceea ce privește primul mod, medicul psihiatru îl înlocuiește pe medicul generalist ca doctor inițial ("model de înlocuire"). Această metodă nu este adecvată pentru sistemul britanic de practică generală, în care medicul generalist este, invariabil, primul doctor. În al doilea mod de lucru, psihiatrul conduce o clinică pentru pacienți ambulatori într-un centru de medicină generală ("model cu număr sporit de pacienți"). Problema aici o constituie faptul că, între psihiatrul care se ocupă de pacienții ambulatori și practica generală, comunicarea nu este întotdeauna bună. În ceea ce privește al treilea mod, psihiatrul colaborează cu medicul generalist în spitalul în care se găsește pacientul (model de "legătură"). Aceasta permite o bună comunicare și de asemenea îi permite generalistului să-și sporească cunoștințele de psihiatrie (vezi Shepherd și colab. 1986).

Asistentele de psihiatrie în comunitate

În anii '50 și '60, cadrele medii de psihiatrie au inițiat multe acțiuni comunitare, în special pentru bolnavii cronici. Contribuția lor reprezintă o parte esențială a serviciului psihiatric din cadrul comunității. Unele surori de psihiatrie comunitară colaborează cu generalistul și își extind ajutorul dincolo de tulburările cronice. Au fost efectuate puține evaluări privind activitatea acestor cadre medii, dar se pare că ele pot îngriji tulburările psihice majore și minore (Paykel și colab. 1985). Există riscul, totuși, ca implicarea din ce în ce mai mare a cadrelor medii de psihiatrie în tratarea pacienților cu tulburări psihice minore să reducă serviciile pentru pacienții cu tulburări majore (Wooff și colab. 1986).

Servicii rezidențiale

În cadrul unui serviciu complet este important să se asigure locuințe protejate, atât pe durată scurtă cât și pe durată lungă, pentru bolnavii cu tulburări psihice. Asemenea servicii sînt necesare pentru pacienții a căror stare le permite să locuiască în afara spitalului, dar cu un handicap destul de mare pentru a trăi independent sau cu familiile lor.

Există două tipuri de pensiuni: pensiuni cu ședere de scurtă durată, uneori numite locuințe intermediare, care sînt destinate reabilitării, și pensiuni cu ședere de lungă durată pentru bolnavii a căror stare e puțin probabil să se amelioreze (vezi Ryan 1979). Așa cum se prezintă în tabelul 19.1, Departamentul Sănătății și Asigurărilor Sociale recomandă ca la o populație de 100.000 persoane să existe 4-6 locuri de ședere de scurtă durată și 15-24 locuri cu ședere de lungă durată.

Intensitatea supravegherii variază în funcție de tipul de îngrijire rezidențială. În pensiunile descrise anterior, supravegherea se poate efectua prin vizite efectuate de cadrele medicale și medii și printr-un asistent rezident. Pentru pacienții care necesită o supraveghere mai atentă se vor realiza mai multe secții-pensiune cu personal mai numeros, în cadrul sau în apropierea unui spital. În aceste "secții-pensiune", pacienții grav handicapați sînt încurajați să învețe să-și poarte singuri de grijă, fiind supravegheați de aproape. Se speră că aceasta va permite pacienților să ajungă la o pensiune cu personal obișnuit, dar nu este încă posibil să se aprecieze eficacitatea acestor măsuri (vezi Wing și Furlong 1986; Hyde și colab. 1987).

Locuințele de grup asigură îngrijirea pentru pacienții care necesită o supraveghere sumară. Acestea sînt mai adecvate pentru schizofrenii cronici care au ajuns independenți de spital, dar nu pot trăi pe picioarele lor sau cu familiile lor. Locuințele de grup sînt case obișnuite în zonele de locuințe. Cinci sau șase pacienți trăiesc împreună, împărțindu-și sarcinile gospodăriei în conformitate cu capacitățile lor. Surorile de comunitate îi vizitează regulat, dar rezidenților li se lasă cît mai multă responsabilitate. Succesul depinde de supravegherea discretă și selectarea atentă a pacienților care urmează să locuiască împreună.

Servicii asigurate de autoritatea locală

Autorităților locale le revine asigurarea de servicii care să le completeze pe cele asigurate de autoritățile centrale. Sînt trei tipuri principale de servicii:

1. Asistență socială;
2. Îngrijire de zi, care include terapie ocupațională, ateliere protejate, centre de zi și cluburi sociale;
3. Îngrijire rezidențială, cuprinzînd case, pensiuni și alte locuințe protejate.

Dintre acestea, doar centrele de zi vor fi discutate în continuare.

Centrele de zi

Acestea completează spitalele de zi, dar au obiective mai restrînse. Acestea oferă numai companie pentru cei singuri, ocupație pentru handicapați și mese pentru cei care au greutate la cumpărături sau gătit. Personalul lor nu are pregătire medicală. Așa cum se arată în tabelul 19.1, Departamentul Sănătății și Asigurărilor Sociale recomandă 60 de locuri în centre de zi la o populație de 100.000 persoane.

Servicii psihiatrice în țările în curs de dezvoltare

În țările în curs de dezvoltare, prevalența și natura tulburărilor psihice este în mare măsură similară cu cea din țările dezvoltate, existînd însă o morbiditate psihică superioară, asociată unor boli somatice, ignorate sau neglijate. Există de asemenea diferențe în privința tabloului clinic al bolilor. În multe din aceste țări, cu resurse de specialitate minime, nu este nici posibilă și nici adecvată aplicarea tuturor măsurilor psihiatrice disponibile în statele dezvoltate. Esențial este să se identifice prioritățile și să se utilizeze la maximum posibilitățile locale, inclusiv remediile tradiționale.

OMS (1984) a stabilit patru priorități: urgențele psihiatrice, bolile psihice cronice majore, problemele psihiatrice asociate asistenței medicale generale și grupurile cu risc specific ridicat (cum ar fi abuzul de alcool și de droguri). OMS a subliniat necesitatea unor măsuri la nivel național, regional și local, pentru îngrijirea și instruirea mai ales prin lucrători auxiliari, fără accent pe spitale. Experiența sugerează că simpla instruire în urgențe și o paletă limitată de psihotrope pentru principalele boli psihice pot fi extrem de eficiente. Astfel, se pot rezolva și problemele psihiatrice întîlnite în îngrijirea medicală generală.

RECOMANDĂRI BIBLIOGRAFICE

Jones, K. (1972). *A history of the mental health services*. Routledge and Kegan Paul, London.

Watts, F.N. and Bennett, D.H. (1983). *Theory and practice of psychiatric rehabilitation*. John Wiley, Chichester.

Wilkinson, G. and Freeman, H. (eds.) (1986). *The provision of mental health services in Britain: the way ahead*. Gaskell, London.

Wing, J.K. (ed.) (1982). *Long term community care: experience in a London Borough*. *Psychological Medicine Supplement No.2*.

20 Psihiatria copilului

Practica psihiatriei copilului diferă de cea a adultului sub câteva aspecte importante. Arareori consultația este solicitată de copil. El este adus de adulți - de obicei părinții - care consideră că un anumit aspect al comportamentului sau al dezvoltării copilului este anormal. De aceea, foarte multe lucruri depind de atitudinile și toleranța adulților și de felul în care ei percep comportamentul copilului. Copii sănătoși pot fi aduși la medic de părinți sau profesori exagerat de anxioși sau prea pretențioși, în vreme ce alți copii cu tulburări severe sînt lăsați fără îngrijire medicală. Un factor corelat este reprezentat de faptul că problema psihiatrică a unui copil poate fi o reacție față de tulburările altui membru al familiei.

O altă diferență față de psihiatria adultului constă în faptul că, atunci cînd hotărîm ce este normal și ce este anormal, trebuie acordată o mai mare atenție stadiului de dezvoltare a pacientului și duratei tulburării. (Ca exemplu, urinatul în pat în mod repetat poate fi considerat normal la un copil de 3 ani, dar este anormal la unul de 7 ani.)

Practica psihiatriei copilului diferă de cea a adultului și în alte două moduri. Mai întîi, copiii sînt în general mai puțin capabili să se exprime în cuvinte. Ca urmare, diagnosticul se bazează mai mult pe observații ale comportamentului copilului făcute de părinți, profesori și alții. Interpretarea acestor relatări necesită priceperea de a obține un istoric al dezvoltării copilului, o caracterizare a comportamentului lui, o evaluare a implicării emoționale a celor ce-l observă, ca și înțelegerea caracteristicilor mediului familial și școlar. În al doilea rînd, în tratamentul copilului, folosirea medicației sau a altor metode de terapie individuală este mult mai restrînsă decît la adult. În schimb, se pune un mare accent pe schimbarea atitudinii părinților, pe încurajarea și "reeducarea" (retraining) copilului, ca și pe coordonarea eforturilor altor persoane ce-l pot ajuta, mai ales la școală.

Prima parte a acestui capitol se ocupă de un număr de subiecte generale, legate de tulburările psihice în copilărie: frecvența, cauzele, evaluarea și modurile de abordare a acestora. În cea de-a doua parte a capitolului se expun informații despre principalele sindroame întîlnite în practica psihiatriei copilului. Capitolul nu oferă o expunere completă a psihiatriei copilului. El este numai o introducere în temele principale pentru psihiatrul care-și începe formarea ca specialist în domeniu. Este de așteptat ca el să recurgă la citirea ulterioară a unui text de specialitate, precum tratatul lui Graham (1986) sau un altul cuprins în lista bibliografică de la sfîrșitul capitolului. În acest manual retardarea mintală a copilului este expusă în cap. 21. Deși convenabil ca formă a textului, cititorul trebuie să-și reamintească că multe aspecte ale îngrijirii retardatului mintal sînt legate de psihiatria copilului.

Dezvoltarea normală

Practica psihiatriei copilului necesită cunoașterea procesului de dezvoltare a acestuia de la stadiul de sugar neajutorat la cel al adultului independent. Pentru a judeca dacă vreunul din aspectele emoționale, sociale sau intelectuale este anormal, acestea trebuie comparate cu limitele normalului pentru grupul de vîrstă respectiv. Această parte a capitolului oferă psihiatrului un rezumat al principalelor aspecte ale dezvoltării copilului. Pentru detalii asupra fazelor dezvoltării se va consulta o carte de pediatrie

(de ex. Illingworth 1980). O expunere utilă a problemelor dezvoltării psice și sociale a copilului a fost făcută de Rutter (1980).

Primul an de viață

Aceasta este o perioadă de dezvoltare rapidă, motorie și socială. La trei săptămîni, sugarul zîmbește celor din jur; zîmbetul "selectiv" apare la șase luni, frica de străini la 8 luni, iar anxietatea atunci cînd este despărțit de mamă, curînd după aceea.

Bowlby (1980) a pus accentul pe importanța, în primii ani de viață, a procesului general de atașare a copilului de părinții săi, ca și pe legăturile emoționale mai selective. Deși legătura cu mama este cea mai importantă, se creează de asemenea legături importante cu tatăl și cu alte persoane apropiate copilului. Cercetări recente au pus accentul pe reciprocitatea acestui proces și pe importanța probabilă a contactelor foarte precoce între noul-născut și mamă, pentru inițierea acestei legături (Rutter 1980).

Pînă la sfîrșitul primului an de viață, copilul trebuie să aibă o relație sigură și foarte apropiată cu mama sa. Trebuie să existe un orar ordonat de somn și alimentație; de obicei, la această vîrstă, înțîrcarea a fost realizată. Copilul a început să învețe obiectele din jurul lui, relațiile cauzale simple și relațiile spațiale. La sfîrșitul primului an, copilului îi face plăcere să emită sunete, să spună "mama", "dada" și poate alte cîteva cuvinte.

Anul al doilea

Aceasta este, de asemenea, o perioadă de dezvoltare rapidă. Copilul începe să dorească să-și mulțumească părinții și este anxios cînd ei nu sînt de acord cu el. Începe să învețe să-și controleze comportamentul. În această perioadă, comportamentul de atașare trebuie să fie bine stabilit. Apar explozii de mînie, mai ales dacă nu i se îndeplinesc dorințele de a explora. Acestea nu durează mult și trebuie să diminueze pe măsură ce copilul învață să accepte constrîngerile. La sfîrșitul celui de-al doilea an, copilul trebuie să poată lega două-trei cuvinte într-o propoziție.

Anii preșcolari (2-5 ani)

Această fază aduce o creștere rapidă a capacităților intelectuale, mai ales în ceea ce privește complexitatea limbajului. Pe măsură ce copilul învață să trăiască în familie, se produce dezvoltarea socială. Începe să se identifice cu părinții și să adopte standardele lor în ceea ce privește conștiința. Viața socială se dezvoltă rapid pe măsură ce învață să interacționeze cu frații săi, cu alți copii, cu adulții. Exploziile de mînie continuă, dar scad în intensitate și ar trebui să dispară înainte de vîrsta școlară. La această vîrstă copilul are o curiozitate vie, legată de mediu, și poate pune un mare număr de întrebări.

La copiii între 2 și 5 ani, imaginația este bogată și intensă. Ea poate fi un substitut al lumii reale, făcînd posibilă îndeplinirea dorințelor. Anumite obiecte, ca de exemplu un ursuleț sau o bucată de pătură, devin importante pentru copil. Ele par a-l liniști pe copil și a-l ajuta să adoarmă. Acestea se numesc "obiecte tranziționale" (transitional objects).

Copilul începe să învețe despre propria sa identitate sexuală. El înțelege diferențele între bărbați și femei după felul în care arată, după îmbrăcăminte, comportament și anatomie. Jocul și explorarea sexuală sînt comune în această etapă.

Conform teoriei psihodinamice, în această fază se dezvoltă mecanismele de apărare ce-l ajută pe copil să facă față anxietății ce apare din emoțiile inacceptabile. Aceste

mecanisme de apărare au fost descrise la pag.26. Ele includ: refularea, raționalizarea, compensarea și deplasarea.

Copilăria de mijloc (5-10 ani)

În jurul vârstei de 5 ani, copilul ar trebui să-și înțeleagă identitatea de băiat sau fată, ca și poziția în familie. El trebuie să învețe a face față școlii, să citească, să scrie, să dobândească concepte numerice. Învățătorul devine o persoană importantă în viața copilului. În această fază, copilul învață treptat ce poate dobîndi și care-i sînt limitele. Mecanismele de apărare, conștiința, standardele de comportament social se dezvoltă mai departe. Conform teoriei psihanalitice, aceasta este o perioadă în care dezvoltarea psihosexuală stagnează (perioada latentă). Această noțiune a fost pusă sub semnul întrebării (vezi de ex. Rutter 1971) și în prezent se consideră că, în perioada 5-10 ani, interesul și activitățile sexuale sînt prezente, deși pot fi ascunse de adulți.

Adolescența

Adolescența este perioada de maturizare (growing up) dintre copilărie și stadiul de adult. Între trăsăturile cele mai pregnante sînt transformările fizice provocate de pubertate. Vîrsta la care acestea apar este variabilă, de obicei între 11-13 ani la fete și 13-17 ani la băieți. Producerea hormonilor sexuali precede aceste schimbări, începînd la ambele sexe între 8 și 10 ani. Adolescența este o perioadă de conștientizare mai mare a propriei identități și a caracteristicilor individuale. La această vîrstă tinerii devin conștienți de sine, sînt preocupați de a ști cine sînt și încep a hotărî ce vor să facă în viață. Ei privesc înainte, analizează diverse alternative de viitor și simt speranță și disperare. Este greșită, deși larg acceptată, concepția conform căreia tulburările emoționale și o oarecare înstrăinare de familie sînt caracteristice adolescenței (vezi pag.640).

Relațiile cu grupuri de prieteni devin importante, dezvoltîndu-se prietenii apropiate, mai ales între fete. Apartenența la un grup este frecventă și îl poate ajuta pe adolescent să devină independent. Adolescența aduce o creștere importantă în interesul și activitățile heterosexuale. La început se fac tentative de apropiere de sexul opus. Treptat, acestea devin mai directe și mai sigure. Spre sfîrșitul adolescenței apar capacitatea de afecțiune pentru sexul opus și dorințele sexuale. Cît de departe și în ce mod se exprimă această atracție sexuală depinde în mare măsură de standardul social și de regulile familiei.

Clasificarea tulburărilor psihice la copii și adolescenți

Atît DSMIII-R cît și ICD 10 (proiect) conțin o schemă de clasificare a tulburărilor psihice ale copilăriei. Tulburările în adolescență se clasifică parțial în această schemă și parțial intră în categoriile folosite pentru psihiatria adultului.

Șapte mari grupe de tulburări psihice în copilărie sînt în general recunoscute de clinicieni și susținute de studii ce folosesc analiza multivariată (vezi Quay și Werry 1986). În continuare se vor expune termenii folosiți în acest manual pentru cele șapte grupe, cu specificarea între paranteze a unor denumiri alternative:

- (1) Reacțiile de adaptare
- (2) Tulburările de dezvoltare globale (pervasivă) (psihozele copilăriei)
- (3) Tulburările de dezvoltare specifice

- (4) Tulburările de conduită (antisociale sau de exteriorizare)
- (5) Tulburările hiperkinetice (cu deficit al atenției)
- (6) Tulburările emoționale (nevrotice sau de interiorizare)
- (7) Tulburările simptomatice.

Multe tulburări psihice ale copilului nu pot fi clasificate satisfăcător prin includerea într-o singură categorie. Ca urmare, au fost propuse sisteme multiaxiale. Un sistem general acceptat cuprinde axe pentru: (i) sindroame psihiatrice clinice; (ii) întârzieri specifice în dezvoltare; (iii) nivel intelectual; (iv) condiții medicale asociate; (v) situații sociale anormale. (Informații suplimentare sînt date de Rutter și Gould 1985.) Această schemă este ușor de folosit și permite clinicianului să înregistreze sistematic diferitele tipuri de informații necesare pentru a aborda categorial problemele copiilor.

Clasificările din DSMIII-R și ICD10 (proiect) pentru tulburările psihice ale copilăriei sînt expuse în tabelul 20.1. Ambele scheme sînt complicate, ca urmare numai categoriile principale sînt expuse în tabel. (Prima categorie a fiecărei scheme - retardarea mintală - se referă la condiții descrise în cap. 21.) Ambele scheme de clasificare cuprind categorii pentru tulburările de dezvoltare globale (pervasivă) și tulburările de dezvoltare specifice, acestea din urmă fiind împărțite în tulburări specifice afectînd vorbirea și limbajul, aptitudinile școlare și aptitudinile motorii. Ambele sisteme au categorii pentru tulburările de comportament, care sînt împărțite în tulburări de conduită, tulburare cu deficit al atenției (hiperkinetică) și, numai în DSMIII-R, tulburarea opozițional-refractară. Amîndouă sistemele cuprind o categorie pentru tulburarea anxioasă (emoțională). DSMIII-R include categorii separate pentru tulburările de alimentare, de eliminare și pentru ticuri. ICD10 (proiect) cuprinde o categorie separată numai pentru ticuri; acesta clasifică tulburările de somn, bîlbîiala și acea formă de vorbire rapidă, adesea neinteligibilă, cunoscută sub numele de "aglutinare" (cluttering), în categoria "alte tulburări emoționale și de comportament". [Pentru informații suplimentare în legătură cu clasificările în psihiatria copilului vezi Rutter și Gould (1985) Cantwell (1985).]

Epidemiologie

Tulburările emoționale și de comportament apar frecvent la copii. Estimările frecvenței sînt variabile în funcție de criteriile de diagnostic utilizate și de alte metode folosite, dar se pare că ratele din țările dezvoltate sînt similare (Graham 1986). Statisticile limitate pe care le avem sugerează că ratele acestor tulburări în țările în curs de dezvoltare sînt similare celor din țările dezvoltate (există desigur probleme în compararea prevalențelor dificultăților de învățare). În Marea Britanie, prevalența tulburărilor psihice la copii în grupurile etnice minoritare s-a dovedit similară celei din restul populației. Excepția o constituie prevalența crescută a tulburărilor de conduită, descoperită la fetele din Indiile de Vest (Rutter și colab. 1974).

Frecvența afecțiunilor psihice variază cu vîrsta. Richman (1982) a comunicat existența, la copiii de 3 ani, a unei proporții de 7 % cu probleme moderate sau severe și de 15 % cu probleme ușoare, ca neascultarea.

În anii de mijloc ai copilăriei, rata tulburărilor psihice diferă în funcție de mediu, fiind de 2 ori mai mare în mediul urban (25 %) decît în mediul rural (12 %) (Rutter și colab. 1975 b).

Tabel 20.1. Clasificarea tulburărilor psihice ale copilăriei

DSM III R	ICD 10 (proiect) ⁺
<i>Retardarea mintală *</i>	<i>Retardarea mintală</i>
<i>Tulburări de dezvoltare globale (pervasive) *</i>	<i>Tulburări de dezvoltare globale (pervasive)</i>
<i>Tulburări de dezvoltare specifice*</i> Tulburare de limbaj și vorbire Tulburarea aptitudinilor școlare Tulburarea aptitudinilor motorii Alte tulburări de dezvoltare	<i>Tulburări de dezvoltare specifice</i> Tulburare de limbaj și vorbire Tulburarea aptitudinilor școlare Tulburarea aptitudinilor motorii Tulburări mixte și altele
<i>Tulburări de comportament disruptive</i>	<i>Tulburări emoționale și de comportament cu debut de obicei în copilărie și adolescență</i>
<i>Tulburări de conduită</i>	<i>Tulburări de conduită</i>
<i>Hiperactivitatea cu deficit al atenției</i>	<i>Tulburare hiperkinetică</i>
<i>Tulburare opozițional-refractară</i>	
<i>Tulburări anxioase ale copilăriei și adolescenței</i>	<i>Tulburări emoționale</i> <i>Tulburări mixte de conduită și emoționale</i>
<i>Tulburări de alimentație</i>	-
<i>Tulburări de identitate sexuală</i>	
<i>Ticuri</i>	<i>Ticuri</i>
<i>Tulburări de eliminare</i>	<i>Alte tulburări emoționale și de comportament (inclusiv tulburările de alimentație)</i>
<i>Alte tulburări ale copilăriei și adolescenței</i>	

* Codificat pe axa 2

+ Ordinea a fost modificată pentru a ușura compararea cu DSMIII-R

Date despre tulburările la adolescenți s-au obținut printr-un studiu catamnetic de 4 ani în insula Wight, descris mai jos (Rutter și colab. 1976 a). La 14 ani, prevalența pe un an a tulburărilor psihice semnificative era aproximativ 20 %. Date similare au fost raportate și din alte țări. Se cunosc mai puține date despre prevalența la adolescenții mai mari, dar acestea sînt probabil similare cu cele de mai sus.

Cele mai detaliate informații s-au obținut printr-un studiu asupra sănătății fizice, inteligenței, educației și dificultăților psihologice la toți copiii de 10-11 ani ce mergeau la o școală de stat din insula Wight - total 2199 copii (Rutter și colab. 1970 a).

Chestionare pentru screening au fost completate de părinți și profesori. Copiilor astfel identificați li s-au dat apoi teste psihologice și educaționale și părinții lor au fost intervievați. Prevalența pe un an a tulburărilor psihice a fost de aproximativ 7 %, fiind de două ori mai mare la băieți decât la fete. Nu exista nici o corelație cu clasa socială, dar prevalența creștea proporțional cu scăderea inteligenței. Tulburarea psihică era asociată cu handicapul fizic și mai ales cu leziunea cerebrală organică. De asemenea, exista o asocieră strânsă între întârzierea în citire și tulburarea de conduită. Cîteva ani mai tîrziu, aceleași metode au fost folosite pentru un studiu realizat într-un cartier din Londra (Rutter și colab. 1975 b,c). S-au descoperit rate de două ori mai mari decât în insula Wight, la toate tipurile de tulburări psihice.

Trimiterea pacienților la specialist

Medicii generaliști își consumă foarte mult timp sfătuind și încurajînd părinții în legătură cu copiii lor, dar numai o mică parte dintre cei consultați sînt trimiși la o clinică pediatrică sau de psihiatrie infantilă (Bailey și colab 1978). Practicienii generaliști trimit de obicei la pediatrie copii cu dificultăți de dezvoltare, cu simptome somatice de cauză probabil psihologică, ca și pe cei cu complicații psihice ale unei boli somatice. Tulburările emoționale și de conduită ajung mai degrabă la o clinică de psihiatrie infantilă. Cu toate acestea, multe dintre cazurile trimise nu sînt mai severe decât cele pe care le poate rezolva generalistul singur (vezi Gath și colab. 1977).

Prognostic

Simptomele ușoare, ca și problemele de comportament și dezvoltare sînt de obicei de scurtă durată. Totuși, alta este evoluția simptomelor destul de severe pentru a impune un diagnostic de tulburare psihică a copilăriei, lucru care se întîmplă la 5-15 % dintre copii. Aceste tulburări persistă adesea mai mulți ani. În insula Wight trei sferturi dintre copiii cu tulburări de conduită și 1/2 dintre cei cu tulburări emoționale la vîrsta de 10 ani erau încă handicapați de acestea patru ani mai tîrziu (Rutter și colab. 1986).

Prognosticul pentru viața de adult poate fi stabilit printr-o urmărire de lungă durată, care este adesea dificilă. Cel mai important studiu este cel al lui Robins (1966), care a urmărit persoane ce apelaseră la serviciile unei clinici de psihiatrie infantilă cu 30 de ani în urmă și le-a comparat cu un grup format din persoane ce urmaseră aceleași școli, dar nu fuseseră trimise în clinică. Ea a descoperit că tulburările emoționale au un prognostic bun. Cînd aceste tulburări au continuat, ele au luat, la adult, de cele mai multe ori, forma nevrozei sau depresiei. Prin contrast, copiii cu tulburări de conduită au avut o evoluție proastă. Ca adulți, cei mai mulți dezvoltau personalitate antisocială sau alcoolism, aveau probleme la serviciu sau în căsnicie, comiteau ilegalități. Cercetări mai recente au confirmat evoluția diferită a tulburărilor nevrotice față de cele de conduită. S-a demonstrat de asemenea că sindroamele de hiperactivitate bine conturate au un prognostic prost, iar psihozele chiar unul și mai nefavorabil (vezi Robins 1979 a, Zeitlin 1986). Zeitlin a examinat fișele pacienților care au fost internați în același spital atît în copilărie cît și ca adulți. El a găsit o continuitate a tipului de sindrom, mai ales atunci cînd problemele inițiale erau simptome depresive sau obsesive, ori tulburări de conduită.

Etiologie

În discutarea cauzelor tulburărilor psihice în copilărie se aplică în mare măsură aceleași

principii ca și cele descrise în capitolul despre etiologia tulburărilor psihice ale adultului. În psihiatria copilului există mai puține entități morbide și mai multe sindroame reactive la factorii de mediu, mai ales cei din familie, școală, cartier. Chiar în mai mare măsură decât la adulți, determinanții tulburărilor în copilărie sînt multipli. În paragrafele următoare se vor expune pe scurt patru grupe de factori ce interacționează. Aceștia sînt: factorii genetici, temperamentul, bolile somatice, în special leziunile cerebrale, cauzele de mediu, familiale, sociale și culturale. O expunere a etiologiei se poate găsi în manualele lui Rutter și Hersov (1985), Quay și Werry (1986) și Graham (1986).

Factorii genetici

Factorii ereditari importanți în psihiatria copilului sînt poligenici. Ei nu par a controla în mod direct boala, ci mai degrabă predispoziția de a face un anumit tip de boală. Există de asemenea influențe mai largi ce acționează prin controlul poligenic al inteligenței și temperamentului, deși dovezile în acest sens sînt mai puțin puternice (McGuffin 1987).

Temperamentul și diferențele individuale

Într-un studiu longitudinal realizat în New York, Thomas și colab. (1968) au descoperit că anumiți factori temperamentali descoperiți înaintea vârstei de doi ani ar putea predispuce la tulburare psihică mai tîrziu. În primii doi ani, o categorie de copii ("copiii dificili") tindeau să răspundă noilor solicitări ale mediului prin retragere, adaptare înceată și un răspuns comportamental intens. O altă categorie ("copiii buni") răspundeau noilor stimuli în mod pozitiv, prin bună adaptare și un răspuns comportamental blînd. Acest grup era mai puțin predispus decât primul spre a face o tulburare psihică mai tîrziu în copilărie. Cercetătorii au presupus că aceste deosebiri temperamentale precoce sînt determinate atît genetic, cît și prin factori de mediu. Validitatea metodelor folosite în acest studiu ca și semnificația rezultatelor au fost puse sub semnul întrebării (Graham și Stevenson 1987).

Boala somatică

Deși boala somatică gravă de orice tip poate predispuce la probleme psihice în copilărie, tulburările cerebrale sînt cele mai importante. În studiul din insula Wight, 12 % din copiii bolnavi somatic în vîrstă de 10-11 ani erau încadrați ca avînd probleme psihiatrice, în comparație cu 7 % în populația generală de aceeași vîrstă (Rutter și colab. 1976 a). Prevalența problemelor psihice era de 34 % la copiii cu afecțiuni cerebrale. Această prevalență crescută nu putea fi explicată prin factorii sociali nefavorabili cunoscuți a fi asociați cu afecțiunea cerebrală. De asemenea, nu putea fi explicată prin infirmitatea fizică în sine, deoarece rata tulburărilor psihice era mult mai mică la copiii deopotrivă infirmizați prin afectare musculară. Rata tulburărilor psihice la copiii cu leziuni cerebrale este în legătură cu severitatea leziunii și mai puțin cu locul acesteia. Rata este aceeași atît la băieții, cît și la fetițele cu traumatism cranio-cerebral, constatare ce contrastează cu rata mai mare a tulburărilor psihice la băieți în populația generală.

Disfuncția cerebrală minimă

Observația că leziunile mari cerebrale la copii pot produce anumite tulburări psihice a condus la ipoteza conform căreia leziuni mai mici pot fi responsabile pentru tulburări altfel inexplicabile. Aceasta este o idee mai veche, ideile mai noi provenind din studierea copiilor cu leziuni cerebrale de către Strauss și Lehtinen (1947), care au descris o varietate

de trăsături clinice printre care : hiperactivitate, neatenție, conduită dezordonată și deficite în percepție și învățare. Mai de curînd, cercetătorii au presupus că la copiii fără semne neurologice, supraactivitatea și neatenția au drept cauză patologia cerebrală minoră, cunoscută sub numele de leziune cerebrală minimă. Cînd ideea că nu există modificări structurale demonstrabile la nivelul creierului a devenit general acceptată, termenul disfuncție cerebrală minimă a început să fie folosit.

Pasamanick și Knobloch (1966) au sugerat existența unui "continuum al accidentelor de reproducere" (continuum of reproductive casualty). Prin aceasta ei înțelegeau că dificultățile de citire, tulburările de comportament, epilepsia, retardarea mintală ar putea rezulta din grade din ce în ce mai mari de tulburări cerebrale apărute din pricina anomaliilor sarcinii și nașterii. Aceste supoziții erau în parte bazate pe observația că la majoritatea copiilor prezentați la psihiatru exista un istoric de patologie a sarcinii, prematuritate, asfixie perinatală (Pasamanick și Knobloch 1966). Dovezile sînt dificil de interpretat, deoarece acești factori sînt în legătură cu dezavantajul social, care ar putea fi cauza reală a problemelor psihice. Acest bilanț nu susține totuși ideea că tulburarea cerebrală minimă este cauza tulburărilor psihice în copilărie (vezi Rutter (1982) și Shaffer (1985 b)).

Factorii de mediu

Familia

Pe măsură ce copilul progresează de la dependența completă față de părinți la independență, el are nevoie de o familie stabilă și sigură, cu un fond de căldură emoțională, toleranță, ajutor și disciplină constructivă. Separarea prelungită de părinți sau moartea acestora poate avea un efect profund asupra dezvoltării psihice în copilărie. Relațiile interpersonale inadecvate în familie pot avea același efect.

Binecunoscutele lucrări ale lui Bowlby (1951) au condus la un larg interes legat de "privarea de mamă". Inițial, Bowlby a sugerat că separarea prelungită de mamă este o cauză de delincvență juvenilă. Ulterior, el a susținut că experiența precoce a amenințării sau a separării de mamă conduce mai tîrziu la anxietate și depresie (Bowlby 1973, 1980). De la prima comunicare a consecințelor privării de mamă (maternal deprivation) s-a dovedit că efectul separării depinde de mulți factori: vîrsta copilului în momentul separării, relațiile anterioare cu mama și tata, motivele separării. Este de asemenea evident că variatele consecințe ale separării au diferite evoluții pe termen lung. Un mediu nestimulativ și lipsa încurajării de a învăța în prima copilărie este asociată cu nerealizări educaționale în anii următori. Atașamentele emoționale reduse în prima copilărie conduc la dificultăți în relațiile sociale.

Factorii familiali cel mai intens asociați tulburărilor psihice în copilărie sînt: relațiile discordante, boala sau personalitatea deviantă a unuia dintre părinți, dimensiunea mare a familiei. Diversele modele de creștere a copilului nu sînt direct asociate tulburării psihice, în afara celor care implică abuzurile asupra copilului (vezi Rutter și Madge 1976).

Factorii sociali și culturali

Deși familia este fără îndoială partea din mediu cu cel mai important rol în dezvoltarea copilului, influențele sociale mai largi sînt foarte importante, mai ales în etiologia tulburărilor de conduită. În primii ani ai copilăriei, acești factori sociali acționează indirect prin influența pe care o au asupra vieții de familie. Pe măsură ce copilul crește și-și petrece mai mult timp în afara familiei, ei au de asemenea un efect direct. Acești factori au fost studiați examinînd asocierile dintre tulburările psihiatrice și

tipul cartierului și al școlii.

Rata tulburărilor psihice în copilărie este mai mare în zonele dezavantajate social, spre exemplu, așa cum s-a mai arătat (pag. 602), rata tulburărilor de conduită, ca și a tulburărilor emoționale s-a dovedit a fi mai mare într-un cartier sărac al Londrei decât în insula Wight. Trăsăturile importante ale vieții urbane par a fi: lipsa spațiului de joacă, posibilitățile neadecvate de distracție pentru adolescenți, condiții de locuit supraaglomerate, lipsa implicării comunității. Rata consultărilor psihiatrice, ca și a delincvenței variază și în funcție de școli (Power și colab. 1972; Gath și colab. 1977). Aceste diferențe nu par a fi legate de dimensiunile sau vechimea școlii, ci de mediul social în care se află.

Evaluarea psihică a copiilor și a familiilor lor

Scopurile evaluării sînt obținerea unei imagini clare a problemei, cunoașterea modului în care aceasta este legată de dezvoltarea copilului și de viața sa din prezent în contextul social și psihologic dat, precum și stabilirea unui tratament pentru copil și familia lui.

Evaluarea psihică a copiilor diferă în mai multe moduri de cea a adulților. Cu copiii este adesea dificil să urmezi un plan dinainte stabilit. Este necesară o metodă flexibilă de apropiere, dar informațiile și observațiile vor fi notate cu rigurozitate. Amîndoi părinții vor fi rugați să ia parte la interviul de evaluare, fiind adesea folositoare și prezența altor frați. Cerînd permisiunea de a culege informații de la profesori înainte de examinarea copilului, se poate economisi timp. Informațiile acestea se referă la comportamentul copilului în școală și la randamentul său școlar.

Psihiatrii de copii folosesc diverse metode de evaluare. Toți sînt însă de acord că este utilă examinarea familiei în întregime la un moment dat. Unii preferă să facă acest lucru de la început. Alții simt că pot face o evaluare mai bună prin interviu separată a părinților și copilului, urmată de un interviu cu familia în ansamblu, în cursul căruia se pot observa relațiile intrafamiliale. Dacă se folosesc interviurile separate, este de preferat o discuție inițială cu pacientul adolescent înaintea discuției cu părinții. În cazul pacienților mai mici, cei care dau principalele informații sînt părinții, dar copiii mai mari de șase ani vor fi văzuți și separat de la un anumit moment. În cazul special al suspectării abuzului asupra copilului (child abuse) interviul cu acesta este, desigur, deosebit de important. Oricare ar fi problema, părinții vor fi făcuți să înțeleagă că interviul are un rol de suport și nu subminează încrederea copilului în ei.

Interviul cu părinții

Părinții vor fi încurajați să vorbească spontan înainte de a li se pune întrebări sistematice. Metodele de interviu sînt similare cu cele folosite în psihiatria adultului (vezi cap. 2). Subiectele ce vor fi atinse în anamneză sînt enumerate în schema lui Graham (1986), care apare în anexa acestui capitol. În afara informațiilor concrete, psihiatrul va trebui să afle date legate de sentimente și atitudini.

Copilul

Deoarece copiii mai mici nu au capacitatea sau dorința de a exprima idei și sentimente în cuvinte, observațiile asupra comportamentului lor și a interacțiunii cu mediul sînt deosebit de importante; cu copiii foarte mici, desenul și jucăriile pot fi de mare folos. Cu copiii mai mari este posibilă folosirea unei proceduri similare cu cea a adultului. Este esențial a începe prin stabilirea unei atmosfere prietenoase și cîștigarea încrederii copilului. Va fi întrebat cum îi place să i se spună. De obicei este mai potrivit să începem cu o discuție despre subiecte neutre ca: animale, jocuri, aniversări, înainte

de a atinge problema propriu-zisă. Atunci când s-a stabilit o relație prietenească, copilul va fi întrebat despre problema lui, despre ce îi place și ce nu, ce speranțe de viitor are. Adesea se obțin informații utile întrebând ce anume și-ar dori dacă i s-ar spune că i se îndeplinesc trei dorințe. I se va da posibilitatea să-și exprime preocupările și sentimentele în desen sau joc. Observațiile legate de comportamentul copilului și starea lui mintală vor fi notate. Punctele ce vor fi atinse sînt enumerate în anexa acestui capitol (pag.644). La evaluarea stării mintale se va ține seama că atunci când un copil vede prima oară un psihiatru, poate fi tăcut și retras; acest comportament nu va fi greșit interpretat ca un semn de depresie. La un anumit moment, preferabil mai tîrziu, în timpul consultului se va efectua un examen somatic, acordînd o atenție deosebită SNC (vezi anexa). La sfîrșitul interviului se va obține o evaluare a dezvoltării copilului, comparativ cu alți copii de aceeași vîrstă.

La încheierea evaluării

La sfîrșitul evaluării, psihiatrul va explica părinților (și copilului, în funcție de vîrstă) care este planul terapeutic și dacă va contacta și alte persoane implicate, ca de exemplu medicul generalist, profesorul, asistentul social. El va oferi informații clare asupra oricărui tratament propus, va încuraja întrebările și discuțiile.

Evaluarea psihologică

Măsurarea inteligenței și a achizițiilor educaționale este adesea folositoare. Unele dintre cele mai des folosite procedee sînt enumerate în tabelul 20.2. Unii psihologi folosesc adesea una sau mai multe tehnici proiective. Acestea sînt dificil de cuantificat, iar validitatea lor nu a fost stabilită. Totuși, uneori, acestea oferă căi de a descoperi sentimentele copilului față de membrii familiei și față de alte persoane sau situații. Folosite în acest mod, aceste tehnici sînt mai asemănătoare metodelor clinice (de exemplu, atunci când i se cere copilului să construiască o povestire), decît testelor psihologice.

Alte informații

Cei mai importanți furnizori de informații legate de copil sînt, după părinți, profesorii acestuia. Ei pot descrie comportamentul în clasă, achizițiile educaționale, relațiile cu alți copii. Ei pot face de asemenea comentarii utile legate de contextul familial. Adesea este util pentru asistentul social să viziteze locuința copilului. Acest lucru poate furniza informații utile legate de posibilitățile materiale, relațiile dintre membrii familiei și felul lor de viață în comun.

Formularea

În fiecare caz se va face o formulare a problemelor. Aceasta începe cu o descriere scurtă a problemei prezente. Se discută apoi diagnosticul și diagnosticul diferențial. Ulterior, se iau în discuție factorii etiologici. Se vor nota orice alte evaluări ulterioare, se va face un plan de tratament și se va nota prognosticul scontat.

Tratament

Deși membrii echipei terapeutice (medic, asistent social, psiholog) au îndatoriri și

Tabel 20.2. Note asupra unor măsurători psihologice folosite pentru copii, inclusiv pentru cei cu retardare mintală

(a) Teste de inteligență

Scala de inteligență Stanford-Binet

Este o revizuire a testului inițial de inteligență; rar folosită în prezent. Furnizează vârsta minimală. Orientată către aptitudinile verbale ce poate face ca rezultatele să fie influențate de cultură. Mai folositoare pentru pacienții din clasa de mijloc sau cu aptitudini scăzute.

Scala de inteligență pentru copii Wechsler - forma revizuită (WISC-R)

Oferă un profil al aptitudinilor verbale și de performanță ca și QI-ul pentru copii de 6-14 ani. Larg folosită, bine standardizată. Nu poate fi folosită pentru QI mai mic de 40.

Scala de inteligență Wechsler preșcolară și primară (WPPSI)

Este o versiune a WISC, de folosit la copii mai mici (4-6,5), ca și pentru cei cu întârziere mintală.

Scalele de aptitudini (britanice)

Există 24 de subscale adecvate vîrstelor între 2,5-17 ani și acoperind șase domenii: viteza prelucrării informațiilor; gîndirea; reprezentările spațiale; adecvarea percepției; memoria; aplicarea cunoștințelor. Analiza poate fi generală sau specifică.

Testul de desen Goodenough-Harris

Este un test de inteligență non-verbală pentru copii de 3-10 ani.

(b) Evaluări ale dezvoltării sociale

Scala de maturitate socială Vineland

Este scala originală de dezvoltare, recent revizuită, care are limitări psihosometrice. Acoperă: ajutorarea generală, îmbrăcatul singur, locomoția, comunicarea, autodirecționarea, izolarea socială, Ocupația. Oferă "vârsta socială".

Scala comportamentului adaptativ (Nihira)

Oferă posibilitatea de evaluare a aptitudinilor și obiceiurilor în zece domenii comportamentale

Diagramele Gunzburg de evaluare a progresului

Oferă o imagine vizuală clară a ajutorării, comunicării, aptitudinilor sociale și ocupaționale.

(c) Alte evaluări ale dezvoltării

Scala Denver de dezvoltare

Oferă evaluări ale dezvoltării fine și grosiere motorii, sociale și a limbajului pentru copii mai mari de 2 ani.

Scala Bayley de dezvoltare a copilului

Însușirea de subiecte care pot fi cuantificate în indici de dezvoltare mintală și psihomotorie. Potrivită și sigură între 2 luni și 2 1/2 ani.

(d) Achiziții educaționale

Analiza citirii Neale

Test gradat al capacității de a citi, clarității, înțelegerii și vitezei pentru copii mai mari de 6 ani.

Testul Schonell de citire gradată

Copilul citește cuvinte de dificultate crescândă.

Testul Schonell de pronunție gradată

Copilul silabisește cuvinte de dificultate crescândă.

Testul de aptitudini matematice

Nu există un test satisfăcător. Există subteste aritmetice ale WISC-R, WPPSI și ale scalelor britanice de aptitudini.

cunoștințe specifice, ei nu se limitează la acestea atunci când lucrează cu copii și familii. Ei își asumă rolul care pare a fi cel mai potrivit pentru fiecare caz în parte. Psihiatrii de copii au diferite metode de a lucra, inclusiv "co-terapia" cu alți membri ai echipei.

Este aproape o regulă abordarea familiei ca întreg și menținerea unei relații apropiate cu alte persoane implicate în viața copilului sau a familiei. Psihiatrul de copii lucrează îndeaproape cu pediatrul, cu serviciile sociale și de sănătate pentru copii, cu profesorii, cu psihologii. De vreme ce multe probleme ale copilăriei sînt evidente la școală sau duc la dificultăți educaționale, profesorii copilului vor fi cooptați în tratament. Aceștia pot cere sfaturi legate de modul în care pot rezolva problemele comportamentale ale copilului; pot fi necesare lecții ajutătoare sau o modificare în orarul copilului. Uneori este indicată schimbarea școlii. În cea de a doua parte a capitolului se vor oferi informații suplimentare legate de tratamentul fiecărei tulburări. Informații suplimentare despre tratamentul în psihiatria copilului pot fi găsite la Graham (1986) sau în una din cărțile enumerate la sfîrșitul capitolului.

Tratamentul medicamentos

Medicamentele au un rol limitat, dar important, în psihiatria copilului. Principalele indicații, ce vor fi discutate mai tîrziu în acest capitol, sînt: epilepsia, tulburările depresive, tulburările obsesive, sindroamele de hiperactivitate, sindromul Gilles de la Tourette și uneori enurezisul nocturn. În toate cazurile, dozele vor fi verificate cu grijă într-o carte de referință, acordînd atenție vârstei și greutății copilului.

Psihoterapia individuală a copilului

Aceasta își are originea în metodele dezvoltate de Anna Freud și Melanie Klein. Aceste metode difereau în special prin accentul pus de Melanie Klein pe interpretarea psihodinamică a jocului copilului. În prezent tratamentul îndelungat de acest tip este rar folosit. El este înlocuit prin psihoterapia de scurtă durată ce urmărește rezolvarea problemelor curente. Principalele indicații sînt tulburările emoționale și simptomele somatice legate de factori psihologici importanți.

Psihoterapeutul încearcă să stabilească o relație caldă și apropiată cu copilul. El folosește această relație pentru a încuraja copilul să-și exprime sentimentele și să găsească moduri alternative de comportament. Îngăduința este importantă și criticile trebuie evitate ceea ce nu implică, bineînțeles, aprobarea tuturor aspectelor comportamentului copilului. La început, copilul percepe adesea pe terapeut ca pe un "agent" al părinților și se așteaptă ca el să le împărtășască părerile și atitudinile. Din acest motiv este de

preferat amânarea discuției legate de problemele prezente pînă ce se cîștigă încrederea copilului prin discutarea unor probleme neutre care-l interesează.

S-au făcut puține evaluări ale psihoterapiei individuale pentru copii. Aceasta este folosită în general pentru tulburări cu un prognostic bun, cărora le poate scurta evoluția. Evaluări ale psihoterapiei pentru copii au fost făcute de Eisenberg și colab. (1965) și Rosenthal și Levine (1971).

Terapia familială

Aceasta este o formă specifică de tratament, care trebuie diferențiată de abordarea familiei ca întreg descrisă mai sus. În terapia familială, simptomele copilului sînt considerate o expresie a vieții în familie, care devine principala țintă a tratamentului. Au fost folosite mai multe metode, bazate pe sisteme psihanalitice sau comportamentale, sau pe teorii structurale sau ale comunicării. Aceste tipuri de terapie sînt descrise la pag. 562. În practică cei mai mulți terapeuți adoptă o manieră eclectică.

Indicațiile pentru terapia familială sînt încă în dezbatere. Un astfel de tratament poate fi indicat cînd :

1. simptomele copilului par a face parte dintr-o tulburare a întregii familii;
2. terapia individuală nu s-a dovedit eficace;
3. dificultățile în familie apar în timpul unui alt tip de terapie.

Terapia familială este contraindicată cînd mariajul părinților este pe punctul de a se destrăma, sau cînd problemele copilului nu par a fi legate îndeaproape de familie. Este important ca interesul terapeutului pentru terapia familială să nu împiedice evaluarea cazului în profunzime și folosirea altor metode de tratament, cînd acestea sînt indicate. Studii fără lot martor asupra terapiei familiale au dus la concluzia că aceasta are efecte substanțiale. Evaluările cu lot martor arată beneficii mai modeste pentru copii cu o paletă largă de tulburări emoționale și de comportament. Cercetările asupra terapiei familiale au fost revizuite de Gurman și colab. (1986).

Terapia de grup

Terapia de grup poate fi folosită pentru copil sau pentru părinți. Copiii mai mari și adolescenții pot fi ajutați prin împărtășirea problemelor, discuții și modelare care fac parte din terapia de grup. Părinții pot fi ajutați oferindu-li-se prilejul de a discuta problemele creșterii copilului împărtășite și de alții. Principiile terapiei de grup sînt descrise în cap. 18.

Terapia comportamentală

Metodele comportamentale au multiple aplicații în psihiatria copilului. Ele pot fi folosite pentru a încuraja un nou comportament, prin reîntărire și modelare. Aceasta se face adesea prin gratificarea mai întîi a unui comportament ce se apropie de cel dorit (formare-shaping) urmată de reîntărirea (reinforcement) într-un mod mai discriminativ. Astfel, cu copii autiști și retardați, formarea (shaping) a fost folosită pentru rezolvarea unor probleme minore, ca exploziile de mînie, refuzul de a merge la culcare, probleme la folosirea toaletei. Pedepsirea nu este folosită în formare (shaping) pentru că este de neacceptat etic (și are numai efect temporar). Se fac în schimb eforturi pentru a identifica și îndepărta factorii din mediul copilului care reîntăresc comportamentul nedorit. Se descoperă adesea că reîntărirea comportamentului nedorit se face în mod neintenționat prin acordarea unei

atenției sporite copilului, atunci când apare. Dacă copilul este ignorat în asemenea momente, dându-i-se atenție atunci când se comportă normal, apar adesea schimbări benefice. Forme specifice de terapie comportamentală se pot folosi pentru enurezis (vezi pag. 576) sau pentru fobii. Principiile se aseamănă cu cele din psihiatria adultului (vezi cap. 18).

Formarea aptitudinilor sociale în grup sau în ședințe individuale este adesea folosită pentru copiii care au dificultăți de relaționare cu adulții sau cu alți copii.

Terapia ocupațională

Terapeuții ocupaționali pot juca un rol important în evaluarea dezvoltării copilului, în tratamentul psihologic și în măsurile vizînd ameliorarea relației.

Educația specială

Copiii care se prezintă ca pacienți externi, ca și cei internați, beneficiază adesea de măsuri educaționale speciale, pentru remediarea întîrzierii în citit, scris, calcul aritmetic adesea întîlnite în tulburările de conduită.

Îngrijirea de substituție, inclusiv tutela

Aceste metode pot fi valabile pentru copiii ale căror simptome apar din pricina unui mediu familial instabil sau a respingerii de către părinți. Acești copii pentru care se ia în considerare îngrijirea de substituție au adesea tulburări de conduită și probleme educaționale severe. Îndepărtarea de casă trebuie luată în considerare numai după ce s-au făcut toate eforturile pentru îmbunătățirea condițiilor familiale. Îngrijirea de substituție poate fi făcută într-o altă familie, o casă de copii (în care un grup de aproximativ 10 copii trăiesc în condiții apropiate de cele ale unei mari familii) sau o școală cu internat.

Unitățile spitalicești

Internarea în spital se face de obicei pentru oricare din următoarele trei motive. Întîi, tulburarea de comportament poate fi prea severă pentru a fi tratată în orice alt mod, de exemplu: hiperactivitate marcată, psihoză infantilă, refuz școlar rezistent la tratamentul ambulator. Apoi pentru observație, atunci când diagnosticul este nesigur. În al treilea rînd, pentru a ține o vreme copilul departe de mediul familial dăunător (de exemplu, supraprotecție exagerată).

Uneori mama este internată împreună cu copilul. Aceasta permite observarea îndeaproape a modului în care ea se comportă cu copilul (de exemplu, în cazurile de abuz asupra copilului). Odată ce natura problemei a fost stabilită, mama poate fi ajutată să o depășească, luînd parte activă la îngrijirea copilului pe durata spitalizării.

Îngrijirea în spitalul de zi are multe din avantajele internării, fără a îndepărta însă copilul de acasă. În afara cazului în care copilul poate fi maltratată acasă, legătura cu familia prezintă avantajul păstrării relației cu ceilalți membri. Îngrijirea de zi poate degreva familia de unele probleme dificile ale îngrijirii unui copil hiperactiv sau autist.

Prezentarea sindroamelor

Probleme ale copiilor preșcolari și ale familiilor lor

S-a arătat deja că în perioada preșcolară copiii învață diferite tipuri de comportare

socială. Ei dobîndesc controlul sfincterelor, învață să se comporte la masă, să meargă la culcare la timpul potrivit, să-și controleze sentimentele de furie. De asemenea, devin mai puțin dependenți. Toate acestea se învață în familie. Problemele psihiatrice ale copiilor preșcolari se centrează în jurul acestor comportamente și reflectă atît factori familiali, cît și factori care țin de copil. Multe dintre problemele psihologice ale acestei vîrste sînt de scurtă durată și pot fi interpretate ca întîrzieri în dezvoltarea normală. Majoritatea acestor probleme sînt tratate de către medicul generalist sau pediatru. Cele mai serioase vor fi trimise pedopsihiatrului.

Prevalență

Richman și colab. (1982) au studiat un lot de 705 familii cu un copil de trei ani dintr-un cartier al Londrei. Cele mai frecvente comportamente anormale la acești copii de trei ani erau: enurezisul nocturn de cel puțin trei ori pe săptămîină (37 %); udarea lenjeriei în timpul zilei (17 %); hiperactivitatea (14 %); encoprezis-ul cel puțin o dată pe săptămîină (13 %); dificultatea de a merge la culcare noaptea (13 %); fricile (13 %); neascultarea (11 %); tendința de a fi în centrul atenției (10 %); exploziile de mînie (5 %).

Dacă aceste comportamente sînt considerate probleme depinde atît de atitudinea părinților, cît și de natura, severitatea și frecvența comportamentului. Richman și colab. (1982) au depășit această dificultate făcînd propriile evaluări ale extinderii problemelor. Ei și-au bazat aprecierile pe efectul comportamentului anormal asupra stării de bine a copilului și a celorlalți membri ai familiei. Au folosit criterii de bun simț pentru a decide dacă problemele erau ușoare, moderate sau severe. 7 % dintre copiii de trei ani supuși observației aveau probleme severe de comportament și 15 % aveau probleme ușoare. Comportamentele cel mai des considerate problemă erau exploziile de mînie, căutarea atenției altor persoane și neascultarea.

Prognostic

Așa cum s-a arătat mai sus, multe probleme psihologice ale copiilor preșcolari sînt de scurtă durată. Totuși, Richman și colab. (1982) au găsit că anumite probleme descoperite la copiii de trei ani erau încă prezente la 8 ani. Aceste probleme includeau hiperactivitatea, tulburările de conduită, dificultățile de vorbire, efeminarea și autismul.

Etiologie

Factorii etiologici sînt strîns legați de etapa de dezvoltare, temperamentul copilului și de influențele familiale. Există variații individuale largi ale ritmului în care se produce dezvoltarea normală, mai ales în ceea ce privește controlul sfincterelor și dezvoltarea limbajului. Așa cum s-a mai menționat, caracteristicile temperamentale ale unui copil sînt evidente din primele săptămîni. Acestea pot influența comportamentul mamei : cît timp petrece cu copilul, cît de des îl ia în brațe etc. Acest răspuns matern, la rîndul său, influențează dezvoltarea copilului. Problemele comportamentale ale acestei vîrste sînt de asemenea asociate relațiilor nesatisfăcătoare dintre părinți, depresiei materne, rivalității cu alți frați, comportamentului inadecvat al părinților (vezi Richman și colab. 1982 pentru o expunere de date).

Cîteva probleme frecvente

Exploziile de mînie

La copii, exploziile de mînie ocazionale sînt firești, numai cele persistente sau foarte

severe sînt anormale. Cauza imediată este adesea reîntărirea involuntară a acestui comportament prin atenția excesivă și disciplina nesatisfăcătoare din partea părinților. Cînd aceasta se întîmplă, cauza este că părinții au fie propriile lor probleme emoționale, sau că relația lor este nesatisfăcătoare. Exploziile de mînie răspund de obicei la o amabilă dar fermă fixare a limitelor. În tratament este în primul rînd necesar să descoperim de ce părinții nu au putut proceda ei înșiși în acest mod. Ei trebuie ajutați să depășească propriile lor probleme și sfătuiți cum să răspundă exploziilor de mînie.

Problemele de somn

Cea mai comună tulburare a somnului este trezirea în timpul nopții, frecventă între unu și doi ani. O cincime dintre copiii de această vîrstă au nevoie de circa o oră pentru a adormi sau se trezesc pentru perioade destul de lungi în timpul nopții. Rezolvarea depinde de o evaluare detaliată a problemei și a oricăror altor dificultăți. Cînd trezirea este o problemă izolată și nu este foarte deranjantă pentru familie, este de ajuns liniștirea părinților în privința prognosticului. Totuși, dacă tratamentul se impune, problema fiind epuizantă pentru familie, cea mai eficace metodă este cea comportamentală (Richman și colab. 1985). Medicația hipnotică poate fi utilă în situații speciale, dar nu este eficace pe termen lung. Cartea lui Douglas și Richman (1984) este utilă pentru părinți.

Alte dificultăți, ca de exemplu coșmarurile și pavor-ul nocturn, sînt frecvente la copiii sănătoși și foarte rar de lungă durată. Aceste dificultăți sînt discutate la pag. 321.

Cînd tulburările de somn sînt severe sau persistente, trebuie luate în considerare două cauze posibile. Mai întîi, problemele ar putea fi accentuate de cauze fizice sau emoționale. În al doilea rînd, ar putea fi accentuate de îngrijorarea părinților sau de incapacitatea lor de a liniști copilul. Dacă oricare din aceste cauze este descoperită, ea va fi tratată. De obicei, însă, este suficientă liniștirea părinților și a copilului.

Problemele de alimentație

Scăderi ale apetitului, sau chiar refuzul alimentar, sînt comune la copiii preșcolari dar de obicei nu durează mult. La o mică parte, comportamentul acesta poate fi sever sau persistent, deși neacompaniat de semne de malnutriție. Cînd acest lucru se întîmplă, cauza este adesea atitudinea obsesivă a părinților legată de această problemă, ei reîntărind astfel fără să vrea comportamentul copilului. Tratamentul va fi direcționat spre a-i învăța pe părinți să se descurce în această problemă. Ei vor fi încurajați să ignore problema alimentară, să se abțină de a oferi mîncăruri speciale sau a face orice lucru deosebit spre a-l convinge pe copil să mînce. Dimpotrivă, copilului i se va oferi o masă obișnuită și va fi lăsat să hotărască singur dacă dorește sau nu să mînce.

Pica

Aceasta constă în ingerarea unor substanțe nealimentare, de exemplu vopsea, hîrtie. Adesea este asociată cu alte probleme de comportament. Cazurile vor fi investigate cu grijă, deoarece unele se datoresc leziunilor cerebrale sau retardării mintale. Unele cazuri sînt asociate tulburărilor emoționale care trebuie pe cît posibil reduse. În celelalte cazuri, tratamentul constă în luarea unor precauții de bun simț pentru a-l împiedica pe copil să mînce diverse lucruri nealimentare. Pica diminuează de obicei pe măsură ce copilul crește.

Evaluare și tratament

În evaluarea problemelor copiilor preșcolari, psihiatrul se bazează pe informații

primite de la părinți. Așa cum s-a notat deja, este important să diferențiem tulburarea primară a copilului de o tulburare secundară datorată mamei sau familiei. Este necesar a se face o examinare atentă a comportamentului respectiv, a nivelului general de dezvoltare al copilului și a funcționării familiei ca întreg.

În afara punctelor deja menționate la tulburările specifice, tratamentul mai include: sfătuirea (counselling) mamei, uneori și a altor membri ai familiei, cu privire la creșterea copilului. Se cunoaște foarte puțin despre valoarea fiecărui tratament în parte. Metodele comportamentale sînt probabil utile; întîrzierile în vorbire pot beneficia de metode educaționale; medicația este necesară uneori, pentru a controla hiperactivitatea (vezi pag.623). Adesea este util a se apela la aranjamente speciale pentru ca pacientul să petreacă o parte din zi în afara familiei, într-un grup de joacă sau grădiniță.

Tulburările emoționale

Diagnosticul de tulburare emoțională (nevrotică sau de interiorizare) este folosit adesea în psihiatria copilului, unde are cam același conținut ca și tulburarea nevrotică din psihiatria adultului. Clasificările acestor tulburări oferite de DSMIII-R și ICD10 (proiect) apar în tabelul 20.3. În fiecare clasificare sînt referiri la anxietatea de separare și evitarea fobică. DSMIII-R are o categorie - tulburări supra-anxioase - care include copiii ce se îngrijorează excesiv. ICD10 (proiect) cuprinde categorii pentru copiii ce sînt extrem de speriați de străini sau situații noi, inclusiv pentru cei cu tulburări emoționale persistente, aparent legate de rivalitatea sau gelozia față de un frate mai mic.

În plus față de aceste categorii, secțiunea următoare se referă și la alte tulburări emoționale ale copilăriei, și anume tulburări disociative și de conversie, tulburări obsesiv-compulsive, tulburări depresive. Refuzul școlar va fi de asemenea prezentat.

Tabel 20.3. Clasificarea tulburărilor emoționale în copilărie

ICD 10 (proiect)	DSMIII-R
Tulburare anxioasă de separare	Tulburare anxioasă de separare
Tulburare fobică a copilăriei	Tulburare evitantă a copilăriei
Tulburare cu sensibilitate socială	Tulburare supraanxioasă
Tulburare cu rivalitate între frați	
Alte tulburări emoționale	

Prevalență

Printre afecțiunile psihice ale copilăriei, tulburările emoționale se află pe locul al doilea după tulburările de conduită. În studiul asupra copiilor de 10 și 11 ani din insula Wight, Rutter și colab. (1970 a) au găsit o prevalență a tulburărilor emoționale de 2,5 %, deopotrivă la băieți și fete. Aceasta reprezintă jumătate din rata tulburărilor de conduită. În studiul efectuat într-un cartier din Londra, prevalența era de două ori mai mare pentru ambele tipuri de tulburare (Rutter și colab. 1975 b). Într-o statistică asupra unui lot de 1000 de copii consultați într-o clinică psihiatrică din

Londra, o treime erau diagnosticați cu tulburare emoțională (Gath și colab. 1977).

Prognosticul majorității formelor de tulburare emoțională este favorabil. Chiar și tulburările severe se ameliorează de obicei fără tratament și fără simptome reziduale. Excepții fac tulburările obsesiv-compulsive și depresive care au mai frecvent o evoluție nefavorabilă. Așa cum s-a menționat deja (pag. 602), când tulburarea emoțională din copilărie persistă în viața adultă, ea se manifestă ca sindrom nevrotic sau tulburare afectivă.

Tulburările anxioase

Copiii cu această tulburare sînt anormal de fricoși. Ei se agață de părinții lor, de care sînt supradependenți. Sînt timizi cu alți copii. Au adesea un somn agitat și coșmaruri frecvente. Se concentrează greu. Ei pot prezenta diverse simptome somatice, cel mai adesea cefalee sau simptome digestive - greață, vărsături, dureri abdominale, diaree. Pot apărea de asemenea fobii și simptome obsesive. Uneori anxietatea de separare este precipitată de o experiență marcantă. Aceasta poate fi scurtă, ca de exemplu în spital, sau de lungă durată (de exemplu un conflict între părinți). În unele cazuri tulburarea apare la copiii ce reacționează prin excesivă anxietate la stresuri obișnuite și sînt predispuși la un temperament anxios, probabil genetic determinat. În alte cazuri, anxietatea copilului este un răspuns la anxietatea cronică sau stilul protector al părinților.

Copiii cu anxietate de separare se agață de părinții lor și pretind atenție. Ei pot fi îngrijorați că acestora li s-ar putea întîmpla un accident, o nenorocire. Acest tip de tulburare de anxietate este una dintre cauzele refuzului școlar (pag. 617). Copiii cu tulburări supra-anxioase se îngrijorează excesiv în legătură cu diverse evenimente, ca de exemplu examene, concursuri cu alți copii, etc. Ei pot prezenta și alte simptome anxioase: fobii, atacuri de panică, simptome somatice.

În tratament se va ține întotdeauna seama de toți factorii etiologici posibili, inclusiv evenimentele traumatizante, separare, temperament predispus la anxietate. Se vor reduce factorii stresanți, copilul va fi ajutat să vorbească despre grijile lui și, acolo unde este cazul, familia va fi ajutată să înțeleagă felul în care anxietatea și supraprotecția îl defavorizează pe copil. Medicația anxiolitică poate micșora anxietatea severă, dar va fi folosită numai pe perioade scurte. Când simptomele anxioase se accentuează în anumite circumstanțe, pacientul poate beneficia de tehnici comportamentale simple, folosite pentru fobii, ce vor fi descrise în paragraful următor.

Tulburările fobice

Simptomele fobice minore sînt comune în copilărie. Ele sînt legate de obicei de animale, insecte, întuneric, școală, moarte. Prevalența fobiilor mai severe variază cu vîrsta. Frica severă și persistentă de animale începe de obicei înainte de 5 ani și dispare în întregime la începutul adolescenței. Unii copii au teamă de situații sociale, mai ales cînd trebuie să întîlnească oameni pe care nu îi cunosc. În DSM-III-R aceasta se numește **tulburare evitantă**. Acești copii evită întîlnirile cu străinii, sînt jenați în compania lor, roșesc, rămîn tăcuți.

Cele mai multe fobii din copilărie se ameliorează fără tratament specific, dacă părinții adoptă o atitudine fermă și liniștitoare. Pentru fobiile ce nu se ameliorează, tratamentul comportamental simplu poate fi combinat cu liniștirea și încurajarea. Copilul va fi încurajat să intre în situații de care îi este teamă, în mod gradat, la fel ca și în tratamentul fobiilor în viața adultă. Psihoterapia a fost de asemenea folosită, dar nu mai eficientă decît tratamentul comportamental simplu. O expunere detaliată a fobiilor din copilărie poate fi găsită la Johnson (1985).

Tulburările de somatizare

Copiii se plîng adesea de simptome somatice atunci cînd suferă de o tulburare psihică. Aceste simptome includ durerea abdominală, cefaleea, tusea, dureri ale membrelor. Majoritatea acestor copii sînt tratați de medicii de familie. O mică parte ajung mai degrabă la specialistul pediatru decît la psihiatru.

Dintre simptome, durerea abdominală a fost studiată cel mai temeinic. Prevalența ei este estimată la 4-17 % din toți copiii. Ea constituie un motiv frecvent de îndrumare înspre pediatru. În majoritatea cazurilor durerea este asociată cu cefalee, dureri ale extremităților, stare de rău (Apley și Hale 1973). Cauze somatice ale durerii abdominale sînt rar descoperite, suspectîndu-se adesea tulburări psihice. Unele dureri abdominale sînt legate de anxietate, iar altele, așa cum s-a mai arătat la pag. 358, sînt atribuite depresiei "mascate". Altele par un răspuns simptomatic direct la stimuli sau evenimente stresante. Tratamentul este similar celui aplicat pentru alte tulburări emoționale. Urmărirea acestor cazuri sugerează că un sfert dintre cele destul de severe, pentru a justifica investigația pediatrică, dezvoltă tulburări psihice cronice.

Tulburarea de conversie este mai frecventă în adolescență decît în prima copilărie, atît ca afecțiune individuală, cît și ca formă epidemică (vezi pag.161). În copilărie, simptomele sînt de obicei blînde și foarte rar persistente. Cele mai frecvente sînt paralizările, anormalitățile de mers, incapacitatea de a vedea sau auzi normal. Ca și la adulți, asemenea simptome pot apărea în cursul bolilor organice, nu numai în cadrul tulburărilor emoționale. Tot ca și în psihiatria adultului, simptomele somatice sînt uneori greșit diagnosticate ca tulburări de conversie. Din aceste motive, diagnosticul de tulburare de conversie va fi pus numai după eliminarea diagnosticelor organice.

Tulburarea de conversie a fost rar întîlnită în studiul asupra copiilor din insula Wight (Rutter și colab. 1970). Printre copiii trimiși la pediatru, diagnosticul a fost întîlnit în 3-13 % din cazuri (vezi Rae 1977). Într-un studiu asupra copiilor înainte de pubertate, Caplan (1970) a descoperit tulburarea de conversie la 2 % dintre copiii examinați la Maudsley Hospital. La aproape 1/2 din acești 2 %, o boală organică a fost descoperită fie în timpul urmării, fie în decurs de patru ani de la examinare. Ambliopia a fost sindromul organic cel mai des greșit diagnosticat ca fiind psihogen. Ca și la adulți, în absența semnelor somatice, boala fizică poate fi adesea greșit interpretată ca tulburare de conversie, deși pot coexista dezechilibre afective cu simptome somatice (Rivinus și colab. 1975).

Tulburările de conversie și alte tulburări de somatizare vor fi tratate cît se poate de precoce. Întîrzierea poate permite simptomelor să se organicizeze pe măsură ce alte simptome secundare se acumulează. Tratamentul este direcționat în principal înspre reducerea circumstanțelor stresante și încurajarea copilului să vorbească despre problemele lui. Cu aceste măsuri simptomele pot diminua, sau pot fi necesare măsuri comparabile cu cele folosite în tulburările de conversie la adulți (vezi pag. 169). (vezi Goodyear și Taylor (1985) pentru informații suplimentare privind tulburările de somatizare în copilărie. Fizioterapia și metodele comportamentale pot fi valoroase pentru simptomele motorii (Dubowitz și Hersov 1976).

Tulburările obsesiv-compulsive

Tulburările obsesiv-compulsive sînt rare în copilărie. Totuși, mai multe forme de comportament repetitiv sînt frecvente, mai ales între 4 și 10 ani. Aceste comportamente repetitive includ preocuparea pentru numere și numărătoare, mînuirea repetată sau colectarea unor obiecte. Multe din aceste comportamente nu pot fi denumite propriu-zis compulsive, deoarece copilul nu luptă împotriva lor (vezi pag.17 pentru definiția simptomelor obsesive și compulsive). Totuși, nu se știe cît

de importantă este această distincție în copilărie. Este de asemenea comun pentru copii să adopte ritualuri, ca de exemplu să evite crăpăturile din asfalt sau să atingă stâlpii felinarelor. Jocurile multor copii conțin elementele unor ritualuri comune, iar unele dintre ritualurile scurte solitare par a face parte și ele din dezvoltarea normală. Totuși, la unii copii ritualurile ocupă un timp din ce în ce mai mare - de exemplu, controlarea repetată a temelor pentru a doua zi, spălatul pe mâini de mai multe ori.

Atunci când apar gânduri obsesive persistente sau simptome compulsive în copilărie, ele sînt cel mai adesea parte a unei tulburări anxioase sau depresive. Tulburarea obsesivă în sine este mai puțin comună și apare rar înainte de pubertate deși primele simptome pot apărea în prima copilărie. Debutul poate fi acut sau insidios. Copiii obsesivi își implică adesea părinții, cerîndu-le să ia parte la ritualuri sau să le dea asigurări repetate cu privire la gândurile obsesive.

Observațiile clinice sugerează că formele ușoare ale bolii au în general un prognostic bun. Nu există o catamneză satisfăcătoare a copiilor obsesivi, dar adulții cu tulburări obsesive au adesea debutul bolii în copilărie sau adolescență.

Atunci când simptomele obsesive apar ca parte a unei tulburări anxioase sau depresive, tratamentul este direcționat înspre tulburarea primară. Tulburările obsesive adevărate ale copilului sînt tratate în mare măsură ca o tulburare de anxietate, adăugîndu-se metode comportamentale (vezi pag.160). Clomipramina poate fi eficientă în unele cazuri. Pentru o expunere asupra tulburărilor obsesive în copilărie; vezi Rapoport (1986).

Tulburările depresive

Mulți copii par foarte triști în diverse situații, precum o boală gravă a unui părinte, moartea unui membru al familiei, certurile între părinți etc. Unii dintre acești copii plîng ușor, își pierd interesul și capacitatea de concentrare. Uneori mănîncă insuficient și dorm prost. Deși astfel de simptome depresive sînt frecvente în copilărie, tulburarea depresivă este rară. Rutter și colab. (1970 a) au găsit tulburarea depresivă numai la trei fete și la nici un băiat din 2000 de copii de 10 și 11 ani - deși simptomele depresive erau frecvente în cadrul altor tulburări. Din 2303 copii de 14 ani, 35 aveau o tulburare depresivă (Rutter și colab. 1976 a). Unele estimări mai recente ne duc la cifre întrucîtva mai crescute: 1 % în copilăria de mijloc și 2-5 % în adolescență (Graham 1986).

Unele reflectă diferențe în criteriile diagnostice. Unii psihiatri susțin că tulburarea depresivă este frecventă în copilărie, pe baza faptului că această tulburare se prezintă într-o formă mascată, cu o dispoziție mai mult sau mai puțin depresivă, dar cu o mai mare varietate de simptome incluzînd : dureri abdominale neexplicate, cefalee, anorexie, enuresis.

Nu este lipsit de sens a susține că în copilărie, ca și în viața adultă, tulburările depresive se pot manifesta mai ales prin simptome asociate, somatice sau comportamentale. Totuși, în copilărie, ca și în viața adultă, diagnosticul de tulburare depresivă va fi stabilit numai cînd există dovezi clare ale principalelor trăsături ale sindromului (Kovacs și Beck 1977). Dispoziția depresivă este deosebit de importantă, deși poate să nu fie evidentă de la început. Tulburarea depresivă va fi clar diferențiată de simptomele depresive ce apar ca o componentă a tulburărilor emoționale sau de conduită. Tulburarea bipolară nu apare înainte de pubertate.

Tulburările depresive ale copilăriei se tratează prin reducerea situațiilor generatoare de suferință și ajutarea copilului să vorbească despre problemele sale. Medicația antidepresivă a fost folosită pentru tratarea simptomelor depresive în copilărie, dar pînă în prezent nu s-a făcut o probă clinică satisfăcătoare. În general, medicamentele vor fi rezervate copiilor mai mari, cu simptome clare de tulburare depresivă severă. Pentru expuneri ale tulburării depresive în copilărie, vezi Ambrosini și Puig-Antich (1985) sau Rutter și colab. (1986).

Refuzul școlar

Există mai multe cauze ale absențelor repetate de la școală. Boala somatică este cea mai frecventă. Unii copii sînt ținuți acasă deliberat de părinți, pentru a ajuta la munca casnică sau pentru a le ține companie. Unii sînt chiulangii care ar putea merge la școală, dar aleg să nu meargă, adesea ca o formă de protest. Un grup important de copii nu merg la școală pentru că devin anxioși sau triști atunci cînd se află acolo. Aceștia fac parte din categoria celor cu refuz școlar (propriu-zis). Importanta distincție între chiul și refuz școlar a fost pentru prima oară făcută de Boardwin în 1932. Mai tîrziu, Hersov (1960) a studiat 50 de copii cu refuz școlar și 50 de chiulangii trimiși la o clinică psihiatrică pentru copii. Comparativ cu chiulangii, copiii cu refuz școlar proveneau din familii nevrotice, erau mai depresivi, pasivi și supraprotejați, aveau note mai bune la învățătură și purtare.

Prevalență

Absențele temporare de la școală sînt frecvente, dar prevalența refuzului școlar este incertă. În insula Wight refuzul școlar a fost semnalat la mai puțin de 3 % dintre copiii de 10-11 ani cu tulburări psihice (Rutter și colab. 1970 a). Refuzul școlar este cel mai frecvent în trei perioade ale vieții școlare: între 5 și 7 ani, la 11 ani, cu ocazia schimbării școlii, și mai ales la copiii de 14 ani și mai mari.

Trăsături clinice

Uneori, primul semn care arată părinților că ceva nu este în regulă este refuzul brusc și complet al copilului de a merge la școală. Mai des se constată o opoziție crescîndă la ieșirea din casă cu semne de nefericire și anxietate cînd se apropie momentul plecării. Copiii se plîng de simptome somatice anxioase, precum: cefalee, durere abdominală, diaree, stare de rău, indispoziție vagă. Aceste acuze apar în zilele de școală, dar nu și în cele libere. Unii copii par a dori să meargă la școală dar devin din ce în ce mai triști pe măsură ce se apropie de ea. Refuzul final apare în diverse moduri: poate urma unei perioade de dificultăți crescînde de tipul celor descrise mai sus, după o absență mai lungă pentru un alt motiv, ca de exemplu o infecție de tract respirator. Poate urma unui eveniment de la școală, ca de exemplu schimbarea clasei sau unui eveniment în familie, ca boala unui bunic de care copilul este foarte atașat. Oricare ar fi secvența finală a evenimentelor, copilul este extrem de rezistent la eforturile care se fac pentru a-l readuce la școală, iar suferința lui face ca părinților să le fie foarte greu să insiste.

Etiologie

Au fost sugerate diferite cauze. Johnson și colab. (1941) au pus accentul pe anxietatea de separare, mecanism subliniat și de Eisenberg (1958). Observațiile mai recente sugerează că anxietatea de separare este deosebit de importantă la copiii mici. La copiii mai mari poate exista o adevărată fobie de școală care constă în frica de anumite aspecte ale vieții școlare, inclusiv drumul spre școală, jocurile brutale cu alți copii, eșecul în activitățile din clasă. Alți copii nu prezintă o frică de ceva anume, dar nu se simt la locul lor și sînt deprimați.

Prognostic

Experiența clinică sugerează că cei mai mulți copii mici se reîntorc pînă la urmă la școală. Totuși, un oarecare procent dintre adolescenții mai sever afectați nu se reîntorc înainte de sfîrșitul perioadei de școlarizare obligatorie. Au fost efectuate cîteva studii pentru prognosticul pe termen lung. Berg și Jackson (1985) au urmărit 168 de adolescenți cu refuz școlar care au fost tratați în spital. Zece ani mai tîrziu,

50 % dintre aceștia sufereau încă din pricina unor dificultăți emoționale sau sociale, sau primiseră îngrijire psihiatrică în continuare. Acest studiu se referă la cazurile grave, prognosticul general fiind probabil mult mai bun.

Tratament

Cu excepția cazurilor deosebit de severe, vor fi făcute demersurile pentru o întoarcere rapidă la școală; se va discuta cu învățătorii (profesorii), care vor fi sfătuiți asupra dificultăților cu care vor fi confrunțați. Adesea este mai potrivit ca în locul mamei, copilul să fie însoțit la școală de altcineva (de exemplu asistenta socială). În unele cazuri, este necesar un plan comportamental mai gradat. În cazurile cele mai severe, internarea poate fi necesară pentru reducerea anxietății, înainte de a programa reîntoarcerea la școală. Uneori, este necesară schimbarea școlii.

La copiii mai mari, va fi tratată orice tulburare depresivă. Unii cercetători sînt de părere că antidepresivele sînt eficiente în refuzul școlar, chiar și atunci cînd nu există semnele clare ale tulburării depresive, dar această opinie nu este general acceptată. În toate ocaziile, copilul va fi încurajat să vorbească despre sentimentele lui, iar părinții vor fi sprijiniți. Vezi Hersov și Berg (1980) și Berg (1984), pentru expuneri detaliate ale refuzului școlar.

Tulburările de conduită

Uneori numite de exteriorizare (externalizing), tulburările de conduită sînt caracterizate prin comportament antisocial sever și persistent. Ele formează grupul cel mai mare de tulburări psihice la copiii mari și adolescenți. Prevalența tulburărilor de conduită este dificil de estimat din pricina faptului că linia de demarcație între acestea și "nesupunerea" care aparține normalului este arbitrară. Rutter și colab. (1970 a) au găsit o prevalență a "tulburării antisociale" de 3% în insula Wight; într-un alt studiu la Londra, rata găsită a fost de două ori mai mare (Rutter și colab. 1976 b). Într-un studiu pe mai mult de 1000 de copii prezentați la o clinică de îndrumare în sud-estul Londrei (un lot din care erau eliminați copiii care fuseseră aduși pentru un raport medico-legal). Gath și colab. (1977) au descoperit că tulburările de conduită constituiau 1/3 din lot. Studii în comunitate, în practica psihiatrică și în procesele penale pentru minori, dovedesc că tulburările de conduită sînt mai frecvente la băieți (Rutter și colab. 1970 a; Gath și colab. 1977).

Deoarece tulburările de conduită variază considerabil în trăsăturile lor clinice, s-au făcut numeroase încercări de a le clasifica. Una dintre primele clasificări a fost în : grupuri socializate, nesocializate și supra-inhibate (Hewett și Jenkins 1946). În DSMIIIR, tulburările de conduită sînt împărțite în: tulburări de grup - în care comportamentul apare în principal ca o activitate de grup cu copiii de aceeași vîrstă; tulburări de tip agresiv solitar, în care comportamentul este cel mai adesea agresiv și nu face parte dintr-o activitate de grup. DSMIIIR are de asemenea o categorie separată - tulburare opozițional-refractară^x (defiant) - în care comportamentul ostil, refractar și negativist începe acasă, dar uneori se extinde mai tîrziu și la alte situații. ICD 10 (proiect) are trei subîmpărțiri corespunzătoare: tulburări de conduită socializate; tulburări de conduită nesocializate; tulburări de conduită limitate la contextul familial.

Trăsături clinice

Trăsătura esențială este conduita anormală, persistentă, mult mai gravă decît obișnuita "obraznicie" specifică copilăriei. În perioada preșcolară, tulburarea se manifestă adesea ca un comportament agresiv acasă, adesea cu supraactivitate. Mai tîrziu în copilărie, debutul este de obicei tot în familie, cu furt, minciună, nesupunere și adesea agresivitate fizică și verbală. Ulterior, tulburarea se manifestă de asemenea

x N.R. Opoziționismul provocator

și în afara familiei, mai ales la școală, ca delincvență, vandalism, rezultate proaste la învățătură, chiul, comportament necontrolat, abuz de alcool sau droguri.

La copiii mai mari de 7 ani furtul repetat este anormal. La mai puțin de 7 ani copiii au rareori o idee clară asupra proprietății altuia. Mulți copii fură ocazional și ca urmare episoade izolate sau minore nu trebuie luate în serios. O mică parte dintre copii sînt aduși la medic pentru comportament sexual care stîrnește dezaprobarea adulților. La copii mai mici, masturbarea și curiozitatea sexuală pot fi frecvente și supărătoare. La adolescente, promiscuitatea reprezintă o problemă particulară. Deși incendierea este rară, este deosebit de periculoasă (vezi pag. 694).

Etiologie

Tulburările de conduită sînt comune la copiii provenind din familii instabile, nesigure, ca și din familii care îi resping și care locuiesc în zone defavorizate. Comportamentul antisocial este frecvent la copiii provenind din familii destrămate sau în care relațiile intrafamiliale sînt inadecvate, ca și la cei ce au fost îngrijiți în instituții de stat în primii ani de viață. Tulburarea de conduită este de asemenea legată de factorii nocivi din mediul mai larg al vecinilor, școlii etc. (Power și colab. 1972; Rutter și colab. 1975 c; Gath și colab. 1977).

În egală măsură, anumiți factori care țin de copil pot predispuce la tulburări de conduită. Studiile pe copii adoptați sugerează că factorii genetici pot juca un rol important în etiologia comportamentului agresiv (Hutchings și Mednick. 1974). Sugarii cu temperament dificil sînt mai predispuși spre probleme de comportament mai tîrziu în copilărie decît copiii "comozi" (vezi Graham și Stevenson 1987).

Copiii cu leziuni nervoase centrale și epilepsie sînt predispuși tulburărilor de conduită, ca și altor tulburări psihice. O descoperire importantă în insula Wight a fost strînsa asociere dintre comportamentul antisocial și întîrzierea în citire (vezi pag. 627). Nu se știe dacă comportamentul antisocial și întîrzierea în citire rezultă din factori predispozanți comuni sau dacă una o determină pe cealaltă. [Vezi Rutter și Giller (1983) pentru o expunere a etiologiei tulburărilor de conduită.]

Prognostic

Tulburările de conduită au adesea o evoluție lungă în copilărie (Rutter și colab. 1976 b). Evoluția pe termen lung variază considerabil cu natura și extinderea tulburării. Printre persoanele pentru care s-a solicitat ajutorul unei clinici de îndrumare a copiilor pentru tulburări de conduită în adolescență, Robins (1966) a găsit 50 % cu diverse forme de comportament antisocial în viața adultă. Nu s-a găsit nici o tulburare "sociopată" la adulți al căror diagnostic în adolescență nu fusese de tulburare de conduită. Nu există indicatori siguri ai evoluției pe termen lung în cazurile individuale. Cei mai siguri factori de prognostic par a fi amploarea comportamentului antisocial în copilărie și calitatea relațiilor cu alți oameni (Robins 1978). Nu există nici o probă convingătoare asupra eficienței pe termen lung a tratamentului. Totuși este regretabil faptul că acest prognostic prost pe termen lung duce la acordarea unei atenții superficiale problemelor imediate. În fapt, acestea pot fi reduse în oarecare măsură, ba mai mult, în unele cazuri, modificîndu-se factorii adversi sociali și familiali, se poate îmbunătăți evoluția pe termen lung.

Tratament

Tulburările de conduită ușoare se rezolvă adesea fără alt tratament decît unele sfaturi de bun simț acordate părinților. În tulburările mai severe, tratamentul este în principal orientat asupra familiei și ia forma asistenței sociale sau a terapiei familiale. Unele

familii sînt greu de ajutat, mai ales dacă există probleme materiale majore, relații haotice, p rini i cu nivel redus de educație. Se poate folosi uneori o formă simplă de terapie comportamentală, cu răsplătirea comportamentului dorit  i ne nt rirea comportamentului greșit. Terapia de grup în care se utilizează presiunea celorlalți copii este adesea folositoare. Dacă există dificult i de citire asociate, se vor remedia în paralel. Medicația are o valoare redusă.

Tratamentul chiulului necesită o abordare specială. Este necesară o apropiere directă  i energică. Se va face tot posibilul pentru a determina copilul să se întoarcă la școală și, dacă este posibil, se va cere suportul familiei. Dacă aceste încercări nu reu esc, poate deveni necesar ajutorul legii.  n același timp se va încerca rezolvarea problemelor educaționale sau de altă natură de la școală.  n toate aceste tentative este necesară o bună comunicare între clinician, p rini i  i profesori.

Uneori poate fi necesară plasarea copilului într-o altă familie, o casă de copii sau o școală specială. Această măsură se va lua numai din motive de necesitate. Nu există nici o probă asupra  mbun t tirii prognosticului tulburărilor de conduită prin trecerea copilului într-o instituție de acest tip.

Delincvența juvenilă

Delincvența nu este un diagnostic psihiatric, ci o problemă legală. Totuși, delincven a juvenilă poate fi asociată unei tulburări psihice, mai ales tulburării de conduită. De aceea, s-a considerat necesară înteruperea expunerii sindroamelor în psihiatria copilului pentru a o prezenta. Majoritatea adolescenților băieți, atunci c nd sînt ruga i să- i descrie propriul comportament, admit că au comis încălcări ale legii, iar 1/5 au fost chiar condamnați (West and Farrington 1973); majoritatea încălcărilor legii sînt mărunte. Dintre băieții care au fost condamnați, numai jumătate recidivează. Pu ini continuă să încalce legea ca adulți. Mult mai mulți băieți sînt delincven i, contactul cel mai frecvent cu poli ia este la 15-16 ani.  n privința acestor date, trebuie avut în vedere că statisticile penale pot induce în eroare. Totuși, pare a exista o similitudine substan ial  între cei ce recunosc singuri abaterea de la lege  i cei ce au fost pedepsi i (West  i Farrington 1974).

 ntre delincven   i tulburări de conduită se pune adesea semnul egalit ii. Acesta este o gre eal , pentru că deși cele două categorii se suprapun parțial, ele nu sînt identice. Mulți delincven i nu au tulburări de conduită sau altă tulburare psihică. De asemenea, mulți dintre cei ce au tulburări de conduită nu încalcă legea. Totuși, în mare măsură, încălcarea legii este precedată  i acompaniată de anormalit i de comportament: chiul, agresivitate, căutarea permanentă a atenției celorlalți, ca şi de capacitatea scăzută de concentrare.

Etiologie

Etiologia delincven ei juvenile se suprapune parțial peste cea a tulburărilor de conduită. Totuși, trebuie accentuate explica iile sociale, delincven a fiind definită în termenii legii  i ai modului în care aceasta este aplicată (pentru o expunere amănunțită vezi Rutter  i Giller 1983).

Factorii sociali

Delincvența este în relație cu clasele sociale joase, nivelul educațional scăzut, relațiile familiale inadecvate. Există diferențe importante ale ratei delincven ei între cartiere, în funcție de factorii de mai sus. Ratele delincven ei diferă  i de la o școală la alta. Au fost elaborate numeroase teorii sociale care să explice originea infra ionalit ii, dar niciuna dintre ele nu oferă o explicație completă.

Factorii familiali

Numeroase studii au dovedit "transmiterea" infracționalității în familie. De exemplu, 1/2 dintre băieții cu tați infractori suferă diferite condamnări, în comparație cu numai 1/5 dintre cei ai căror tați nu au comis infracțiuni (West and Farrington 1977). Cauzele acestui fenomen nu sînt bine cunoscute. Ele pot include educația inadecvată și atitudini comune față de lege.

Bowlby (1944) a examinat caracteristicile "hoților juvenili" și a susținut că separarea îndelungată de mamă în copilărie era cauza problemelor lor. Studiile mai recente nu au confirmat această legătură precisă (vezi pag. 604). Deși delincvența este mai frecventă la cei ce provin din familii destrămate, acest fapt pare a se datora în mare măsură neînțelegerilor familiale din prima și a doua copilărie (Rutter și Madge 1976). Alți factori corelați cu delincvența sînt dimensiunea mare a familiei și practicile greșite de creștere a copilului.

Factorii constituționali

Factorii genetici par a avea doar o influență redusă în etiologia delincvenței. Ei sînt cu siguranță mult mai puțin semnificativi decît în determinarea comportamentului infracțional din viața adultă (vezi pag. 676). Asocierea factorilor genetici cu tulburările de conduită a fost deja notată. Există de asemenea o relație importantă între delincvență și Q.I. ușor sub limita normalului, precum și între delincvență și dificultățile educaționale și de citire (Rutter și colab. 1976). Așa cum s-a mai arătat, există două posibile explicații ale acestei descoperiri: factorii sociali și de temperament pot predispuce atît la delincvență, cît și la dificultăți de citire. Pe de altă parte, este posibil ca dificultățile de citire să ducă la frustrare, pierderea auto-stimei la școală, iar acestea, la comportament antisocial.

Anomaliile fizice joacă probabil un rol minor între cauzele delincvenței, chiar dacă leziunile cerebrale și epilepsia predispun la tulburări de conduită.

Evaluare

Atunci cînd copilul este examinat în mod obișnuit, iar delincvența este legată de un sindrom psihiatric, acesta va fi evaluat în mod obișnuit. Uneori, însă, psihiatrului i se cere să examineze un copil pentru a alcătui un raport medico-legal. În aceste circumstanțe este util ca în afara interviului părinților și profesorilor să fie consultat asistentul social care a avut legătură cu copilul. Testările psihologice ale inteligenței și nivelului educațional pot fi utile. Forma raportului este similară celei descrise la cap. 22. Acesta va include un sumar al istoricului și al evaluării stării mintale prezente, ca și recomandări de tratament.

Tratament

Atunci cînd se stabilește tratamentul unui copil sau adolescent delincvent, psihiatrul trebuie să știe cum funcționează sistemul legal. În Anglia și Țara Galilor reglementările sînt cuprinse în Actul pentru Copii și Tineri din 1969. Acesta conține o gamă largă de reglementări: amenzi, cererea ca părintele sau tutorele să controleze copilul (vezi pag. 709), supravegherea de către un ofițer, frecventarea o perioadă a unui centru de supraveghere, sau chiar un ordin prin care se încredințează copilul autorităților locale. Este de asemenea posibil a iniția un tratament obligatoriu, sau a trimite delincvenții mai mari, pentru perioade determinate, în centre de detenție sau în școli corecționale, pentru educație sub supraveghere. Deoarece comportamentul delincvent este frecvent, de obicei nu foarte serios și reprezintă o fază trecătoare, este potrivit a trata prima încălcare a legii cu minimum de intervenție,

dar cu fermă dezaprobare. Aceeași atitudine va fi adoptată în cazul încălcărilor minore, repetate. Pentru delincvența serioasă, recurentă, este necesar un răspuns mai energic. În acest scop se preferă un program de comunitate, cu principalul accent pus pe ameliorarea mediului familial, pe reducerea influențelor negative ale grupului de prieteni, pe ajutarea delinventului să descopere modalități mai bune de rezolvare a problemelor și pe favorizarea împlinirilor educaționale și vocaționale.

Deoarece principalul scop al legii, atunci când se aplică copiilor și tinerilor, nu este pedeapsa, ci tratamentul, au fost inițiate cercetări criminologice intensive pentru determinarea eficienței măsurilor folosite. Concluziile generale nu sînt încurajatoare. Riscul unui nou conflict cu legea pare a fi mai mare la copiii care au trecut printr-un proces penal sau au suferit o perioadă de detenție decît la copiii împotriva cărora nu s-a luat nici o măsură oficială, deși au comis abateri similare (vezi, de exemplu West și Farrington 1977). S-au făcut numeroase încercări de a stabili și evalua formele de tratament ce ar putea fi eficiente. Una dintre primele, Proiectul Highfields, a comparat tratamentul de grup într-un cadru mic, bine echipat, cu obișnuita pedeapsă "custodială". S-au găsit beneficii modeste ale primei metode (Weeks 1958). Un studiu mai larg, Proiectul PICO (Pilot Intensive Counselling Organization - Organizația pilot de sfătuire intensivă) a descoperit unele dovezi că nouă luni de "sfătuire" (counselling) într-o unitate moderat securizată erau mai eficiente la unii băieți mai înțelegători, decît la alții mai refractari, mai dificili, necooperanți. Acest studiu și altele sugerează necesitatea de a adapta tipul de tratament la tipul de delinvent. Unii dintre aceștia par a răspunde mai bine unei supravegheri autoritare, alții unei sfătuirii mai permisive. Din nefericire nu este încă posibil a oferi un ghid practic satisfăcător despre alegerea tratamentului pentru fiecare delinvent. Rezultatele unei investigații complicate, cunoscută sub numele de "Community Treatment Project of the Californian Youth Authority" (Warren 1973), au arătat că tratamentul în comunitate era cel puțin la fel de eficient ca și tratamentul într-o instituție specializată (vezi Rutter și Giller, 1983, pentru o trecere în revistă).

Sindroamele de hiperactivitate

O treime dintre copii sînt descriși de părinții lor ca fiind hiperactivi și 5-20 % dintre copiii școlari sînt catalogați la fel de către profesori. Aceste cifre cuprind comportamente variind de la starea normală de bună dispoziție pînă la o tulburare severă și persistentă. În trecut, granița acestor tulburări de comportament a fost diferit stabilită în SUA față de Marea Britanie. În SUA se folosea o definiție mai largă, iar estimările prevalenței erau mai înalte (aproximativ 10 la 1000 de copii), spre deosebire de Marea Britanie, unde o definiție mai îngustă ducea la o prevalență de 1 la 1000 copii (de exemplu Rutter și colab. 1970).

Acest subcapitol tratează forma mai severă de hiperactivitate, cunoscută ca sindrom hiperkinetic în ICD10 (proiect) și ca tulburare de hiperactivitate cu deficit al atenției în DSMIII-R. Așa cum se va explica în continuare, criteriile de diagnostic pentru aceste tulburări sînt diferite și este greu de crezut că se va ajunge la un acord, atît timp cît nu se vor cunoaște mai multe lucruri despre etiologie. Se pare că termenii în prezent folosiți se aplică unui grup heterogen de tulburări (vezi Taylor 1986 a; Cantwell 1983).

Tulburarea hiperkinetică

Trăsături clinice

Trăsăturile cardinale ale acestei tulburări sînt: o extremă și persistentă incapacitate

de a sta liniștit, activitatea motorie prelungită și susținută și dificultăți de menținere a atenției. Copiii cu această tulburare sînt adesea impulsivi, neatenți și expuși accidentelor. Există dificultăți de învățare care rezultă numai parțial din insuficienta concentrare. Sînt comune formele minore de comportament antisocial, mai ales neascultarea, exploziile de furie, agresivitatea. Totuși, aceste comportamente antisociale nu apar de timpuriu și nu sînt pregnante. Dispoziția este fluctuantă, dar depresia este comună.

Incapacitatea de a sta liniștit, supraactivitatea și simptomele asociate apar adesea înaintea vârstei școlare. Uneori, copilul a fost un sugar hiperactiv, dar cel mai adesea problemele semnificative apar cînd copilul începe să meargă; el este tot timpul în mișcare, se lovește de obiecte, își epuizează părinții. (DSMIIIR susține necesitatea unei tulburări de cel puțin șase luni înainte ca diagnosticul de tulburare de comportament cu deficit al atenției să fie stabilit, și debut înainte de șapte ani.)

Epidemiologie

Așa cum s-a arătat, estimări ale prevalenței tulburării hiperkinetice cu deficit al atenției arată valori de zece ori mai mari în SUA decît în Marea Britanie. Diferența rezultă din folosirea unor criterii de diagnostic mai largi în SUA. Un alt motiv este că DSMIIIR permite diagnosticări multiple, în așa fel încît un copil poate fi încadrat atît în categoria - tulburare hiperkinetică cu deficit al atenției, cît și în categoria tulburare de conduită; în Marea Britanie se pune un singur diagnostic. Totuși, pot fi diferențe reale în ceea ce privește prevalența tulburării.

Etiologie

În trecut, tulburarea hiperkinetică era atribuită "leziunilor cerebrale minime". Totuși, deși diverse forme de patologie cerebrală sînt asociate cu hiperactivitatea și cu deficitul concentrării, nu există dovezi clare că acestea produc tulburări hiperkinetice. Existența factorilor genetici este sugerată de studiile efectuate pe copii adoptați (vezi Cantwell 1975). Este posibil ca factorii sociali să crească o tendință înăscută la hiperactivitate, de vreme ce acest comportament este mai frecvent printre copiii care trăiesc în condiții sociale defavorizate (Richman și colab. 1958). Totuși, factorii sociali nu par a fi singura cauză a tulburărilor hiperkinetice. Intoxicația cu plumb (Needleman și colab. 1979) și aditivii alimentari au fost sugerați ca posibile cauze, dar pentru nici unul nu există dovezi convingătoare (vezi Taylor, E.A. 1984).

Prognostic

Hiperactivitatea scade de obicei pe măsură ce copilul crește, mai ales atunci cînd este moderată și nu este prezentă în orice situație. De obicei, încetează la pubertate. Prognosticul dificultăților de învățare asociate este mai puțin bun, iar comportamentul antisocial are prognosticul cel mai prost. Atunci cînd hiperactivitatea este severă, acompaniată de eșec în învățare, sau asociată cu inteligență scăzută, prognosticul este prost, iar tulburarea poate persista în viața adultă.

Tratament

Un copil hiperactiv își epuizează părinții, care au nevoie de suport de la începutul tratamentului, mai ales că uneori comportamentul copilului este dificil de strunit. Profesorii copilului au nevoie de sfaturi despre cum să se ocupe de copil; pot fi necesare lecții ajutătoare. Pot fi folosite metode de modificare a comportamentului părinților și profesorilor, pentru a reduce reîntărirea de către aceștia a comportamentului inadecvat al copilului.

Se vor folosi medicamente stimulative mai ales când deficitul atenției este sever. Medicamentul uzual este metylphenidate. Este potrivit a începe cu 2,5 mg dimineața; după patru zile se vor mai adăuga 2,5 mg la prânz și, în funcție de răspuns și efecte secundare, se va crește cu grijă până la 10 mg dimineața și 10 mg la prânz la un copil de 5 ani cu greutatea corespunzătoare vârstei (sau o doză mai mică la un copil mai mic). Efectele secundare includ: iritabilitate, depresie, insomnie, scăderea apetitului. La doze mai mari poate apărea oprirea creșterii (vezi Barkley 1977). Medicamentul poate fi necesar pentru mai multe luni, sau chiar mai mult de un an, fiind esențială supravegherea atentă. Medicamentul poate fi oprit din când în când pentru a scădea efectele secundare și a vedea dacă mai este necesară continuarea tratamentului. În loturile clinice studiate s-au evidențiat beneficii pe termen scurt la aproximativ 2/3 din copiii cu sindrom hiperkinetic (vezi Cantwell 1977; Barkley 1977), dar beneficiile pe termen lung sînt nesigure. Pare a fi cel mai bine a rezerva tratamentul medicamentos cazurilor severe care nu au răspuns nici unui alt tratament. Surprinzător, nu există nici o comunicare care să ateste că acești copii au devenit dependenți de medicament. Pentru o trecere în revistă a sindromului hiperkinetic vezi Taylor, E.A.(1986).

Tulburările de dezvoltare globale (pervasive)

Autismul copilăriei

Această entitate a fost descrisă de Kanner (1943) care a sugerat denumirea de autism infantil, încă larg folosită. Totuși, în I.C.D.10 (proiect) se folosește denumirea de autism al copilăriei iar DSMIII-R cea de tulburare autistică.

Prevalența autismului este probabil de 30-40 la 100.000 copii, fiind de patru ori mai frecventă la băieți decît la fete (Rutter 1985 a).

Trăsături clinice

În descrierea inițială, Kanner (1943) a identificat principalele trăsături, încă folosite, pentru stabilirea diagnosticului. Prima este debutul în primii doi ani de viață (în prezent s-a extins la doi ani și jumătate), după o perioadă de dezvoltare normală. Celelalte trăsături sînt descrise în continuare.

Singurătatea autistă reprezintă incapacitatea de a stabili relații emoționale, calde cu alți oameni. Copiii autiști nu răspund prin zîmbet sau gîngurit comportamentului afectuos al părinților lor. Dimpotrivă, pare a nu le face plăcere să fie luați în brațe sau sărutăți. Ei nu sînt mai apropiați de părinții lor decît de străini. Nu există nici o diferență în comportamentul lor față de oameni și față de obiecte neînsuflețite. Un semn caracteristic este evitarea privirii, lipsa contactului ochi în ochi.

Tulburarea de vorbire și limbaj este un alt semn important. Limbajul se poate dezvolta tîrziu sau poate să nu apară niciodată. Adesea se dezvoltă normal pînă la doi ani, după care dispare în parte sau în întregime. Această lipsă a limbajului este manifestarea unui defect cognitiv sever, care afectează în egală măsură și comunicarea non-verbală. Acesta se evidențiază și în joc; copiii autiști nu iau parte la jocurile imitative ale primului an de viață, iar mai tîrziu nu folosesc jucăriile în mod adecvat. Ei dovedesc o imaginație redusă în jocul creativ. Pe măsură ce cresc, cam 1/2 din copiii autiști dobîndesc un vocabular elementar, deși persistă deficite serioase, ca întrebuintarea greșită a pronumelor și repetarea fără sens a unor cuvinte pronunțate de alții (ecolalie).

Dorința obsesivă de uniformitate se referă la comportamentul stereotip, ca și la evidenta suferință ce apare atunci cînd ceva se schimbă în mediul înconjurător. De exemplu, copiii autiști pot prefera în mod repetat aceeași mîncare, insistă să

poarte aceleași lucruri, se apucă mereu de aceleași jocuri. Adesea sînt fascinați de jucăriile care se învîrt.

Comportamentul bizar și manierismele sînt frecvente. Unii copii autiști au diverse comportări motorii ciudate, ca învîrtitul continuu, răsucirea repetată a degetelor, scuturatul mîinilor, legănatul. Alții nu diferă în comportamentul motor de copiii normali.

Alte trăsături: copiii autiști pot arăta brusc semne de spaimă sau furie, fără motiv aparent. Ei pot fi hiperactivi și distrați, pot dormi prost și pot avea enurezis și encoprezis. La aproximativ 25% dintre copiii autiști survin convulsii, de obicei în adolescență.

Inițial, Kanner a presupus că inteligența copiilor autiști este normală. Cercetările ulterioare au arătat că aproximativ 3/4 au Q.I. scăzut ceea ce pare a reprezenta un adevărat deficit intelectual (Rutter și Lockyer 1967). Unii copii autiști au unele aptitudini normale, în pofida scăderii altor funcții intelectuale (Hermelin și O'Connor 1983).

Etiologie

Cauza autismului copilăriei este necunoscută. Se pare că anormalitatea principală este cea cognitivă, afectînd în particular gîndirea simbolică și limbajul (vezi Rutter 1983), iar tulburările de comportament sînt secundare defectului cognitiv. Influențele genetice sînt probabile, din moment ce este mai frecventă în familiile persoanelor afectate decît în populația generală. De asemenea, într-un mic studiu pe gemeni, Folstein și Rutter (1971) au descoperit concordanță pentru autism la 4 din 11 perechi monozigote și la nici una din zece perechi dizigote.

Tulburarea cerebrală organică este sugerată de o frecvență crescută a complicațiilor sarcinii și nașterii, ca și de asocierea cu epilepsia (2% din cazuri). Unii pacienți au anormalități neurologice nelocalizate - "semne fine" (soft signs).

Inițial, Kanner (1943) a sugerat că tulburarea era un răspuns la anormalitatea părinților, care erau caracterizați ca reci, detașați și obsesivi. Aceste idei nu au fost confirmate (vezi Koegel și colab. 1983), iar anormalitățile psihologice ale părinților par a fi un răspuns la problemele creșterii unui copil autist, sau, posibil, genetic determinate.

S-a sugerat existența unei relații între autismul în copilărie și schizofrenie, dar dovezile indică că cele două entități sînt separate.

Prognostic

Între 10 și 20% din copiii cu autism încep a se ameliora la 4-6 ani, fiind capabili a urma o școală obișnuită și a-și găsi de lucru. Alți 10-20% pot locui în familie, dar trebuie să urmeze o școală specială sau un centru de pregătire și nu pot munci. Restul de cel puțin 60% se ameliorează foarte puțin și nu sînt capabili să ducă o viață independentă, cei mai mulți necesitînd îngrijirea de lungă durată într-o instituție specializată (Rutter 1970). Cei care se ameliorează pot prezenta în continuare dificultăți de limbaj, răceală emoțională, comportament bizar. Așa cum s-a arătat deja, o minoritate importantă dezvoltă epilepsie în adolescență.

Diagnostic diferențial

Afecțiunea se manifestă mai frecvent prin sindroame parțiale decît prin sindromul complet. Aceste sindroame parțiale trebuie diferențiate de psihozele copilăriei, care apar după vîrsta de 30 de luni (vezi mai jos), ca și de sindromul rar al "psihopatiei autiste" (vezi mai jos).

Surditatea va fi exclusă prin teste acustice. Tulburarea de dezvoltare a limbajului (vezi pag.629) diferă de autism prin existența unei bune comunicări non verbale și prin răspunsuri uzuale normale în raport cu ceilalți. Handicapul mintal poate fi diferențiat deoarece, deși copilul prezintă o întârziere intelectuală generală, el răspunde celorlalți persoane într-un mod mai adecvat decât copilul autist. În comparație cu un copil handicapat mintal de aceeași vîrstă, copilul autist prezintă un deficit de limbaj mai mare decât alte disfuncții.

Tratament

Tratamentul cuprinde trei aspecte principale: controlarea comportamentului anormal, aranjamente pentru serviciile sociale și educaționale, ajutorul pentru familie. Psihoterapia individuală s-a folosit în speranța obținerii unor schimbări mai profunde, dar nu există dovezi de reușită. De asemenea, nu există dovezi asupra unei medicații eficiente în autismul copilului cu excepția controlării pe termen scurt a problemelor de comportament.

Metodele comportamentale folosind tratamentul condiționat "contingency management" (pag.575) pot controla o parte din comportamentul anormal al copilului autist și ar putea favoriza o dezvoltare mai apropiată de normal. Acest tratament este adesea susținut acasă de părinții, instruiți și îndrumați de un psiholog clinician. Nu se știe dacă aceste metode au un beneficiu de durată, dar în autism chiar și schimbările temporare sînt valoroase pentru pacient și familie.

Cei mai mulți dintre copiii autiști au nevoie de școală specială. Este general acceptată ideea că este cel mai bine pentru ei să locuiască în familie și să meargă la școli speciale. Dacă afectarea este atît de gravă încît copilul nu poate sta în familie, este necesară școlarizarea într-o școală-internat, deși retragerea socială caracteristică bolii este accentuată de atmosfera din instituție. Aranjamentele de școlarizare și plasare se fac adesea cel mai bine prin serviciile pentru retardați mintal.

Familia unui autist are adesea nevoie de ajutor pentru a putea face față comportamentului adesea bizar și șocant al copilului. Deși se poate face atît de puțin pentru acești pacienți, medicul nu trebuie să se retragă din familia care are nevoie de suport în eforturile de a ajuta copilul să se dezvolte normal. Pentru mulți părinți este utilă posibilitatea de a se integra într-o organizație voluntară, unde pot întîlni alți părinți ai unor copii autiști și discuta probleme comune. O expunere generală asupra tratamentului este făcută de Rutter (1985 c).

Psihopatia autistă

Această entitate rară a fost prima oară descrisă de Asperger (1944), fiind uneori numită *sindromul Asperger*. În ICD10 (proiect) se întîlnește ca: *tulburarea schizoidă a copilăriei*. Boala este caracterizată prin anomalii ale comportamentului social, similare celor din autismul copilăriei, cu activități stereotipe și repetitive. Este diferită de autism prin lipsa întârzierii în dezvoltarea cognitivă sau a limbajului. Boala este de 6 ori mai frecventă la băieți decât la fete. Copiii se dezvoltă normal pînă la trei ani, cînd scade sau încetează căldura în relațiile cu alți oameni și încep să vorbească monoton. Sînt solitari, își petrec mult timp cu lucruri mărunte și de rutină. Sînt adesea taciturni, excentrici, fără prieteni.

Cauza psihopatiei autiste este necunoscută. Unele cazuri pot fi variante minore ale autismului copilăriei, dar majoritatea sînt probabil separate. De obicei, anormalitățile persistă în viața adultă. Cei mai mulți adulți ce prezintă această tulburare pot munci, dar foarte puțini reușesc să întrețină relații sau se pot căsători [vezi Graham (1986) pentru mai multe informații].

Tulburarea dezintegrativă

În ICD10 (proiect) boala este numită *tulburarea dezintegrativă a copilăriei*. Ea apare

după o perioadă de dezvoltare normală ce a ținut mai mult de 2 - 2 1/2 ani. Este asemănătoare autismului copilăriei prin pierderea marcată a funcției cognitive, anormalități ale comportamentului social, prognostic nefavorabil. Nu este încă sigur în ce măsură tulburarea este diferită de autism. În DSMIIIR nu există o rubrică separată, iar copiii cu simptomatologia de mai sus sînt clasificați în cadrul tulburării globale (pervasive) de dezvoltare.

Alte tulburări ale copilăriei

Demența

Demențele sînt rare în copilărie. Ele rezultă din afectări cerebrale organice ca: lipoidoza, leucodistrofia, panencefalita sclerozantă subacută. Unele dintre cauze sînt determinate genetic și pot afecta și alți copii din familie. Prognosticul este variabil. Multe cazuri sînt fatale, altele evoluează spre retardare mintală gravă.

Schizofrenia

Schizofrenia este aproape necunoscută înainte de 7 ani, debutînd foarte rar înainte de adolescență. Atunci cînd apare în copilărie, debutul poate fi insidios sau acut, apărînd ulterior întreaga gamă de simptome ce caracterizează schizofrenia adultului (vezi cap. 9). Înainte de apariția simptomelor, mulți dintre acești copii sînt ciudați, timizi sau foarte sensibili, prezentînd și întîrziere în dezvoltarea limbajului. Diagnosticul precoce este foarte greu de stabilit, mai ales atunci cînd aceste semne nespecifice preced simptomele caracteristice. Ca tratament, se folosesc medicamentele antipsihotice utilizate în schizofrenia adultului, cu o scădere proporțională a dozelor. Se vor satisface nevoile educaționale ale copilului, iar familiei i se va acorda suportul necesar [vezi Tanguay și Cantor (1986) pentru o expunere asupra schizofreniei în copilărie].

Tulburarea maniaco-depresivă

Tulburările depresive ale copilăriei au fost deja expuse (pag.616). Tabloul tipic al maniei este foarte rar înainte de ultima fază a adolescenței. Este posibil ca mania să apară într-o formă măscată și la adolescenții mai mici, ducînd la episoade de hiperactivitate și tulburări de comportament (vezi pag.641).

Tulburările de dezvoltare specifice

Atît DSMIIIR cît și ICD10 (proiect) conțin categorii pentru tulburările specifice de dezvoltare. Ele sînt întîrzieri circumscrie de dezvoltare, care nu pot fi atribuite unei alte tulburări. Este discutabilă chiar clasificarea acestor stări ca tulburări mintale, de vreme ce mulți copii nu au alte semne psihopatologice. Din acest motiv, DSMIIIR clasifică tulburările de dezvoltare specifice pe o axă diferită de cea a tulburărilor psihice.

Tulburările specifice de citire

În DSMIIIR această condiție este numită "tulburare de dezvoltare a citirii". Ea se definește ca o vîrstă a citirii mult sub nivelul așteptat la vîrsta copilului și Q.I.-ul său (de obicei 1,5 - 2 deviații standard) (vezi Yule 1967). Definită în acest mod, tulburarea a fost întîlnită la aproximativ 4% din copiii de 10 - 11 ani în insula Wight

și la aproximativ de două ori mai mulți în Londra (vezi Yule și Rutter 1985).

Trăsături clinice

Tulburarea specifică de citire va fi deosebită clar de întârzierea generală a achizițiilor școlare datorată unei inteligențe scăzute sau educației inadecvate. Copilul se prezintă cu un istoric de întârziere marcată în citire, uneori precedată de o achiziție întârziată a limbajului și vorbirii. Scrierea și silabisirea sînt de asemenea afectate, dar dezvoltarea altor funcții este normală. Comparativ cu copiii cu întârziere generală la școală, cei cu tulburare specifică a citirii sînt cel mai adesea băieți. Ei pot prezenta adesea anormalități neurologice minore. Pe de altă parte, ei provin rar din cămine dezavantajate social.

Etiologie

Etiologia nu este cunoscută. Apariția frecventă a altor cazuri în familie sugerează existența unei cauze genetice, dar dovezile lipsesc. Deoarece copiii cu pareze de origine centrală și epilepsie prezintă tulburări de citire, s-a sugerat existența la copiii cu tulburare specifică de citire a unor anomalii neurologice minore (nu a unei boli neurologice evidente). Dovezile nu susțin această idee. Cauza cea mai probabilă pare a fi o tulburare în maturarea creierului, afectînd una sau mai multe din abilitățile perceptuale și de limbaj care sînt necesare pentru a citi. Această explicație este susținută de descoperirea dificultăților de codificare și secvențializare verbală la acești copii, de confuzia între dreapta și stînga, ca și de ameliorarea generală cu vîrsta.

Factorii sociali se pot adăuga acestor probleme psihologice. Este de presupus că dificultățile sociale conduc la întârzieri în citire la copiii crescuți în familii mari sau educați la o școală de nivel foarte scăzut, unde primesc foarte puțină atenție personală. Schimbările frecvente ale școlii, ca și un mediu familial ignorant, sînt de asemenea asociate cu tulburarea specifică de citire și pot acționa în același mod. Așa cum s-a mai arătat, copiii cu tulburări de citire prezintă o rată crescută a tulburărilor de conduită.

Evaluare și tratament

Este foarte important diagnosticul precoce. Evaluarea se va face de către un specialist în psihologie clinică sau educațională. Tratamentul va fi educațional, în afara cazurilor în care există probleme medicale sau comportamentale supraadăugate, acestea necesitînd o intervenție separată. Uneori problemele de comportament asociate sînt secundare frustrării, cauzate de dificultatea de citire și ele se ameliorează odată cu cititul. Se folosesc diverse metode psihologice de abordare, dar cea mai importantă este redeschimbarea interesului unui copil care a avut o lungă experiență a eșecului. Lecțiile suplimentare, ca și interesul părinților, par a fi de mare ajutor, dar nu există dovezi clare că o metodă pedagogică este mai bună decît altele (vezi Gittelman 1985).

Prognostic

Prognosticul variază cu severitatea bolii. Aproximativ un sfert din copiii ce au avut o dificultate ușoară în copilărie dobîndesc aptitudini normale de citire pînă la adolescență. Totuși, la puțini din cei sever afectați se produce în adolescență normalizarea. Nu există date clare în legătură cu ce se întîmplă cu acești subiecți ca adulți, dar se știe că cei cu dificultăți grave în adolescență par a le păstra și ca adulți (vezi Maughan și colab. 1985).

Tulburarea specifică de calcul aritmetic

În DSMIIIR este întîlnită ca tulburare de dezvoltare a calculului aritmetic.

Dificultatea în calculul aritmetic este probabil a doua ca frecvență între tulburările specifice de dezvoltare. Se știe puțin despre ea și, deși este destul de comună, nu s-au făcut studii epidemiologice. Deși conduce la un handicap mai puțin sever în viața de fiecare zi decât dificultatea în citire, tulburarea poate favoriza probleme emoționale în viața școlară.

Cauzele sînt nesigure. Existența unor "genii matematice" sugerează că unele din calitățile necesare pentru matematică ar putea fi ereditare. Dacă este așa, și dificultățile de calcul ar putea fi ereditare. Totuși, este improbabilă existența unei singure cauze. Evaluarea se bazează pe subtestele aritmetice WISC și WAIS și pe teste specifice. Tratamentul se face prin "lecții ajutătoare" dar nu se cunoaște eficacitatea sa. Prognosticul este necunoscut.

Tulburarea specifică motorie

Unii copii au întârzieri în comportamentul motor care duc la neîndemnare în activitatea școlară sau în joc. În DSMIII-R această stare este intitulată **tulburare de coordonare în cursul dezvoltării**. Mai este cunoscută și ca sindromul copilului neîndemnic sau dispraxia motorie specifică. Copiii pot efectua toate mișcările normale, dar coordonarea este insuficientă. Ei dezvoltă cu întârziere aptitudini motorii, de ex. de a se îmbrăca-dezbrăca, plimba, mânca. Au tendința de a sparge obiecte și nu fac față lucrului manual și jocurilor organizate. Ei pot avea de asemenea dificultăți la scris, desenat, copiat. Testarea pentru QI arată adesea scoruri verbale bune, dar performanțe scăzute.

Acești copii sînt adesea prezentați psihiatrului pentru o tulburare emoțională secundară. Se va explica atât copilului, cât și familiei și profesorilor, natura problemei. Instruirea de tip special poate crește încrederea în sine a copilului. Uneori poate fi necesară excluderea copilului din jocuri organizate sau alte activități școlare care necesită coordonare motorie. Cu timpul apare de obicei o ameliorare (informații suplimentare - Cantwell și Baker (1985 a) și Henderson (1987)).

Tulburările de discurs și limbaj

Jumătate dintre copii folosesc cuvinte cu sens la 12,5 luni, iar 97% dintre ei fac acest lucru pînă la 21 luni. Jumătate formează propoziții simple la 23 luni (Neligan și Prudham 1969). Vocabularul și complexitatea limbajului se dezvoltă rapid în perioada preșcolară. Cu toate acestea, cînd încep să meargă la școală, 1% dintre copii au întârzieri de discurs serioase, iar 5% au dificultăți în a se face înțeleși de străini. Procesul prin care se dezvoltă limbajul este complex și încă nu pe deplin înțeles.

Cea mai frecventă cauză de întârziere a dezvoltării discursului normal este retardarea mintală. Alte cauze importante sînt surditatea și parezele centrale. Privarea socială poate provoca retardarea moderată în vorbire. Autismul infantil este o cauză importantă, dar rară. Cazurile rămase sînt atribuite întârzierii de dezvoltare specifice a discursului și limbajului ce va fi în continuare descrisă (vezi Bishop 1987, pentru o trecere în revistă a cauzelor). Copiii cu *tulburare de dezvoltare a limbajului* prezintă o întârziere marcată în dobîndirea vorbirii normale, în absența oricărei cauze primare. În DSMIII-R se descriu două categorii: receptivă și expresivă. Cea dintîi prezintă dificultăți în înțelegerea limbajului. Cea de a doua categorie cuprinde copiii care par a înțelege ceea ce spun ceilalți, dar propriul lor discurs este de neînțeles, deoarece cuvintele sînt prost alcătuite. Copiii cu tulburare de exprimare au o mai mare dificultate cu cuvinte mai lungi, cu sfîrșitul cuvintelor și consoanele.

Întârzierea gravă a vorbirii este adesea acompaniată de alte probleme de dezvoltare. Ea are consecințe importante pentru educație și dezvoltarea socială. Este esențială o

investigație inițială amănunțită, care va include atât o evaluare a limbajului și discursului, cât și o căutare a uneia dintre posibilele cauze mai sus menționate. Tratamentul depinde parțial de cauză și include de obicei un program de antrenament al vorbirii desfășurat prin joc și legături sociale. În cazurile mai puțin severe acest tratament este cel mai bine efectuat acasă de părinți, în prealabil instruiți. Dificultățile mai severe pot necesita ajutor specializat într-o clasă sau școală ajutătoare. Prognosticul depinde de cauză. (Pentru o expunere detaliată, vezi Cantwell și Baker 1985 b).

Mutismul electiv

Copilul cu această tulburare refuză să vorbească în anumite condiții, deși vorbește normal în altele. De obicei, discursul este normal acasă dar lipsește la școală. Nu există un defect al vorbirii sau limbajului, ci un refuz de a vorbi în anumite situații. Adesea există și un alt comportament negativ, ca refuzul de a se așeza sau de a se juca, atunci când este invitat. Tulburarea începe adesea între 3 și 5 ani după ce s-a format limbajul normal.

Mutismul electiv, clinic semnificativ, este rar - probabil 1 la 1000 de copii. Evaluarea este dificilă, deoarece copilul refuză să vorbească la clinică în așa fel încât diagnosticul se bazează pe cele relatate de părinți. În interviul care li se va lua acestora este important de aflat dacă vorbirea și înțelegerea sînt normale acasă. Deși au fost încercate psihoterapia, modificarea comportamentului, ca și terapia logopedică, nu s-au obținut dovezi asupra eficienței vreuneia dintre metode. În unele cazuri, mutismul electiv durează luni sau ani. Urmărirea pe 5-10 ani a unui mic grup a arătat că 1/2 se ameliorează (Kolvin și Fundudis 1981).

Bîlbîiala

Bîlbîiala este o tulburare a ritmului și fluentei discursului. Poate lua forma repetării unor silabe sau cuvinte sau blocării în timpul discursului. Tulburarea este de patru ori mai frecventă la băieți decît la fete. De obicei, este o tulburare de scurtă durată, în stadiile timpurii ale dezvoltării limbajului. Totuși 1% din copii suferă din pricina bîlbîielii după ce au început școala.

Cauza acestei tulburări nu este cunoscută, deși există multe teorii. Factori genetici, leziuni cerebrale, anxietate, toate aceste cauze pot juca un anumit rol în diverse cazuri. Pare foarte puțin probabilă existența unei singure cauze. Bîlbîiala nu este de obicei asociată unei tulburări psihiatrice, deși poate adesea provoca jenă și neplăcere. Majoritatea copiilor se ameliorează chiar dacă nu sînt tratați. Au fost încercate mai multe forme de tratament, inclusiv psihoterapia și terapia comportamentală, nici una nedînd însă rezultate. Tratamentul uzual este terapia logopedică.

Enurezis-ul funcțional

Enurezis-ul funcțional este eliminarea involuntară, repetată, a urinei la o vîrstă la care în mod normal continența este deplină (de obicei 5 ani), în absența unei boli identificate. Enurezisul poate fi nocturn (udarea patului) sau diurn (în orele de veghe), sau poate fi deopotrivă nocturn și diurn. Majoritatea copiilor dobîndesc continența deplină de zi și de noapte la trei sau patru ani. Enurezisul nocturn este primar dacă nu a fost precedat de o perioadă de continența de cel puțin un an și secundar dacă a existat o astfel de perioadă.

În Marea Britanie prevalența enurezisului nocturn este de circa 10% la vîrsta de 5 ani, 4% la 8 ani și 1% la 14 ani. Cifre asemănătoare au fost comunicate în SUA. Enurezisul nocturn este mai frecvent la băieți. Enurezisul diurn are o prevalență mai

mică și este mai frecvent la fete decât la băieți. Enurezisul nocturn poate provoca mari probleme copilului, chiar nefericire și tristețe profundă, mai ales dacă părinții îl acuză sau îl pedepsesc. Aceste sentimente pot fi accentuate de constrîngerile pe care enurezisul le impune asupra unor activități precum locuitul cu prieteni sau plecatul în vacanță.

Etiologie

Enurezisul nocturn rezultă uneori din diverse condiții somatice, dar cel mai adesea el pare a fi rezultatul unei întârzieri în maturarea sistemului nervos, însoțită sau nu de diverși factori de mediu. Există unele dovezi în favoarea unei cauze genetice; aproximativ 70% din copiii cu enurezis au o rudă de gradul întâi care a suferit de această tulburare (Bakwin 1961). De asemenea, rata concordanței pentru enurezis este de două ori mai mare la gemenii univitelini față de cei bivitelini (Hallgren 1960).

Enurezisul poate fi legat de diverse anormalități anatomice sau funcționale ale vezicii urinare. Proporția de infecții urinare este mai mare la copiii enuretici față de copiii de aceeași vîrstă din populația generală. S-a comunicat de asemenea că, la copiii cu enurezis, vezica urinară prezintă o capacitate redusă sau o anomalie funcțională.

Deși majoritatea acestor copii nu au tulburări psihice, proporția celor care le au este mai mare decât în populația generală. În etiologie pot contribui și factori psihologici, de exemplu încercările brutale de a-l deprinde pe copil de timpuriu să folosească olița, atitudini negative sau indiferente ale părinților și evenimente stresante care duc la anxietate.

Evaluare și tratament

O anamneză atentă și un examen fizic amănunțit sînt necesare pentru a exclude cauzele somatice încă nedecelate, mai ales infecția urinară, diabetul, epilepsia, a determina posibili factori precipitanți și a afla motivația copilului.

Se va căuta de asemenea o eventuală tulburare psihică. Dacă aceasta nu se evidențiază, se va încerca descoperirea oricărei suferințe pe care a trăit-o copilul. Se va afla care este atitudinea părinților și fraților față de ceea ce se întîmplă copilului (udarea așternutului). În sfîrșit, părinții vor fi întrebați cum au încercat să-și ajute copilul.

Oricare boală somatică va fi tratată. Dacă enurezisul este funcțional, se va explica părinților și copilului că problema este frecventă, iar acesta nu este de acuzat. De asemenea, li se va explica că dezacordul și pedeapsa sînt nepotrivite și nu vor avea nici un efect. Părinții vor fi încurajați să nu-și focalizeze atenția asupra acestei probleme, ci să răsplătească succesul și să nu dea atenție eșecurilor. Mulți copii mici cu enurezis se ameliorează spontan după o explicație de acest gen, dar cei peste 6 ani necesită uneori măsuri mai active.

Tratamentul începe cu reducerea cantității de lichide înainte de culcare, trezirea copilului pentru a urina și răsplătirea succesului. Copiii care nu se ameliorează cu aceste metode simple pot fi tratați cu metode de alarmă pentru enurezis (metoda pernă-clopoțel). Două plăci perforate de metal separate de o pînză de bumbac sînt încorporate într-un circuit incluzînd o baterie, un întrerupător și o sonerie sau un clopoțel. Rezistența bucății de bumbac împiedică circulația curentului în circuit. Seara la culcare cele două plăci sînt plasate sub pelvisul copilului. Cînd acesta începe să piardă urină, rezistența bucății de bumbac scade, curentul intră în circuit, iar clopoțelul sună. Copilul acționează întrerupătorul și se trezește pentru a urina. Patul se reface, iar între plăcile de metal se așază o altă bucată uscată de bumbac, înainte de întoarcerea copilului de la toaletă. Rezultatele bune depind probabil de mecanismul condiționării, dar ele nu pot fi în întregime explicate de condiționarea clasică; mai

iau parte și alte mecanisme de învățare, inclusiv reîntărirea socială a succesului de către părinții care-l observă și-l apreciază (vezi Turner 1973).

Alarma pentru enurezis este rareori eficientă la copii mai mari de șase ani sau la cei necooperanți. Pentru ceilalți, ea devine eficientă în circa o lună (70-80 %) (vezi Shaffer și colab. 1968), deși circa o treime fac o recădere în circa un an (Turner 1973). Adesea este dificil de convins familia să continue tratamentul pe o perioadă îndeajuns de lungă. S-a sugerat că la copiii cu tulburare psihică asociată rezultatele sînt mai slabe, chiar dacă tratamentul este îndeajuns de lung.

Enurezisul poate fi tratat cu un antidepresiv triciclic, de obicei imipramină sau amitriptilină. Dozele sînt de 25 mg la culcare, crescînd la 50 mg dacă este necesar. Efectul lor benefic a fost demonstrat în studii clinice. Marea majoritate se ameliorează iar o treime se vindecă complet. Totuși, apar de asemenea recăderi la întreruperea medicamentului. Din pricina acestei rate crescute a recăderilor și a efectelor secundare ale antidepresivelor triciclice, ca și a pericolului supradozării accidentale, ele au o valoare limitată în tratamentul enurezisului. Ele sînt foarte utile cînd este important să controlăm enurezisul pentru o scurtă perioadă - de exemplu cînd copilul pleacă în vacanță (vezi Shaffer 1985 a, pentru o expunere asupra enurezisului și tratamentul său).

Encoprezis-ul funcțional

Encoprezisul este eliminarea repetată voluntară sau involuntară a materiilor fecale în locuri nepotrivite, după depășirea vârstei la care ar fi trebuit să apară continența, în absența unei cauze organice cunoscute. DSMIII-R susține că diagnosticul nu trebuie pus la o vîrstă cronologică și mintală mai mică de 4 ani. Encoprezisul poate fi prezent continuu de la naștere (primar) sau să înceapă după o perioadă de continență (secundar).

La trei ani, 6% din copii sînt incontinenți pentru fecale cel puțin o dată pe săptămîină; la 7 ani proporția este de 1,5%. La copii mai mari de trei ani pierderea controlului anal este cel mai adesea secundară constipației, encoprezisul adevărat fiind foarte rar. Tulburarea este de 4 ori mai frecventă la băieți decît la fete (vezi Hersov 1985 pentru o expunere).

Fecalele pot fi eliminate în lenjerie sau în locuri nepotrivite, ca de exemplu podeaua sufrageriei. Copiii care-și murdăresc lenjeria pot nega că așa ceva s-a întîmplat și încearcă s-o ascundă. Unii copii întind fecalele pe pereți sau în alte locuri. Majoritatea acestor copii au asociate probleme psihologice de diverse tipuri.

Etiologie

Murdărirea repetată cu materii fecale poate fi secundară constipației cronice, care poate fi asociată, la rîndul ei, unor cauze diverse: retardarea mintală, unele condiții care produc durere la defecație (de exemplu fisura anală), boala Hirschsprung. Cauzele encoprezisului adevărat sînt mai puțin bine înțelese. În unele cazuri, atitudinea părinților față de "formarea deprinderilor igienice" pare a juca un rol: unii părinți au pretenții nerealiste legate de vîrsta la care controlul sfîcterului este complet și au o atitudine rigidă, de pedepsă; alții nu folosesc o abordare consecventă. Tulburările emoționale sînt frecvente la copiii cu encoprezis și pot reprezenta uneori o cauză asociată. De exemplu, uneori murdărirea apare după un eveniment supărător, ca boala unui părinte sau nașterea unui frate. În alte cazuri apare cînd copilul are o relație inadecvată cu unul sau cu ambii părinți, fiind o formă de protest.

Evaluare și tratament

Primul pas este excluderea cauzelor somatice ale constipației cronice (vezi mai sus),

adesea fiind util consultul asociat al pediatrului cu psihiatrul. Următorul pas este evaluarea atitudinilor părinților, ca și a factorilor emoționali la copil.

Tratamentul începe cu descoperirea a ceea ce simte și gândește copilul despre această problemă, cu oferirea unei explicații și cu liniștirea sa. Părinții au de asemenea nevoie de încurajare și explicații. Cea mai eficientă metodă de tratament este cea comportamentală, în care copilul este încurajat să stea pe toaletă circa 10 minute după fiecare masă, fiind răsplătit pentru acest lucru și pentru eliminarea fecalelor în acest timp. Atunci când există probleme emoționale asociate sau conflicte cu părinții, poate fi utilă psihoterapia individuală sau de familie. Dacă tratamentul ambulator eșuează, copilul poate răspunde metodelor comportamentale aplicate în spital. Dacă copilul este internat, părinții vor fi pregătiți în așa fel încât să se reducă la minimum riscul recăderii la întoarcerea acasă.

Prognostic

Oricare ar fi cauza, este neobișnuit ca encoprezisul să persiste peste vârsta adolescenței, deși unele probleme asociate (de exemplu comportamentul agresiv) pot continua. Dacă sînt tratate, majoritatea cazurilor se ameliorează într-un an (vezi Graham 1986).

Abuzul asupra copilului (child abuse)

În ultimii ani, conceptul a fost lărgit cuprinzînd categoriile: abuz fizic (leziunile neaccidentale), abuz emoțional, abuz sexual, neglijare. Majoritatea publicațiilor despre abuzul copilului se referă la țările dezvoltate, în țările în curs de dezvoltare copiii suferind mai degrabă de malnutriție, pedepse fizice severe, abandon, obligativitatea de a cerși sau a se prostitua.

Termenul *abuz asupra fătului* este aplicat unor variate comportamente ce pot leza fătul (agresiuni fizice sau ingerarea de către mamă a unor substanțe nocive pentru făt). *Sindromul Munchausen "prin aparținători"* este numele dat unei boli a copilului ce a fost inventată de părinți. Este discutat la pag.329. (Pentru expuneri pe tema abuzului asupra copilului, cititorul este îndrumat la Mrazek și Mrazek (1985) și Bankowski și Carballo (1986).

Abuzul fizic (lezarea neaccidentală)

Estimările asupra prevalenței abuzului fizic variază în funcție de criteriile folosite. Un studiu al copiilor sub 4 ani într-o regiune din Anglia a sugerat o rată anuală de 1 la 1000 copii cu leziuni severe - fracturi osoase sau hemoragii epidurale. (Baldwin și Oliver 1975). Cele moderate, deși mai frecvente, adesea nu ajung la medic.

Trăsături clinice

Părinții pot aduce la medic un copil spunînd că leziunea a fost produsă accidental. Uneori, rudele, vecinii sau alte persoane încep să se preocupe, raportînd cazul la poliție, asistentului social sau agențiilor voluntare. Cele mai frecvente forme de leziuni sînt: echimoze multiple, arsuri, zgîrieturi, mușcături, sfișierea buzei superioare, fracturi, hemoragie subdurală, hemoragie retiniană. Suspiciunea de abuz fizic va fi invocată de tipul leziunilor, leziunile dubioase în antecedente, explicațiile neconvingătoare, întîrzierea solicitării asistenței medicale, reacțiile parentale neadecvate. Caracteristicile psihice ale copiilor maltratați fizic diferă foarte mult, de la atitudini înspăimîntate față de părinți, alte semne de anxietate și nefericire, pînă la retragere socială. Acești copii manifestă adesea scăderea autostimei și agresivitate.

Etiologie

Abuzul asupra copilului este adesea mai frecvent în cartiere în care violența familială este obișnuită; școlile, locuințele, locurile de muncă sînt nesatisfăcătoare și există pentru acestea un dezinteres al comunității.

La părinți, factorii asociați abuzului asupra copilului includ: tinerețea, personalitatea anormală (tulburările psihice) clasa socială joasă, ruperea căsătoriei, și dizarmonia, izolarea socială, cazier. Atunci cînd unul dintre părinți are o tulburare psihiatrică, aceasta este cel mai adesea o tulburare de personalitate; numai o mică parte dintre părinți au schizofrenie sau o tulburare afectivă. Mulți părinți au ei înșiși un istoric de abuz fizic și sărăcie în copilărie. Deși abuzul fizic este mult mai frecvent în familiile cu alte forme de patologie socială, el nu este cu siguranță limitat la aceste familii. Factorii de risc legați de copil sînt reprezentați de: naștere prematură, separarea timpurie de mamă, necesitatea îngrijirilor speciale în perioada neonatală, malformații congenitale, boli cronice, temperament dificil. În familiile în care se întîlnește abuzul, relațiile între părinți sînt mai reci și mai aspre decît în familiile martor (Jones și Alexander 1987).

Conduită terapeutică

Medicii și alte persoane care se ocupă de copii trebuie să fie întotdeauna atenți la posibilitatea existenței abuzului asupra copilului. Ei trebuie să fie conștienți de riscul pe care acesta îl reprezintă pentru copiii cu caracteristicile de mai sus, sau care sînt îngrijiți de părinți ce prezintă factorii predispozanți enumerați.

Medicii care suspectează un abuz vor trimite copilul la spital, vor informa pediatriul sau ofițerul de evenimente asupra suspiciunilor lor. La spital, în secția urgențe, se va face internarea tuturor copiilor la care se suspectează leziunea neaccidentală. Părinților li se va spune că internarea este necesară pentru un plus de investigații. Dacă părinții refuză internarea, în Anglia și Țara Galilor poate fi necesară solicitarea din partea unui magistrat a unui ordin de plasare într-un loc sigur (Place of Safety Order); o acțiune similară poate fi necesară și în alte țări. În timpul internării se va face o evaluare atentă completă, incluzînd fotografii ale leziunilor și radiografii ale scheletului. Examinarea radiologică poate arăta semne ale unor leziuni anterioare sau uneori anormalități osoase ca "osteogenesis imperfecta". Dacă se suspectează hemoragia subdurală se va face un examen tomografic. Toate rezultatele vor fi susținute de documente.

Odată ce s-a stabilit existența leziunilor neaccidentale, medicul primar va discuta cu părinții. Se vor examina și alți copii din familie. Procedura ce urmează variază în funcție de cadrul legal al diferitelor țări. În Marea Britanie se vor anunța serviciile sociale, care vor organiza o consultare asupra cazului, pentru schimbul de opinii și informații între reprezentanții spitalului și ai comunității. Se poate decide trecerea copilului în registrul de abuzuri, Serviciului Social revenindu-i astfel răspunderea de a vizita familia pentru a verifica regulat această problemă.

În unele cazuri riscul pe care-l prezintă lăsarea copilului în grija părinților este prea mare, fiind necesară separarea. Dacă părinții nu sînt de acord cu separarea, se poate solicita un ordin de îngrijire de către Departamentul Serviciilor Sociale. Cînd abuzul este sever, prelungit sau permanent, separarea poate fi necesară, iar părinții vor suporta rigorile penale. Experiența cazurilor de leziune gravă sau moarte la copiii înapoiți părinților sugerează necesitatea unei evaluări deosebit de atente înainte de înapoiere și a unei supravegheri foarte stricte după aceea.

Procedura de raportare și urmărire a cazurilor de abuz fizic al copilului variază de la o țară la alta. În general, se introduc peste tot metode mai eficiente, crescînd astfel posibilitatea de a interveni chiar împotriva dorinței părinților.

Prognostic

Copilul care au fost supuși abuzului fizic prezintă mari riscuri pentru viitor. De exemplu, riscul de leziune ulterioară este probabil între 10 și 30% (vezi Graham 1986), leziunea putând fi uneori fatală. Copiii maltratați prezintă ulterior rate crescute de tulburări somatice, întârzieri în dezvoltare, dificultăți de învățare. De asemenea, către sfârșitul copilăriei, ratele problemelor emoționale și comportamentale sînt mari, chiar dacă intervenția terapeutică a fost precoce (Lynch și Roberts 1982). Ca adulți, mulți dintre cei care au fost victime ale abuzului au dificultăți în a-și crește proprii copii. Evoluția este mai bună pentru copiii maltratați care reușesc să stabilească o relație bună cu un adult, ameliorîndu-și astfel respectul de sine, ca și pentru cei fără leziuni cerebrale (Rutter 1985 b; Lynch și Roberts 1982).

Abuzul emoțional

Termenul de abuz emoțional se referă la neglijarea persistentă sau rejectarea, capabile de a împiedica dezvoltarea unui copil. Uneori, termenul se aplică supraprotecției exagerate, abuzului verbal sau transformării în țap ispășitor, toate acestea putînd împiedica dezvoltarea normală. Abuzul emoțional acompaniază adesea alte forme de abuz asupra copilului. Abuzul emoțional poate avea efecte variate asupra copilului inclusiv împiedicarea dezvoltării somatice și psihice, tulburări emoționale și de comportament (vezi Rutter 1985 b; Garbarino și colab. 1986). Diagnosticul se face prin observarea comportamentului părinților față de copil, comportament care poate cuprinde umilirea frecventă a acestuia, sau remarci sarcastice la adresa lui în timpul interviului. Unul sau ambii părinți pot avea o tulburare de personalitate. Părinții vor fi intervievați separat și împreună pentru a se descoperi motivul abuzului asupra copilului; acesta ar putea, spre exemplu, să fie o dezamăgire, să nu le îndeplinească speranțele, sau le poate reaminti de o persoană care în trecut a avut un comportament abuziv față de ei. Starea mintală a părinților va fi de asemenea evaluată.

Tratament

În cursul tratamentului, părinții vor fi ajutați să-și depășească propriile probleme emoționale și să procedeze normal cu copilul lor. Adesea este dificil să-i convingem pe părinți să accepte un astfel de ajutor. Dacă părinții refuză ajutorul, iar efectele abuzului emoțional sînt serioase, poate fi necesară implicarea serviciilor sociale, ca și luarea în discuție a măsurilor descrise la capitolul privind abuzul fizic al copilului. Copilul poate avea nevoie de ajutor individual.

Neglijarea copilului

Neglijarea copilului poate lua diverse forme: privarea emoțională, neglijarea educației, neglijarea fizică, lipsa grijii firești pentru siguranța fizică, negarea utilității unui tratament medical sau chirurgical. Aceste forme de neglijare pot duce la afectare fizică sau psihologică.

Neglijarea copilului este mai frecventă decît abuzul fizic și poate fi detectată de diverse persoane: rude, vecini, profesori, medici, asistenți sociali. Neglijarea copilului este asociată condițiilor sociale nefavorabile și este motivul cel mai comun pentru plasarea copilului într-o altă familie (Fanshel 1981).

Sindromul deficienței nonorganice de creștere și nanismul privativ

Pediatrii constată adesea că unii copii prezintă o creștere insuficientă ce nu are o cauză organică aparentă. La copiii sub trei ani a fost descris sub denumirea de

sindrom al deficienței monoorganice de creștere, (non-organic failure to thrive –NOFTT); la copiii mai mari este numit sindromul staturii mici de cauză psihosocială, (psychosocial short stature syndrome – PSSS) sau nanismul privativ.

NOFTT este cauzat de insuficiența alimentației și a afecțiunii. Există adesea dovezi ale problemelor în relația părinte-copil chiar din prima copilărie; aceste probleme includ respingerea și, în cazuri extreme, ostilitatea manifestată față de copil. Copilul se poate prezenta fie cu pierdere recentă în greutate, fie cu o greutate în mod persistent sub centila trei a vârstei cronologice. Înălțimea poate fi redusă. Circumferința craniană poate fi și ea, în cele din urmă, afectată și poate exista întârziere cognitivă și de dezvoltare. Copilul poate fi iritabil și nefericit, iar în cazurile mai severe, chiar letargic și resemnat. Există un spectru clinic larg, pornind de la copiii cu probleme ușoare de alimentare până la cei cu trăsăturile clinice severe descrise mai sus (Skuse 1985). Dacă sînt tratați cu alimente și afecțiune, de obicei copiii cresc și se dezvoltă repede (Kempe și Goldbloom 1987).

Nanismul de privare a fost prima oară comunicat în 1967 de Powell și colab. Ei au descris 13 copii cu statură anormal de mică, obiceiuri alimentare neobișnuite, dezvoltare întârziată a vorbirii și explozii de furie. După această descriere inițială, sindromul a fost larg recunoscut. Deși mici de statură, copiii pot avea o greutate normală sau chiar ușor crescută pentru înălțimea lor. În cazurile severe, circumferința craniană este redusă. Apar tulburări emoționale și de comportament: căutarea alimentelor, chiar și prin gunoaie, precum și depozitarea lor (McCarthy 1981). Adesea apare întârziere cognitivă și de dezvoltare. De obicei, se poate obține un istoric de privare sau de maltratare psihologică. Scoși din mediul privativ, acești copii mănîncă foarte mult, adesea pînă cînd varsă din pricina supraalimentației.

În tratarea acestor sindroame, primul demers esențial este securizarea copilului, ceea ce adesea înseamnă internarea sa în spital. Ulterior, unii copii pot fi îngrijiți acasă, dar pentru alții este nevoie de îngrijire într-o altă familie. Unii părinți pot fi ajutați să înțeleagă nevoile copilului lor și să facă planuri pentru ei; alți părinți sînt prea ostili pentru a fi ajutați. Dacă ajutorul este posibil, el va trebui să fie intensiv și focalizat probabil pe corectarea modului de creștere al copilului (Kempe și Goldbloom 1987). Este neobișnuit ca ambii părinții să aibă tulburări psihice severe, dar unele mame au depresie post-partum severă sau altă tulburare psihică.

În amîndouă situațiile, prognosticul cazurilor severe este nefavorabil în privința dezvoltării psihologice și somatice a copilului. Rata mortalității este semnificativă (Oates și colab. 1985). Mulți copii necesită plasarea permanentă într-o altă familie. Cazurile mai ușoare au o evoluție mai bună, mai ales dacă sînt recunoscute precoce.

Nanismul privativ este în mod special rezistent la reabilitarea familială, iar dezvoltarea ulterioară a copilului poate fi dezamăgitoare (Oates și colab. 1985).

Abuzul sexual

Termenul abuz sexual se referă la implicarea copiilor în activități sexuale pe care ei nu le înțeleg pe deplin, cărora nu le pot da un consimțămînt avizat și care violează regulile culturale general acceptate. Termenul acoperă forme variate de contact sexual cu sau fără diverse grade de violență. Termenul cuprinde de asemenea și unele activități ce nu implică contact sexual, ca pozarea pentru filme sau fotografii pornografice. Cel ce comite abuzul asupra copilului este de obicei cunoscut de acesta, cel mai adesea fiind un membru al familiei (incest).

Prevalență

Prevalența abuzului sexual a fost estimată din statisticile penale sau din diverse studii,

dar diferențele de definiție și de rigurozitate a raportărilor fac dificilă interpretarea cifrelor publicate. Este acceptat că majoritatea copiilor care sînt victime ale abuzului sînt de sex feminin, iar cei care comit abuzul sînt de sex masculin. Studii retrospective au sugerat că 20-50% dintre femei își amintesc o experiență de abuz sexual în copilărie (Peters și colab. 1986). Aceste cifre includ un spectru larg de experiențe, de la cele minore, de "atingere", pînă la contacte repetate.

Trăsături clinice

Prezentarea la consult a unui copil ce a suferit un abuz sexual depinde de tipul actului sexual și de relația cu copilul a autorului abuzului. Copiii raportează mai des abuzul dacă cel care comite abuzul este un străin. Abuzul sexual poate fi raportat direct de copil sau de o rudă, sau se poate manifesta indirect prin tulburări neexplicabile la copil, ca de exemplu: simptome somatice în zona anală sau urogenitală, sarcină, tulburări comportamentale sau emoționale, ori comportament sexual precoce și inadecvat. La fetele adolescente, fuga de acasă sau tentativele de suicid neexplicate vor ridica suspiciunea de abuz sexual. Cînd abuzul are loc în familie, problemele conjugale și alte probleme sînt frecvente (Furniss și colab. 1984).

Efectele abuzului sexual

Consecințele emoționale precoce ale abuzului sexual includ: anxietate, teamă, depresie și furie, de asemenea reacții față de o sarcină nedorită, ca și comportament sexual inadecvat. Nu se știe sigur cît de frecvente sînt aceste reacții sau cum se leagă ele de natura și circumstanțele abuzului. Se spune că efectele pe termen lung includ: dispoziție depresivă, autostimă scăzută, autopedepsire, dificultăți în relațiile sociale, inadaptare sexuală. În evaluarea efectelor pe termen lung se va ține seama de faptul că abuzul sexual se petrece de obicei în familii cu probleme severe și cronice a căror probabilitate de a determina consecințe adverse pe termen lung este mare (vezi Alter-Reid și colab. 1986; Browne și Finkelhor 1986; Conte 1985, pentru expuneri asupra abuzului sexual).

Etiologie

Există puține informații pe care ne putem baza despre abuzul sexual. El apare în toate grupurile socio-economice, dar este mai frecvent în familiile dezavantajate social. Finkelhor (1984) sugerează că există mai multe "condiții" care fac mai probabil abuzul sexual: motivații sexuale deviate, impulsivitatea, o lipsă a conștiinței, o lipsă a constrîngerilor externe (de exemplu toleranța culturală) și lipsa rezistenței copilului (prin nesiguranță, ignoranță sau alte cauze de vulnerabilitate).

Evaluare

Este important să fim pregătiți a diagnostica abuzul sexual și să acordăm atenție serioasă oricărei plîngerii a unui copil care susține că asupra lui s-a comis un abuz sexual. Este de asemenea important să nu punem diagnosticul fără dovezi adecvate, care presupun investigația socială a familiei și examenul psihologic și somatic al copilului. Copilul va fi interviuat cu simpatie și încurajat să descrie ce s-a întîmplat: desenele și jucăriile îi pot ajuta pe copiii mici să descrie ce s-a întîmplat (Jones și MacQuiston 1988). Adesea este potrivit să facem un examen somatic incluzînd inspecția organelor genitale și a regiunii anale; dacă contactul a avut loc în ultimele 72 ore se vor recolta probe din regiunea genitală și alte regiuni (Kingman și Jones 1987).

Tratament

Îngrijirea inițială și măsurile pentru protecția copilului sînt descrise la abuzul fizic (vezi pag.634). Totuși, există dificultăți speciale în a interveni într-o familie în care s-a produs un abuz sexual. Acestea includ o tendință marcată de a nega seriozitatea abuzului și a altor probleme de familie, precum și atitudini și comportament sexual deviant al altor membri ai familiei (inclusiv alți copii) (Furniss și colab. 1984; Mrazek și Mrazek 1985). În plus, copilul maltratat sexual are adesea o dezvoltare sexuală anormală, care necesită ajutor aparte (Jones 1986).

Suicidul și autovătămarea deliberată

Deopotrivă, autovătămarea deliberată și sinuciderea sînt rare printre copiii mai mici de 12 ani (deși mult mai frecvente în adolescență) (vezi pag.380). Aceste probleme sînt discutate în capitolul despre suicid și autovătămarea deliberată (pag.380 și 394).

Tulburările identității de sex (gen)

Efeminarea la băieți

Unii băieți preferă să se îmbrace cu haine de fată și să se joace cu fete mai degrabă decît cu băieți. Unii au un mod de a se purta evident feminin și afirmă că vor să fie fete. Nu există dovezi ale bazei endocrine a acestor comportamente. Este posibil ca influențe familiale să includă încurajarea de către părinți a comportamentului feminin, să lipsească băieții ca tovarăși de joacă, copilul să aibă într-adevăr un aspect feminin și de asemenea să lipsească un bărbat cu care copilul să se identifice. Totuși, mulți copii trăiesc în aceste condiții fără să se efemineze. Este dificil de spus în ce măsură este potrivită o intervenție. Tulburările emoționale asociate pot necesita ajutor și poate fi utilă investigarea și discutarea în familie a condițiilor care contribuie la comportamentul copilului. Comportamentul efeminat în prima copilărie poate duce la homosexualitate, bisexualitate sau transvestism în viața adultă, ca și la probleme de personalitate (vezi Green 1985; Zuger 1984).

Comportamentul de "băiețăș" la fete

La fete, nu se cunoaște semnificația comportamentului masculin pentru viitoarea orientare sexuală. De obicei, este util să-i încurajăm pe părinți și uneori este necesar să discutăm atitudinile lor față de copil și răspunsul lor la comportamentul ei.

Aspecte psihiatrice ale bolii somatice

Asocierile dintre tulburările somatice și psihice la copii sînt asemănătoare celor de la adulți (vezi cap.11 și 12). Există trei grupuri principale de asocieri care sînt cel puțin la fel de des întîlnite în practica pediatrică ca și în cea de psihiatrie infantilă. Primul grup cuprinde consecințele psihologice și sociale ale bolii somatice. Al doilea constă în tulburări psihice asociate cu simptome somatice, de exemplu durerea abdominală și ticurile multiple. Cea de a treia cuprinde complicațiile somatice ale tulburării psihice: de exemplu, tulburările de alimentație, tentativa de suicid, encoprezisul.

Cele mai multe sindroame medicale la copii sînt discutate în capitolul despre psihiatrie și medicină somatică (cap.12). În această secțiune ne ocupăm de unele probleme speciale ale copilăriei [vezi Graham (1986) pentru o expunere detaliată].

Consecințele bolii somatice

Atunci cînd sînt bolnavi somatic, copiii dezvoltă delirium mai frecvent decît adulții. Un exemplu obișnuit este delirium-ul provocat de febră.

Unele boli somatice cronice au consecințe psihologice asupra copilului. În studiul din insula Wight (Rutter și colab. 1970 a) prevalența tulburării psihice era numai foarte puțin crescută de boala somatică ce nu afecta creierul (de exemplu, astm sau diabet). Totuși, prevalența creștea considerabil în cazul tulburării cerebrale organice sau a epilepsiei. Boala cronică poate afecta aptitudinile de citire și dezvoltarea intelectuală generală (Rutter și colab. 1970 a; Eiser 1986), iar uneori autostima și capacitatea de a intra în relație cu alți oameni.

Efectul asupra părinților

Părinții sînt întotdeauna afectați de boala somatică cronică infirmizantă a copilului lor. Efectele depind de mulți factori, incluzînd natura bolii somatice, temperamentul copilului, resursele afective ale părinților, situația familiei. Părinții pot trăi o experiență similară celei din doliu, iar viața lor conjugală și socială poate fi afectată.

Cei mai mulți părinți au o relație caldă, afectuoasă cu copilul handicapat și fac față cu succes dificultăților. Unii se descurcă mai puțin bine și pot avea așteptări nerealiste, pot fi ostili sau supraprotectori (vezi expunerile lui Breslau și colab. 1981; Romans-Clarkson și colab. 1986).

Efectul asupra fraților

Frații și surorile copilului cu probleme somatice pot prezenta tulburări emoționale sau comportamentale. Ei se pot simți neglijați, iritați de restricțiile asupra vieții lor sociale, ostili pentru că trebuie să piardă mult timp ajutînd la îngrijirea copilului handicapat. Deși unele studii au dovedit existența mai multor tulburări emoționale și de comportament la frații copilului handicapat, decît ar fi de așteptat în mod natural (Ferrari 1984; Breslau și Prabucki 1987), cei mai mulți dintre ei reușesc să facă față cu succes problemelor și chiar să obțină un beneficiu prin creșterea aptitudinilor de a depăși stresul și de a arăta compasiune pentru alții.

Conduita terapeutică

Toți cei implicați în îngrijirea copiilor infirmi trebuie să fie avizați asupra dificultăților psihologice trăite în mod frecvent de aceștia și familiile lor. Medicii trebuie să știe cum să dea informațiile nefavorabile familiilor și să poată oferi sfat și suport (Graham 1986). Îngrijirea medicală va fi bine coordonată; de exemplu, legătura regulată între pediatru și psihiatrul de copii este importantă. De asemenea, se va păstra o comunicare bună cu profesorii, asistenții sociali și alte persoane implicate.

Copiii în spital

Internarea unui copil în spital are consecințe psihologice foarte importante pentru el și pentru familie. Mulți ani, cele mai multe dintre spitale împiedicau familiile să-și viziteze copiii internați. Bowlby (1951) a sugerat că această separare poate avea efecte psihologice adverse atât imediate cît și pe termen lung. El a identificat stadiile succesive prin care trece copilul în cursul internării: protest, disperare, indiferență. Ideile sale au avut o mare influență. În prezent, politica generală este de a încuraja părinții să-și viziteze copiii și să ajute la îngrijirea lor. De asemenea, este important a pregăti copiii pentru internare, explicîndu-le în termeni simpli ce se va întîmpla și prezentîndu-le pe unii dintre cei ce-i vor îngriji în spital.

S-a arătat că internările repetate în spital în copilărie sînt asociate cu tulburări emoționale în adolescență (vezi Rutter 1981). Este posibil ca aceste consecințe pe termen lung să fie reduse prin îmbunătățirile îngrijirii în spital, descrise mai sus (Shannon și colab. 1984).

Adolescența

Nu există tulburări specifice ale adolescenței. Cu toate acestea este nevoie de experiență și aptitudini speciale pentru a aplica principiile generale ale diagnosticului și tratamentului psihiatric la pacienții aflați în această perioadă de tranziție între copilărie și viața adultă. Este adesea deosebit de dificil a distinge tulburarea psihică de reacțiile emoționale normale ale adolescenței. Din acest motiv, subcapitolul începe prin a discuta în ce măsură tulburarea emoțională este o parte inevitabilă a adolescenței.

În adolescență se petrec schimbări considerabile – fizice, psihosexuale, emoționale, sociale. În anii '50 și '60 se considera că aceste schimbări erau în mod obișnuit acompaniate de o dezordine emoțională de o asemenea intensitate, încît putea fi considerată o tulburare psihică. Mai mult, Anna Freud (1958) privea "dizarmonia în cadrul structurii psihice" ca pe un fapt "fundamental" al adolescenței. Alții au descris înstrăinarea, furtunile interioare, reacțiile de adaptare și crizele de identitate ca trăsături obișnuite ale acestei perioade de viață. Recent a început să predomine un punct de vedere mai prudent. Rutter și colab. (1976 b) a revizuit datele, inclusiv propriile descoperiri asupra copiilor de 14 ani din insula Wight. El a ajuns la concluzia că protestul și înstrăinarea de părinți sînt neobișnuite în adolescența mijlocie, deși "furtunile" interioare manifestate prin crizele de tristețe, autodeprecieri și de idei de relație sînt prezente la 1/2 din adolescenți. Totuși, această furtună durează foarte rar multă vreme, trecînd de obicei neobservată de adulți. Printre adolescenții mai mari, comportamentul rebel este mai frecvent, mulți fiind eliminați din școli în ultimul an de învățămînt obligatoriu. Alte probleme includ: consumul excesiv de alcool, folosirea drogurilor și solvenților (discutate în cap. 14), probleme în relațiile cu alții și dificultăți sexuale, comportament iresponsabil în conducerea mașinilor și motocicletelor (vezi Bewley 1986, Spicer 1985).

Deși tulburările psihice sînt numai puțin mai frecvente în adolescență decît în copilăria mijlocie, spectrul tulburărilor este mult diferit, fiind mai apropiat de cel al adulților. În adolescență sexele sînt egal afectate; anxietatea este mai puțin comună decît în anii anteriori, în vreme ce depresia și refuzul școlar sînt mai frecvente. (Pentru o expunere a problemelor în adolescență și a tratamentului lor, cititorul este îndrumat spre Steinberg 1982).

Tulburările psihice în adolescență

Tulburările emoționale

Stările de anxietate generalizată sînt mai puțin frecvente în adolescență decît în copilărie. Fobiile sociale încep să apară în adolescența timpurie, agorafobia în anii adolescenței mai tîrzii. Refuzul școlar este comun între 14 ani și sfîrșitul perioadei de școlarizare obligatorie, fiind adesea asociat la această vîrstă cu alte tulburări psihiatrice. Simptomele depresive sînt mai frecvente în adolescență decît în copilărie. În studiul din insula Wight erau de 10 ori mai frecvente la băieții de 14 ani decît la cei de 10 ani. În adolescență, dispoziția depresivă este adesea mai puțin evidentă decît anergia, înstrăinarea de părinți, retragerea din contactele sociale cu prietenii, rezultatele slabe la școală.

Tulburările de conduită

Aproximativ 1/2 din cazurile cu tulburări de conduită din adolescență au început în

copilărie. Cele ce debutează în adolescență diferă prin faptul că sînt mai puțin asociate cu tulburările de dezvoltare a citirii și cu patologia familiei. Printre copiii mai mici, comportamentul agresiv este în general mai evident acasă și la școală. Printre adolescenți, acesta apare mai frecvent în afara acestor cadre, ca infracțiuni asupra proprietății. Chiulul face de asemenea parte dintre tulburările de conduită ce apar la această vîrstă.

Tulburarea maniaco-depresivă

Tulburarea maniaco-depresivă este rară înainte de pubertate, dar incidența ei în adolescență crește. Clasificarea și etiologia acestei tulburări în adolescență sînt identice celor din viața adultă și au fost descrise în cap.8. La adolescenți, trăsăturile clinice ale tulburărilor depresive sînt similare celor ale adulților, dar includ mult mai rar tulburări de somn, delir, halucinații. Contrar părerilor inițiale, mania și tulburările bipolare sînt în prezent considerate frecvente în adolescență. Din studiile asupra adulților rezultă că primele episoade ale acestor boli se pot manifesta în adolescență, sub forma unui comportament anormal care poate fi greșit diagnosticat.

Tratamentul tulburărilor afective este identic celui descris în cap.8, dar cu reduceri corespunzătoare ale dozelor. Litiul reprezintă un medicament profilactic prețios cînd boala este recurentă. (vezi Ryan și Puig-Antich, 1986, pentru prezentarea pe larg a tulburărilor afective în adolescență).

Schizofrenia

Schizofrenia în adolescență este mai frecventă la băieți decît la fete. De obicei diagnosticul nu este dificil. Totuși, pot fi dificil de descoperit simptomele caracteristice mai ales la pacienții ale căror principale trăsături clinice sînt deteriorarea treptată a personalității, retragerea socială, declinul performanțelor sociale. Prognosticul poate fi bun pentru un singur episod acut cu simptome psihotice floride, dar este nefavorabil cînd debutul este insidios.

Tulburările de alimentație

Problemele legate de alimentație și greutate sînt comune în adolescență. Ele sînt discutate în cap.12.

Suicidul și autovătămarea deliberată

În ultimii ani a apărut o creștere marcată a suicidului și a autovătămării deliberate printre adolescenți. Aceste subiecte sînt discutate în cap.13 (pag.381 și 394).

Abuzul de alcool și alte substanțe

Este evident că abuzul de alcool la adolescenți este în creștere. Cei mai mulți dintre cei ce beau mult par a-și reduce consumul pe măsură ce înaintează în vîrstă, dar unii merg înspre probleme legate de alcool foarte serioase în viața adultă.

Consumarea ocazională de droguri este frecventă în adolescență și este adesea o trăsătură a activităților de grup. Fumatul și consumul de cannabis sînt cele mai frecvente. Abuzul de solvenți este domeniul aproape exclusiv al adolescenței și este de obicei de scurtă durată. Abuzul de droguri ca: amfetamine, barbiturice, opiacee, cocaină este mai puțin frecvent, dar foarte serios, de vreme ce majoritatea celor dependenți de drog au început consumul în adolescență. Problemele abuzului de drog în adolescență sînt similare celor ale adultului și sînt descrise în cap.14. (vezi Hendren, 1986, pentru o expunere asupra abuzului de alcool și drog în adolescență).

Problemele sexuale

Preocupările legate de sexualitate sînt normale în adolescență. Grija excesivă legată de masturbare, identitate și orientare sexuală poate conduce la solicitarea consultului medical. Abuzul sexual este o cauză crescîndă de adresare la psihiatru.

Este probabil că cel puțin 2/3 din sarcinile în adolescență să fie duse la termen iar unele din celelalte sînt nedorite. Există o incidență crescută a complicațiilor prenatale prin comparație cu mamele mai în vîrstă. Mamele foarte tinere au adesea dificultăți foarte mari în rolul de părinte, iar căsătoriile din adolescență au adesea o evoluție proastă. Problemele psihologice și sociale ale gravidelor adolescente arată că este necesar accesul continuu la serviciile medicale și sociale atît în timpul, cît și după sarcină (vezi Black 1986).

Evaluare

Este nevoie de abilități speciale pentru interviul adolescenților. În general, pentru adolescenții mai tineri este necesară o abordare similară celei folosite pentru copii, în schimb cu adolescenții mari se vor folosi metodele rezervate adulților. Se va ține întotdeauna seama de faptul că o mare parte dintre adolescenți vin cu neplăcere la psihiatru și că cei mai mulți dintre ei au dificultăți în a se exprima în termenii adulților. Ca urmare, psihiatrul trebuie să aloce un timp considerabil pentru a realiza o legătură cu pacientul său adolescent. Pentru acestea, el îi va arăta interes, îi va respecta punctul de vedere și îi va vorbi în termeni pe care îi poate înțelege. Ca și în psihiatria adultului, este importantă colectarea sistematică de informații, descrierea simptomelor în detaliu, dar cu adolescentul, psihiatrul trebuie să fie pregătit să adopte o metodă de interviu mai flexibilă.

De obicei, este mai bine a vedea adolescentul înaintea interviului părinților. În acest mod, psihiatrul dovedește că îl privește pe adolescent ca pe o persoană independentă. Mai tîrziu, pot fi intervievați alți membri ai familiei și familia poate fi văzută în întregime. În egală măsură cu anamneza psihiatrică se vor nota informațiile despre activitatea adolescentului acasă, la școală sau la lucru, despre relațiile sale cu prietenii. Se va face un examen somatic complet, în afara cazului în care generalistul a efectuat recent unul, comunicînd rezultatele.

O astfel de evaluare va permite includerea problemei adolescentului în una din următoarele trei clase: în prima, nu se poate stabili nici un diagnostic psihiatric, fiind suficientă liniștirea părinților și a adolescentului; în cea de a doua, nu există nici un diagnostic psihiatric, dar părinții supraanxioși sau familia cu probleme pot avea nevoie de ajutor; în cea de a treia există un diagnostic psihiatric, fiind nevoie de tratament.

Tratament

Metodele de tratament sînt intermediare între cele folosite în psihiatria adultului și a copilului. Ca și în aceasta din urmă, este necesar să lucrăm cu rudele și profesorii. Este necesar să ajutăm și să susținem părinții, iar uneori și alți membri ai familiei. Acest lucru este important cînd prezentarea la psihiatru reflectă anxietatea familiei legată de probleme minore de comportament, mai degrabă decît existența unei tulburări psihice reale. Este important totuși să-l tratăm pe adolescent ca pe un individ ce devine treptat independent de familie. În aceste cazuri terapia de familie, așa cum se practică în psihiatria copilului, nu este adecvată, fiind uneori chiar dăunătoare.

Servicii pentru adolescenți

Proporția de adolescenți în populația ce este consultată în clinicile de psihiatrie este mai mică decît cea a altor grupe de vîrstă. Dintre cei trimiși, unii dintre cei mai

puțin maturi pot fi ajutați mai bine într-o clinică pentru copii. Unii dintre cei mai mari și mai maturi adolescenți sînt tratați mai bine într-o clinică pentru adulți. Totuși, pentru majoritatea, îngrijirea se face cel mai bine într-un serviciu specializat pentru adolescenți în care se păstrează legături strînse cu serviciile de psihiatrie pentru copii și adulți, ca și cu cele pediatrice. Nu există principii general acceptate pentru organizarea acestor servicii sau pentru tratamentul pe care ele îl asigură. Cele mai multe servicii acceptă pacienți din afară nu numai trimiși de medici, ci și de profesori, asistenți sociali, judecători. Cînd trimiterea nu este medicală, generalistul va fi informat, iar cazul va fi discutat cu el. Toate serviciile pentru adolescenți lucrează cu școlile și cu serviciile sociale, deși nu există o cale general acceptată de a realiza acest lucru. Locurile pentru internare sînt de obicei limitate. În Marea Britanie există centre în fiecare Serviciu Regional de Sănătate.

RECOMANDĂRI BIBLIOGRAFICE

Graham, P. (1986). *Child psychiatry: a developmental approach*. Oxford University Press, Oxford.

Hersov, L. and Rutter, M. (1985). *Child psychiatry: modern approaches* (2nd edn). Blackwell, Oxford.

Quay, A.C. and Werry, J.S. (1986). *Psychopathological disorders of childhood* (3rd edn). John Wiley, New York.

Shaffer, D., Ehrhardt, A.A., and Greenhill, L.L. (1985). *The clinical guide to child psychiatry*. Free Press, New York.

Steinberg, D. (1982). *The clinical psychiatry of adolescence*. John Wiley, Chichester.

Anexă: Anamneza și examinarea în psihiatria copilului

Forma și extinderea evaluării vor depinde de natura problemei actuale. Schema care urmează este reprodusă după lucrarea lui Graham (1986), ce va fi consultată pentru informații suplimentare. Graham sugerează ca, în cazul crizei de timp, clinicienii să se concentreze asupra subiectelor subliniate.

1. Natura și severitatea problemei actuale. Frecvența. Situația în care apare. Factorii ce o provoacă sau o ameliorează. Stresuri pe care părinții le consideră importante.

2. Prezența altor probleme și acuze curente.

- (a) Somatice: cefalee, dureri gastrice. Auzul, văzul. Convulsii, leșinuri sau alte tipuri de "atacuri".
- (b) Probleme de alimentație, somn sau excreție.
- (c) Relații cu părinții și frații. Afecțiuni, înțelegere.
- (d) Relații cu alți copii. Prieteni deosebiți.
- (e) Nivelul de activitate, aria de atenție, concentrarea.
- (f) Dispoziția, nivelul energetic, tristețe, suferință, depresie, sentimente legate de sinucidere. Nivelul general de anxietate, frici specifice.
- (g) Răspunsul la frustrare. Crize de furie.
- (h) Comportament antisocial. Agresivitate, furt, chiul.
- (i) Achiziții educaționale, atitudinea față de mersul la școală.
- (j) Interesul și comportamentul sexual.
- (k) Orice alte simptome, ticuri, etc.

3. Nivelul curent de dezvoltare.

- (a) Limbaj: înțelegere, complexitatea vorbirii.
- (b) Aptitudini spațiale.
- (c) Coordonarea motorie, neîndemânarea.

4. Structura familiei.

- (a) Părinți. Vîrste, ocupații. Starea somatică și emoțională curentă. Istoric de tulburare somatică sau psihiatrică. Ce se întîmplă cu bunicii.
- (b) Frați. Vîrste, existența problemelor.
- (c) Condiții acasă, condiții pentru dormit.

5. Funcționarea familiei.

- (a) Calitatea relației între părinți. Afecțiunea mutuală. Capacitatea de a comunica și a rezolva problemele. Împărtășirea atitudinilor față de problemele copilului.
- (b) Calitatea relației părinte-copil. Interacțiune pozitivă: agrearea reciprocă. Nivelul de nemulțumire, ostilitate, respingere al părinților.
- (c) Relația cu frații.
- (d) Modelul general al relațiilor de familie. Alianță, comunicare. Excludere, tendința de a găsi țapi ispășitori. Confuzii între generații.

6. Istoricul personal.

- (a) Sarcină - complicații. Medicație, febră de natură infecțioasă.

- (b) Nașterea și starea la naștere. Greutatea la naștere. Nevoia de îngrijiri speciale după naștere.
 - (c) Relația precoce mamă-copil. Depresia maternă post partum. Modurile inițiale de alimentație.
 - (d) Caracteristici temperamentale precoce. Comod sau dificil, schimbător, sugar și copil mic fără astîmpăr.
 - (e) Date importante. Se vor obține detalii exacte numai dacă sînt în afara normalului.
 - (f) Boli și leziuni trecute. Spitalizări.
 - (g) Separări care au durat o săptămîină sau mai mult. Felul îngrijirii de substituție.
 - (h) Istoria școlarizării. Ușurința de a urma școala. Progresul educațional.
7. Observarea stării emoționale și comportamentului copilului.
- (a) Aspect. Semne de dismorfism, stare nutrițională. Semne de neglijare, echimoze, etc.
 - (b) Nivelul de activitate. Mișcări involuntare. Capacitate de concentrare.
 - (c) Dispoziție. Expresie sau semne de tristețe, suferință, anxietate, tensiune.
 - (d) Raportul creat, capacitatea de a intra în legătură cu medicul. Contactul ochi în ochi. Vorbirea spontană. Inhibiție și dezinhibiție.
 - (e) Relația cu părinții. Afecțiunea arătată. Resentimente. Ușurința separării.
 - (f) Obiceiuri și manierisme.
 - (g) Prezența delirului, halucinațiilor, tulburărilor de gândire.
 - (h) Nivel de conștiință. Indicii de epilepsie minoră.
8. Observarea relațiilor intrafamiliale.
- (a) modele de interacțiune - alianțe, țapi ispășitori.
 - (b) claritatea limitelor între generații - încurcături.
 - (c) ușurința comunicării între membrii familiei.
 - (d) atmosfera emoțională a familiei. Căldură mutuală. Tensiune, critici.
9. Examenul somatic al copilului.
10. Screening neurologic.
- (a) Se va nota orice asimetrie facială.
 - (b) Mișcările ochilor. Vom cere copilului să urmărească un deget care se mișcă și vom observa mișcările ochilor (strabism, necoordonare).
 - (c) Apoziția deget-police. Vom cere copilului să pună fiecare deget pe police în succesiunea rapidă. Vom observa neîndemînarea, slăbiciunea.
 - (d) Copierea. Desenarea unui om.
 - (e) Observarea abilității și dexterității în desen.
 - (f) Observarea competenței vizuale în desen.
 - (g) Săritura pe loc.
 - (h) Sărituri într-un picior.
 - (i) Auzul. Capacitatea copilului de a repeta numere șoptite la doi metri în spatele lui.

21 Retardarea mintală

Pînă recent, majoritatea retardaților mintal trăiau în spitale mari sub îngrijirea medicilor și infirmierelor. Astăzi, educația și îngrijirea socială a retardaților mintal este în general preluată de profesori și asistenți sociali, iar cea mai mare parte a îngrijirii medicale de către pediatri și medici de familie. Totuși, psihiatrul are încă un rol important atît în organizarea serviciilor, cît și în evaluarea și tratamentul tulburărilor psihice ale retardaților mintal copii și adulți. De aceea, acest capitol se ocupă de organizarea serviciilor și de tulburările psihice atît la copii, cît și la adulți. Multe dintre problemele psihiatrice ale copiilor retardați mintal sînt similare cu acelea ale copiilor cu inteligență normală; ele nu vor fi tratate aici, dar se vor face referiri la secțiunile corespunzătoare ale capitolului de psihiatrie a copilului.

Terminologie

De-a lungul anilor, diverși termeni au fost aplicați persoanelor cu deficiență intelectuală din primii ani de viață. În secolul XIX și la începutul secolului XX, cuvîntul "idiot" a fost folosit pentru oamenii cu deficiență intelectuală severă și "imbecil" pentru aceia cu deficiență moderată. Studiul și îngrijirea specială a unor astfel de oameni au fost cunoscute ca domeniul deficienței mintale. Cînd aceste cuvinte au căpătat un sens de stigmat, ele au fost înlocuite cu termenii subnormalitate mintală și retardare mintală. În Marea Britanie termenul de handicap mintal a fost utilizat din ce în ce mai mult în ultima vreme și a fost adoptat de Departamentul Sănătății.

În acest capitol este folosit termenul de retardare mintală. Acest termen este preferat pentru că el este folosit în proiectul ICD10 și DSMIII-R și de asemenea pentru că termenul de handicap mintal poate conduce la confuzia între diferite handicapuri ale retardaților mintal și ale schizofrenilor cronici.

Conceptul de retardare mintală

O distincție fundamentală trebuie făcută între deficiența intelectuală ce începe în prima copilărie (retardarea mintală) și deficiența intelectuală ce se dezvoltă mai tîrziu în viață (demența). În 1845, referindu-se la această necesară diferențiere, Esquirol scria:

Idioția nu este o boală, ci o condiție în care facultățile intelectuale nu s-au manifestat niciodată; ori n-au fost niciodată suficient dezvoltate astfel încît să-i permită idiotului să acumuleze aceeași cantitate de cunoștințe pe care persoanele de vîrsta lui și aflate în circumstanțe similare cu ale lui sînt capabile să le primească. (Esquirol 1845, pag. 446-447).

La începutul secolului XIX, un important pas înainte a fost făcut cînd metodele de măsurare a capacității intelectuale au devenit disponibile. La începutul secolului XX, celebrele teste de inteligență ale lui Binet au furnizat criterii cantitative pentru stabilirea retardării mintale. De asemenea, aceste teste au făcut posibilă identificarea retardării intelectuale ușoare, care altfel putea să nu fie evidentă (vezi Binet și Simon 1905). Din nefericire, cei responsabili cu retardații mintal au considerat că oamenii cu astfel de grade ușoare de deficiență intelectuală erau incompetenți social și

necesitau ajutor instituțional (vezi Corbett 1978).

Puncte de vedere similare au fost reflectate în legislația timpului. În 1886, Legea privind Idioții făcea o simplă distincție între idioție (mai severă) și imbecilitate (mai puțin severă). În 1913, Legea privind Deficiența Mintală a adăugat o a treia categorie de oameni care "de la o vîrstă timpurie manifestă un oarecare defect mintal permanent, cuplat cu puternice tendințe vicioase sau infracționale, pentru care pedeapsa a avut puțin sau nici un efect". Ca un rezultat al acestei legislații, oameni cu inteligență normală sau aproape normală au fost internați în spital pentru lungi perioade, pur și simplu pentru că purtarea lor leza valorile societății. Deși unii din acești oameni aveau "puternice tendințe vicioase", alții erau fete ale căror repetate sarcini nelegitime erau interpretate ca un semn al tendințelor "infracționale" menționate în Lege.

În trecut, folosirea criteriilor sociale a condus evident la abuz. Totuși, nu e suficient să definești retardarea mintală doar în funcție de coeficientul de inteligență. Criteriile sociale trebuie incluse, întrucît o distincție trebuie făcută între oameni care pot să-și conducă normal sau aproape normal viața și aceia care nu pot. În practică, cea mai utilă definiție modernă este probabil cea folosită de Asociația Americană pentru Deficiența Mintală (AAMD), care definește retardarea mintală ca "o funcționare intelectuală generală sub medie, care a început în timpul perioadei de dezvoltare și se asociază cu deficiență a comportamentului adaptativ" (Heber 1981).

DSMIIIR definește retardarea mintală ca o "funcționare intelectuală generală semnificativ sub medie", manifestîndu-se înainte de 18 ani și cu "deficiențe și tulburări concomitente ale comportamentului adaptativ, luînd în considerație vîrsta persoanei". Ca și ICD, DSMIIIR are următoarele 4 subtipuri: ușoară (IQ 50-70); moderată (IQ 35-49); severă (IQ 20-34); profundă (IQ sub 20).

Educatorii folosesc alți termeni și aceștia diferă în Anglia față de Statele Unite. În Anglia, termeni sînt Subnormal Educațional (ESN) și Subnormal Educațional Sever (ESN(S)). În Statele Unite, trei grupuri sînt recunoscute: Retardații Mintal Educabili (Educable Mentally Retarded (EMR)), Retardații Mintal Instruibili (Trainable Mentally Retarded (TMR)) și Retardații Mintal Sever (Severely Mentally Retarded (SMR)). (Pentru o recenzie vezi Clarke și Clarke (1983 b).)

Epidemiologie

În 1929, într-un important studiu pe elevi din șase regiuni ale Angliei, E.O. Lewis a găsit că prevalența totală a retardării mintale era de 27 la 1000, și că prevalența retardării moderate și severe (IQ mai mic de 50) era 3,7 la 1000. Ulterior, studii din multe țări au arătat că în general, la populația în vîrstă de 15-19 ani, prevalența retardării moderate și severe este aproximativ de 3,0 - 4,0 la 1000. Deși prevalența retardării moderate și severe s-a schimbat puțin din anii 1930, incidența retardării severe a scăzut cu o treime, chiar pînă la jumătate. Prevalența nu s-a schimbat deoarece pacienții trăiesc mai mult, în special aceia cu sindrom Down. Incidența a scăzut deoarece ajutorul prenatal și neonatal s-a îmbunătățit și cifrele copiilor născuți de mame în vîrstă de peste 35 ani este mai mic. Distribuția pe vîrste a retardaților sever în populație s-a schimbat mereu, astfel că cifrele pentru adulți (în special de vîrstă mijlocie) au crescut (vezi Graham 1986).

Tizard (1964) a atras atenția asupra distincției între prevalența "administrativă" și "adevărată" prevalență. El a definit prevalența administrativă ca "numărul de persoane pentru care serviciile ar fi solicitate într-o comunitate care s-a pregătit pentru toți cei care au nevoie de ele". A devenit o practică standard pentru serviciile regionale să efectueze recensăminte locale în funcție de prevalența administrativă. Dacă prevalența adevărată a tuturor nivelurilor retardării (IQ mai mic de 70) este considerată 20-30 la 1000 pentru populația de toate vîrstele, atunci prevalența

administrativă este aproximativ 10 la 1000 din toate vârstele. Cu alte cuvinte, mai puțin de jumătate din toți retardații necesită grijă specială. Prevalența administrativă este mai mare în copilărie și scade după vârsta de 16 ani. Această micșorare rezultă din continuarea ușoarei dezvoltări intelectuale și din adaptarea socială progresivă.

Deoarece definiția retardării mintale este imprecisă și pentru că este dificil de identificat tulburarea psihică printre retardații mintal, estimările prevalenței unei astfel de tulburări sînt probabil inexacte. Prevalența este totuși, fără doar și poate, mai mare decît în populația generală (vezi Corbett, 1985). Ratele de tulburare psihică sînt înalte printre retardații mintal din spitale, probabil deoarece tulburarea psihică este un motiv întemeiat pentru internare și pentru că îngrijirea instituțională pe termen lung poate conduce la perturbare comportamentală. Din puținele studii în populația generală, există dovezi importante că retardații mintal au cote înalte de tulburări psihice și comportament perturbat. Într-un studiu al copiilor retardați intelectual, în vîrstă de 9-11 ani, Rutter și colab (1970 a) au găsit că aproape o treime erau evaluați ca "perturbați" (disturbed) de părinții lor, în timp ce aproximativ 40 % erau evaluați astfel de profesorii lor. Aceste valori erau de trei pînă la de patru ori mai înalte decît proporțiile la copiii normali intelectual. Corbett și colab. (1975) au găsit într-o zonă din sud-estul Londrei că ratele tulburării psihice erau deosebit de înalte printre copiii cu retardare severă; tulburarea de conduită era descoperită în 43 %, psihozele copilăriei în 13 %, sindromul hiperkinetic în 12 %, stereotipii severe în 5 %, nevroze în 3 % și tulburare de conduită în 9 %. În Statele Unite, constatări destul de asemănătoare au fost raportate de Eaton și Menolascino (1982).

La oamenii cu retardare mintală ușoară, frecvențele relative ale simptomelor și sindroamelor psihiatrice nu diferă semnificativ de acelea ale oamenilor cu inteligență normală. La oamenii cu retardare severă, anumite tipuri de comportament anormal sînt neașteptat de frecvente, incluzînd autismul, sindroamele hiperkinetice, mișcările stereotipe, pica și automutilarea.

Trăsăturile clinice ale retardării mintale

Descriere generală

Cea mai frecventă manifestare a retardării mintale este performanța în mod constant scăzută la toate tipurile de activitate intelectuală, incluzînd învățarea, memoria de scurtă durată, folosirea conceptelor și rezolvarea problemelor. Anomaliile specifice pot conduce la anumite dificultăți. De exemplu, lipsa deprinderilor vizuospatiale poate pricinui multe dificultăți practice, precum incapacitatea de a se îmbrăca; sau pot exista dificultăți disproporționate de limbaj ori în contactele sociale, ambele fiind puternic asociate cu o tulburare de comportament. La copilul retardat, spre deosebire de copilul normal, problemele comune de comportament ale copilăriei tind să survină cînd el este mai mare ca vîrstă și mai dezvoltat fizic și ele durează mai mult timp. Astfel de probleme de comportament de obicei se ameliorează încet după ce copilul crește. În același timp, există adesea ameliorări ale performanței la testele de inteligență.

Retardarea mintală ușoară (IQ 50-70)

Persoanele cu retardare ușoară reprezintă aproape 4/5 dintre retardații mintal. De obicei, înfățișarea lor nu prezintă nimic deosebit și orice deficiente senzoriale sau motorii sînt abia sesizabile. Cei mai mulți oameni din acest grup dezvoltă mai mult sau mai puțin capacități normale de limbaj și comportament social în timpul anilor preșcolari și retardarea lor mintală poate să nu fie niciodată identificată. În viața de

adult, cei mai mulți dintre ei pot trăi independent, în mediu obișnuit, deși pot necesita ajutor pentru locuință și serviciu, sau pentru condiții de stres neobișnuit.

Retardarea moderată (IQ 35-49)

Persoanele din acest grup reprezintă aproximativ 12 % dintre retardații mintal. Cei mai mulți dintre ei pot vorbi sau cel puțin învăța să comunice și majoritatea pot învăța să se îngrijească de ei înșiși, dar sub oarecare supraveghere. Ca adulți, pot de obicei să încerce o muncă simplă de rutină și să se descurce.

Retardarea severă (IQ 20-34)

Persoanele cu retardare severă reprezintă aproximativ 7 % dintre retardații mintal. În anii preșcolari dezvoltarea lor este de obicei foarte încetinită. Până la urmă, mulți dintre ei pot să fie instruiți să se îngrijească pe ei înșiși sub supraveghere atentă și să comunice într-un fel simplu. Ca adulți ei pot să încerce munci simple și să se angajeze în activități sociale limitate. Printre retardații sever, un mic număr de "idioti savanți" au capacități cognitive strict limitate la un anumit domeniu și care sînt în mod normal asociate cu inteligență superioară (Hermelin și O'Connor 1983).

Retardarea profundă (IQ sub 20)

Oamenii din acest grup reprezintă mai puțin de 1% din retardații mintal. Cîțiva dintre ei învață să se îngrijească ei înșiși complet. În cele din urmă cîțiva reușesc să aibă un oarecare limbaj simplu și elemente de comportament social.

Tulburările somatice la retardații mintal

Cele mai importante tulburări somatice la retardații mental sînt deficiențele senzoriale și motorii, epilepsia și incontinența. Retardații sever (în special copii) au de obicei astfel de probleme, adesea ca multiple tulburări. Numai o treime sînt continenți, se deplasează și nu au probleme severe de comportament; o pătrime sînt extrem de dependenți de alți oameni. Printre retardații ușor problemele similare sînt mai puțin frecvente și determină dacă este nevoie sau nu de școlarizare specială. Orice tulburări senzoriale adaugă un important obstacol în plus la dezvoltarea cognitivă normală. Este știut că aproximativ 1/5 dintre copiii retardați mintal care trăiesc în spitale au un oarecare defect de vedere sau auz (vezi Departamentul Sănătății și Securității Sociale 1971). Incapacitățile motorii sînt frecvente și includ spasticitatea, ataxia și atetoză.

Epilepsia este comună printre retardații mintal, în special la retardații sever. Corbett și colab. (1975) au studiat copiii retardați sever (indiferent dacă erau în spital sau ambulator) provenind dintr-o suburbie a Londrei. O treime dintre acești copii au avut accese la un moment dat, 1/5 au avut cel puțin un acces în anul dinaintea cercetării. Epilepsia este cea mai frecventă cînd retardarea mintală se datorează unei leziuni cerebrale și neobișnuită cînd retardarea este datorată anomaliilor cromozomiale. Prevalența epilepsiei scade pe măsură ce se înaintează în vîrstă, parțial pentru că cei cu leziuni corticale severe tind să moară timpuriu, și parțial deoarece epilepsia tinde să se amelioreze cu vîrsta, indiferent de nivelul de inteligență.

Tipurile de epilepsie găsite la retardații mintal sînt de obicei aceleași cu cele găsite la oamenii cu inteligență normală. Totuși, anumite sindroame rare sînt în special asociate cu retardarea mintală. Un exemplu sînt spasmele infantile în care accesese încep în primul an și iau forma așa-numitelor "salaam attacks", cu flexie tonică a gîtului și trupului și mișcarea brațelor în afară și înainte. Episoadele durează cîteva secunde (vezi Corbett și Pond 1979). Starea a fost, de asemenea, raportată în asociere cu autismul.

Tulburările psihice la retardații mintal

Toate varietățile de tulburare psihiatrică pot surveni la retardații mintal, dar simptomele sînt adesea mult modificate de inteligența redusă (Reid 1982; Corbett 1985). Anumite simptome, precum ideile delirante, halucinațiile și obsesiile par să fie diferite la oamenii cu retardare severă și dezvoltare de limbaj limitată. De asemenea, este dificilă detectarea simptomelor, deoarece pacientul are nevoie de o fluentă verbală minimă (probabil un nivel IQ de aproximativ 50) pentru a descrie experiențele sale. Deci, pentru diagnosticarea tulburării psihiatrice la retardații mintal accentul trebuie pus mai mult pe comportament și mai puțin pe relatările fenomenelor mintale, decît la oameni cu inteligență normală. Urmează o scurtă prezentare a sindroamelor majore.

Schizofrenia

La retardații mintal tabloul clinic al schizofreniei este caracterizat în special de sărăcirea gîndirii. Ideile delirante sînt mai puțin complicate decît la schizofreni cu inteligență normală. Halucinațiile au un conținut simplu și repetitiv. Poate fi dificilă diferențierea dintre tulburările motorii ale schizofreniei și tulburările motorii comune retardaților. Este greu de precizat un diagnostic clar de schizofrenie cînd IQ-ul este sub 45, dar acest diagnostic poate fi invocat în cazul unei înrăutățiri distincte a funcționării intelectuale sau sociale, fără dovada unei cauze organice, în special în cazul manifestării unui comportament ciudat, în contradicție cu comportamentul anterior al pacientului. Cînd există în continuare îndoială, este adesea potrivită o probă cu medicamente antipsihotice.

Unii psihiatri din trecut (inclusiv Kraepelin) au descris un sindrom numit *Pfropfschizophrenie* (schizofrenie grefată). Această tulburare s-a considerat că începe la copii și adolescenți retardați mintal și se caracterizează prin manierisme și stereotipii. Acum aceste trăsături par a avea mai mare legătură cu retardarea mintală severă decît cu schizofrenia.

La pacienții retardați mintal, principiile de tratament ale schizofreniei sînt esențial aceleași ca la pacienții cu inteligență normală.

Tulburările afective

Cînd suferă de o tulburare depresivă, retardații mintal sînt, probabil, mai puțin în stare decît aceia cu inteligență normală să se plîngă de schimbările de dispoziție sau să exprime idei depresive. Diagnosticul trebuie să se sprijine mai ales pe expresia de tristețe, schimbări de apetit și somn și pe modificări comportamentale-lentoare sau agitație. Pacienții sever deprimați, cu abilități verbale adecvate, pot descrie halucinații sau idei delirante. Cîțiva fac încercări suicidare (care sînt de obicei prost plănuite). Mania trebuie să fie diagnosticată în special pe semne de hiperactivitate și semne comportamentale precum agitația, iritabilitatea și nervozitatea. Principiile de tratament ale tulburărilor afective la retardații mintal sînt în cea mai mare parte aceleași ca la oamenii cu inteligență normală.

Nevrozele

Tulburările nevrotice survin de obicei la retardații mai puțin sever, în special cînd ei se confruntă cu schimbări în rutina vieții lor. Tabloul clinic este adesea mixt. Simptomele de conversie și disociative pot fi numeroase. Tratamentul este de obicei direcționat mai mult spre ajustarea mediului pacientului decît spre discutarea problemelor lui.

Tulburările de personalitate

Aceasta este frecventă printre retardații mintal. Uneori această tulburare creează

probleme mai mari de conducere a tratamentului, decât acelea cauzate de retardarea însăși. Concepția generală este descrisă la pag. 662, deși cu mai mult accent pe găsirea unui mediu care să se potrivească cu temperamentul pacientului și mai puțin pe încercările de a-l determina să se înțeleagă pe sine (Reid și Ballinger 1987).

Tulburările psiho-organice

Acestea sînt frecvente la persoanele retardate mintal. Perturbările comportamentale date de delirium constituie uneori primul indiciu de boală somatică. La fel, pierderea progresivă a aptitudinilor intelectuale și sociale pot fi primul indiciu de demență. Ambele sindroame sînt mai frecvente la vîrstele extreme. Sindromul cunoscut sub numele de psihoză dezintegrativă a copilăriei (pag. 626) este o formă de demență cu debut foarte precoce, adesea asociată cu lipidoze sau cu alte procese patologice cerebrale progresive. Deoarece speranța de viață a persoanelor retardate mintal este în creștere, frecvența demenței la persoanele în vîrstă este și ea mai mare. Există, de asemenea, o asociere între boala Alzheimer și sindromul Down (vezi pag. 655).

Autismul și sindroamele de hiperactivitate

Ambele sînt frecvente la retardații mintal. Cele două entități sînt prezentate în capitolul de psihiatrie a copilului (pag. 624 și 622) și nu vor fi reluate aici.

Tulburările de comportament

Activitățile stereotipe sau repetitive și aparent fără scop, precum manierismele, balansul capului și legănarea sînt frecvente la retardații sever, survenind la aproximativ 40% din copii și aproximativ 20% la adulți. Comportamentul repetat autoagresiv este mai puțin frecvent, dar poate fi chiar mai persistent (vezi Corbett 1985; Kirman 1987; Griffin și colab. 1987). Mulți copii retardați sever sînt hiperactivi, distrați și impulsivi, dar nu pînă la un grad care să indice un diagnostic de sindrom de hiperactivitate. Alte tulburări frecvente sînt labilitatea emoțională (incluzînd accese de furie), autostimularea, pica (McLoughlin 1987) și dependență exagerată (vezi Quine 1986). Cînd aceste probleme sînt severe, internarea în spital poate fi necesară, deși mediul instituțional poate să facă mai rău. Infracțiunile sînt rareori o problemă serioasă (vezi pag. 678, de asemenea Hunter 1979).

Problemele sexuale

Masturbarea publică este cea mai frecventă problemă. Unii dintre retardații mintal arată o curiozitate copilărească în legătură cu corpurile altor oameni, care poate fi interpretată greșit ca sexuală. În trecut, exista o preocupare mare față de riscul ca retardații mintal să aibă relații sexuale și să procreeze copii handicapați mintal. Acum este evident că multe tipuri de retardare severă nu sînt ereditare; și acelea care sînt moștenite sînt adesea asociate cu sterilitate. O grijă mai importantă este că, chiar dacă copiii lor sînt de inteligență medie, e improbabil ca retardații mintal sever să devină părinți buni. Cu metode contraceptive moderne, riscul unei gravidități neplanificate este mult redus (vezi Craft și Craft, 1981, pentru informare suplimentară).

Efectele retardării mintale asupra familiei

Cînd un nou născut este găsit retardat mintal, părinții sînt inevitabil îndurerați. Sentimentele de rejecție sînt frecvente, dar rareori durează mult timp. Mai adesea, diagnosticul de retardare mintală nu se pune în primul an de viață. Atunci părinții trebuie să-și modifice și mai mult speranțele și așteptările lor legate de copil. Adesea,

ei trec prin depresie prelungită, culpabilizare, furie și rușine. Cîțiva rejectează copilul, în timp ce alții devin supra-implicați în îngrijirea lui, sacrificînd alte aspecte importante ale vieții de familie. Majoritatea ajung la o adaptare satisfăcătoare, deși tentația să supraprotejeze copilul rămîne. Oricît de bine se adaptează psihologic, părinții sînt totuși confrunțați cu perspectiva unei munci îndelungate și grele, a frustrării și a problemelor sociale. Dacă copilul are și un handicap fizic, aceste probleme sînt amplificate.

Ann Gath (1978) a comparat două grupuri de familii, un grup cu copil cu sindrom Down acasă, și un grup martor cu copil normal de aceeași vîrstă. Amîndouă grupurile au fost studiate din momentul nașterii copilului. Existau mici diferențe de sănătate mintală și fizică între cele două grupuri. În rîndul părinților copiilor mici cu sindrom Down, o mare proporție manifestau nepotrivire conjugală, dar alții simțeau că relațiile lor s-au întărit îngrijind copilul afectat. S-a concluzionat că "în ciuda reacției emoționale inteligibile la realitatea anormalității copilului, cele mai multe familii din acest studiu s-au adaptat bine și doi ani mai tîrziu au putut oferi un cămin stabil și confortabil atît pentru copiii normali, cît și pentru cei handicapați" (Gath 1978, pag. 116). Totuși, părea probabil că frații aveau adesea niște dezavantaje din cauza timpului și efortului care trebuia să fie dedicat copilului retardat.

Alți cercetători au analizat nevoile mamelor de copii retardați mintal mai în vîrstă. Tizard și Grad (1961) au comparat două grupuri de familii, acelea cu copil retardat mintal trăind acasă și acelea cu copil comparabil trăind într-o instituție. S-a constatat că cel dintîi grup e preocupat de "povara îngrijirii", în timp ce cel din urmă trăiește o viață aproape normală. Wilkin (1979) a constatat că cele mai multe mame cu copil retardat mintal trăind acasă erau ajutate mult de soții lor, dar au primit puțin ajutor de la alți oameni. În general mamele au fost mulțumite cu serviciile educaționale oferite copilului lor retardat, dar erau mai critice față de ceea ce au văzut ca lipsă de interes și pricepere la medici și asistenți sociali. Cele mai multe mame au raportat probleme de tip practic: 2/3 au cerut ajutor în îngrijirea copilului în timpul vacanțelor școlare, și o mare parte (aproximativ jumătate) au cerut ajutor în timpul week-endului, servicii de supraveghere a copiilor seara sau ajutor de transport. Brimblecombe (1979), de asemenea, a constatat că mamele cu copil retardat mintal sînd acasă au fost nemulțumite de serviciile medicale și de calitatea ajutorului practic pe care ele l-au primit de la spitale și servicii sociale. Organizațiile voluntare au fost adesea considerate mai utile (pentru o revedere a problemelor familiilor cu un membru retardat mintal vezi Bicknell 1982 și Byrne și Cunningham 1985).

Tabel 21.2. Cauzele retardării mintale într-o comunitate*

	Procente
Sindrom Down	26
Alte condiții ereditare sau malformații asociate congenitale	19
Traumatism perinatal	18
Infecții	14
Anomalii biochimice ereditare	4
Altele	4
Nediagnosticabile	15

*Corbett și colab. (1975)

Cauzele retardării mintale

Introducere

Lewis (1929) a distins două feluri de retardare mintală: **subculturală** (limita inferioară a curbei de distribuție normală a inteligenței în populație) și **patologică** (datorată proceselor patologice specifice). Într-un studiu pe 1280 retardați mintal trăind în

Azilul Colchester, Penrose (1938) a constatat că cele mai multe cazuri se datorau nu unei singure cauze ci unei interacțiuni de factori ereditari și de mediu. Dovezi ulterioare au confirmat că retardarea mintală are cauze multiple (vezi MacKay 1982). Această constatare se aplică mai des la retardarea mintală ușoară, care este de obicei datorată unei combinații de factori genetici și de factori de mediu adversi și care este mai frecventă în clasele sociale inferioare. Totuși, examinarea post-mortem, la retardații severi, arată în majoritatea cazurilor modificări patologice (Crome și Stern 1972). Mai multe studii arătasera că cele mai multe din aceste condiții patologice pot fi diagnosticate în viață și 2/3 pot fi diagnosticate înainte de naștere (Graham 1986). În multe din aceste condiții, cauza primară a patologiei este necunoscută.

Corbett și colab. (1975) au studiat toți copiii retardați mintal sever trăind într-o anumită zonă a Londrei. Ei erau capabili să ajungă la diagnostic în 85% din cazuri. Distribuția diagnosticelor este arătată în tabelul 21.2.

Trebuie remarcat că succesul sporit în identificarea cauzelor specifice nu înlătură necesitatea de a lua în considerație, pentru fiecare caz, toți factorii suplimentari atât sociali, cât și alții. Până de curînd, s-a crezut că retardarea severă avea o distribuție uniformă în rîndul populației; acum, totuși, se știe că este mai răspîndită în rîndul claselor sociale inferioare, posibil din cauza ineficienței măsurilor preventive.

Ereditatea

Există multe dovezi din studii de familie, pe gemeni și de adopțiune, că ereditatea poligenică este importantă în determinarea inteligenței normale și că în mare măsură retardarea mintală ușoară reprezintă limita inferioară a curbei de distribuție a inteligenței (vezi Rutter 1980). În retardarea severă, anormalitățile genetice sînt responsabile de tulburări metabolice și de alte anomalii care determină boala mintală (vezi Tabelele 21.3 și 21.4.).

Factorii sociali

Studiile în populația generală sugerează că factorii din mediul social pot să explice variația IQ pentru cel mult 20 de puncte. Problemele provin din două tipuri de cercetare (vezi Clarke și colab. 1985; Rutter 1980). Primul este cel epidemiologic. IQ scăzut este corelat cu clasa socială inferioară, sărăcia, locuința săracă și cadrul familial instabil. Astfel de factori sociali pot fi efectele unei inteligențe scăzute și nu exclud neapărat o cauză genetică. Astfel, retardații mintal ar putea să alunece într-un mediu social advers și să-și crească copiii lor acolo.

A doua sursă de date constă în încercările de îmbunătățire a mediului acestor copii prin îngrijire rezidențială specială (vezi O'Connor 1968) și de susținere a unei educații speciale. Într-un experiment, copiii din mari și nesatisfăcătoare instituții au fost transferați în case de copii, mici și bine înzestrate cu personal, sau li s-a oferit o educație mai stimulentă. Douăzeci de ani mai tîrziu ei au fost găsiți cu IQ-uri mai mari decît cei care au rămas în instituțiile inițiale (vezi Skeels 1966). Studii mai recente au confirmat că, pentru copiii lipsiți de condiții sociale, intervenția bine planificată și prelungită poate fi benefică (vezi Clarke și Clarke 1985 a).

Alți factori de mediu

Aceștia includ infecția intrauterină (ca de pildă rubeola), poluanții din mediu (ca plumbul), alcoolismul matern în timpul gravidității (vezi pag.406), malnutriția severă și iradierea excesivă a uterului (vezi Clarke și Clarke 1985). Se pare că există perioade vulnerabile în dezvoltarea creierului, în care este în mod deosebit probabilă o lezare în urma expunerii la astfel de mediu (vezi Davison 1984; Cowie 1980). Malnutriția în primii doi ani de viață este probabil cea mai obișnuită cauză a retardării în toată lumea, dar este mult mai puțin frecventă în țările dezvoltate.

Tabel 21.3. Etiologia retardării mintale

Genetică**Anomalii cromozomiale:**

sindrom Down;

sindrom Klinefelter;

sindrom Turner.

Tulburări metabolice afectând:

aminoacizi (de exemplu fenilcetonuria, homocistinuria, boala Hartnup);

ciclul ureei (de exemplu citrulinuria, aciduria);

lipide (bolile Tay-Sachs, Gaucher și Niemann-Pick);

glucide (galactozemia);

purine (sindrom Lesch-Nyhan);

mucopolizaharide (sindroamele Hurler, Hunter, Sanfilipo, Morquio).

Boli cerebrale evidențiabile morfologic:

Scleroza tuberoasă;

Neurofibromatoza.

Malformații craniene:

Hidrocefalia;

Microcefalia.

Prenatală

Infecții (rubeolă, virus citomegalic, sifilis, toxoplasmoză);

Intoxicații (plumb, anumite medicamente, alcool);

Afectare somatică (traumatism, iradiere, hipoxie);

Disfuncție placentară (toxemie, întârziere în creștere prin subalimentație);

Boli endocrine (hipotiroidism, hipoparatiroidism).

Perinatală

Asfixia la naștere;

Complicațiile prematurității;

Icterul nuclear;

Hemoragia intraventriculară.

Post-natală

Traumatism (accidental, prin abuz asupra copilului);

Intoxicație cu plumb;

Infecții (encefalite, meningite).

Malnutriție

Nu există nici o îndoială că intoxicația severă cu plumb poate determina o encefalopatie cu deficit intelectual ulterior. Este mult mai puțin sigur dacă nivelurile moderate de plumb găsite la niște copii englezi (în special ca un rezultat al poluării aerului de la aditivi de plumb din benzină) pot determina retardare intelectuală. Se știe că copiii absorb plumb mai rapid decât adulții și de aceea riscă mai mult din cauza poluării mediului. Totuși, cele mai multe studii s-au referit la copiii din case sărace și nu se poate ști în ce măsură constatările de inteligență scăzută (comparată cu cea a copiilor din alte zone) sînt datorate nivelurilor ușor ridicate de plumb din

sîngele lor și în ce măsură influențelor sociale (vezi Smith, 1986, pentru o revizuire).

Traumatism la naștere

Acesta este de asemenea important. Studii anterioare au estimat că traumatismele la naștere evidențiable clinic explică aproximativ 10% din retardarea mintală. Pasamanick și Knobloch (1966) au extins această observație, sugerînd un "continuum al accidentelor de reproducere" în care subnormalitatea ușoară este presupusă a rezulta din leziuni ale creierului mai puțin evidente, provocate în uter sau perinatal (vezi pag.603). Deși această ultimă idee este controversată, există dovezi suficiente că prematuritatea și greutatea scăzută la naștere sînt asociate cu retardarea mintală.

Cauze specifice de handicap mintal

Multe sindroame au fost identificate ca fiind determinate de gene sau de anomalii cromozomiale. Un mare număr de anomalii biochimice specifice au fost acum identificate, răspunzătoare de retardare mintală. Tabelul 21.3 rezumă multe din principalele cauze, dar nu este exhaustiv. Întrucît aceste cauze sînt rare, ele nu vor fi descrise în acest capitol. Informații utile despre cîteva din mai puțin rare condiții sînt rezumate în tabelul 21.4. Deși aceste sindroame sînt încă discutate în cîteva manuale de psihiatrie, ele sînt mai degrabă tratate de pediatri decît de psihiatri. Dacă psihiatrul preia răspunderea unui pacient suferind de unul din aceste rare sindroame, el va lucra îndeaproape cu pediatrul și medicul de familie și se va familiariza el însuși cu cunoștințele actuale despre respectivul sindrom. Informații în plus pot fi găsite într-un manual standard de pediatrie.

Sindroamele genetice specifice sînt suficient de variate ca să necesite un comentariu separat. Cinci grupuri pot fi recunoscute.

1. **Boli dominante.** Acestea sînt rare. Exemple sînt facomatozele, inclusiv neurofibromatoza.

2. **Boli recesive.** Acesta este cel mai larg grup de boli genetice specifice. Include cele mai multe condiții metabolice ereditare, ca fenilcetonuria, homocistinuria și galactozemia.

3. **Boli legate de cromozomul sexual.** (Sex-linked conditions). Prevalența retardării intelectuale este cu 25% mai mare la bărbați decît la femei. Lehrke (1972) a fost primul care a sugerat că prevalența mai mare la bărbați ar putea fi datorată unor cauze legate de cromozomul X (X chromosome linked causes). Cercetări recente sugerează că pînă la 1/5 din handicapul intelectual la bărbați este datorat cauzelor legate de cromozomul X (vezi Turner 1982). Cîteva sindroame specifice rare au fost identificate, de exemplu deficiența glucozo-dehidrogenazei și sindromul Lesch-Nyhan. Totuși, în cele mai multe cazuri nu există anomalie metabolică. În multe din acestea, de obicei numite "sindrom X fragil", singurul semn clinic este mărirea testiculelor. Un marker este vizibil în cromozomul X în cultura de limfocite. Deși cele mai multe din femeile purtătoare au inteligență normală, multe au dificultăți la învățare și aproximativ 10% au fost raportate ca avînd o retardare mintală ușoară (Turner 1982; Baraitser 1986; Kinnell 1987).

4. **Anomalii cromozomiale.** Cea mai comună este sindromul Down. Anomaliile cromozomilor sexuali, ca sindromul Klinefelter (XXY) și sindromul Turner (XO), pot de asemenea determina retardare (vezi Ratcliffe 1982).

5. **Condiții cu ereditate parțială și complexă,** precum anencefalia. Acest grup este insuficient înțeles.

Sindromul Down

În 1866, Langdon Down a încercat să coreleze aspectul unor anumite grupuri de pacienți cu trăsăturile fizice ale unor grupuri etnice. Unul din grupuri prezenta condiția inițial numită mongolism și acum general cunoscută ca sindrom Down.

Tabel 21.4. Note asupra unora din cauzele retardării mintale

Sindrom	Etiologie	Caracteristici clinice	Comentarii
Anomalii cromozomiale (Pentru sindromul Down și pentru transmiterea legată de cromozomul X, vezi textul)			
Trei cromozomi X	Trizomie X	Fără trăsături caracteristice	Retardare ușoară
Cri du chat	Deleție a cromozomului 5	Microcefalie, hipertelorism, tipăt de pisică specific, creștere deficitară.	
Erori metabolice ereditare			
Fenilcetonuria	Autozomal recesivă ducând la lipsă de fenilalaninhidroxilază hepatică. Cea mai frecventă eroare metabolică ereditară	Lipsă de pigment (păr blond, ochi albaștri) Creștere întârziată. Asociată cu epilepsie, microcefalie, eczeme și hiperactivitate.	Detectabilă post-natal în sînge sau urină, prin screening. Tratament prin excluderea din dietă a fenilalaninei în primii ani de viață.
Homocistinuria	Autozomal recesivă ducând la lipsă de cistation-sintetază	Ectopia lentis, păr blond și fin, articulații voluminoase, anomalii scheletice similare celor din sindromul Marfan. Asociată cu episoade tromboembolice	Grad variabil de retardare. Uneori tratabilă prin restricția de metionină.
Galactozemia	Autozomal recesivă ducând la lipsă de galactozo-1-fosfat uridiltransferază	Apare după introducerea laptelui în alimentație. Creștere insuficientă, hepatosplenomegalie, cataracte	Detectabilă post-natal prin screening vizînd defectul enzimatic. Tratabilă prin dietă fără galactoză. Test cu albastru de toluidină.
Boala Tay-Sachs	Autozomal recesivă ducînd la depozitarea crescută de lipide (cea mai precoce degenerescență cerebro-maculară)	Pierdere progresivă a vederii și auzului. Paralizie spastică. Pată vișinie pe macula retiniană. Epilepsie	Deces la 2-4 ani
Sindromul Hurler (gargoilismul)	Autozomal recisiv afectînd depozitarea mucopolizaharidelor	Trăsături grotești. Abdomen proeminent. Hepatosplenomegalie asociată cu malformații cardiace	Deces înainte de adolescență

Sindrom	Etiologie	Caracteristici clinice	Comentarii
Sindromul Lesch-Nyhan	Recesiv X-lincat, ducând la un defect enzimatic ce afectează metabolismul purinelor. Producere și excreție excesivă de acid uric	Normal la naștere. Dezvoltă mișcări coreo-atetozice, poziție în foarfecă a picioarelor și mutilare	Poate fi diagnosticată prenatal prin determinări enzimatică în cultură de lichid amniotic. Diagnostic post-natal prin determinări enzimatică în rădăcina de păr. Deces în decada a doua sau a treia, prin infecții sau insuficiență renală. Mutilarea poate fi redusă prin tratament cu hidroxitriptofan
Alte tulburări ereditare N e u r o f i b r o m a t o z a (sindromul von Recklinghausen)	Autozomal dominantă	Neurofibroame, pete café au lait, vitiligo. Asociață cu simptome determinate de localizarea neurofibroamelor. Astrocitoame, meningioame	Retardarea apare la o mică parte din bolnavi
Scleroza tuberoasă (epiloia)	Autozomal dominantă (penetranță foarte variabilă)	Epilepsie, adenoame sebacee pe față, pete albe pe piele, piele de șagii, facoame retiniene, fibroame subunguiale. Asociață cu tumori multiple renale, splenice, pulmonare	Retardare la aproximativ 70%
Sindromul Lawrence-Moon-Biedl	Autozomal recesiv	Retinită pigmentară, polidactilie, uneori obezitate și scădere a funcției genitale	De obicei retardarea nu este severă
Infecțiile Embriopatia rubeolică	Infecție virală a mamei în primul trimestru	Cataractă, microftalmie, surditate, microcefalie, boală cardiacă congenitală	Dacă mama a fost infectată în primul trimestru sînt afectați 10-15 la sută din sugari (infecția poate fi subclinică)
Toxoplasmoza	Infecția mamei cu protozoar	Hidrocefalie, microcefalie, calcificări intracerebrale, leziuni retiniene, hepatosplenomegalie, icter, epilepsie	Severitate variabilă
Cytomegalovirus	Infecție virală a mamei	Leziuni cerebrale. Evidentă la naștere doar în cazurile severe	

Sindrom	Etiologie	Caracteristici clinice	Comentarii
Sifilisul congenital	Infecție treponemică a mamei	Mortalitate perinatală mare. Semne neurologice variabile. "Stigmatete" (adesea dinții Hutchinson și ragadele lipsec)	Rar după introducerea testării de rutină a gravidelor. Wasserman inițial pozitiv la făt se poate nega ulterior
Malformații craniene			
Hidrocefalia	Recesivă sex-limitată. Anomalii de dezvoltare moștenite, de ex. atrezie de apeduct, malformație Arnold-Chiari. Meningită. Spina bifida	Creștere de volum rapidă a capului. În primele luni, simptome de creștere a presiunii LCR. Alte trăsături depind de etiologie	Cazurile ușoare se pot opri spontan din evoluție. Posibil tratament simptomatic prin șunt. Inteligența poate fi normală
Microcefalia	Transmitere recesivă, iradiere în timpul sarcinii, infecții ale mamei	Trăsăturile depind de etiologie	Evidentă la cel mult o cincime din retardații mintal din instituții
Diverse			
Spina bifida	Etiologie multiplă și complexă	Deficit de fuzionare vertebrală. Spina bifida cystica se asociază cu meningocel sau în 15-20% din cazuri, cu mielomeningocel, care produce leziuni ale măduvei, cu paralizie a membrilor inferioare, incontinență etc.	Hidrocefalie la patru cincimi din cei cu mielomeningocel, care în același timp pot fi retardați
Paralizia de origine cerebrală	Leziune cerebrală perinatală. Asocieri puternică cu prematuritate	Tip spastic (cel mai frecvent), atetoid sau ataxic. Severitate variabilă	Majoritatea au inteligență sub medie. Cei cu atetoză au mai frecvent IQ normal
Hipotiroidismul (cretinismul)	Deficit de iod sau (rar) tiroidă atrofică	Aspect normal la naștere. Anormalitățile apar după 6 luni. Creștere deficitară, piele buhăită, apatie	Rar acum în Marea Britanie. Răspunde la tratament precoce de substituție
Hiperbilirubinemia	Hemoliză, incompatibilitate Rh, prematuritate	Icter nuclear (coreo-atetoză), opistotonus, spasticitate, convulsii	Prevenire prin globuline anti-Rhesus. Tratament neonatal prin exsanguinotransfuzie.

Această condiție este o cauză frecventă de retardare mintală, survenind la una din fiecare 600-700 de nașteri. Totuși, incidența sindromului Down este în descreștere din cauza ratelor reduse de nașteri la femeile mai în vârstă și creșterii depistării prin amniocenteză, cu întreruperea ulterioară a sarcinii. Retardarea este de obicei ușoară sau moderată dar uneori poate fi severă.

Tabloul clinic este alcătuit de un număr de trăsături, oricare dintre ele putându-se întâlni și la o persoană normală. Asocierea a patru din aceste trăsături este în general acceptată ca dovadă puternică pentru sindrom. Cele mai caracteristice semne sînt: (a) gura - gură și dinți mici, limbă brăzdată, arcadă palatină înaltă; (b) ochii - fante palpebrale oblice, epicantus; (c) cap - occiput plat; (d) mâini - scurte și late, degetul V curbat, plică palmară transversă unică; (e) articulații - hiperextensibilitate sau hiperflexibilitate, hipotonie.

Adesea, se asociază și alte anomalii. Boala congenitală de cord (în special defecte septale) se întâlnește în aproximativ 20% din cazuri. Anomaliile intestinale sînt frecvente, în special obstrucția duodenală. Auzul poate fi deficitar.

Există o considerabilă variație în gradul de retardare mintală; în general IQ este între 20 și 50 și în 15% din cazuri este peste 50. Capacitățile mintale se dezvoltă de obicei destul de repede în primele 6 pînă la 12 luni de viață, dar apoi cresc mai încet. Temperamentul copiilor cu sindrom Down este de obicei descris ca afectiv și liniștit. Mulți dintre ei arată interes pentru muzică. Deși există puține date epidemiologice satisfăcătoare, este probabil că problemele de comportament sînt mai puțin frecvente decît în alte forme de retardare mintală (Gath și Gumley 1986).

În trecut, mortalitatea infantilă prin sindrom Down era înaltă, dar cu ajutor medical îmbunătățit supraviețuirea pînă la vîrsta adultă este mai frecventă. Aproximativ 1/4 din oamenii cu sindrom Down trăiesc acum peste 50 ani; apar semne de îmbătrînire prematură, și modificări de tip Alzheimer se dezvoltă în creier la vîrsta de mijloc (Oliver and Holland 1986).

Etiologie

În 1959, sindromul Down a fost găsit asociat cu tulburarea cromozomială numită trisomie (trei cromozomi în loc de doi). Aproximativ 95% din cazuri sînt datorate trisomiei 21. Aceste cazuri rezultă din lipsa disjuncției în timpul meiozei și sînt asociate cu vîrsta maternă crescută. Riscul de reapariție la următorul copil este de aproximativ 1 la 100. Restul de 5% din cazurile de sindrom Down sînt atribuite translocației implicînd cromozomul 21 sau mozaicismului. Tulburarea care duce la translocație este adesea moștenită și riscul de recurență este de aproximativ 1 la 10. Mozaicismul apare cînd non-disjuncția se produce într-o diviziune celulară ulterioară după fecundație. La aceeași persoană apar și celule normale și trisomice, iar efectele asupra dezvoltării cognitive sînt deosebit de variabile.

Cauzele tulburărilor psihice și de comportament la retardații mintal

Diversitatea tulburărilor psihice la retardații mintal face puțin probabilă o etiologie unică. Cîteva cauze trebuie să fie considerate: genetică, patologie organică, psihologică și socială (vezi Corbett 1985).

Nu există dovezi că aceeași anomalie genetică determină retardarea mintală și tulburarea psihică. Cum s-a observat deja, cei mai mulți dintre pacienții cu retardare mintală severă au o boală organică a creierului și așa se întîmplă și cu un număr mai mic din aceia cu retardare moderată și ușoară. Cum s-a menționat în capitolul de psihiatrie a copilului, la copiii cu inteligență normală, tulburarea psihică se asociază cu

leziunea creierului (vezi Rutter și colab. 1970 a). Există de asemenea o asociere cunoscută între patologia cerebrală pe de o parte și schizofrenie și boli afective, pe de altă parte (vezi Davison și Bagley 1969; Davison 1983). La pacienții retardați mintal, este posibil așadar ca unele tulburări psihice (incluzând bolile psihice majore) să fie legate de patologia creierului. Există în special o strânsă asociere între epilepsie și tulburarea de comportament la retardații mintal. Acest lucru este valabil în special pentru comportamentul hiperkinetic (vezi Corbett și Pond 1979). O astfel de tulburare de comportament poate fi datorată nu numai efectelor directe ale epilepsiei, ci și efectelor adverse ale medicamentelor anticonvulsivante (vezi pag.534).

Boala organică nu poate fi încriminată în toate tulburările mintale deoarece rata acestora este crescută la handicapării mintali fără patologie cerebrală. Alte cauze includ factorii psihologici asociați cu handicap mintal, în special anomalii de temperament, dificultăți de limbaj, incapacitate de a câștiga deprinderi sociale și insucces educațional. Factorii sociali ca doliul sau dezbinarea familiei sînt importante cauze de boală mintală și de tulburări comportamentale la retardații mintal, ca și la pacienții cu inteligență normală (vezi Rutter și Madge 1976).

Nu trebuie uitat că factorii iatrogeni se pot adăuga cauzelor tulburării psihice la retardații mintal. Cum s-a menționat mai sus, aceștia includ efectele adverse ale medicamentelor, în special ale celor folosite în tratamentul epilepsiei, și, de asemenea, ambianțele suprastimulative sau substimulative dintr-o instituție.

Evaluarea retardatului mintal

Retardarea severă de obicei poate fi diagnosticată în copilărie, în special cînd aceasta se asociază cu anomalii somatice decelabile sau retard în dezvoltarea motorie. Clinicianul va fi atent în diagnosticarea retardării mintale mai puțin severe pe criteriile întîrzierii în dezvoltare. Deși examinarea de rutină a copilului poate dezvălui semne ale întîrzierii dezvoltării, sugerînd posibila retardare mintală (vezi Illingworth 1980), un diagnostic sigur, deseori necesită opinia unui al doilea specialist. Evaluarea deplină are cîteva stadii: anamneză, examen somatic, testarea dezvoltării, evaluarea comportamentală și examinarea stării mintale. Acestea vor fi considerate pe rînd. Deși această parte se ocupă în special cu evaluarea copiilor, principii similare se aplică și în adolescență și viața adultă.

Anamneza

În demersul de obținere a unui istoric complet, o atenție specială va fi dată unui istoric familial sugerînd o boală ereditară și anomaliilor de sarcină sau din timpul nașterii copilului. Momentele principale ale dezvoltării vor fi stabilite (vezi pag.598). Va fi obținut un deplin bilanț al oricăror tulburări de comportament.

Examenul somatic

Un examen somatic sistematic va include înscrierea greutății, înălțimii și circumferinței craniene. Este importantă atenția pentru semnele somatice ale multor sindroame specifice (vezi Tabelul 21.4.). Examenul neurologic va include o atenție specială pentru examinarea văzului și auzului.

Evaluarea dezvoltării

Această evaluare se bazează pe o combinație între experiența clinică și metodele standardizate de măsurare a inteligenței, limbajului, performanței motorii și

deprinderilor sociale. Deși IQ-ul este cel mai bun indicator al dezvoltării intelectuale, el nu este absolut valabil la cei foarte tineri. Tabelul 20.2 conține câteva teste de dezvoltare folosite de obicei (pag.607).

Evaluarea comportamentală

Aceasta se bazează pe observațiile echipei clinice asupra îndemnării pacientului în autoîngrijire, deprinderilor lui sociale incluzând capacitatea de a comunica, deprinderilor lui senzorial-motorii și a oricărui comportament neobișnuit.

Evaluarea psihiatrică

Ea nu este direcționată atât către diagnostic cât înspre formularea factorilor importanți medicali și sociali incluzând atitudinile oamenilor care ar putea fi implicați în îngrijirea pacientului. Dacă persoana retardată mintal are o capacitate de limbaj rezonabilă, este posibilă efectuarea unui interviu psihiatric standard acordând o toleranță potrivită pentru orice dificultate în concentrare. Când limbajul este mai puțin dezvoltat, trebuie obținută o relatare în special de la aparținători. Este deosebit de important de a obține o descriere completă a oricărei schimbări a modului obișnuit de comportament. Este adesea necesar de a cere profesorilor, personalului spitalului sau părinților să observe aspecte comportamentale legate de alimentație, odihnă și activitate generală. Psihiatrul trebuie să fie atent la cauzele posibile ale tulburării psihice schițate mai sus, inclusiv epilepsia nedeclarată.

Diagnostic diferențial

La sfârșitul evaluării, principalele diagnostice pot fi luate în considerare: maturizare întârziată; surditate, cecitate sau alte defecte senzoriale; psihozele copilăriei; autismul copilăriei; stări datorate efectelor adverse ale medicamentelor. (Psihozele copilăriei și autismul sînt descrise la pag.624.)

Îngrijirea retardatului mintal

Istoric

În ultimele câteva decenii, scopurile și metodele de îngrijire ale retardatului mintal au fost transformate. Aceste schimbări și problemele nerezolvate pot fi cel mai bine înțelese în relație cu istoricul dezvoltării serviciilor (vezi Corbett 1978).

Tratamentul special al retardatului mintal a început cu remarcabilele eforturi ale lui Itard, medic șef la Azilul pentru Surdo-Muți din Paris, în educarea "băiatului sălbatic", găsit în Aveyron în 1801. S-a crezut că acest copil a crescut în sălbăticie, izolat de ființe omenești. Itard a făcut mari eforturi de educare a băiatului, dar după o stăruință de 6 ani el a concluzionat că educația nu a avut succes. Totuși munca lui a avut importante și trainice consecințe, din care una a fost dezvoltarea metodelor educaționale speciale pentru retardatul mintal. Aceste metode au fost dezvoltate de Seguin, director al Școlii de Idioți de la Bicêtre, din Paris, care în 1842 a publicat *Teoria și sistemul de educație al idioților*. Seguin credea că retardatul mintal are deprinderi latente care ar putea fi încurajate prin instruire specială. De aceea el a avut un program educațional de exerciții fizice, instrucție morală și sarcini progresive (Seguin 1864, 1866). Ideile lui au fost acceptate în special în Elveția și Germania. Alt pionier a fost medicul elvețian Guggenbühl care, în 1841, a fondat la Abendberg prima instituție rezidențială specială pentru retardați mintal. Instituții similare au fost curînd deschise în alte zone ale Europei, pentru a oferi subiecților o instruire care să le permită să trăiască cît mai independent. Totuși s-a recunoscut că retardații

mental au nevoie de o îngrijire pe termen lung.

La sfârșitul secolului al XIX-lea, mai multe influențe au condus către o abordare mai autoritară a îngrijirii retardatului mental. Printre acestea se numără dezvoltarea geneticii, credințele ce au dat naștere mișcării eugenice și un declin general al toleranței publice față de comportamentul anormal. În Anglia și Țara Galilor, astfel de idei erau reflectate în Actul privind Deficiența Mintală din 1913, care a împuternicit autoritățile locale să asigure internarea deficientului moral și intelectual și le-a impus responsabilitatea de a-i oferi instruire și ocupație. Ca un rezultat, numărul total al pacienților internați în acest fel s-a ridicat de la 6000 în 1916 la 50.000 în 1939.

În anii '60, nevoia de reformă a fost recunoscută, în parte din cauza schimbărilor deja efectuate în spitalele de psihiatrie (vezi pag.583), parțial datorită îmbunătățirii cercetării psihologice și de asemenea din cauza campaniei duse de grupurile de părinți și parțial din cauza interesului public în jurul condițiilor precare în care erau adăpostiți retardatii mental. Cercetările din spitalele pentru retardați au arătat că media IQ la pacienții lor era peste 70. Mulți rezidenți aveau numai retardare ușoară și mulți nu necesitau îngrijire de spital. Aproape în același timp s-a dovedit că simpla instruire ar putea ajuta mulți pacienți, atât ușor cât și sever retardați (vezi O'Connor 1968). Investigațiile ulterioare au arătat avantajele îngrijirii rezidențiale în unități mici de tip cămin (Tizard 1964). Totuși interesul public a fost trezit mai puțin de aceste rezultate ale cercetărilor decât de o serie de scandaluri în jurul condițiilor din spitalele pentru retardații mental. De exemplu, Morris (1969) a raportat un studiu făcut în 33 spitale de deficienți. Ea a descris spitale mari izolate, cu clădiri deteriorate, supraaglomerate și sordide. Ele erau prost organizate și puține dintre ele aveau obiective clare de tratament. Existau puține surori sau alte cadre calificate (vezi Clarke și colab. 1985).

În ultimii 20 de ani s-a acceptat, în toate țările dezvoltate (în special Scandinavia), necesitatea introducerii unor metode de îngrijire cu o concepție mai puțin medicală. Din nefericire au fost puncte de vedere divergente despre aceste metode, resursele au fost necorespunzătoare și progresul încet. În Statele Unite, dezinstituționalizarea a fost îndeplinită cu mare viteză, cu avantajele și dezavantajele inerente (Landesman-Dyer 1981). În Anglia problemele și soluțiile posibile sînt cuprinse în actele Departamentului de Sănătate și Securitate Socială (1971, 1985).

Printre noile concepte, principiul esențial este "normalizarea", o idee dezvoltată în Scandinavia anilor '60. Acest termen se referă la încercarea generală de susținere a unui model de viață pe cît posibil apropiat de normal (Nirje 1970). Cei mai puțin handicapați sînt aduși, la vîrsta adultă, în propriile lor case și încurajați să ducă o viață aproape normală. Pentru cîțiva care intră în spital, facilitățile și activitățile sînt proiectate să fie cît mai apropiate de acelea ale vieții de familie. Conceptul normalizării a fost foarte dezvoltat în Statele Unite (vezi Wolfensberger 1980). Prevederile necesare pentru îndeplinirea acestor scopuri au fost descrise de Malin și colab. (1980) și de Biroul de Economie Sanitară (1986 b). Prezentarea care urmează se referă în special la Anglia, principiile fiind larg aplicabile.

Prevederi generale

Pentru îngrijirea retardaților mental într-o comunitate, corectitudinea modelului contează mai puțin decît amănuntul planificat și entuziasmul cu care este îndeplinit. Buna planificare cere o estimare a necesităților populației ce trebuie servită. Tabelul 21.5 arată nevoile estimative ale unei populații generale de 100.000 locuitori (vezi Kushlik și Blunden 1974; Tizard 1974). Fiind doar un ghid de pregătire a serviciilor din orice zonă, cifrele pot fi modificate în funcție de orice informații locale. Sînt importante registrele de cazuri locale, precum și realizările anterioare.

Abordarea generală este mai degrabă educațională decît medicală. Echipa de

Îngrijire include psihiatri, psihologi, infirmiere, personal de îngrijire la domiciliu, profesori, terapeuți ocupaționali, psihoterapeuți și logopezi. Voluntarii pot adesea juca un rol valoros, inclusiv grupurile de autoajutor pentru părinți.

Medicul de familie și pediaterul sînt acum în special responsabili pentru depistarea precoce a retardării mintale, dar pedo-psihiatrul joacă de asemenea un rol. Separat de aceasta, psihiatrul are trei sarcini. Prima este de a ajuta copiii și adulții retardați mintal care au probleme psihice. În acest rol el este cel mai adesea chemat, ori de cîte ori apar dificultăți speciale pentru familie. Acestea apar cînd se stabilește prima dată diagnosticul, cînd copilul intră la școală și cînd o termină. A doua este de legătură între serviciile medicale, educaționale și sociale, implicate în îngrijirea fiecărui pacient. A treia este să dea o îndrumare în planificarea serviciilor.

Tabel 21.5. Servicii necesare pentru retardații mintal la o populație de 100.000 locuitori*

Copii (vîrsta 0-14 ani)

(a) Retardați ușor: Vezi text

(b) Retardați sever: Număr total 90

Locuință	Acasă	60
	Îngrijire rezidențială	30
Educație	Grădiniță specială	10
	Școală specială	60
	Unitate de îngrijire specială	10
	Fără școlarizare	10

Adulți (vîrsta peste 14 ani)

Număr total necesitînd îngrijire: 375

Locuri de muncă	Angajabili	180	
	Ateliere protejate	140	
	Fără	55	
Locuințe	Angajabili	acasă	105
		cămin	75
	Neangajabili	acasă	45
		îngrijire rezidențială	150

* vezi Kushlik și Blunden (1974); Tizard (1974)

Retardații ușor

Nu se cunoaște exact numărul oamenilor retardați ușor în populație. Cîțiva necesită servicii de specialitate. Cei mai mulți sînt capabili să trăiască cu familiile lor și să rămîină sub îngrijirea medicului de familie. Unii au probleme suplimentare, ca handicapuri fizice, tulburări emoționale minore și boli psihiatrice. Cîțiva copii retardați ușor necesită îngrijire într-o altă familie, plasamente în școli cu internat sau îngrijire rezidențială, fie datorită unor astfel de probleme adăugate, fie datorită dificultăților în familie. Adulții retardați ușor pot necesita sprijin cînd sînt confrunțați cu probleme suplimentare; de exemplu, ei pot necesita ajutor pentru locuință sau

angajare, sau în probleme speciale legate de vârsta înaintată. Cei mai mulți pot trăi acasă sau în cămin și îndeplini muncă protejată.

Copiii retardați sever

Există aproximativ 90 de copii retardați sever într-o populație de 100.000 locuitori. Unii necesită servicii speciale pe tot parcursul vieții lor, și planificarea adecvată va începe de îndată ce diagnosticul este sigur. Aproximativ 2/3 pot rămâne acasă cu condiția ca părinții lor să fie învățați cum să-i îngrijească și să le dea asistență practică adecvată și suport emoțional. Ajutorul practic poate include îngrijirea de zi sau șederi scurte în spital sau cămin când părinții pleacă în vacanță sau când un alt membru al familiei este bolnav. Aproximativ 1/4 din copiii retardați sever care trăiesc acasă au probleme de comportament, dificultăți în mers pe jos sau incontinență. Când copilul începe să meargă la școală, trebuie să se țină seama de o serie de probleme practice, precum asigurarea mijloacelor de transport și a proviziilor în timpul vacanțelor.

Aproximativ 1/3 din copiii retardați sever necesită o formă oarecare de îngrijire rezidențială. Aproximativ 1/2 dintre aceștia au probleme somatice și de comportament sau incontinență prea mari pentru ca părinții sau personalul căminului să se descurce. Chiar dacă astfel de copii sînt obligați să locuiască în spital, mulți pot urma încă o școală specială în comunitate.

Adulții retardați sever

În îngrijirea retardaților mintal este adesea deosebit de dificil să se asigure o trecere lină, în timpul adolescenței, de la serviciile pentru copii la cele pentru adulți, care aduc cel mai mare folos din combinarea înlesnirilor obișnuite și prevederilor speciale. Îngrijirea acasă devine greu de rezolvat și mai puțin potrivită și este adesea preferată îngrijirea rezidențială (care va fi în afara spitalului dacă e posibil). În acest stadiu coordonarea serviciilor trece de la școală la departamentul de servicii sociale. Sînt necesare asigurări pentru muncă protejată, centre de zi și locuință în cămin (Brimblecombe 1985). Unii retardați sever continuă să necesite tratament pentru tulburări de comportament, boli psihice, epilepsie sau invaliditate fizică. Un număr mic necesită menținerea în spital.

Din cauza creșterii pronunțate a speranței de viață a celor retardați sever, cereri neprevăzute apasă acum asupra serviciilor sociale și este dificil să se prevadă nivelul nevoilor viitoare.

Servicii specifice

În continuare se va face o descriere a principalelor elemente dintr-un serviciu pentru retardați mintal. Se vor folosi titlurile din "Raportul Departamentului de Sănătate: *Servicii mai bune pentru handicapații mintal*" (1971).

- (1) Prevenirea sau depistarea precoce a handicapului mintal.
- (2) Evaluarea achizițiilor și incapacităților persoanei handicapate mintal și reevaluarea lor periodică.
- (3) Sfat, ajutor și măsuri practice pentru familii.
- (4) Asigurarea educației, instruirii, ocupației sau muncii potrivite pentru fiecare persoană handicapată.
- (5) Îngrijire rezidențială adecvată nevoilor individului.

(6) Servicii medicale, de îngrijire (nursing) și alte servicii pentru cei care le solicită, ca pacienți ambulatori, pacienți de zi sau pacienți internați.

I. Serviciile preventive

În Statele Unite, Președintele Comisiei pentru Retardare Mintală aprecia în 1972 că va fi posibilă reducerea retardării mintale cu 50% înainte de sfârșitul secolului. Experiența recentă sugerează că această estimare este mult prea optimistă. Mai mult, un astfel de scop ar putea fi atins numai pentru retardarea severă și numai în țările dezvoltate. Pentru retardarea ușoară, care are cauze mai puțin distincte, micșorarea la o astfel de scară este foarte puțin probabilă (vezi Clarke și colab. 1985).

Profilaxia primară depinde în mare măsură de sfatul genetic, depistarea precoce a anomaliilor fetale în timpul sarcinii și nașterea în siguranță. Profilaxia secundară își propune să prevină evoluția incapacității prin metode fie medicale, fie psihologice. Acestea din urmă includ "îmbogățirea" educației și eforturi precoce pentru a reduce problemele comportamentale.

Consultația genetică

Aceasta începe cu evaluarea riscului de a da naștere unui copil anormal. O astfel de evaluare se bazează pe studiul istoricului familial și cunoașterea bolilor ereditare cu rol în geneza defectului mintal. Viitorilor părinți li se vor oferi explicații asupra riscurilor posibile și vor fi încurajați să le discute. Cei mai mulți părinți cer sfatul numai după ce s-a născut primul copil anormal. Unii îl solicită înainte de a avea copii, deoarece există o persoană retardată mintal de o parte sau alta a familiei. (Pentru valoarea generală a sfatului genetic, vezi pag.340.)

Asistența prenatală

Aceasta începe înaintea concepției prin sfaturi asupra dietei, alcoolului și fumatului, și asigurarea imunizării împotriva rubeolei la fetele cărora le lipsește imunitatea. Unele cauze de retardare mintală pot fi azi diagnosticate intrauterin. Amniocenteza, fetoscopia și ecografia fetusului în al doilea trimestru pot releva anomalii cromozomiale, mai ales defecte de tub neural, și aproximativ 60% din erorile de metabolism înăscute. Amniocenteza implică un risc mic dar bine definit și de aceea este de obicei făcută numai femeilor care au născut un fetus anormal anterior, femeilor cu istoric familial de boală congenitală și acelor de peste 35 de ani.

Incompatibilitatea Rh se poate preveni azi în mare măsură. Sensibilizarea unei mame cu Rh negativ poate fi, de obicei, evitată prin administrarea de anticorpi anti-D. Un făt afectat poate fi depistat prin amniocenteză și tratat, dacă e nevoie, prin transfuzie. Pentru gravidele cu diabet zaharat, îngrijirea specială poate îmbunătăți perspectiva pentru făt. Informații în plus despre aceste aspecte de îngrijire vor fi găsite în manualele moderne de obstetrică și pediatrie.

Profilaxia postnatală

În Anglia, toți copiii sînt testați de rutină pentru fenilcetonurie, iar testarea de rutină pentru hipotirozism și galactozemie a devenit din ce în ce mai obișnuită. Unitățile speciale de îngrijire intensivă și metodele îmbunătățite de îngrijire pentru prematuri și copii subponderali la naștere pot preveni retardarea mintală la unii copii la care mai înainte s-ar fi produs afectare cerebrală. Totuși, metodele permit și supraviețuirea unor copii retardați care altfel ar fi murit.

Educația "compensatorie"

Aceasta intenționează să asigure condiții optime pentru dezvoltarea mintală a

copilului retardat. Acesta a fost scopul programului "Head Start" din Statele Unite, care a acordat educație suplimentară pentru copiii privați. Metodele acestuia au variat de la educarea în creșe, la încercări de a forma deprinderi specifice (vezi Rutter și Madge 1976). Multe din rezultate au fost dezamăgitoare. Un program mai intensiv cu scopuri similare a fost dus la bun sfârșit la Milwaukee (Heber și Garber 1975). Profesori competenți s-au ocupat de copiii ce trăiau în mahalale și ale căror mame aveau un IQ scăzut (sub 75). Această educație suplimentară a început când copilul avea trei luni și a continuat pînă la vîrsta școlară. În același timp, mamele erau instruite pentru o varietate de deprinderi domestice. Acești copii au fost comparați cu copii martor de aceeași vîrstă care veneau din familii similare, dar care nu primiseră educație suplimentară și ale căror mame nu fuseseră instruite. La vîrsta de patru ani și jumătate, copiii instruiți aveau în medie un IQ cu 27 de puncte mai mare decît acela al martorilor. Deși acest studiu poate avea erori deoarece selecția copiilor nu a fost făcută strict la întîmplare și deoarece unele din schimbările scorurilor testului ar putea să fi fost datorate modului de testare, principalele constatări rămîn probabil valabile. Cele constatate arată că efortul substanțial al unei echipe antrenate și instruite poate produce un progres care merită osteneala la copiii cu inteligență joasă, născuți din mame dezavantajate social. De asemenea rezultatele indică nevoia de instruire atît a părinților, cît și a copiilor.

Acum există peste tot dovezi că intervenția preșcolară poate fi eficientă (Lazar și colab. 1982). Pentru o trecere în revistă, vezi Clarke și colab. (1985).

2. Evaluarea

Retardarea severă este de obicei evidentă de la o vîrstă timpurie. Gradele mai mici pot deveni vizibile numai cînd copilul începe școala. Medicii de familie și profesorii trebuie să știe să depisteze retardarea posibilă, dar o evaluare completă necesită cunoștințele unui expert. Evaluarea completă este adesea efectuată într-un centru de evaluare unde copilul poate fi observat în numeroase activități diferite. Metodele au fost descrise anterior (pag.661).

Odată ce retardarea mintală a fost diagnosticată, sînt necesare revizuii regulate. Pentru retardații mintal care trăiesc în comunitate, aceste revizuii vor fi de obicei efectuate de pediatri, profesori și asistenți sociali. Responsabilitatea principală a psihiatrului este pentru pacienții care locuiesc în spital sau sînt îngrijiți ambulator.

Este important să se facă o revizuire minuțioasă cînd copilul părăsește școala. Această revizuire va evalua nevoia lui de educație ulterioară, perspectivele de angajare, indicațiile pentru un centru de instruire și necesitățile pentru îngrijire zilnică. Adulții retardați mintal necesită de asemenea să fie evaluați cu regularitate pentru a ne asigura că ei continuă să-și utilizeze capacitățile și să primească ajutorul potrivit.

3. Ajutorul pentru familii

Ajutorul pentru familii este necesar mai ales atunci cînd diagnosticul este pus pentru prima dată. Pentru părinții îngrijorați nu este suficientă o explicație doar o singură dată. Ei pot avea nevoie de explicații repetate, înainte să înțeleagă toate implicațiile. Trebuie alocat timpul necesar pentru a explica prognosticul și ajutorul ce poate fi asigurat și pentru a discuta rolul pe care părinții îl pot juca în ajutorarea copilului lor pentru a-și folosi în întregime capacitățile.

Ulterior, părinții au nevoie de ajutor continuu. Cînd copilul începe școala, ei vor fi informați despre progresele lui. Trebuie să li se dea ajutor în probleme practice cum ar fi îngrijirea de zi a copilului în timpul vacanțelor, supravegherea acasă a copilului, sau aranjamente pentru concediul familiei. Pe lîngă asistența practică, părinții necesită continuarea susținerii psihologice.

Este mai probabil ca familiile să aibă nevoie de ajutor suplimentar când copilul lor retardat mintal se apropie de pubertate sau părăsește școala [vezi Brimblecombe (1979) pentru o relatare mai detaliată a acestor chestiuni].

4. Educația, instruirea și angajarea

În 1929, Comisia pentru Deficiență Mintală a făcut următorul comentariu despre școlile pentru retardați mintal:

Dacă majoritatea copiilor cărora aceste școli le sînt destinate urmează să ducă viața unui cetățean obișnuit... aceste școli trebuie să fie aduse într-o relație apropiată cu sistemul școlar public elementar și prezentate părinților nu ca ceva distinct și umilitor, ci ca o varietate utilă a unei școli obișnuite.

Progresul în îndeplinirea acestui scop a fost lent și există diferențe considerabile între prevederile diferitelor departamente regionale de sănătate. În 1970, Legea Educației Copiilor Handicapați a cerut Autorităților Locale de Educație să susțină educația și instruirea tuturor copiilor retardați mintal, indiferent dacă trăiesc în spitale sau în propriile lor case. În 1978 Comisia Warnock (Comisia de Cercetare a Educației Copiilor și Tinerilor Handicapați) a recomandat ajutoare sporite pentru educația specială a copiilor preșcolari și de vîrstă școlară. De asemenea, această comisie a subliniat necesitatea ca un număr cît mai mare de copii retardați mintal să fie educați în școli obișnuite, fie în clase obișnuite, fie în clase speciale, dar cu integrare socială în afara orelor de clasă.

O ulterioară lege a educației (1981) a solicitat autorităților locale să identifice copiii handicapați de toate felurile și să formuleze necesitățile acestora. Autorităților pentru sănătate li s-a cerut să anunțe autoritățile locale despre copiii handicapați sub vîrsta școlară.

Cercetarea a arătat în mod consistent valoarea unui start precoce. Un astfel de început poate fi făcut într-o grădiniță specială sau grup de joacă, sau uneori prin îngrijirea de zi la un spital. Cînd este atinsă vîrsta pentru școala primară, copiii mai puțin handicapați pot urma ore de recuperare în școli obișnuite. Alții necesită școli speciale "pentru copii cu dificultăți de învățare" (anterior numite școli pentru Subnormali Educațional). Nu este încă sigur care copii retardați beneficiază de școlarizare obișnuită și în special dacă pentru retardații sever este valabil acest lucru. Educația într-o școală obișnuită oferă avantajele unui mediu social mai normal și perspective mai mari de progres; dar are dezavantajul lipsei de aptitudini didactice speciale și de echipament și riscul ca copilul retardat să nu fie acceptat de copiii mai dotați.

Tradițional, educația pentru retardații mai sever s-a bazat pe metodele de instruire senzorială inițiate de Itard și Seguin (vezi pag.661). Abia recent conținutul programului a fost reconsiderat. Prima schimbare a fost către o abordare similară cu aceea dintr-o școală primară obișnuită, cu accent pe autoexprimare. Totuși, metodele de acest fel pot să fie nepotrivite pentru retardați. Există azi o folosire crescută a unei abordări mai structurate a predării, precum și a metodelor comportamentale în instruire.

Înainte de a părăsi școala, copiii retardați necesită reevaluare și orientare profesională. Cei mai mulți dintre cei retardați ușor sînt capabili să-și ia serviciu normal sau să beneficieze de serviciu protejat. Retardații sever vor fi probabil transferați în centrele de instruire a adulților. Pentru unii acest transfer va fi o etapă către o slujbă normală, dar pentru majoritatea va fi permanent. Centrele de instruire pentru adulți erau inițial menite să asigure o muncă industrială protejată. Este acum vizibil că ele trebuie să asigure o gamă mai largă de activități, dacă se dorește dezvoltarea intensă a capacităților fiecărui participant. Chiar pentru minoritatea de

retardați sever care necesită supraveghere intensivă, îngrijirea este de obicei asigurată mai bine într-un centru de instruire decât într-un spital. Pentru o recenzie vezi Office of Health Economics (1986 b).

5. Îngrijirea rezidențială

Astăzi este larg acceptat că retardații mintal trebuie îngrijiți de părinții lor, sau când ei sînt o povară prea grea, în unități rezidențiale mici și agreabile. În sprijinul acestei opinii a venit un studiu important al lui Tizard (1964), care a comparat două grupuri de copii care aveau retardare mintală moderată sau severă, dar fără handicapuri fizice suplimentare serioase. Un grup a fost crescut într-un spital mare și altul într-o unitate rezidențială mică, unde îngrijirea a fost asigurată de mici grupuri asemănătoare familiei. Copiii crescuți în această mică unitate au dezvoltat mai bine capacități verbale, relații emoționale și independență personală. Ulterior, King și colab. (1971) au arătat avantajele căminelor organizate de autoritățile locale (care sînt cu puțin mai mari decât micile unități) față de spitalele pentru retardați mintal. King și colab. au sugerat că avantajele căminelor sînt datorate nu numai mărimii lor mai mici și înzestrării mai bune cu personal, dar, de asemenea, și concepției lor "centrate pe copil". Astfel, studii ca acelea ale lui Landesman-Dyer (1981) au confirmat că doar mutarea copiilor retardați mintal în unități de locuit mai mici nu este folositoare decât atunci când personalul încurajază pacienții să trăiască cît mai normal posibil.

Aceste constatări sînt reflectate în raportul Comisiei de Cercetare pentru Îngrijirea și Ajutorarea Handicapului Mintal (the "Jay Report" 1979). Raportul sugerează că instruirea convențională a surorilor nu este o pregătire potrivită pentru îngrijirea generală a copiilor retardați mintal. Totuși, se crede în mare măsură că personalul instruit din spital are un rol important în îngrijirea retardaților mintal. Acest rol este de a trata la retardați tulburările mintale, tulburările de comportament severe, epilepsia, defectele senzoriale importante sau deficiențele de limbaj, ori alte probleme somatice severe.

În Anglia, politica oficială este să se înlocuiască spitalele mari și izolate existente cu unități mai mici în comunitatea pe care o servesc. Au fost propuse diferite alternative. După Kushlick (1980), toți copiii retardați sever și cei mai sever retardați adulți care altfel ar necesita îngrijire instituțională, pot fi supravegheați în unități rezidențiale cu 25 paturi de către oameni care nu au primit instruire specială de cadre medii. Evaluarea acestor unități de copii sugerează că ele sînt la fel de bune sau mai bune decât spitalul mare tradițional; totuși, apărătorii "normalizării" critică aceste unități ca fiind încă instituționale. Alte alternative la spital includ locuințele de grup, adopțiunea și luarea în îngrijire de către o altă familie (fostering) (vezi Udall și Corbett 1979). [Vezi Raynes și Sumpton (1987) pentru o discuție a datelor recente.]

În ultimii ani, reducerea paturilor de spital a fost mai mare decât s-a prevăzut inițial de DHSS (1972). În Serviciul Național de Sănătate există acum numai 1000 de paturi în Anglia și Țara Galilor pentru copiii sub 16 ani. Aceste paturi sînt tot mai mult folosite mai degrabă pentru o ședere scurtă pentru tratament de specialitate decât pentru internare pe termen lung.

6. Serviciile medicale specializate

Copiii și adulții retardați au adesea handicapuri fizice sau epilepsie, pentru care este necesară îngrijirea medicală continuă. Astfel, în Anglia, îngrijirea medicală se obține de la serviciile medicale obișnuite, plasînd astfel o mare povară suplimentară asupra medicilor generalişti și pediatrilor. Uneori, acest sistem lucrează bine, dar pot exista dificultăți pentru pacient și familia lui dacă medicii și asistentele nu știu cum să procedeze cu un pacient cu care nu se pot înțelege. În cîteva țări, precum Danemarca,

este disponibil pentru retardați un serviciu medical special.

Tratamentul tulburărilor psihice la retardații mintal

Așa cum s-a explicat mai sus, tulburarea psihică la retardații mintal se observă de obicei prin schimbări în comportament. Trebuie reamintit că schimbarea comportamentală poate rezulta, de asemenea, din boala fizică sau din evenimente stresante; ambele vor fi cu atenție excluse. La cei mai retardați și în special la aceia cu deficiențe senzoriale, tulburarea comportamentală poate fi datorată substimulării mai degrabă decât stresului excesiv. Odată ce cauza este clară, urmează tratamentul. Boala somatică va fi tratată prompt, evenimentele stresante reduse dacă e posibil, sau se va asigura un mediu mai stimulativ când se consideră necesar. Dacă comportamentul perturbat rezultă dintr-o tulburare psihică, tratamentul este similar în multe privințe cu acela pentru un pacient cu inteligență normală și cu aceeași tulburare (vezi mai jos). Este important să se dea sfaturi și să fie sprijiniți părinții sau alți oameni care îngrijesc de pacient în timpul perioadei de tratament. În cazuri mai serioase și persistente, internarea în spital poate fi necesară. Pentru o recenzie, vezi Reid (1982) și Corbett (1985).

Medicația

Deși medicamentele antipsihotice sînt folosite pe scară largă pentru a controla comportamentul anormal la retardații mintal, au existat puține studii controlate ale efectelor lor. Indicațiile acestor medicamente sînt similare cu acelea pentru pacienții cu inteligență normală. Clorpromazina sau haloperidolul sînt preparate adecvate. O atenție specială se va acorda efectelor secundare, deoarece pacientul poate să nu fie capabil să atrage atenția asupra lor. Deși medicamentele antipsihotice pot fi folosite pe termen scurt pentru controlul problemelor de comportament, ori de cîte ori este posibil, pentru îngrijirea pe termen lung se vor folosi măsuri sociale sau tratament comportamental.

Mulți pacienți retardați mintal suferă de epilepsie și necesită tratament anticonvulsivant. O atenție specială este necesară pentru a se ajunge la un medicament și o doză care controlează accesesele fără a produce efecte nedorite (vezi pag.53 pentru efectele adverse ale medicamentelor anticonvulsivante).

Sfătuirea

Înțelegerea limitată a limbajului de către pacienți pune limite evidente în folosirea psihoterapiei. Totuși, simpla discuție poate ajuta. După cum s-a notat deja, sfătuirea părinților este o parte importantă a tratamentului.

Modificarea comportamentului

Această metodă a devenit larg folosită de cînd a fost pentru prima dată introdusă în Statele Unite, în anii '60. Poate fi folosită pentru încurajarea deprinderilor de bună igienă, ca spălarea, folosirea toaletei și îmbrăcatul. Adesea, părinții și profesorii sînt instruiți să învețe pacientul ce trebuie să facă în ambianța lui de fiecare zi (vezi Yule și C 1980). Se specifică mai întîi comportamentul ce urmează să fie modificat. Dacă problema constă într-un comportament nedorit, se caută orice factori de mediu care pot provoca cu regularitate sau să-l reîntărească. Dacă e posibil, acești factori de mediu sînt schimbați. În acest fel, problemele de comportament sînt eliminate prin faptul că nu sînt recompensate și prin reîntărirea unor răspunsuri alternante. Comportamentul agresiv este uneori tratat prin oprirea tuturor reîntăririlor;

așa-numita "pauză", pacientul este ignorat sau izolat pînă ce comportamentul se liniștește. Dacă problema constă în lipsa unui anumit comportament social dorit, se fac încercări care să reîntărească orice astfel de comportament cu recompense materiale și sociale, dacă e necesar prin "modelarea" comportamentului final din componente mai simple. Recompensa va fi dată imediat după ce comportamentul dorit a avut loc (de exemplu folosirea toaletei). Pentru învățarea unor deprinderi ca îmbrăcatul, este adesea necesar să se facă modelare și stimulare în stadiile timpurii și acestea să fie reduse gradat mai târziu.

Internarea obligatorie

Prevederile importante ale legislației din Anglia și Țara Galilor sînt prezentate în Appendix.

RECOMANDĂRI BIBLIOGRAFICE

Clarke, A.M., Clarke, A.D.B., și Berg, J.H.C. (1985). *Mental deficiency; the changing outlook (4th edn.)*. Methuen, London.

Syzmonski, L.S. și Crocker, A.C. (1985). Mental retardation. In *Comprehensive textbook of psychiatry* (ed.H.I.Kaplan and B.J.Sadock). Williams and Wilkins, Baltimore.

Reid, A. H. (1982). *The psychiatry of mental handicap*. Blackwell Scientific Publications, Oxford.

22 Psihiatrie legală

În activitatea sa, psihiatrul clinician trebuie să cunoască două seturi de legi, cele privind pacienții examinați în practica clinică curentă și cele referitoare la infractorii anormali psihic.

Primul set de legi (privind pacienții obișnuiți) constă din două grupuri principale. Primul este reprezentat de legi care reglementează practica clinică, în special internarea obligatorie a pacienților în spital și administrarea tratamentului fără consimțământul pacientului. Al doilea este reprezentat de legi civile care se ocupă de probleme precum capacitatea pacientului de a face un testament sau de a se îngriji de averea proprie.

Al doilea set de legi se ocupă de infractorii anormali psihic, adică cei care săvârșesc acte penale și care suferă de tulburări mintale, de retardare mintală sau de o tulburare severă de personalitate. Asemenea infractori constituie o mică parte din toți infractorii, dar prezintă numeroase probleme dificile din punct de vedere psihiatric și legal. Aceste probleme se referă la responsabilitatea penală și capacitatea de a pleda (*fitness to plead*) și la aspecte practice precum necesitatea unui tratament psihiatric pentru infractor și dacă un astfel de tratament trebuie efectuat în comunitate, într-un spital psihiatric sau un spital special, ori în închisoare. Pentru rezolvarea unor asemenea probleme, psihiatrul trebuie să cunoască nu numai legile, ci și legăturile între tipurile de infracțiuni și tipurile de tulburare psihică. Termenul de psihiatrie legală este folosit în două sensuri diferite, unul restrâns și altul mai larg. În sens îngust, termenul se aplică doar acelei ramuri a psihiatriei care se ocupă cu diagnosticul și tratamentul infractorilor anormali psihic. În sensul extins, termenul se aplică tuturor aspectelor legale ale psihiatriei, incluzând codul civil și legile care reglementează practica psihiatrică, precum și subspecialitatea care se ocupă de infractorii anormali psihic. În titlul acestui capitol termenul este folosit în sensul larg.

Capitolul începe cu un scurt comentariu al legilor privind practica psihiatrică obișnuită, cu mențiuni speciale privind confidențialitatea, consimțământul informat și internarea obligatorie în spital. Urmează o secțiune scurtă care se ocupă de codul civil în legătură cu situații cum sînt capacitatea de conducere auto și administrarea proprietăților bolnavilor.

Cea mai mare parte a capitolului se ocupă de infractorii anormali psihic. O scurtă trecere în revistă a cauzelor generale ale încălcării legii este urmată de discutarea legăturii dintre aceasta și diferitele categorii diagnostice psihiatrice. În continuare este descris rolul psihiatrului, cu mențiuni speciale privind capacitatea juridică a infractorului, starea mintală în momentul săvârșirii faptei, responsabilitatea diminuată și tratamentul psihiatric al infractorilor anormali psihic. Sînt expuse tipurile de infracțiuni (violențe, infracțiuni sexuale și infracțiuni contra proprietății) care au cea mai mare probabilitate de asociere cu factori psihologici. Acestea sînt urmate de unele recomandări pentru psihiatru privind activitatea lui în tribunal, chestionarea inculpaților și pregătirea raporturilor psihiatrice judiciare. Sînt apoi discutate pericolozitatea și violența, iar la sfîrșit există un appendix care schițează principalele prevederi ale Actului de Sănătate Mintală.

În parcurgerea capitolului se vor avea în vedere două aspecte importante. În primul rînd, există diferențe mari între legile diferitelor țări. Din acest motiv, capitolul se ocupă într-o mai mare măsură de principii generale decît de detaliile legilor. În al doilea rînd, există diferențe între conceptele juridice și cele psihiatrice privind

anormalitatea mintală. Aceste diferențe devin mai complicate deoarece conceptul de anormalitate mintală are accepțiuni diferite în diferitele părți ale legii. În acest capitol nu este posibil să se expună toate aceste concepte diferite, dar se vor da câteva exemple în legătură cu probleme precum capacitatea de a pleda, capacitatea testamentară (discernământul de a întocmi un testament) și apărarea juridică a bolii mintale. Dacă un psihiatru este solicitat să-și ofere părerea, el trebuie să fie familiarizat cu conceptul juridic al stării mintale anormale, raportat la cazul respectiv.

Legea privind practica psihiatrică curentă

În psihiatrie, principiile privind *confidențialitatea* și *consimțământul informat la tratament* sînt identice cu cele din medicina generală, dar anumite aspecte necesită o analiză aparte.

Confidențialitatea

Aceasta are o importanță aparte în psihiatrie, deoarece informațiile se referă la aspectele cele mai intime. În general, psihiatrul nu are voie să strîngă informații de la alte persoane fără consimțământul pacientului. Cînd pacientul este prea afectat din punct de vedere psihic pentru a da relații despre propria persoană, psihiatrul va trebui să le obțină, cu toată discreția, de la alții. Uneori, asemenea informații sînt de o importanță vitală pentru diagnostic și tratament. Principiul conducător este de a acționa în interesul pacientului și de a obține informații mai curînd de la rudele apropiate decît de la colegii de serviciu. Aceleași principii sînt valabile cînd psihiatrul trebuie să dea informații sau să-și expună părerile unor rude sau altor persoane. Majoritatea țărilor dispun de reglementări legale cu privire la circumstanțele în care informația medicală poate deveni publică (vezi Hawkins 1985).

Consimțământul la tratament

Pacientul trebuie să înțeleagă și să accepte liber tratamentul și efectele sale secundare probabile. Pentru majoritatea tratamentelor, cum sînt formele clasice de medicație, este suficient ca psihiatrul să explice natura tratamentului și efectele sale secundare probabile. Există, oricum, diferențe naționale privind cantitatea de informații cerute. De exemplu, conceptul de consimțământ informat implică o expunere mai detaliată a efectelor secundare ale tratamentului în SUA decît în Regatul Unit. Dacă există cea mai mică îndoială privind capacitatea pacientului de a-și da consimțământul informat la orice tratament, va fi consultată o rudă apropiată ori de cîte ori este posibil. Există uneori posibilitatea ca să apară într-un stadiu ulterior îndoieli sau controverse; de exemplu, dacă pacientul este foarte bolnav, sau dacă pacientul sau rudele sale sînt critice sau conflictuale. În asemenea cazuri este de obicei bine de a păstra o însemnare scrisă corect privind ceea ce s-a spus. [Pentru o expunere generală vezi Hawkins (1985). Cerințele curente privind consimțământul la tratament în Anglia și Țara Galilor sînt date în appendix.]

Internarea și tratamentul obligatoriu

Toate țările dezvoltate dispun de legi referitoare la apărarea unei persoane cu tulburare mentală și la apărarea societății de consecințele tulburării sale mentale. Într-o societate anume, legile variază în funcție de sistemul politic și de atitudinile publice față de avocați și medici. În general, necesitatea unui tratament psihiatric

obligatoriu este mai mică în societățile care oferă tratament psihiatric de calitate, respectat de comunitate.

Sînt necesare prevederi legale speciale pentru persoanele afectate psihic, care constituie un pericol pentru ele însele sau pentru alții și care refuză tratamentul necesar. Asemenea persoane, de obicei, nu au conștiința bolii sau o au diminuată. Ele prezintă o dilemă etică: pe de o parte au libertatea de a decide asupra propriei lor persoane, pe de altă parte necesită îngrijire și tratament obligatoriu, iar societatea are dreptul să fie protejată. Există mari diferențe între țări în această dilemă. În unele țări scandinave, de exemplu, procedurile pentru îngrijire obligatorie sînt simple, pe cînd în unele state ale SUA este necesară o hotărîre judecătorească.

În Anglia și Țara Galilor prevederile pentru internare și tratament obligatoriu sînt cuprinse în Actul de Sănătate Mintală (1983). Secțiunile relevante ale acestui act sînt explicate în appendix și acum vor fi menționate doar cîteva aspecte practice ale îngrijirii pacientului. Un psihiatru experimentat poate să evite adesea utilizarea internării forțate, încercînd să convingă pacientul cu răbdare și tact de a accepta voluntar îngrijirea. Dacă acesta nu a putut fi convins și tratamentul obligatoriu este inevitabil, membrii familiei sînt adesea solicitați să susțină internarea pacientului în spital. Medicul va trebui să consulte îndeaproape familia și să facă tot posibilul pentru a reduce la minimum anxietatea și sentimentul de vinovăție ale acesteia. Odată ce pacientul este spitalizat, restricțiile vor fi păstrate la minimum necesar pentru siguranță și tratament adecvat. Frecvent, pacientul și familia sa își dau seama repede că îngrijirea obligatorie este efectiv aceeași cu cea a unui pacient internat de bună voie. Dacă personalul spitalului este răbdător și adaptabil, este de obicei posibil de a menține tratamentul fără a produce daune de durată în relațiile dintre personal, pacienții și rudele acestora.

Uneori un pacient internat pe baza legii refuză de a accepta restricțiile sau medicația. Asemenea refuzuri impun o abilitate de îngrijire considerabilă prin fermitate și flexibilitate, răbdare și simpatie.

Altă problemă este cea a pacientului internat de bună voie, care trebuie să efectueze terapie electroconvulsivantă (TEC) pentru o tulburare psihică severă (de exemplu, depresie extremă cu refuzul periculos de alimente și lichide), dar care nu consimte să efectueze TEC. După cum este explicat în appendix, în Anglia și Țara Galilor procedeul este de a discuta problema în totalitate cu aparținătorii, de a solicita o opinie psihiatrică independentă și de a completa o dispoziție de tratament obligatoriu cu colaborarea aparținătorilor.

În majoritatea sistemelor legale, există prevederi împotriva detenției inutile și pacienții au dreptul de a avea acces ușor la proceduri de recurs. Tipul de prevederi variază de la țară la țară. Sistemul din Anglia și Țara Galilor este expus în appendix (pag.706) [Vezi Hoggett, 1984, pentru o trecere în revistă a principiilor și practicii, și Unsworth (1987) pentru o expunere asupra dezvoltării legislației privind sănătatea mintală în Marea Britanie.]

Codul civil

După cum s-a explicat în introducere, codul civil se ocupă cu legi referitoare la proprietate, moștenire și contracte. Cu alte cuvinte, el se ocupă de drepturile și obligațiile unui individ față de alt individ. În această privință, codul civil diferă de codul penal, care se ocupă de infracțiuni împotriva statului (nu neapărat împotriva unui individ). Procedurile declanșate de un individ sau de un grup care consideră că au suferit o încălcare a dreptului civil sînt mai frecvente decît procedurile inițiate

de o instituție a statului, de încălcare a codului penal.

În chestiunile de cod civil, psihiatrii au responsabilități speciale în legătură cu probleme precum capacitatea de conducere auto, capacitatea testamentară, prejudicii și contracte, tutela și contracte de căsătorie. Aceste subiecte sînt expuse mai jos.

Psihiatrul poate fi solicitat să prezinte un raport scris asupra stării mintale a pacientului în legătură cu aceste probleme, sau cu proceduri privind divorțul, despăgubirile sau alte chestiuni. În pregătirea unui asemenea raport, psihiatrul trebuie să urmeze aceleași principii ca în cazul întocmirii unui raport judiciar (vezi mai departe pag.697). El trebuie să pregătească raportul doar după o discuție completă cu pacientul și doar cu întregul consimțămînt al pacientului. Ca în toate actele psihiatrice pentru scopuri legale, raportul trebuie să fie concis și bazat pe fapte și trebuie să ofere motivații pentru orice opinii. În sfîrșit, legile în aceste probleme sînt complicate și este adesea recomandabil ca psihiatrul să solicite îndrumare juridică în acest domeniu, în special în legătură cu conceptul juridic de stare mentală anormală privitor la problema în chestiune (vezi Perr 1985, pentru o expunere a principiilor și practicilor legale în SUA).

Capacitatea de a conduce un autovehicul

Problema capacității de conducere auto poate apare în majoritatea tulburărilor psihice, în special în tulburările mintale majore. Șofatul periculos poate decurge din înclinații suicidare sau dezinhibiție maniacală; șofatul agresiv sau panicat poate rezulta din idei delirante de persecuție, iar șofatul nedecis sau inexact, din demență. Concentrarea asupra șofatului poate fi scăzută în anxietatea severă sau în tulburările depresive.

Problema capacității de conducere auto se ridică, de asemenea, în legătură cu medicamentele psihotrope, în special cele care afectează concentrarea, precum anxioliticele sau antipsihoticele în doze mari. Un medic solicitat de a se pronunța asupra capacității de conducere auto va lua în considerație orice condiție medicală sau tratamentul ei: pierderea controlului; scăderea percepției sau comprehensiunii, judecății, concentrării, afectarea funcțiilor motorii necesare în conducerea unui vehicul.

Capacitatea testamentară

Acest termen se referă la capacitatea de a face un testament valid. Dacă cineva suferă de o tulburare mentală în momentul redactării testamentului, valabilitatea testamentului poate fi îndoielnică și alte persoane pot contesta validitatea lui. Oricum, testamentul poate fi valid legal dacă testatorul este în depline facultăți mintale ("sound disposing mind") în momentul întocmirii acestuia.

În scopul de a decide dacă un testator este sau nu în stare de sănătate mentală, medicul va folosi patru criterii legale:

- (1) dacă testatorul înțelege ce este un testament și care sînt consecințele acestuia;
- (2) dacă el știe natura și mărimea proprietății sale (chiar dacă nu detaliat);
- (3) dacă el știe numele rudelor apropiate și poate evalua revendicările lor față de proprietatea lui; și
- (4) dacă nu are o tulburare mentală care poate denatura sentimentele sau judecățile privitoare la scrierea testamentului. (O persoană delirantă poate face în mod legitim un testament, cu condiția ca ideile delirante să nu influențeze actul).

În efectuarea unei examinări, medicul trebuie să-l vadă pe testator singur, dar va avea întrevederi, de asemenea, cu rudele și prietenii acestuia pentru a verifica acuratețea declarațiilor factive.

Prejudicii și contracte

Prejudiciile sînt fapte pentru care o persoană este răspunzătoare în codul civil, în contrast cu cele care țin de codul penal. Acestea includ, de exemplu, neglijența, calomnia, defăimarea, încălcarea proprietății și prejudicierea. Dacă o asemenea faptă este comisă de o persoană care nu este sănătoasă mintal, atunci pentru orice prejudicii judecate într-un tribunal este de obicei luată în considerare valoarea nominală. În acest context, definiția legală a tulburării mintale este restrictivă și este recomandabil pentru un psihiatru să ceară sfatul unui avocat în această problemă.

Dacă o persoană face un contract și dezvoltă mai tîrziu o tulburare mintală, atunci contractul este valabil. Dacă o persoană face un contract, avînd o tulburare mintală în acel moment, atunci se face o distincție între trebuințe (necessaries) și nontrebuințe (non-necessaries) de viață. Necesitățile sînt legal definite ca bunuri (sau servicii) "potrivite cu condiția de viață a unei persoane și cu cerințele sale actuale la acel moment." (Actul de Vînzare al Bunurilor - "Sale of Goods Act 1893"). Într-un caz anume, curtea va decide dacă anumite bunuri sau servicii sînt necesități în limitele acestei definiții. Orice contract făcut pentru trebuințe este întotdeauna valabil. În cazul unui contract pentru nontrebuințe făcut de o persoană cu tulburare mintală, contractul este de asemenea valabil, afară de cazul cînd se pot demonstra următoarele condiții: (a) că el nu înțelegea ceea ce făcea și (b) că cealaltă persoană era conștientă de incapacitatea partenerului.

Procura și administrarea din oficiu

Dacă un pacient este incapabil de a-și administra posesiunile din motive de tulburare mintală, trebuie făcute aranjamente, în special dacă incapacitatea e probabil să dureze mult timp. Asemenea aranjamente pot fi solicitate atît pentru pacienții care trăiesc în comunitate cît și pentru cei spitalizați. În legislația engleză sînt disponibile două metode - procura și tutela. Procura este metoda mai simplă, necesitînd, din partea pacientului, doar o autorizație scrisă pentru ca altă persoană să acționeze pentru el în timpul afecțiunii sale. Semnînd o astfel de autorizație, pacientul trebuie să fie capabil de a înțelege ceea ce face. El o poate revoca în orice moment.

Tutela este o procedură mai oficială și probabil gîndită mai mult în interesul pacientului. În Anglia și Țara Galilor se face o cerere către tribunal (Court of Protection), care poate desemna un administrator din oficiu (vezi p.708). Procedura este cel mai frecvent solicitată pentru vîrstnici. Problema incumbă o responsabilitate specială a psihiatrului. Dacă un pacient este capabil de a-și administra afacerile la internarea în spital, dar ulterior devine incapabil din motive de deteriorare intelectuală, este de datoria medicului de a sfătui rudele pacientului asupra riscurilor privind proprietatea. Dacă rudele nu doresc să acționeze, este de datoria medicului, în acest caz, de a face o cerere către tribunal (Court of Protection). Medicul poate să simtă rețineră de a acționa în acest fel; dar orice acțiuni ulterioare constituie responsabilitatea tribunalului, și nu a medicului.

Codul familiei

Un contract de căsătorie nu este valabil dacă la momentul căsătoriei oricare din părți era atît de tulburată mintal încît să nu înțeleagă natura contractului. Dacă se poate dovedi o astfel de tulburare mintală, o căsătorie poate fi declarată nulă și neavenită de către un tribunal. Dacă un partener de căsătorie s-a îmbolnăvit mintal în cursul unei căsătorii, aceasta poate constitui un motiv pentru divorț.

Unui medic i se poate cere părerea privind capacitatea părinților sau a unui tutore de a oferi îngrijire adecvată unui copil. Această problemă este discutată la pag. 633, iar legea în Anglia și Țara Galilor este rezumată în Appendix.

Infractorul anormal psihic

În acest manual există posibilitatea de a expune doar o scurtă schiță a tipurilor de infracțiuni. În Anglia și Țara Galilor, ca și în alte țări, încălcările legii revin, predominant, bărbaților tineri. Jumătate din toate infracțiunile pasibile de urmărire judiciară sînt comise de bărbați mai tineri de 21 de ani și un sfert de băieți sub 17 ani.

În ultimele decenii a crescut numărul infracțiunilor; de la războiul din 1939-1945, a existat o creștere permanentă a ratelor infracțiunilor contra proprietății și a crimelor violente. Aceasta a inclus și o creștere accentuată a numărului de infracțiuni comise de femei. Patru cincimi din numărul total al infracțiunilor sînt contra proprietății. Doar un sfert din cei "la prima infracțiune" vor recidiva. [Pentru alte informații privind criminalitatea vezi Walker (1965), Walker (1987), Radzinowicz și King (1977).]

Cauzele infracțiunii

În secolul XIX criminaliștii erau preocupați de ideea potrivit căreia criminalii erau degenerați. De exemplu, în 1876 Lombroso și-a publicat cartea *L'uomo delinquente*, în care a descris stigmatizări fizice caracteristice la criminali.

În acest secol, a existat un oarecare interes privind o posibilă bază genetică pentru comportamentul antisocial și criminalitate. Primele studii pe gemeni au sugerat că ratele pentru criminalitate erau substanțial mai mari la gemenii monoziagoți față de cei dizigoți (Lange 1931). Studii ulterioare de adopțiune în Danemarca au sugerat că influența genetică este mai mică, dar deosebit de semnificativă pentru criminalitatea severă și persistentă (vezi *Lancet* 1983). Au fost studiate de asemenea anomaliile cromozomiale. Inițial s-a raportat că anomalia cromozomială XYY era mai frecventă la pacienții din spitalele de maximă securitate (maximum security hospitals) decît în populația generală (de exemplu Jacobs și colab. 1965), dar studii recente au sugerat o slabă asociere a XYY cu comportamentul criminal și cu agresivitatea în particular (de exemplu, Witkin și colab. 1976). (Mednick și colab., 1987, au revizuit factorii biologici care contribuie la cauzele crimei).

Diverse studii au atras atenția asupra numeroaselor corelate sociale și economice ale crimei, precum influențele culturale locale, sărăcia și șomajul (Hood și Sparks 1980; Radzinowicz și King 1977).

În momentul de față se susține, în general, preponderența cauzelor sociale ale comportamentului criminal, față de cele psihologice. Oricum, există un grup mic dar important de infractori al căror comportament criminal pare să fie parțial explicabil prin factori psihologici (vezi West 1974). Acest grup prezintă un interes deosebit pentru psihiatru [vezi Walker (1987) pentru o expunere asupra cauzelor crimei].

Infracțiunea și tulburarea psihică

Este dificil a se obține o estimare demnă de încredere privind numărul infractorilor anormali psihic. După cum au subliniat Walker și McCabe (1973), un număr necunoscut dar considerabil de infractori anormali psihic "scurtecircuitează" tribunalele. Acest grup include infractori ale căror acte sînt cunoscute de medicii lor, dar nu și de poliție, cît și pe cei ale căror infracțiuni sînt cunoscute de poliție, dar nu sînt trimise în judecată. Poliția are o putere de decizie considerabilă dacă să trimită sau nu în judecată și nu rareori infracțiunile se rezolvă neoficial.

Totuși este cunoscut că închisorile conțin un număr considerabil de persoane cu tulburări psihice (vezi Coid 1984; Smith 1984). Într-un studiu al închisorilor din partea de sud-est a Angliei, Gunn (1977 a) a găsit că 31 % din deținuți erau cu tulburări psihice. Într-un studiu a 708 femei deținute, la jumătate dintre acestea s-au

găsit antecedente de autovătămare, tulburare psihică sau abuz de droguri (Turner și Tofler 1986). S-a raportat că tulburarea psihică este deosebit de frecventă printre infractorii condamnați la închisoare pe viață (Taylor 1986 b).

Se va oferi în continuare o scurtă trecere în revistă a asocierilor dintre infracțiune și variate categorii diagnostice psihiatrice. Se va reține că asemenea asocieri nu sînt în mod necesar cauzale. Mai mult, dacă o asociere de acest tip ar putea dobîndi ulterior o importanță deosebită, diagnosticele psihiatrice trebuie să fie bazate pe dovezi independente și nu deduse doar din comportamentul infracțional, oricît ar fi acesta de bizar.

Tulburările psihice cu cea mai mare probabilitate de a fi asociate cu infracțiunea sînt tulburările de personalitate, dependența de alcool și droguri și retardarea mintală. Alături de aceste categorii mai există un grup semnificativ de infractori recidiviști, adesea izolați social, fără locuință și fără serviciu. Ei sînt adesea cu intelect scăzut și unii cu schizofrenie cronică. În acest grup, infracționalitatea este doar o manifestare a unei incapacități globale. (Vezi Faulk, 1988, pentru o expunere a asocierilor dintre tulburarea psihică și infracțiune.)

Tulburarea de personalitate

Există asocieri strînse între infracțiune și tulburarea de personalitate, în special tulburarea personalității de tip antisocial. Gunn (vezi 1977 b) a pus diagnosticul de personalitate anormală la 20 % dintre deținuții din închisorile din sud-estul Angliei; Bluglass (vezi Gunn 1977 b) a găsit tulburări de personalitate de tip psihopatic la 40 % din deținuții condamnați de scurt timp dintr-o închisoare scoțiană; iar Guze (1976) a descris 70 % din deținuții eliberați din închisorile americane ca "sociopați". Trăsăturile, etiologia și tratamentul tulburărilor de personalitate de tip antisocial sînt discutate în capitolul 5. Infractorii cu astfel de probleme de personalitate sînt adesea mai susceptibili față de îngrijirea socială decît cea psihiatrică, dar există uneori indicații pentru tratament psihologic (vezi Gunn 1979), cum sînt tehnici de comunitate terapeutică sau tratament pentru probleme sexuale ori tulburări de anxietate.

În acest manual, termenul tulburare a personalității de tip antisocial este preferat celui de "tulburare psihopatică". Oricum, ultimul termen este în uz legal curent, iar cînd are de colaborat cu tribunalele, psihiatrului i se cere să-l folosească pe acesta. În Actul de Sănătate Mintală (1983), tulburarea psihopatică este definită ca "o tulburare sau incapacitate persistentă a psihicului (care include sau nu un deficit semnificativ al inteligenței) care determină conduite anormal de agresive sau grav iresponsabile". Dacă un ordin de internare obligatorie trebuie emis din motive de psihopatie, atunci Actul solicită dovezi că tratamentul are "probabilitatea de a ameliora sau preveni o deteriorare a condiției (pacientului)" și că "acesta să fie necesar pentru sănătatea și siguranța pacientului sau pentru protecția altor persoane".

Se susține de mulți insatisfacția asupra conceptului legal de psihopatie (vezi Gunn 1979; Walker și McCabe 1973). Definiția legală este greu de aplicat în practică (vezi Hamilton 1987 b). Există pericolul ca diagnosticul să fie bazat mai curînd pe natura infracțiunii decît pe orice dovadă independentă de tulburare psihică (Wootton 1959) și ca acesta să fie folosit ca o etichetă pentru indivizi al căror comportament nu este acceptabil pentru o societate bazată pe convenții (vezi West 1974). O altă critică este că specificarea privind tratamentul psihiatric nu este realistă, odată ce majoritatea celor cu tulburare psihopatică nu sînt susceptibili de a beneficia de tratament psihiatric.

Eysenck (1970a) a sugerat că există o asociere între infracțiune și personalitate, asociere ce depinde de rapiditatea "condiționării". Datele sînt contradictorii și o singură explicație pare puțin probabilă (vezi Farrington și colab. 1982).

Dependența de alcool și drog

Există legături strânse între alcool și infracțiune. Intoxicația alcoolică poate duce la acuzații legate de beție în public sau infracțiuni la volan. Intoxicația reduce inhibițiile și este puternic asociată cu infracțiuni violente, inclusiv omuciderea. Complicațiile neuropsihice ale alcoolismului (vezi capitolul 14) pot fi, de asemenea, asociate infracțiunii. De exemplu, se pot comite infracțiuni în timpul amneziilor alcoolice sau "black out" (perioade de câteva ore sau zile de care băutorul cronic nu-și poate aminti ulterior, cu toate că în acel moment el părea celorlalți ca având conștiința normală și era capabil de a îndeplini acțiuni complexe).

Intoxicația cu drog poate duce, de asemenea, la comportament infracțional, de exemplu, cu cocaină sau LSD. O legătură mai importantă cu infracțiunea rezultă din faptul că indivizii dependenți de drog pot fi împinși la furt sau violență pentru a-l obține. Legătura dintre dependența la drog și infracțiune este discutată mai pe larg în capitolul 14.

Retardarea mintală

Contrar părerilor mai vechi, nu există dovezi care să ateste că majoritatea infractorilor au inteligența mult scăzută. Studiile recente au arătat că majoritatea tinerilor infractori sînt la limita inferioară a normalității, pe scala de inteligență și doar aproximativ 3 % sînt retardați mintal. Nu există motive de a presupune că distribuția inteligenței este diferită la infractorii adulți.

Indivizii retardați mintal pot comite infracțiuni deoarece ei nu înțeleg implicațiile comportamentului lor, sau deoarece ei sînt susceptibili de a fi exploatați de alte persoane. Comparativ cu alți infractori, retardații mintal au mai mare probabilitate de a fi descoperiți. Cea mai strînsă asociere între retardare mintală și infracțiune este o incidență crescută a infracțiunilor sexuale, în special exhibiționismul la bărbați (Craft 1984). Exhibiționistul este adesea cunoscut de către victimă și rata detectării este deci mare. Se spune, de asemenea, că ar exista o asociere între retardarea mintală și incendiere. Motivul pentru a da foc poate fi excitația (excitement) sau răzbunarea pe o autoritate (vezi Reid 1982). În afară de infracțiuni sexuale și incendiere, nici un fel de alte crime nu sînt strîns legate de retardarea mintală.

Restul subcapitolului se ocupă de afecțiunile mintale majore: sindroame organice, tulburări afective și schizofrenie, nici una dintre ele strîns legată de infracțiune.

Tulburările mintale organice

Tulburările mintale organice acute pot fi asociate uneori cu comportamentul infracțional. Probleme de diagnostic survin dacă dezechilibrul mintal se corectează înainte ca infractorul să fie examinat de un medic.

Demența senilă poate fi asociată cu infracțiuni, cu toate că acestea sînt în general rare printre vîrstnici. Infracțiunile violente sînt rare. Ocazional, vîrstnicii comit delikte sexuale, de obicei sub forma indecenței față de copii. Asemenea bărbați au avut de obicei dificultăți sexuale dintotdeauna, dar fără infracțiuni anterioare de nici un tip. Ori de cîte ori un vîrstnic este acuzat de delict sexual, este esențial de a se lua în considerare posibilitatea demenței.

Epilepsia

Nu este sigur dacă infracționalitatea este mai comună la epileptici decît la nonepileptici. Nesiguranța rezultă din folosirea în diferite studii a unor populații selectate și a unor definiții diferite ale epilepsiei.

Se știe că există mai mulți epileptici în închisoare decît ar fi de așteptat, comparativ

cu populația generală (vezi Gunn 1977a). Această observație se referă în special la tineri și la deținuții cu infracțiuni violente. Se pare că în sine crizele nu sînt o cauză semnificativă de infracțiune. Oricum, unii epileptici pot avea suferințe cerebrale care induc atît crizele epileptice cît și comportamentul criminal, sau pot recurge la acte antisociale din cauza unor dificultăți sociale generale. S-a spus adesea că comportamentul violent, inclusiv sindromul de pierdere episodică a controlului (episodic dyscontrol), se asociază cu anomalii EEG, în absența epilepsiei clinice. Oricum, dovezile nu sînt convingătoare (vezi Fenton 1986). E posibil ca automatismele epileptice să fie o cauză extrem de rară de infracțiune.

Tulburările afective

Tulburarea depresivă

Această tulburare este uneori asociată cu furtul din magazine (shop-lifting) (Vezi pag. 693). În cazuri mult mai grave, tulburarea depresivă severă poate duce la omucidere. Atunci cînd aceasta se produce, individul depresiv are de obicei idei delirante, de exemplu, lumea este un loc prea îngrozitor pentru el și familia sa ca să poată trăi în ea; el își ucide apoi soția sau copiii pentru a-i proteja de ororile lumii. Ucigașul adesea se sinucide după aceea. Uneori, o mamă suferind de depresie postnatală, își poate ucide copilul nou-născut sau pe copiii mai mari. Rareori un individ cu o tulburare depresivă severă poate comite un omor datorită unei convingeri delirante persecutorii; de exemplu, victima ar fi responsabilă de suferința pacientului. Nu rareori, ideile de vinovăție și inutilitate pot face pacientul să mărturisească crime pe care nu le-a comis.

Nu există dovezi convingătoare privind vreo asociere raportată între tulburarea afectivă și comportamentul sociopatic (vezi Reich, 1985, pentru acest subiect).

Mania

Pacienții maniacali pot cheltui bani în mod excesiv. Ei pot cumpăra bijuterii, haine de blană sau automobile pe care nu le pot plăti. Ei pot închiria automobile și nu le înapoiază sau fură mașinile altor persoane. Ei pot fi acuzați de fraudă sau pretenții false. Pacienții maniacali sînt predispuși la iritabilitate și agresivitate; aceasta poate duce la infracțiuni de violență, însă rar la violență severă.

Schizofrenia

Relația dintre schizofrenie și infracțiune este încă nesigură din cauza dificultăților în selectarea eșantioanelor și populațiilor de comparație. Majoritatea cercetărilor s-au ocupat de omucidere și se cunosc puține informații privind alte forme de infracțiune violentă.

Taylor și Gunn (1984 b) au studiat 1241 de adulți arestați preventiv în închisoare și au găsit o prevalență substanțial mai mare a schizofreniei printre cei ulterior condamnați pentru omucidere și incendiere decît ar fi fost de așteptat în populația generală.

Cu toate acestea, într-un studiu amplu din Germania asupra infractorilor anormali psihic, riscul de omucidere s-a găsit a fi doar moderat crescut în schizofrenie, comparativ cu populația generală (Böker și Häfner 1977).

După cum s-a menționat mai sus, la unii schizofreni, infracțiunea este o expresie a unei incapacități globale. Acești indivizi sînt de obicei apatici și deficițari în judecată. În trecut, aceștia erau adesea rezidenți permanenți în spitalele de boli mintale; în zilele noastre, ei trăiesc în mare parte în comunitate și uneori ajung nevoiași. Infracțiunile lor sînt de obicei neînsemnate, dar, fiind repetate, pot duce la numeroase

condamnări la detenție pe durate scurte (Valdiserri și colab. 1986). Într-un al doilea grup de schizofreni, criminalitatea rezultă din idei delirante și halucinații. După Planansky și Johnston (1977), violența la schizofreni poate fi asociată cu oricare dintre următoarele trăsături: o frică mare și pierderea autocontrolului, în asociere cu idei delirante nesistemate; porniri irezistibile; comenzi de la voci halucinatorii; frenezie inexplicabilă (unaccountable frenzy) și idei delirante paranoide sistematizate incluzând convingerea necesității de apărare contra dușmanilor. Taylor (1985) a consultat indivizi psihotici în arest preventiv și a tras concluzia că simptomele psihice explicau majoritatea comportamentelor foarte violente. După cum s-a menționat în subcapitolul despre pericolozitate (pag.698), amenințările violente la schizofreni trebuie luate în serios; violența cea mai gravă se produce la cei deja cunoscuți de psihiatri [vezi Taylor (1986 a) pentru o expunere asupra riscului de violență în afecțiunea psihotică].

Tulburarea mintală la infractoare

În Marea Britanie sînt condamnați de nouă ori mai mulți bărbați decît femei și de 33 de ori mai mulți bărbați decît femei sînt întemnițați. Cu toate că poate fi într-o mică parte datorată unei identificări și raportări mai scăzute a infracțiunilor la femei, aceasta reflectă o diferență majoră în comportament.

Cea mai comună infracțiune la femei este furtul. Furtul din magazine reprezintă o jumătate din condamnările femeilor pentru infracțiuni pasibile de urmărire judiciară. În schimb, infracțiunile violente și cele sexuale sînt rare (O'Connor 1987). S-a susținut că femeile se dedau la forme de comportament antisocial, considerate de lege mai puțin grave decît cele pentru care sînt acuzați bărbații, precum acostarea și unele forme de fraudă în dauna fondului de asigurări. Oricum, în general, s-a creat impresia că femeile respectă legile mai mult decît bărbații.

Este în general acceptată ideea că o proporție însemnată de infracțiuni la femei este asociată tulburării mintale. Tulburarea psihică este comună printre femeile din închisoare (Turner și Tofler 1986). Martin și colab. (1978) au observat că cel mai puternic factor prognostic de recondamnare la închisoare printre femei era tulburarea psihică (în principal dependența de drog și personalitatea antisocială) și un istoric de homosexualitate.

Sindromul premenstrual este tot mai mult propus ca factor etiologic de către avocații apărării, fiind acceptat ca atare într-un număr de decizii recente ale unor tribunale. Este posibil ca simptomele premenstruale să complice sau să exacerbeze dificultăți sociale și psihologice preexistente, dar pare foarte improbabil ca ele să fie o cauză primară a infracțiunilor.

Responsabilitatea penală

Cu toate că infractorii anormali psihic reprezintă doar un număr foarte mic din totalul infractorilor, atât psihiatrul legist cît și psihiatrul generalist pot juca un rol important în identificarea, diagnosticarea și tratarea lor. Psihiatrului i se poate cere să ofere sfaturi în legătură cu următoarele situații: capacitatea de a pleda, starea mintală în momentul delictului; răspunderea penală diminuată și organizarea tratamentului psihiatric al delincvenților.

Fiecare dintre aceste probleme va fi discutată pe rînd. Discuția va fi bazată pe legile din Anglia și Țara Galilor, dar principiile se aplică în grade diferite și în alte țări. (Pentru alte informații asupra codului penal al Angliei și Țării Galilor, cititorului

i se recomandă textele juridice standard de Smith și Hogan, 1983, Hoggett 1984 cât și manualul lui Faulk 1988.)

Capacitatea de a pleda

Legea engleză cere ca acuzatul să fie într-o condiție adecvată pentru a se apăra. Problema poate fi ridicată de apărare, de acuzare sau de judecător. Aceasta nu poate fi decisă de o curte cu magistrați, ci doar de o curte cu jurați. Dacă acuzatul este găsit incapabil de a pleda, se ia o hotărâre de a-l trimite în orice spital specificat de către Ministrul Afacerilor Interne, unde poate fi reținut fără limită de timp și poate fi externat doar prin dispoziția Ministrului de Interne. Dacă este externat din spital, el se întoarce în justiție pentru judecată.

În determinarea capacității de a pleda, este necesar să se vadă în ce măsură inculpatul poate: (I) înțelege natura acuzației; (II) înțelege diferența între a susține că este vinovat sau nevinovat; (III) da declarații; (IV) contesta jurații; (V) urmări dovezile prezentate în tribunal.

O persoană poate suferi de o tulburare mintală severă și totuși să fie capabilă să facă față procesului. O problemă interesantă se ridică dacă acuzatul are amnezie pentru momentul săvârșirii infracțiunii; despre o asemenea amnezie s-a susținut că nu are legătură cu capacitatea de a pleda, cu toate că poate indica o tulburare subiacentă care o poate influența. Un studiu american asupra a 85 de subiecți judecați ca incompetenți de a face față procesului a arătat că majoritatea erau acuzați de infracțiuni grave. Planurile de îngrijire psihiatrică după eliberare erau în general inadecvate (Lamb 1987).

Starea mintală în momentul săvârșirii infracțiunii

Infractorii anormali psihic sînt judecați în același fel ca ceilalți infractori, dar după pronunțarea sentinței se acordă atenție stării lor mintale și posibilității de tratament psihiatric. În unele cazuri, totuși, problema responsabilității penale este pusă la proces. La baza acestei probleme stă principiul conform căruia un individ nu trebuie socotit vinovat, afară de cazul cînd el era capabil să controleze comportamentul și să aleagă între a comite sau nu actul ilegal. Din acest principiu decurge că, în determinarea vinovăției unei persoane, este necesar de a lua în considerație starea sa mintală în momentul săvârșirii actului (vezi Whitlock 1963).

Înainte ca cineva să fie condamnat pentru o infracțiune, acuzarea trebuie să dovedească: (I) că acesta a săvârșit un act ilegal (*actus reus*); (II) că acesta și-a dat seama de aceasta la acel moment, adică *mens rea*. Acesta este un termen tehnic care este adesea tradus aproximativ ca sentiment de vinovăție ("a guilty mind"). Totuși, această traducere poate fi greșită odată ce o persoană poate comite o infracțiune contra legii fiind complet convinsă că are dreptate din punct de vedere moral.

Diferitele categorii de *mens rea* nu sînt precis definite. Ele variază de la infracțiune la infracțiune și sînt interpretate în lumina dosarelor precedente. Categoriile sînt:

1. *Intenția*. Intenția are semnificații diferite, dar principiul de bază este că subiectul își dă seama și intenționează ca actul său de omisiune să producă consecințe ilegale.

Următoarele trei definiții sînt din Smith și Hogan (1983):

2. *Nesocotința* (Recklessness). "Nesocotința este asumarea deliberată a unui risc nejustificat. Un individ este considerat nesocotit raportat la consecința actului său, atunci cînd el prevede că aceasta se poate produce dar nu o dorește. Nesocotința cu privire la circumstanțe înseamnă a-și da seama că circumstanțele pot exista, fără a ști sau a spera că acestea există. Dîndreaptă o armă spre P și apasă pe trăgaci; dacă el nu știe că arma este încărcată, dar își dă seama că ar putea fi, el este considerat nesocotit cu privire la această circumstanță, fie că speră că arma nu este încărcată, sau doar nu îi pasă".

3. *Neglijența*. "Un individ acționează neglijent când produce o consecință pe care un om rezonabil și prudent ar fi putut s-o prevadă și s-o evite".

4. *Inadvertența neblamabilă* (blameless inadvertence). "Un individ poate în mod rezonabil să nu reușească să prevadă o consecință a actului său, ca atunci când o palmă ușoară produce moartea unei persoane aparent sănătoase; sau în mod rezonabil nu reușește să își dea seama de posibilitatea existenței unei circumstanțe, ca atunci când bunuri, care sînt de fapt furate, sînt cumpărate în cursul unor afaceri normale de la un negustor cu reputație bună".

Copiii mai mici de 10 ani sînt excluși deoarece ei sînt socotiți incapabili de intenție criminală (*doli incapax*). Copiii de vîrstă între 10 și 14 ani sînt excluși, cu excepția situației când se poate dovedi că ei știau natura actului lor și știau că acesta este greșit din punct de vedere moral și legal (alegere rea); cu alte cuvinte, legea admite că copiii din această grupă de vîrstă nu au *mens rea*, cu excepția cazurilor când ar putea fi dovedit cumva contrariul.

Gradul de *mens rea* necesar pentru o condamnare variază de la infracțiune la infracțiune. Pentru omor, este necesar de a stabili "intenția specifică"; pentru omorul din imprudență este suficient de a stabili neglijența grosolană; iar pentru unele tipuri de infracțiuni cum sînt cele de trafic rutier, nu este deloc necesar de a stabili vreun grad de *mens rea*. Pentru majoritatea infracțiunilor este necesar să se stabilească un oarecare grad de intenție.

Cînd un subiect este acuzat de o infracțiune, apărarea poate face afirmația că el nu este culpabil deoarece nu avea un grad suficient de *mens rea*. Această apărare se poate realiza pe mai multe căi:

(1) nevinovat din motive de boală mintală (insanity) (conform regulilor McNaughton);

(2) responsabilitate diminuată (nu e vinovat de omor, dar vinovat de omor din imprudență, care presupune un grad mai mic de intenție criminală);

(3) incapacitatea de a avea o intenție din cauza unui automatism.

Un exemplu este că dacă o mamă își omoară copilul în primul an de viață al acestuia, ea nu este de obicei declarată răspunzătoare în fața legii pentru omor, ci doar pentru crima mai puțin gravă de infanticid (vezi pag.689).

Tipurile de apărare înșirate mai sus vor fi acum analizate pe rînd. [(Pentru alte informații cititorului i se recomandă: Walker (1967); Walker și McCabe (1973); Comitetul în Probleme de Infractori Anormali Mintal (1975) și Insanity Defence Work Group (1983).]

Nevinovăția din motive de boală mintală (insanity)

Acest concept este cuprins în Regulile McNaughton. În 1843 Daniel McNaughton, un strungar în lemn din Glasgow, a împușcat mortal pe Edward Drummond, secretarul particular al primului ministru Sir Robert Peel. În procesul de la Old Bailey, s-a prezentat apărarea pe bază de boală mintală (insanity) pe motiv că McNaughton suferea de idei delirante de mai mulți ani. El credea că este persecutat de spioni și s-a dus la poliție și la alte autorități publice în căutare de ajutor. Sistemul său delirant s-a focalizat gradat asupra Partidului Conservator și el a hotărît să-l omoare pe liderul acestuia, Sir Robert Peel. El l-a omorît pe secretarul lui Peel, dar a fost împiedicat să tragă al doilea foc de armă în primul ministru (vezi West 1974). În acord cu sugestiile făcute de judecător în concluzia hotărîrii, McNaughton a fost socotit nevinovat pe motive de boală mintală (insanity) și a fost internat în Spitalul Bethlem. Acest verdict a scandalizat opinia publică și a fost dezbătut urgent în

Camera Lorzilor. La solicitarea Lorzilor, judecătorii au realizat reguli care nu sînt cuprinse în lege, dar oferă o ghidare, după cum urmează:

Pentru a stabili o apărare pe motive de boală mintală (insanity), trebuie să se dovedească clar că, la momentul comiterii actului, partea acuzată acționa sub influența unui asemenea defect de gândire, datorat unei boli mintale, astfel că nu știa natura și calitatea actului pe care îl săvîrșea sau, dacă îl știa, nu realiza că ceea ce face este greșit.

Regulile McNaughton nu au bază statutară, dar ele sînt acceptate de tribunale ca avînd același statut cu legile statutare. Dacă un infractor este găsit "nevinovat din motive de boală mintală (insanity)", tribunalul trebuie să ordone internarea sa într-un spital specificat de către Ministerul de Interne (Actul de Procedură Penală - Criminal Procedure (Insanity) Act 1964).

Regulile sînt mai restrictive decît cele din procesul McNaughton. Ele au fost puternic criticate ca oferind un concept de "insanity" ce este mult prea îngust. Criticii au susținut că "insanity" afectează nu numai facultățile cognitive, ci și emoțiile și puterea voinței. Datorită acestui motiv, precum și datorită preocupării crescînde referitoare la pedeapsa capitală, apărarea prin responsabilitate diminuată pentru omor a fost introdusă în 1957. De atunci o apărare prin boală mintală (insanity) în termenii regulilor McNaughton este rar ridicată.

Regulile McNaghton sînt folosite în mai multe alte jurisdicții și au condus la alte formulări asupra apărării prin boală mintală. În SUA, Asociația Psihiatrică Americană a revizuit procedurile după scandalul privind observația că, din motive de boală mintală, Hinkley nu a fost găsit vinovat de tentativă de omor al președintelui SUA. Aceasta a tras concluzia necesității unei dezvoltări a legislației pentru a cuprinde internarea, tratamentul, revizuirile și eliberarea unor astfel de indivizi (Grupul de lucru asupra apărării prin boală mintală - Insanity Defence Work Group 1983).

Responsabilitatea diminuată

Responsabilitatea diminuată poate fi susținută ca apărare contra acuzației de omor. Dacă apărarea este luată în considerație, acuzatul este găsit vinovat doar de omor din imprudență. Conceptul de responsabilitate diminuată se bazează pe o definiție a anormalității mintale care este mai cuprinzătoare decît cea inclusă în Regulile McNaughton. Acest aspect este ilustrat de următorul extras din Actul privind Omuciderea 1957 (secțiunea 2):

cînd un individ omoară sau participă la omorîrea altuia, el nu va fi condamnat pentru omor dacă el suferea de o anomalie a psihicului (fie provenind dintr-o dezvoltare mintală oprită sau întîrziată sau din alte cauze moștenite sau induse de boală sau traumatism) care a diminuat substanțial responsabilitatea sa mintală pentru actele și omisiunile sale în săvîrșirea sau participarea la omor.

În practică, dacă o persoană este acuzată de omor, ea poate susține că nu este vinovată de omor dar vinovată de omor prin imprudență pe motive de responsabilitate diminuată. Dacă această pledoarie este acceptată de acuzare și judecător, nu se susține procesul și se declară o sentință de omor prin imprudență. Dacă pe de altă parte pledoaria nu este acceptată de acuzare sau judecător, procesul se susține. Judecătorii trebuie apoi să analizeze dovezile, atît medicale cît și nemedicale, pentru a decide dacă în momentul săvîrșirii acuzatul suferea de o anomalie mintală, și, în caz afirmativ, dacă anomalia era atît de importantă încît să-i diminueze responsabilitatea. Dacă acuzatul este condamnat pentru omor prin imprudență, judecătorul poate decide o sentință adecvată (care poate include închisoarea pe viață) pe motive de pericolozitate. În contrast cu această disponibilitate în sentința pentru omor prin imprudență, există o sentință statutară cu închisoare pe viață pentru o condamnare de omor.

Responsabilitatea diminuată a fost pe larg interpretată și a făcut apărarea bolii mintale virtual ieșită din uz. Pledoariile care au avut succes de cauză s-au bazat pe condiții ca "imaturitate emoțională", "instabilitate mintală", "personalitate psihopatică", "stare depresivă reactivă", "emoții intricate de depresie, dezamăgire și exasperare" și, recent, "tensiune premenstruală".

Automatismul

Dacă o persoană nu are control asupra unui act, ea nu poate fi considerată responsabilă de acesta. Din acest motiv verdictele de nevinovăție au fost respinse când actele de violență au fost judecate ca fiind comise ca "automatisme la un om sănătos". Asemenea circumstanțe sînt rare, dar s-au produs în asociere cu hipoglicemia, comoția cerebrală și somnambulismul. Dacă automatismul este socotit ca provenit dintr-o "boală mintală", este numit "automatism patologic": apărarea adecvată se bazează atunci pe boala mintală și se aplică Regulile McNaughton. În practica legală au existat interpretări variate ale "bolii mintale" în acest context. O hotărîre recentă a Camerei Lorzilor a definit semnificația automatismului epileptic în legislația engleză. A fost respinsă apărarea prin "automatism la un om sănătos" și s-a hotărît că automatismul este o boală mintală și ca atare trebuie interpretat folosind Regulile McNaughton.

Legea privind alcoolul și dependența de droguri este complicată. Poate fi expusă sumar după cum urmează:

1. Intoxicația involuntară (ca atunci când cineva în mod involuntar consumă o băutură în care s-a adăugat un drog) sau automatismul ce se produce ca efect secundar al tratamentului medical constituie apărări valabile.
2. Intoxicația autoindusă nu este o apărare afară de cazul când (a) este ea însăși o dovadă de "boală mintală" conformă cu Regulile McNaughton; sau (b) este o dovadă a lipsei intenției raportată la acele infracțiuni pentru care trebuie dovedită "intenția specifică" (de exemplu omorul, furtul, spargerea). Intoxicația autoindusă nu este o apărare pentru acele infracțiuni la care dovada "intenției specifice" nu este solicitată (de exemplu omor din imprudență, viol, atac indecent și atac comun).

Tratamentul infractorului anormal psihic

Cînd sentința a fost pronunțată în tribunal, necesitatea unui tratament psihiatric poate fi luată în considerare. După condamnare, un infractor poate fi tratat pe o bază obligatorie sau voluntară (vezi Hoggett 1984). [(Facilitățile pentru infractorii anormali psihic sînt revizuite în cărțile lui Gostin (1985) și Walker (1987); rolul serviciilor psihiatrice legale este descris de Faulk, 1988).]

În Marea Britanie tratamentul special pentru infractori anormali psihic este în principiu asigurat de Ministerul de Interne (Home Office) (serviciul medical al închisorilor și serviciul de cauțiune) și de către DHSS (spitale speciale și servicii de psihiatrie legală și generală). Cu toate acestea, numeroși infractori anormali psihic nu primesc niciodată tratamentul psihiatric pe care îl necesită (Taylor și Gunn 1984b).

Psihiatrii generaliști asigură un serviciu de diagnostic și pregătesc rapoarte pentru tribunale. Ei oferă de asemenea un număr de servicii psihiatrice infractorilor care au primit sentințe fără privare de libertate. Psihiatrii legiști deservește spitalele speciale

și își asumă răspunderea diagnosticării specializate și a activității în tribunale. Ei oferă un ajutor crescând pentru a asigura servicii legale comunitare, care includ clinici de diagnosticare și tratament și își asumă responsabilitatea măsurilor de protecție în cadrul spitalelor psihiatrice obișnuite.

Anormalul psihic în închisoare

Studiile au arătat o prevalență mare a morbidității psihice printre deținuți (vezi de asemenea pag.676). Tulburările psihice majore nu sînt mai frecvente decît în populația generală, dar numeroși deținuți suferă de tulburări ale personalității, nevrotice și comportamentale. Alcoolismul, dependența de drog și epilepsia sînt de asemenea frecvente. Unele dintre aceste tulburări pot fi secundare detenției. S-a constatat că externarea pacienților cronici din spitale psihiatrice a crescut numărul indivizilor handicapați cronic trimiși în închisoare pentru delictе mărunte (Coid 1984, Gunn 1985b, Valdiserri și colab. 1986).

Serviciul medical al închisorilor are de asigurat îngrijire psihiatrică în condiții extrem de dificile și s-a susținut necesitatea unei creșteri substanțiale a contribuției psihiatrilor în asigurarea îngrijirilor de specialitate în închisori. Cîteva închisori oferă tratament psihiatric ca parte principală a activității lor, de exemplu Grendon Underwood din Anglia (Gunn și Robertson 1982). Cu toate că, indubitabil, se simte necesitatea unei bune îngrijiri psihiatrice în închisori, vor exista dezavantaje considerabile într-un sistem care, de fapt, a încurajat tribunalele să trimită pe cei anormali psihic mai curînd în închisoare decît în spitale (vezi Gunn 1985b; Gunn și Farrington 1982).

Infractorii în spital

În Anglia și Țara Galilor un infractor condamnat poate fi trimis la spital pentru tratament psihiatric obligatoriu printr-un ordin de spitalizare, conform Actului de Sănătate Mintală (vezi appendix).

Există de asemenea în lege o prevedere pentru deținut de a fi transferat din închisoare într-un spital de psihiatrie. Un aspect important este că ordinele de spitalizare nu au limită de timp, pe cînd majoritatea condamnărilor la închisoare au o durată fixă. Durata de ședere într-un spital de psihiatrie poate fi prin urmare mai scurtă sau mai lungă decît o condamnare la închisoare.

Internarea se face de obicei la un spital psihiatric local, dar poate fi și la un spital special. Prima măsură specială pentru bolnavii psihici criminali a fost realizată în 1800. După procesul în care Hadfield a fost găsit nevinovat, din motive de boală psihică, de a fi tras cu arma de foc în regele George III, la spitalul Bethlem s-a înființat o aripă specială pentru criminali. În 1863, Broadmoor, cel mai vechi dintre spitalele speciale, s-a deschis sub îngrijirea Ministerului de Interne. Acum există patru spitale speciale de maximă securitate în Anglia și Țara Galilor (Broadmoor, Moss Side, Park Lane și Rampton) care constituie responsabilitatea DHSS.

Detenția pacienților în spitale speciale este pentru o perioadă nedeterminată Dell și colab. (1987) au arătat că pentru cei cu afecțiune mintală (în special schizofrenie) durata de detenție la spitalul Broadmoor era asociată mai curînd cu severitatea sau cronicitatea tulburării psihice decît cu natura infracțiunii. În contrast, pentru sfertul de pacienți care sufereau de tulburare psihopatică, principalul determinant al duratei șederii era natura infracțiunii.

Reforma spitalelor de boli mintale din anii '50 și ulterior a avut consecințe neprevăzute pentru îngrijirea infractorilor anormali psihic. S-a pus un accent tot mai mare pe tratamentul acut; în același timp a existat mai puțină securitate fizică în spitalele psihiatrice și mai puțină consimțire din partea personalului spitalelor de a

tolera comportamentul grav tulburat. În consecință, a devenit tot mai dificil de a aranja internarea în spital pentru infractori, în special a celor dezechilibrați grav sau cu handicapuri cronice. Pentru infractorii dezechilibrați grav există alternative. Una este de a asigura zone de securitate dotate cu personal suficient în spitalele psihiatrice obișnuite; un asemenea aranjament implică riscul unor atitudini publice nefavorabile față de spital. Cu toate acestea, preocuparea privind necesitatea unor măsuri de prevedere sigure în spitalele psihiatrice a condus comitetul Butler (Comitetul care se ocupă de infractori anormali mintal 1975) să recomande constituirea unor unități de siguranță regională în cadrul spitalelor psihiatrice, pentru a umple golul dintre îngrijirea din spitalele obișnuite și cea din spitalele speciale. Aceasta a devenit în curînd o măsură guvernamentală, dar desfășurarea acțiunii de constituire a unor astfel de unități a fost lentă. A existat nesiguranță privind criteriile de selectare a pacienților pentru aceste unități cît și criteriile privind rolul unităților. Nu s-a stabilit dacă ele vor rezolva problemele pentru care au fost constituite (vezi Snowden 1985; Gostin 1985).

Tratamentul în comunitate

După pronunțarea unei sentințe fără privare de libertate, tribunalul poate cere îngrijirea socială și psihologică prin cauțiune (probation service). În plus, tratamentul psihiatric în condiții de internare sau în ambulator poate constitui o condiție a cauțiunii prin "Powers of the Criminal Courts Act" - Actul privind Puterile Curții Penale (1973) care a înlocuit "Criminal Justice Act" (1948). Cînd tratamentul constituie o condiție a cauțiunii, infractorul trebuie să declare că el este doritor să se conformeze. Tratamentul psihiatric pentru infractorii anormali psihic este similar celui pentru alți pacienți cu aceeași tulburare psihică, dar care nu au încălcat legea.

Printre infractorii cu handicapuri psihice cronice, cei care săvîrșesc repetat infracțiuni neînsemnate duc adesea lipsă de îngrijire adecvată. În trecut ei ar fi fost internați în azile, dar acum ei se învîrt între spital, închisoare și mizerie (Rollin 1969). Dacă asemenea indivizi ar putea duce o viață mai bună în afara spitalului, atunci calitatea îngrijirii comunitare trebuie ameliorată.

Următoarele subcapitole se ocupă cu infracțiunile aparținînd tipurilor care sînt cel mai probabil asociate cu factori psihologici. Aceste infracțiuni pot fi împărțite în infracțiuni violente, infracțiuni sexuale și infracțiuni contra proprietății.

Infracțiuni violente

La infractorii anormali psihic, violența este asociată mult mai mult cu tulburarea de personalitate decît cu tulburarea psihică (vezi pag.677). Violența este deosebit de frecventă la indivizi cu personalitate antisocială care abuzează de alcool sau droguri, sau care au trăsături paranoide sau sadice pronunțate (vezi Fottrell 1980). În general, violența este o parte a unui model persistent de comportament impulsiv și agresiv, dar poate fi un răspuns sporadic la evenimente stresante la personalitățile supracontrolate ("overcontrolled") (Megargee 1966). Diagnosticarea pericolozității și tratamentul violenței sînt discutate într-un subcapitol ulterior. (Vezi Tardiff, 1987, pentru o trecere în revistă.)

Omuciderea

Omuciderea poate fi împărțită în mai multe categorii juridice. Principalele sînt omorul, omorul prin imprudență și infanticidul, care constituie subiectul acestei părți

a capitolului. Omorul și omorul prin imprudență nu sînt definite prin legi, ci prin precedentele de practică judiciară (vezi Smith și Hogan 1983).

În conformitate cu o definiție des citată, formulată de Lord Coke în 1797, omorul se produce:

cînd un om în toate facultățile mintale și major omoară fără de lege în orice ținut al regatului orice ființă rațională în rerum natura, în pacea Regelui și cu rea premeditare, fie ea exprimată de parte sau scoasă la lumină de lege, astfel că partea rănită sau lovită etc. moare în urma rănii sau loviturii în curs de un an și o zi după aceea.

Expresia "cu rea premeditare" (malice aforethought) este importantă, deși nu are o definiție consfințită de lege, ci poate fi interpretată doar din cazuistică.

Conform cu Smith și Hogan (1983), omorul prin imprudență:

este o variantă de crimă deosebită, acoperind toate omuciderile ilegale care nu sînt omoruri. În această categorie sînt incluse o largă varietate de tipuri de omucidere, dar este obișnuit și folositor de a împărți crima prin imprudență în două grupuri principale care sînt desemnate ca omor prin imprudență "voluntar" și respectiv "involuntar". Distincția este că în omorul prin imprudență voluntar acuzatul ar fi putut premedita omorul, dar prezența unor anumite circumstanțe atenuante reduce crima sa la un grad mai puțin grav de omucidere criminală.

În omorul prin imprudență involuntar, nu există premeditare; aceasta include, de exemplu, cauzarea morții prin neglijență grosolană.

După cum s-a menționat mai sus, în acest capitol, categoria de omor prin imprudență rezultînd din responsabilitate diminuată, este definit nu de practica judiciară, ci de legi și anume de Actul privind Omuciderea (1957). Acest act prevede de asemenea că supraviețuitorul unui pact suicidal veritabil va fi vinovat doar de omor prin imprudență.

Este o practică comună aceea de a împărți omuciderea în "normală" și "anormală", conform cu consecința legală. Omuciderea este "normală", dacă este urmată de o condamnare pentru omor sau omor prin imprudență, conform cu preceptele de practică judiciară; este "anormală", dacă există o constatare de omor patologic, omor suicidal, responsabilitate diminuată sau infanticid. Această distincție este folosită pentru interpretările statistice (vezi Gibson 1975).

Omuciderea "normală" explică jumătate pînă la două treimi din toate omuciderile produse în Marea Britanie. În țări ca SUA unde rata generală a omuciderilor este mult mai mare decît în Marea Britanie, surplusul este constituit în mare parte din omucideri "normale". Omuciderea "normală" este cel mai probabil comisă de tineri din clasă socială inferioară. În Marea Britanie victimele sînt în principal membri de familie sau cunoștințe apropiate, și aceștia sînt rareori uciși în cursul unui jaf sau al unei infracțiuni sexuale. În țări cu rate mari ale omuciderilor, există o proporție mai mare de omoruri asociate cu jaful sau infracțiuni sexuale. Cînd se produce omuciderea sexuală, aceasta poate fi urmare a panicii din timpul săvîrșirii infracțiunii sexuale. Ca alternativă poate fi vorba de un omor sadic, frecvent comis de un bărbat timid cu fantasmă sadice bizare și alte fantasmă violente (Brittain 1970).

Omuciderea "anormală" explică o treime pînă la o jumătate din toate omuciderile din Marea Britanie. Este de obicei comisă de indivizi mai vîrstnici. Omuciderea săvîrșită de femei este mult mai rară și aproape întotdeauna "anormală", cea mai frecventă categorie fiind infanticidul. Victimele omuciderii sînt de obicei membrii de familie. La cei ce săvîrșesc omucidere "anormală", diagnosticul psihiatric cel mai comun este tulburarea depresivă, în special la cei care după aceea se sinucid. Alte

diagnostice asociate sînt schizofrenia (vezi Taylor 1986 a), tulburarea de personalitate și alcoolismul. Sindromul de gelozie patologică poate fi asociat cu oricare dintre diagnosticele de mai sus; a fost identificat la 12% din asasinii bărbați cu boală mintală, și la 3% din asasinii femei cu boală mintală. Este deosebit de periculos datorită riscului ca infracțiunea să fie repetată (vezi subcapitolul privitor la gelozia patologică pag.263).

O mare parte dintre toți ucigașii sînt sub influența alcoolului în momentul săvîrșirii crimei (Virkkunen 1974). Într-un studiu a 400 de indivizi acuzați de omor în Scoția, 58% dintre bărbați și 30% dintre femei au fost intoxicați cu alcool în momentul comiterii infracțiunii (Gillies 1976).

Statisticile privind victimele omuciderii prezintă de asemenea interes. Un sfert din totalul victimelor omuciderii au vîrsta sub 16 ani; morțile lor rezultă de obicei prin omucidere "anormală" sau maltratarea repetată a copiilor de către părinți. Printre victimele adulte, femeile sînt mai numeroase, raportul fiind de trei la doi. Aproximativ jumătate din victimele de sex feminin sînt omorîte de soții lor, iar restul în principal de rude sau prieteni intimi. În contrast cu aceasta, aproximativ jumătate dintre victimele masculine sînt omorîte de străini sau de asociați întîmplători. Bluglass (1979 b) a studiat 70 de omoruri și în mai mult de jumătate de cazuri a găsit că victima a jucat un rol în evenimentele care au dus la moarte. S-a arătat de asemenea că aproximativ o treime din victimele omuciderii erau intoxicate cu alcool în momentul crimei (Gillies 1976; Bluglass 1979 a).

Crima este urmată de suicid în aproximativ 10 % din omuciderile din Anglia și Țara Galilor. West (1965) a studiat 78 de cazuri produse în zona Londrei între anii 1954-61. Infractorii erau uimitor de diferiți de infractorii ucigași în general. Ei erau mult mai adesea femei, dintr-o clasă socială superioară și aveau mai puține condamnări anterioare decît alți infractori omucigași condamnați. Victimele erau de obicei copii. Jumătate din omucideri erau "anormale" în sensul definit mai sus; în majoritatea cazurilor, infractorul era grav deprimat în momentul actului. În majoritatea infracțiunilor "normale", asasinul dădea impresia să se fi simțit "împins la suicid de afecțiune sau de circumstanțe dureroase, victima fiind o parte nevinovată, implicată în virtutea unei legături strînse".

Diagnosticul psihiatric în cazuri de omucideri

În Anglia și Țara Galilor toți acuzații de omor sînt diagnosticați din punct de vedere psihiatric de un medic de închisoare. Acesta cere adesea o a doua opinie psihiatrică și avocații apărării caută adesea o opinie psihiatrică independentă. Este o uzanță bună pentru toți medicii implicați, fie ei angajați de acuzare sau de avocații apărării, de a discuta împreună cazul. Dacă aceasta se realizează, dezacordul este rar. Căpîi ale raporturilor sînt distribuite judecătorului, acuzării și avocaților apărării.

Raportul psihiatric trebuie să fie bazat pe o examinare psihiatrică și somatică completă. Este esențial ca psihiatrul să citească toate depozițiile martorilor, declarațiile acuzatului și orice însemnare medicală și raporturi sociale anterioare. Membrii familiei vor fi chestionați. Întocmirea unor raporturi judiciare scrise urmează forma uzuală (vezi pag.697) și trebuie să includă referințe asupra stării mintale la momentul pretinsei infracțiuni și asupra capacității de a pleda.

Părinți care își omoară copiii

În Marea Britanie un sfert din toate victimele omorului sau omorului prin imprudență sînt sub vîrsta de 16 ani. Majoritatea acestora sînt omorîți de un părinte care este bolnav mintal, în special de către mamă (d'Orban 1979). Clasificarea omorului copiilor este dificilă; categoriile folosite sugerate de Scott (1973) sînt omor altruist, omorul

psihotic și uciderea ca rezultat final al bătăii sau neglijării. Această ultimă categorie este discutată mai mult la pag.633.

Infanticidul

O femeie care își ucide copilul poate fi acuzată de omor sau omor prin imprudență, dar în circumstanțe speciale acuzația poate fi de infanticid. "Infanticide Act" (Actul privind infanticidul) (1922), mai apoi îmbunătățit de "Infanticide Act" (1938), a definit o categorie de infracțiune care acum poate fi socotită un caz special al conceptului mai larg de mai târziu de responsabilitate diminuată. Partea 1 a actului prevede că:

atunci când o femeie cauzează moartea copilului ei de vîrstă mai mică de 12 luni, dar la acel moment echilibrul ei mintal era deranjat din cauză că ea nu s-a restabilit complet după efectele nașterii sau alăptării consecutive nașterii copilului, ea va fi vinovată nu de omor ci de infanticid.

Judecătorul are aceeași libertate de a condamna pentru infanticid cît și pentru omorul prin imprudență. Conceptul juridic de infanticid este neobișnuit prin aceea că acuzatei i se cere să demonstreze doar că avea un dezechilibru psihic, ca rezultat al nașterii sau alăptării, dar nu că uciderea a fost consecința dezechilibrului ei psihic.

Resnick (1969) a găsit că se pot delimita două tipuri de infanticid. Atunci când uciderea s-a produs în decursul primelor 24 de ore după naștere, în majoritatea cazurilor copilul nefiind dorit și mama fiind tînără și nepregătită să-l îngrijască, dar nu și bolnavă psihic. Când uciderea s-a produs la mai mult de 24 de ore după naștere, în majoritatea cazurilor mama avea o tulburare depresivă și a ucis copilul pentru a-l salva de suferințele pe care ea le anticipa pentru acesta; aproximativ o treime din aceste mame au încercat de asemenea să se sinucidă.

Într-o analiză a dispozițiilor judiciare pentru infanticid, Walker și McCabe (1973) au găsit că marea majoritate a femeilor erau încredințate fie spitalelor, fie serviciilor de cauciune; aproximativ 1% erau trimise la închisoare.

Violența în familie

Acest subiect a suscitat atenția tot mai mult în ultimii ani. Mai multe trăsături necesită subliniere. În primul rînd, unii indivizi sînt violenți doar în familie, pe cînd alții sînt de asemenea violenți și în afara familiei. În al doilea rînd, și de o importanță deosebită, violența familială este puternic asociată cu consumul excesiv de alcool. În al treilea rînd, violența în familie poate avea efecte vătămătoare de durată asupra dezvoltării psihologice și sociale a copiilor (vezi Rutter și Madge 1976).

Dintre variatele forme de violență în familie, omuciderea a fost descrisă mai sus în acest capitol, pe cînd abuzul față de copii este revizuit în capitolul 20, iar violența asupra bătrînilor este menționată în capitolul 16. De curînd atenția s-a îndreptat spre alt aspect al violenței familiale, lovirea soției (wife battering). Este dificil să se obțină informații asupra acestui subiect, deoarece de la soț este de obicei dificil de a obține informații afară de cazul cînd el este arestat. Se pare că făptașii molestării soțiilor sînt în principal bărbați cu personalitate agresivă, pe cînd o minoritate sînt violenți doar cînd suferă de o afecțiune psihiatrică, de obicei o tulburare depresivă (vezi Gayford 1979; Goodstein și Page 1981; Jaffe și colab. 1986). Alte trăsături comune la bărbați sînt gelozia morbidă și alcoolismul. În tratamentul molestării soției, terapia maritală și familială este uneori folositoare. În unele cazuri o soție înfricoșată poate avea nevoie de ajutor practic pentru a părăsi casa.

Este important de a reține că violența familială duce uneori la omucidere în familie.

Furtul de copii

Nu s-au efectuat studii psihiatrice ale indivizilor care fură copii, cu toate că după Trick și Tennent (1981, p.28) majoritatea subiecților acuzați de această infracțiune sînt bărbați. Într-un studiu pe 24 de femei acuzate de furt de copii, d'Orban (1976) a identificat trei tipuri de furt: consolator, șantaj cu intenția de a influența pe altcineva; și furt impulsiv la femeile dezechilibrate psihic.

Infracțiuni sexuale

În Marea Britanie infracțiunile sexuale constituie mai puțin de 1% dintre toate infracțiunile pasibile de urmărire judiciară înregistrate de poliție. Dintre tipurile variate de infractori trimiși la psihiatru, infractorii sexuali constituie o parte relativ mare. Chiar și așa, doar o mică parte din subiecții acuzați de infracțiuni sexuale sînt diagnosticați de psihiatri. În afară de acostarea în scopuri de prostituție, femeile rareori comit infracțiuni sexuale. Bărbații comițînd infracțiuni sexuale mult mai frecvent, acest subcapitol le este consacrat aproape în întregime. Ca grup, infractorii sexuali sînt de vîrstă mai mare decît alți infractori, deși ei au de obicei antecedente de infracțiuni nesexuale. Ratele de recidivă sînt în general mai scăzute la infractorii sexuali decît la alți infractori, dar există o minoritate de infractori sexuali recidiviști care sînt deosebit de greu de tratat (vezi Gunn 1985 b).

Cele mai comune infracțiuni sexuale sînt atacul indecent contra femeilor, exhibiționismul, și relațiile sexuale ilegale cu fete care au vîrsta sub 16 ani. Unele infracțiuni sexuale nu implică violența (de exemplu: exhibiționismul, voyeurismul, majoritatea infracțiunilor sexuale angajînd copii), pe cînd altele o pot implica considerabil (de exemplu violul). Natura și tratamentul infracțiunilor sexuale neviolente sînt discutate în capitolul 15, dar aspectele lor juridice sînt analizate aici [vezi Howard League Working Party (1985) pentru o trecere în revistă a aspectelor sociale și juridice ale infracțiunilor sexuale].

Infracțiuni sexuale asupra copiilor

Este ilegal a avea orice activitate heterosexuală cu o persoană în vîrstă de mai puțin de 16 ani, sau orice activitate homosexuală cu indivizi sub 21 de ani. Infracțiunile sexuale cunoscute ce implică copii sînt comune, ridicîndu-se la mai mult de jumătate din toate infracțiunile sexuale raportate din Marea Britanie. Probabil că mult mai multe alte infracțiuni nu sînt raportate, în special cele care se produc în familie. Infracțiunile variază ca severitate de la indecență ușoară la comportament agresiv grav, dar majoritatea nu implică violență.

Adulții care comit infracțiuni sexuale contra copiilor – denumiți pedofili – sînt aproape întotdeauna bărbați. Ca și în cazul altor tipuri de infractori, ei sînt dificil de clasificat. Unii dintre ei sînt timizi, fără experiență sexuală; unii, retardați mintal și neinstruiți; alții au avut relații sexuale normale, totuși preferă activitatea sexuală cu copii. Omorul pedofil e rar.

Victimele sînt cunoscute de infractor în patru cincimi din cazuri și aparțin familiei infractorului în o treime din cazuri (vezi Mohr și colab. 1964). Victimele fete sînt mai numeroase decît băieții în proporție de doi la unu. S-a raportat că numeroși copii victime suferă de dificultăți emoționale mai tîrziu, dar după Howard League Working Party (1985) consecințele emoționale de durată lungă și severe ar fi rare. Sînt necesare mai multe studii pentru a decide în această problemă. Procedurile judecătorești, totuși, pot să fie deosebit de neplăcute pentru copiii victime (Weiss și Berg 1982).

Prognosticul pentru infractorii sexuali asupra copiilor este în general bun. Rata de recidivă este joasă. Majoritatea infractorilor nu evoluează de la acte mai puțin

grave la mai grave; o minoritate poate începe cu exhibiționism și evoluează ulterior spre infracțiuni sexuale violente. Pentru acest motiv, psihiatrii sînt adesea solicitați să se pronunțe asupra pericolozității infractorului.

În încercarea de a decide dacă infracțiunea are probabilitatea de a fi repetată și dacă există probabilitatea evoluției spre infracțiuni mai grave, psihiatrul trebuie să analizeze durata și frecvența activității sexuale specifice în trecut și orientarea sexuală predominantă a infractorului (înclinațiile și comportamentul pedofil în mod exclusiv indică un risc mai mare de repetiție). Pedofilii mai în vîrstă au o probabilitate mai mică de a fi agresivi. Este important de a determina dacă alcoolul sau drogurile au jucat vreun rol în infracțiune și dacă infractorul simte vreun regret sau vinovăție. Factorii de mediu relevanți includ orice circumstanțe stresante cît și gradul de acces la copii. În sfîrșit, se vor analiza dovezile oricărei tulburări psihiatrice sau defecte de personalitate, precum lipsa autocontrolului.

Tratamentul psihologic este de obicei orientat mai curînd către orice tulburare psihică subiacentă decît către comportamentul sexual nedorit. S-au raportat efecte benefice în urma psihoterapiei și a unor tipuri variate de tratament comportamental orientat către încurajarea comportamentului sexual normal, dar dovezile sînt incerte. S-a recomandat folosirea hormonilor sexuali sau a medicamentelor pentru a reduce impulsul sexual, dar aceasta pune probleme etice.

Abuzul sexual asupra copiilor este de asemenea discutat în capitolul 20.

Expunerea indecentă

În Anglia și Țara Galilor, expunerea indecentă este una dintre cele mai comune infracțiuni sexuale. Este mai frecventă la bărbații între 25 și 35 de ani. Termenul de expunere indecentă este numele legal pentru infracțiunea de expunere a organelor genitale în public. Se aplică tuturor formelor de expunere; exhibiționismul este de departe cea mai frecventă formă, dar expunerea poate să se producă de asemenea ca o invitație la raport sexual, ca un preludiu al atacului sexual, sau ca gest insultător. Exhibiționismul, după cum s-a explicat la pag.465, este termenul medical pentru comportamentul bărbaților care obțin satisfacție sexuală din expunere repetată în fața femeilor.

Exhibiționistii au rar un istoric de tulburare psihiatrică sau de alt comportament infracțional. Rata de recidivă e joasă și puțini infractori trec la infracțiuni mai grave.

Atacul indecent (indecent assault)

Atacul indecent cuprinde un registru larg de comportamente, de la tentativa de a atinge fesele unui străin la atac sexual fără încercare de penetrare. Psihiatrul este cel mai des solicitat să-și spună părerea asupra unor băieți adolescenți și a unor bărbați care au atacat copii. Numeroși adolescenți au un comportament care ar putea fi interpretat ca "indecent". Comportamentul indecent mai grav este asociat cu personalitatea agresivă, ignoranța și absența aptitudinilor sociale, lipsa de farmec personal și ocazional o inteligență sub normal. Tratamentul poate include sfatul și antrenarea aptitudinilor sociale.

Violul

Actul privind Infracțiunile Sexuale (1956) statuează că "un bărbat comite un viol dacă (a) are raport sexual nelegal cu o femeie fără consimțămîntul ei și (b) în acel moment el știa că ea nu va consimți la relația sexuală sau fi era indiferent dacă ea consimte sau nu". Relațiile sexuale forțate în căsnicie sînt excluse. Violul nu include în mod necesar folosirea violenței. Variaza de la utilizarea înșelătoriei fără violență la brutalitatea extremă. Violul și alte forme de agresiune sexuală par a fi mult mai

frecvente în populația generală decât ar putea sugera cifrele raportate de poliție. Violatorii au fost clasificați în modalități diferite (vezi Gibbens și colab. 1977; Gunn 1985). Majoritatea violatorilor sînt tineri și frustrați sexual, cu experiență mică în domeniul relațiilor sexuale și majoritatea au antecedente penale. Tulburarea psihică este rară la aceștia. Unele dintre tipurile comportamentale principale sînt: (1) bărbați antisociale agresivi care au un istoric de comportament infracțional general, dar fără o tulburare psihică anume; ei sînt probabil cei mai frecvenți; (2) bărbați sadici agresivi care doresc să umilească și să facă rău femeilor; (3) așa-numiții violatori explozivi care sînt adesea timizi și inhibați și care execută actul ca un plan premeditat de a scăpa de frustrare; (4) violatorii bolnavi mintal, care cel mai adesea suferă de manie; acesta este cel mai puțin numeros grup. Într-un studiu al lui Amir (1971), un sfert dintre violuri au fost comise de un grup de trei sau mai mulți bărbați.

Rata de recidivă este destul de joasă. Gibbens și colab. (1977) au găsit că, dintre bărbații acuzați de viol, 12% din cei condamnați și 14% din cei achitați înfăptuiseră o infracțiune sexuală ulterioară în intervalul de 12 ani din studiul catamnestic. În interpretarea acestor observații trebuie ținut minte că majoritatea condamnaților erau în închisoare și deci neexpuși la risc într-o perioadă a studiului. În aproximativ o treime din cazuri, victima este o cunoștință a violatorului, iar într-o cincime din cazuri ea pare să fi participat inițial la evenimentele care au condus la infracțiune. Uneori se spune că femeile care sînt violate au încurajat inițial în multe cazuri pe bărbat ori s-au supus fără multă rezistență. Există puține justificări pentru acest punct de vedere. Amir (1971) a găsit că jumătate din victimele violului erau amenințate fie verbal, fie cu arme, iar aproximativ o treime erau tratate cu brutalitate sau violență. Într-o asemenea situație periculoasă, supunerea fără multă rezistență fizică este de înțeles.

Există dovezi că victimele violului pot suferi de efecte psihice de lungă durată. Nadelson și colab. (1982) au chestionat 41 de femei care s-au prezentat la o clinică dintr-un spital general la scurtă vreme după ce au fost violate. După unul pînă la doi ani și jumătate mai tîrziu, jumătate din femei erau înfricoșate să rămîna singure, iar trei pătrimi erau încă bănuitoare în privința altor persoane. Numeroase femei au raportat depresie și dificultăți sexuale pe care le atribuiau violului. Cele care amîna solicitarea tratamentului par în mod special expuse la suferință severă (Stewart și colab. 1987). Suferința serioasă poate fi resimțită de asemenea de partenerii și familiile victimelor violului. În multe spitale generale, au fost întemeiate centre de intervenție în criză, servite de echipe multidisciplinare pentru victimele violurilor. [Pentru expuneri privind reacțiile psihologice și tratamentul victimelor violurilor, vezi Notman și Nadelson (1984), Mezey (1985).]

Violența sexuală

Unii bărbați care comit violuri, omucideri sau alte infracțiuni violente au probleme sexuale considerabile sau suferă de gelozie sexuală, ceea ce ar putea contribui la pericolozitatea lor (Gunn 1985 a). Un mic grup de indivizi obțin plăcere sexuală prin atacuri sadice asupra unor parteneri care nu consimt (Mac Culloch și colab. 1985). Frecvent, singura evidență de anomalie psihică este dorința sexuală deviantă.

Incestul

În interviurile lor asupra comportamentului sexual, Kinsey și colab. (1948) au obținut

puține relatări de incest. Această observație nu miră, deoarece comportamentul incestuos este foarte greu de dezvăluit persoanei care consultă. Experiența clinică sugerează că asemenea statistici subestimează frecvența incestului. Majoritatea cazurilor raportate implică tatăl și o fiică, dar relațiile frate-soră sînt probabil mai comune. Incestul dintre tată și fiică începe adesea odată ce fata ajunge la pubertate. Mai mulți factori sociali pot contribui. Există adesea un istoric de eșec marital și fiica înlocuiește mama (vezi Herman și Hirschman 1981). Familia este adesea izolată social și avînd dormitoare comune aglomerate. Aproximativ o treime din tați au personalități antisociale și mulți dintre ei beau excesiv (vezi Bluglass 1979 b).

E probabil că multe cazuri sînt cunoscute de serviciile medicale sau sociale, dar nu și de poliție. Chiar atunci cînd cazurile sînt cunoscute de poliție, doar jumătate dintre ele sînt înaintate justiției. Cînd fata este un copil relativ mic, majoritatea acuzațiilor duc la detenția tatălui. În general, familia necesită suport psihologic și social considerabil, în special dacă tatăl este în închisoare.

Consecințele de lungă durată ale incestului asupra familiei nu sînt clare (vezi Herman și colab. 1986). Dacă începe un proces, orice publicitate sau pedepsire a tatălui ce rezultă din acesta poate avea repercusiuni serioase asupra familiei (Pentru expuneri asupra incestului vezi Henderson 1972; Bluglass 1979 b; Howard League Working Party 1985; pentru o relatare asupra abuzului sexual asupra copiilor vezi capitolul 20.)

Infracțiuni contra proprietății

Furtul din magazine (shop-lifting)

Numeroși adolescenți recunosc furturi ocazionale din magazine, dar puțini recunosc furtul persistent. Atît studiile de observație (Buckle și Farrington 1984) cît și raportările de dispariții masive din magazine au sugerat că la adulți acest furt este foarte frecvent. La adulții din Anglia și Țara Galilor, numărul de infracțiuni înregistrate privind furtul din magazine a crescut substanțial în anii '70, atingînd cifra de peste 200.000 pe an. Motivele acestei creșteri sînt nesigure, dar este în general acceptat că majoritatea hoților din magazine sînt mai curînd pur și simplu lacomi decît dezechilibrați psihic. Într-un studiu al acestora, Gibbens și colab. (1971) au găsit că aproape două-treimi din cei judecați în tribunalele din centrul Londrei erau fete tinere străine, care păreau a fi cinstite de obicei, dar furau deoarece le lipseau banii. În contrast, bărbații care furau din magazine aveau în antecedente condamnări pentru infracțiuni de toate tipurile, iar o treime dintre ei fuseseră în închisoare.

Într-un studiu catamnestic a mai mult de 500 de femei care au fost condamnate pentru furt din magazine cu zece ani în urmă, Gibbens și colab. (1971) au găsit că rata de recidivă era 11% pentru cele la prima infracțiune și 20% pentru întregul grup. Majoritatea condamnărilor repetate era pentru furturi ulterioare. În timpul perioadei cercetate, rata de internare la spitale psihiatrice era de trei ori mai mare decît cifra presupusă de 2,5% pentru femei de vîrstă medie. Autorii au identificat două subgrupuri de femei. Unul consta din 51 de femei care erau deviate în mod clar și persistent; ele comiseseră numeroase infracțiuni anterioare și ulterioare, iar două cincimi din ele erau cunoscute și pentru violență și beție. Celălalt subgrup, cuprinzînd 10-20% din total, suferiseră de o tulburare depresivă în momentul săvîrșirii infracțiunii inițiale, care era adesea asociată cu simptome somatice sau dificultăți de fond cronice, ori cu evenimente de viață severe și recente. Aceste femei avuseseră în general un caracter anterior bun. Majoritatea nu a mai avut condamnări ulterioare, dar un număr mic dintre ele a persistat în a fura din magazine. Un studiu mai recent, în Canada, a identificat un grup similar de femei ce furau din magazine și care sufereau de tulburare depresivă (Bradford și Balmaceda 1983).

Pe lângă tulburările depresive, alte variate diagnostice psihiatrice pot fi asociate cu furtul din magazine. Pacienți cu schizofrenie cronică sau alcoolism pot fura pentru nevoi materiale. La cei cu schizofrenie acută, manie sau anorexie nervoasă, furtul din magazine poate fi o manifestare a tulburării psihice. În alte condiții, furtul se poate produce din neatenție: de exemplu în stări mintale organice, anxietate fobică (în special când se produce în supermagazine) și ca efect al unor medicamente psihotrope. Condiția rară numită cleptomanie este inclusă în DSMIIIR ca o tulburare a controlului impulsului, caracterizată printr-o creștere a tensiunii înainte de furt și plăcere și relaxare după acesta.

Dacă un psihiatru este chemat să pună diagnosticul unui subiect acuzat de furt din magazine, procedura este aceeași ca pentru oricare altă problemă legală. Dacă acuzatul are o tulburare depresivă în momentul examinării, psihiatrul trebuie să încerce să stabilească dacă tulburarea era prezentă în momentul săvârșirii infracțiunii ori s-a dezvoltat după acuzare. Această plasare în timp a tulburării este importantă deoarece, prin Actul privind furtul - 1968, o acuzare este întemeiată dacă a existat intenția de a fura (*mens rea*). Raportul psihiatrului trebuie să includă păreri privind prognosticul și necesitatea de tratament [vezi Fisher (1984) pentru o trecere în revistă a aspectelor psihiatrice ale furtului din magazine].

Incendierea

Această infracțiune este în general privită ca extrem de gravă, nu numai fiindcă pune viața în pericol, dar și fiindcă poate produce daune mari proprietății. Majoritatea incendiatorilor sînt bărbați. Cu toate că tribunalele trimit mulți incendiatori pentru expertiză psihiatrică, literatura psihiatrică asupra incendierii e mică (vezi Blumberg, 1981, pentru o revizuire a problemei). Precum adesea în psihiatria legală, este dificil de realizat o clasificare comportamentală, dar unele grupuri pot fi recunoscute. În primul grup există incendiatori fără tulburare psihică și care dau foc din motive politice sau financiare; ei sînt uneori considerați incendiatori motivați, cu toate că termenul este nesatisfăcător, fiind nespecific. În al doilea grup sînt cuprinși așa-numiții incendiatori patologici, care suferă de retardare, afecțiune mintală sau alcoolism. Într-o serie succesivă de bărbați aflați în arest preventiv, Taylor și Gunn (1984 a) au găsit o asociere între tulburarea psihotică și incendiere. Oricum, s-a raportat că incendiarii psihotici au fost responsabili doar de 10-15% din incendieri (vezi Blumberg 1981). Al treilea grup este uneori socotit ca avînd piromanie, alt termen nesatisfăcător care trebuie evitat. Acest grup include subiecți bolnavi psihic, dar care dau foc din motive ce par neraționale; de exemplu, din dorința de a ajuta pompierii într-un mod eroic sau ca să obțină o excitație sexuală prin observarea unui incendiu (această ultimă practică poate fi asociată cu incendii deosebit de periculoase). DSMIIIR include termenul piromanie ca o formă de tulburare de control al impulsului, caracterizată printr-o creștere a tensiunii înainte de a da foc și prin trăirea plăcerii, gratificației sau relaxării în momentul incendiului.

Este evidentă importanța obținerii de informații privind riscurile unei infracțiuni ulterioare. Într-un studiu catamnestic pe 20 de ani, Soothill și Pope (1973) au găsit că doar 4% din incendiatori erau condamnați din nou pentru incendiere, dar aproximativ jumătate dintre ei erau acuzați pentru infracțiuni de alte tipuri. Un indicator important este faptul că o persoană condamnată a doua oară pentru incendiere prezintă un risc mult mai mare de infracțiuni ulterioare.

Separat de acest indicator, anumiți factori indică un risc crescut de infracțiune ulterioară: tulburarea de personalitate de tip antisocial, retardarea mintală, izolarea socială persistentă și dovada că incendierea a fost făcută pentru gratificare sexuală sau relaxare.

Copiii pot necesita de asemenea consult pentru probleme legate de incendiere

(vezi Showers și Pickrell 1987). Uneori comportamentul reprezintă o răutate (mischievousness) extremă la copii normali psihic și alteori rezultă din dezechilibru psihic. Incendierea se produce uneori ca urmare a unei acțiuni de grup. La un grup de 104 copii incendiatori trimiși la o clinică de pedopsihiatrie din Londra, s-au remarcat două vârfuluri de vîrstă: 8 și 13 ani. Majoritatea copiilor demonstraseră comportament antisocial și agresiv accentuat. Cel mai frecvent diagnostic a fost tulburare de comportament (Jacobson 1985). La copiii incendiatori, rata recurenței în următorii doi ani s-a raportat ca fiind sub 10% (Strachan 1981).

Victimele infracțiunii

Criminologia a început doar de curînd să acorde atenție rolului victimelor. Unele victime pot favoriza o infracțiune prin neglijență, conduită provocatoare sau uneori, ca în cazul unor copii victime ale infracțiunilor sexuale, prin participare de bună voie (Gibbens și Prince 1965). După o infracțiune, răspunsul victimei este important în determinarea raportării la poliție și aplicării legii (Walker 1987).

Pentru victimă, consecințele psihologice includ suferința imediată după infracțiune și suferința ulterioară, asociată investigației și audierii în instanță. Pot apărea consecințe adverse de lungă durată, dar frecvența lor este necunoscută (vezi Rich și Burgess 1986, Howard League Working Party 1985). Recent, a crescut preocuparea pentru victimele violurilor și în S.U.A., existînd centre consultative de ajutorare a acestora (vezi Notman și Nadelson 1984). Psihiatrii pot fi solicitați să trateze victimele care suferă de tulburări fobice, anxioase sau depresive ulterioare; li se poate cere de asemenea să pună diagnosticul consecințelor psihiatrice în legătură cu procedurile de compensație. [Pentru efectele crimei asupra victimelor vezi Walker (1987); și Hamilton (1987 a).]

Jocul de noroc patologic (pathological gambling)

Jocul de noroc patologic (compulsiv) nu este ilegal în sine, dar poate antrena comportamente care aduc jucătorul în atenția tribunalelor; de exemplu înșelătoria sau furtul pentru a obține bani ca să plătească viciul.

Cu toate că jocul de noroc patologic a fost socotit de unii psihologi ca o formă de comportament de dependență (de exemplu, Orford 1985), el nu este clasificat în acest mod nici în DSMIII-R, nici în proiectul ICD10. În DSMIII-R jocul de noroc patologic este clasificat la rubrica "Tulburări ale controlului impulsului, neclasificate în altă parte", alături de cleptomanie și piromanie. În proiectul ICD10, jocul de noroc patologic este clasificat în categoria "Anomalii ale personalității și comportamentului adultului," în subcategoria "Tulburări ale obiceiurilor și impulsurilor". Această subcategorie include de asemenea incendierea patologică și furtul patologic. Deoarece ultimele două entități sînt discutate în acest capitol, jocul de noroc patologic este de asemenea tratat aici și nu în capitolul 14, care se ocupă cu dependența de droguri și alcool.

Jocul de noroc este patologic atunci cînd se repetă frecvent și domină viața subiectului. Jocul persistă chiar și atunci cînd subiectul nu-și mai poate permite să plătească datoriile și el poate minți, fura ori delapida pentru a obține bani sau a evita rambursarea și pentru a continua viciul. Viața de familie poate fi prejudiciată, alte relații sociale deteriorate și serviciul periclitat. Jucătorul de noroc patologic are o dorință intensă de a juca, care este dificil de controlat. El este preocupat de gînduri privind jocul, asemenea unui subiect dependent de alcool care e preocupat de băutura. Adesea sînt jucate sume tot mai mari de bani, fie pentru a crește excitația, fie în

încercarea de a redobîndi pierderile anterioare. Jocul continuă în ciuda incapacității de a rambursa datoriile și în ciuda faptului că persoana își dă seama de problemele sociale și legale ce rezultă. Dacă jocul de noroc este împiedicat, subiectul devine iritabil și chiar mai preocupat de acesta.

Prevalența jocului de noroc patologic nu este cunoscută. Este probabil mai frecvent la bărbați. Majoritatea jucătorilor de noroc văzuți de psihiatri sînt adulți, dar există îngrijorarea că tinerii sînt tot mai mult implicați, de obicei cu jocuri de noroc mecanice din spațiile pentru distracție și din alte locuri. *Cauzele* jocului de noroc patologic nu sînt cunoscute.

În absența unor informații demne de încredere privind evoluția, este imposibil de a stabili valoarea unui *tratament* psihiatric. Conduita terapeutică folosită e similară celei pentru dependența de alcool. Inițial, jucătorul ia parte la o revizuire amănunțită a efectelor obiceiului asupra sa și a familiei sale; apoi i se oferă o încurajare susținută de a se abține de la joc. Există grupuri de autoajutorare (Gamblers Anonymous) care se aseamănă cu Alcoholics Anonymous, în asigurarea unei combinații de confesiune și catarsis individual și susținere de grup. Se oferă ajutor familiei și se dau sfaturi în legătură cu orice consecințe legale ale jucatului excesiv (pentru acest subiect, vezi Orford 1985).

Psihiatrul și tribunalul

Psihiatrul trebuie să posede anumite cunoștințe privind activitatea tribunalelor ("Magistrates' Courts" și "Crown Courts"). El trebuie să cunoască de asemenea rolul psihiatrului în raport cu tribunalele, examinarea psihiatrică a unui inculpat și pregătirea raportului pentru tribunal (vezi Faulk 1988). Psihiatrul lucrează adesea în afara convențiilor obișnuite ale legăturii doctor-pacient. Este esențial ca el să aibă o înțelegere clară a rolului său și a problemelor etice privind relația sa cu pretinsul infractor (vezi Chiswick 1985).

Activitatea tribunalelor

În Anglia și Țara Galilor, judecătoriile (Magistrates' Court) se ocupă de 98% din toate procesele penale. Ele se ocupă de asemenea de cazuri civile. Majoritatea magistraților sînt laici nesalarizați, cu o oarecare pregătire de bază în probleme de drept și îndrumați de specialiști în justiție (Clerk to the Justices).

Infrațiunile condamnabile sînt cele care pot fi judecate de un judecător și o curte cu jurați într-un tribunal al coroanei (Crown Court). Judecătoriile judecă infrațiuni cu sentințe fără privare de libertate. Unele infrațiuni condamnabile pot fi judecate de judecătorii; altele de un tribunal al coroanei. Judecătoriile pot pronunța o sentință sau (dacă infrațiunea pare să merite o pedeapsă mai severă decît poate fi impusă de un magistrat) trimit cazul la tribunalul coroanei pentru pronunțare. Dacă un inculpat este acuzat de o infrațiune condamnabilă și chiar dacă el alege să fie judecat într-un tribunal al coroanei, magistrații trebuie mai întîi să decidă dacă acuzarea a pregătit dosarul.

În tribunalele coroanei, infrațiunile condamnabile sînt judecate de curtea cu jurați și sentința este pronunțată de un judecător.

Recursul la hotărîrea judecătorească este audiat fie în tribunalul coroanei, fie în Curtea de Apel, iar recursul la hotărîrea tribunalului coroanei se audiază în Curtea de Apel.

Rolul psihiatrului în raport cu tribunalul

Rolul psihiatrului este de a-și folosi cunoștințele speciale pentru a ajuta tribunalul. El nu trebuie să încerce să spună tribunalului ce să facă. În Marea Britanie, un martor medical expert trebuie să rămînă neutru și să nu favorizeze nici pe acuzat, nici pe inculpat.

Interviul psihiatrului cu inculpatul

Psihiatrul trebuie să se pregătească cât mai temeinic înaintea interviului. El trebuie să aibă o idee clară asupra scopului examinării și în special asupra oricărei probleme legate de capacitatea de a pleda (fitness to plead). El trebuie să fie informat asupra acuzației prezente și condamnărilor precedente, inclusiv asupra oricăror declarații făcute de inculpat și martori. Psihiatrul trebuie să studieze de asemenea orice raport disponibil al istoricului social al inculpatului, dar în timpul interviului este esențial de a vedea raportul de la un capăt la altul cu inculpatul și de a-i verifica acuratețea.

Psihiatrul trebuie să înceapă prin a explica clientului cine și de ce a cerut avizul său în cauză. El trebuie să explice că părerea psihiatrului poate fi expusă în tribunal și că inculpatul nu are obligația să răspundă la orice întrebare dacă el hotărăște să nu o facă. Interviul trebuie realizat în confidență strictă. Se vor face însemnări detaliate, înregistrând orice comentariu semnificativ cu cuvintele inculpatului.

La un oarecare moment al interviului (nu neapărat la început) trebuie discutată infracțiunea în cauză. Inculpatul poate să admită vinovăția sau o poate nega. Se va face un istoric detaliat al afecțiunilor fizice; o atenție specială se va acorda tulburărilor neurologice, inclusiv TCC și epilepsie. Se va obține un istoric detaliat al tulburărilor psihice în antecedente și al tratamentului acestora. Sau dacă a existat o opinie psihiatrică anterioară ori a fost supus unui tratament psihiatric. Examinarea completă a stării mintale prezente se face în modalitatea obișnuită. Se vor cere investigații speciale dacă sînt de folos. Dacă se pune problema nivelului inteligenței inculpatului, se va face o evaluare de către un psiholog clinician care întocmește în mod obișnuit un raport separat.

Este important de a obține informații suplimentare de la rude și de la alte persoane. Dacă inculpatul este în arest preventiv, personalul poate avea perioade lungi de contact cu deținutul și poate fi capabil de a da informații deosebit de folositoare.

Pregătirea unui raport judiciar psihiatric

Acest subcapitol urmează indicațiile lui Scott (1953) și Faulk (1988).

În pregătirea unui raport judiciar, psihiatrul trebuie să țină minte că acesta va fi citit de persoane fără pregătire medicală. De aceea raportul trebuie scris în limba uzuală și trebuie să evite jargonul. Dacă se folosesc termeni tehnici, ei trebuie definiți cât se poate de adecvat. Raportul trebuie să fie concis și să conțină după cum urmează:

1. *O specificare* a numelui complet al psihiatrului, calificările acestuia, funcția prezentă și dacă este aprobat conform paragrafului 12 al Actului de Sănătate Mintală.
2. *Unde și cînd s-a realizat interviul* și dacă a fost prezentă o terță persoană.
3. *Surse de informație*. Include documentele care au fost examinate.
4. *Familia și istoricul personal al inculpatului*. De obicei acestea nu trebuie date cu multe detalii, în special dacă raportul social este la îndemîna tribunalului. Accentul va fi pus pe informația relevantă și disponibilă pentru diagnostic.
5. *Descrierea infracțiunii de către acuzat*. Aceasta va depinde de faptul dacă acuzatul pledează vinovat sau nevinovat. Dacă acuzatul admite infracțiunea, se notează atitudinea față de ea, cum ar fi gradul de remușcare. Dacă pledează nevinovat, orice referință la presupusa infracțiune este inadmisibilă.

6. *Alte comportamente.* Poate fi relevant de menționat alte comportamente chiar dacă nu au legătură directă cu infracțiunea, cum ar fi: alcoolismul sau abuzul de droguri; calitatea relației cu alții; toleranța la frustrare; competența socială generală.

7. *Starea mintală prezentă.* Se vor nota numai semnele pozitive evidente și se vor omite cele negative. Diagnosticul trebuie pus în temeiul Actului de Sănătate Mintală (boală mintală, deteriorare mintală sau tulburare psihopatică). Un diagnostic caracteristic poate fi pus, dar tribunalul va fi interesat mai ales de categoriile diagnostice decât de nuanțele diagnosticului.

8. *Starea mintală în momentul comiterii infracțiunii.* Aceasta este adesea o problemă de cea mai mare importanță chiar dacă se bazează pe o speculație retrospectivă. Diagnosticul poate fi ajutat de date furnizate de martori oculari care au văzut infractorul în timpul infracțiunii sau curînd după. Un diagnostic psihiatric curent poate sugera starea mintală din timpul infracțiunii. De exemplu, dacă acuzatul suferă de schizofrenie cronică sau un sindrom mintal organic cronic, starea mintală actuală poate să fie aceeași cu cea din timpul crimei. Pe de altă parte, dacă acuzatul suferă de o tulburare depresivă (acum sau recentă) sau de o tulburare episodică cum ar fi epilepsia, este dificil de a deduce care a fost starea mintală în timpul infracțiunii. Se adaugă dificultății faptul că, chiar dacă acuzatul suferă de o tulburare mintală, se impune o judecată separată asupra lui *mens rea* în timpul infracțiunii.

9. *Capacitatea de a pleda.* Este adesea necesar ca psihiatrul să includă o referire asupra capacității de a pleda. (Criteriile pentru formularea acestora sînt date la pag.681.)

Avizul pentru tratament medical

Una din principalele funcții ale psihiatrului este să formuleze opinia dacă este necesar sau nu un tratament psihiatric. Psihiatrul trebuie să se asigure că recomandările de tratament sînt posibile, la nevoie să includă consultul colegial, de asistenți sociali sau alții. Dacă recomandă tratamentul în spital, trebuie să informeze tribunalul dacă există locuri disponibile. Evaluarea pericolozității e importantă aici (vezi secțiunea următoare).

Psihiatrul nu trebuie să recomande altceva decât tratamentul medical. Totuși, tribunalele admit comentariile făcute cu tact asupra posibilelor sentințe, în special în cazul infractorilor tineri.

Psihiatrul care apare în tribunal

Acesta trebuie să fie bine pregătit și să aibă copii bine puse la punct ale tuturor rapoartelor și documentelor necesare. Este util să se vorbească în prealabil cu avocatul implicat, pentru a clarifica orice punct ridicat de tribunal. Replica la orice problemă ridicată în tribunal e important să fie scurtă și clară, să se limiteze la răspunsuri ce țin de dovada psihiatrică și să evite speculațiile.

Pericolozitatea

Psihiatrul poate aprecia pericolozitatea în practica zilnică și de asemenea în activitatea legală. În practica zilnică, atît pacienții ambulatorii cît și cei internați pot apare ca periculoși și evaluarea cu grijă e necesară pentru a se lua măsurile cele mai potrivite în interesul pacientului și a celorlalți. Pericolozitatea e un criteriu important pentru

recomandarea internării obligatorii în spital. În activitatea legală, tribunalul poate cere psihiatrului aviz asupra periculozității inculpatului pentru a lua o hotărâre potrivită. Psihiatrul de asemenea poate fi întrebat asupra infractorilor deținuți în instituții și care sînt în curs de eliberare. În ambele circumstanțe există o dilemă etică între nevoia de a proteja comunitatea de cineva care poate avea un comportament violent și obligația de a respecta drepturile umane ale infractorului (vezi Floud și Young 1981; Roth și Bluglass 1985).

Nu există reguli fixe pentru aprecierea periculozității. Psihatrii au încercat să identifice factorii asociați cu periculozitatea, dar nu au putut fi stabiliți indicatori ai violenței. Predicții au fost încercate pe baza unor grupuri mixte de infractori și pe baza unei informații disponibile limitate. S-au dovedit necorespunzătoare. Diagnosticul de periculozitate rămîne dificil. Există puține indicii, după cum se arată în tabelul 22.1; aceste indicii se aplică infractorilor, dar aceleași principii se mențin și pentru neinfractori. Trebuie făcută o revedere amănunțită a istoricului violențelor anterioare, caracteristicilor infracțiunii actuale și a circumstanțelor în care s-a produs cît și a stării mintale. Aceasta cuprinde cîteva probleme cheie: dacă poate fi relevat un model de comportament consecvent; dacă circumstanțele care au provocat violența în trecut se pot repeta în viitor; dacă există dovezi că inculpatul dorește să-și schimbe comportamentul și dacă este probabil că va răspunde la tratament.

Pot surveni dificultăți în aprecierea periculozității unor cazuri antisociale sau retardate mintal, ambele puțin motivate să se conforme îngrijirii. O altă problemă dificilă este individul care amenință că va comite un act violent cum ar fi omuciderea. Aici diagnosticul e același ca pentru amenințarea de suicid (Gunn 1979). Psihiatrul trebuie să întrebe pe cel care amenință asupra intenției sale, motivației și despre victima potențială, și trebuie să-i facă o evaluare completă a stării mintale. Bolnavii

Tabel 22.1 Factori asociați cu periculozitatea

Istoric

- Unul sau mai multe episoade anterioare de violență
- Comportament impulsiv repetat
- Dificultăți în reacția la stres
- Antecedente de lipsă de a amîna gratificarea
- Trăsături sadice sau paranoide

Infracțiunea

- Violență bizară
- Lipsa provocării
- Lipsa regretului
- Negare puternică și continuă

Starea mintală

- Gelozie morbidă
- Convingeri paranoide și tendința de a face rău altora
- Încercări de inducere în eroare
- Lipsa autocontrolului
- Amenințări de repetare a violenței
- Atitudinea față de tratament

Circumstanțe

- Provocarea sau factorul precipitant posibil să survină din nou
- Abuz de alcool sau droguri
- Dificultăți sociale și lipsa sprijinului

care amenință pot fi adesea ajutați prin tratament și susținere ambulatorii, dar uneori e necesară internarea în spital. Poate fi necesar de a preveni victimele potențiale. Este un principiu valabil pentru psihiatru de a nu se baza în întregime pe propria evaluare a pericolozității ci de a discuta problema cu alți colegi, inclusiv psihiatri, generaliști, asistenți sociali și rude.

În dificila sarcină de a încerca să prevezi violența unei persoane, probabil cel mai bun criteriu este dacă a fost violent în trecut [Pentru o expunere vezi Scott (1977)]

Incidente violente

Incidentele violente, deși nu sînt obișnuite în spitale (Fottrell 1980), sînt în creștere (Haller și Deluty 1988). Este important ca personalul să aibă o poziție clară în rezolvarea oricăror incidente care survin. O asemenea atitudine cere atenție în privința proiectării pavilioanelor, aranjamentelor pentru chemarea ajutorului și instruirii potrivite a personalului.

Cînd violența survine sau este doar o amenințare, personalul trebuie să fie disponibil în număr adecvat, să aibă la îndemîină medicația de urgență, precum clorpromazina injectabilă. Cei periculoși pot fi calmați adesea prin discuții purtate cu simpatie și încurajare, preferabil făcute de cineva pe care pacientul îl cunoaște și în care are încredere. Este important a nu provoca pacientul. Este nepotrivit să recompensezi comportamentul violent sau amenințător, făcînd concesii în tratament sau de la regulile pavilionului, dar trebuie apelat la orice efort pentru a permite pacientului să se retragă din confruntare fără să-și piardă prestigiul.

Dacă s-a produs un incident, echipa clinică trebuie să se întîlnească pentru a analiza îngrijirea viitoare a pacientului cît și orice alte schimbări în atitudinea generală a pavilionului (vezi Gunn 1979). Pentru cei bolnavi mintal trebuie revizuite medicamentele și dozele. Cînd violența survine la un subiect cu o tulburare de personalitate primară, medicația poate fi necesară în urgență, fiind de obicei mai bine să se evite tratamentul de întreținere. Alte măsuri includ încercarea de a reduce factorii care provoacă violența sau de a oferi pacientului căi mai constructive de administrare a propriei tensiuni, cum ar fi exercițiile fizice sau solicitarea unui membru al personalului pentru ajutor.

RECOMANDĂRI BIBLIOGRAFICE

- Faulk, M.(1988). *Basic forensic psychiatry*. Blackwell, Oxford.
- Hoggett, B.M.(1984). *Mental health law* (2nd edn). Sweet and Maxwell, London.
- Kaplan, H.I. și Sadock, B.J. (1985) Chap.54, 'Forensic psychiatry'. Slovenko, R. 'Law and psychiatry', Adler, G.'Correctional (Prison) psychiatry'. În *Comprehensive textbook of psychiatry* (4th edn). Williams and Wilkins, Baltimore
- Prins, H.(1986). *Dangerous behaviour, the law, and mental disorder*. Tavistock, London.
- Smith, J.C. și Hogan, B.(1983) *Criminal law* (5th edn).Butterworths, London.
- Walker, N. (1987) *Crime and criminology*, Oxford University Press, Oxford.
- Walker, N. și McCabe, S.(1968) *Crime and insanity in England*, Vol.I., Edinburgh University Press, Edinburgh.
- Walker, N. și McCabe, S.(1973) *Crime and insanity in England*, Vol.II., Edinburgh University Press, Edinburgh.

Appendix: Legea în Anglia și Țara Galilor

Acest appendix este o introducere la principalele părți ale legii din Anglia și Țara Galilor, privitoare la practica psihiatrică. Se începe cu o prezentare a Actului de Sănătate Mintală, apoi principiile generale ale legii privind psihiatria copilului și a adolescentului. Detalii suplimentare se pot obține din lucrările recomandate la sfârșitul lucrării (pag.710) și, bineînțeles, din Actul însuși. Psihatrii ce lucrează în alte țări decât Anglia și Țara Galilor se vor informa cu privire la legislația locală și aplicarea ei în practica clinică.

Actul de sănătate mintală

Actul de Sănătate Mintală din 1983 reglementează îngrijirea persoanelor anormale mintal. El consolidează Actul de Sănătate Mintală și Amendamentul acestuia din 1982, care oferă prevederi pentru internarea obligatorie și referiri la consimțământul la tratament. El înființează de asemenea Comisia Actului de Sănătate Mintală, care este un organism pluridisciplinar independent, numit de ministru. Comisia are puterea de a apăra interesele pacienților internați. Îndatoririle sale cuprind vizitarea acestor pacienți, investigarea plîngerilor, primirea de rapoarte privind tratamentul pacienților și numirea medicilor și a altor persoane în vederea unor opinii avizate privind consimțământul la tratament.

Părțile 4 și 5 ale Actului de Sănătate Mintală oferă o bază legală pentru internarea obligatorie și detenția pacienților psihici. Prevederi privind internarea obligatorie sînt de asemenea conținute în Actul de Procedură Penală (boala psihică) din 1864, care se referă la persoane găsite "nevinovate din motiv de boală mintală" sau din "lipsa discernămîntului" (vezi pag. 682 și 684).

Actul de Sănătate Mintală conține trei grupuri principale de ordine obligatorii privind evaluarea și tratamentul:

- a) internarea pentru evaluare (secțiunile 2,4,5,135,136)
- b) dispoziții de tratament (secțiunile 3,7)
- c) internarea și transferul pacienților implicați în proceduri penale (secțiunile 37,41,47,49). Ordinele de scurtă durată, citate mai sus (a), se aplică oricărei tulburări mintale, care nu trebuie specificată. Pentru ordinele de lungă durată (b și c), trebuie declarat că pacientul suferă de una din cele patru tipuri de tulburare mintală: afecțiune mintală, tulburare psihopatică, deteriorare mintală, și deteriorare mintală severă.

Actul nu definește "afecțiunea mintală", dar declară că nimeni nu va fi "tratată ca suferind de tulburare mintală din motiv de promiscuitate, sau altă conduită imorală, deviație sexuală sau dependență de alcool sau droguri".

Actul oferă definițiile următoare ale celorlalte trei tipuri de tulburare mintală:

- a) deteriorare mintală severă înseamnă o stare de dezvoltare oprită din evoluție, sau incompletă, care include un deficit sever al inteligenței și funcționării sociale și este asociat cu un comportament anormal de agresiv sau grav iresponsabil.

b) **deficit mintal** înseamnă o stare de dezvoltare incompletă sau oprită din evoluție (fără a atinge gradul de deficit mintal sever) care include un deficit semnificativ al inteligenței și funcționării sociale și este asociat cu un comportament anormal de agresiv sau grav iresponsabil.

c) **tulburare psihopatică** înseamnă o tulburare persistentă sau un deficit mintal (care include sau nu un deficit semnificativ al inteligenței) care se traduce printr-o conduită grav iresponsabilă sau agresiv anormală.

Actul specifică de asemenea diferitele persoane care pot fi implicate în procedurile de internare și tratament:

Cadrul medical responsabil. Doctorul răspunzător de tratament.

Ruda cea mai apropiată. Cea mai apropiată rudă adultă (în ordine: soția, fiul sau fiica, tatăl sau mama, frate sau soră, bunici, nepoți, unchi sau mătușă, nepoți de gradul doi). Cel mai în vârstă dintre aceștia este preferat (de ex. dintre frați), și frații au prioritate față de frații vitregi. Se acordă de asemenea preferință rudelor cu care pacientul trăiește sau care îl îngrijesc. Definiția include concubinii, care pot fi de același sex cu pacientul, care au locuit cu pacientul pentru o vreme. Oricum, ei sînt la sfîrșitul listei și nu pot cere prioritate față de un soț sau soție decît prin înțelegere sau printr-un ordin al tribunalului sau prin abandon.

Asistentul social aprobat (formerly mental welfare officer). Asistenții sociali aprobați de autoritatea locală ca avînd competență pentru a se ocupa de persoana tulburată mintal.

Medicul aprobat. conform secțiunii 12 a Actului, de ministru, pe baza experienței speciale în diagnosticul sau tratamentul tulburării mintale.

Cele trei grupe principale de ordine obligatorii vor fi prezentate pe rînd.

Internarea pentru evaluare

Cu toate că o înțelegere completă a utilizării adecvate a internării obligatorii poate fi cîștigată doar prin experiență clinică, clinicianul trebuie să fie atent la următoarele condiții generale ce privesc detenția obligatorie:

Secțiunea 2: Cerere de internare pentru evaluare (28 zile)

Procedura uzuală pentru internarea obligatorie, cînd internarea informală nu este adecvată în circumstanțele date. Internarea este pentru evaluare, sau pentru evaluare și tratament medical. Trebuie satisfăcute următoarele condiții:

1. Pacientul suferă de o tulburare mintală, care justifică detenția lui în spital pentru evaluare (evaluare urmată de tratament);
2. Internarea este necesară în interesul sănătății pacientului, a siguranței sale, sau pentru protejarea celorlalți.

Procedura impune:

a) *Cerere* din partea rudei celei mai apropiate a pacientului, sau a asistentului aprobat (care trebuie să fi văzut pacientul în ultimele 14 zile). Asistentul social, pe cît posibil, să consulte ruda cea mai apropiată a pacientului.

b) *Recomandare medicală* din partea a doi medici, din care unul trebuie să îndeplinească cerințele Secțiunii 12 a Actului. Cei doi medici trebuie să nu fie din

personalul aceleiași spital, cu excepția situației când nu este de dorit amânarea pînă va fi găsit un medic din altă unitate. Intervalul dintre examinări nu trebuie să depășească cinci zile.

Secțiunea 4: Ordin privind evaluarea în regim de urgență (72 ore)

Această secțiune permite o procedură mai simplă decît la secțiunea 2 și care prevede puterea de a reține pacienții în regim de urgență. Se completează de obicei la domiciliul pacientului de medicul de familie, dar este folosit de asemenea uneori în serviciile de urgență ale spitalelor generale. Secțiunea 4 trebuie utilizată doar cînd nu este timp suficient pentru a obține avizul unui medic cu competență în acest domeniu, care ar putea completa Secțiunea 2. Cerințele sînt identice cu cele de la Secțiunea 2. Regula este ca ordinul din Secțiunea 4 să fie modificat în unul de secțiune 2, cît mai repede posibil după sosirea pacientului în spital. Procedura pentru secțiunea 4 impune:

a) Cerere din partea unui asistent aprobat care trebuie să fi văzut pacientul în ultimile 24 ore, sau pe ruda cea mai apropiată a acestuia.

b) Recomandarea medicală din partea unui doctor, care nu trebuie să fie aprobat conform secțiunii 12 a Actului. Pacientul trebuie să fie internat în intervalul de 24 de ore de la examinare (sau a cererii, dacă a fost făcută mai devreme).

Secțiunea 5: Modificare în internare obligatorie (72 ore)

Secțiunea 5 (2) este un ordin pentru reținerea de urgență a unui pacient care este deja în spital cu internare voluntară, dar care dorește să plece, iar doctorul socotește că ar fi necesară o cerere pentru internare obligatorie conform Actului. Necesită o singură recomandare medicală, de la medicul ce îngrijește pacientul sau de la alt medic din personalul spitalului, numit de medicul curant. (Această putere se aplică pacientului din orice spital). Este obișnuit de a avea în vedere o modificare la un ordin menționat la secțiunea 2 sau 3, cît de repede este posibil.

Dacă un ordin aparținînd secțiunii 5 (2) nu poate fi obținut imediat, o asistentă, specializată în psihiatrie sau handicapați mintal, poate invoca un ordin de reținere al Secțiunii 5 (4), de 6 ore. Asistenta trebuie să menționeze că pacientul suferă de o tulburare mintală, astfel că, în interesul sănătății sau siguranței pacientului sau pentru protejarea celorlalți, pacientul trebuie împiedicat să părăsească spitalul. Acest ordin de reținere se aplică doar cînd pacientul este deja în tratament pentru tulburare mintală. Se întrerupe de îndată ce medicul semnează Secțiunea 5 (2). Cea din urmă durează un interval de timp care începe din momentul în care a fost semnat ordinul de reținere dat de asistentă. (Această prevedere se aplică doar pentru pacienți care se află deja în tratament pentru o tulburare mintală.)

Secțiunea 115: Imputernicirea de a intra și inspecta

Un asistent social aprobat poate să intre și să inspecteze orice loc (în limita ariei autorității locale în care locuiește pacientul), dacă există vreun motiv de a crede că pacientul tulburat mintal nu este îngrijit adecvat. Asistentul social trebuie să poată face dovada statutului său prin documente legale.

Secțiunea 135: Imputernicirea pentru depistarea și mutarea pacienților

Orice asistent aprobat care crede că cineva suferă de o tulburare mintală și nu este capabil să se îngrijească sau este maltratat sau neglijat, poate apela la un magistrat pentru o împuternicire ca persoana respectivă să fie mutată într-un loc de siguranță.

Secțiunea 136: Persoană tulburată mintal, găsită într-un loc public

Orice agent de poliție care găsește într-un loc public pe cineva ca dă impresia că ar suferi de o tulburare mintală poate conduce persoana respectivă într-un loc de siguranță (care, de obicei, înseamnă secția de poliție sau un spital), dacă persoana pare să aibă nevoie imediată de îngrijire sau control, sau dacă agentul de poliție crede că aceasta ar fi necesar în interesul persoanei sau al protejării ulterioare a altor persoane. Persoana este reținută pentru a putea fi examinată de un medic și pentru a se putea efectua aranjamentele necesare în vederea tratamentului sau îngrijirii sale. Autoritatea (prevăzută de secțiunea 136) expiră atunci când aceste aranjamente au fost realizate sau în interval de 72 ore, cu prioritate pentru cel mai scurt dintre aceste intervale de timp.

Ordine de tratament

Secțiunea 3: Internarea pentru tratament (6 luni)

Acest ordin de lungă durată este motivat când:

- a) pacientul suferă de o afecțiune mintală, de un deficit mintal sever, de o tulburare psihopatică sau un deficit mintal, aceasta fiind de o natură sau grad care justifică tratament medical într-un spital;
- b) în cazul tulburării psihopatice sau a deficitului mintal, tratamentul va ameliora sau preveni, probabil, deteriorarea condiției sale;
- c) tratamentul este necesar pentru sănătatea sau siguranța pacientului ori a altor persoane și acesta nu poate fi administrat pînă ce pacientul nu este reținut conform prevederilor acestei secțiuni.

Procedura implică:

1. *Cererea.* Aceasta este făcută de ruda cea mai apropiată a pacientului sau de asistentul social aprobat. Cel din urmă trebuie, dacă e posibil, să consulte cea mai apropiată rudă a pacientului înainte de a face cererea și nu poate să o efectueze dacă acea rudă se opune.
2. *Recomandarea medicală.* Ca și pentru Secțiunea 2. În plus, recomandarea trebuie să menționeze motivele particulare ale deciziei medicului, specificînd dacă sînt disponibile alte metode de tratament și dacă acestea există, de ce nu sînt adecvate. Medicul trebuie să specifice una din cele patru forme de tulburare mintală.
3. *Reînnoirea.* Ordinul poate fi reînnoit cu prima ocazie pentru încă 6 luni, și ulterior pentru un an deodată.

Secțiunea 7: Instituirea tutelei

Tutela este mai adecvată decît prevederile Secțiunii 3 pentru tratamentul de lungă durată al pacienților trăind în comunitate. Cererea, recomandarea medicală, durata

și reînnoirea procedurii sînt similare cu cele de la Secțiunea 3. Tutorele, care este de obicei, dar nu întotdeauna, Departamentul local al Serviciilor Sociale, are autoritatea (Secțiunea 8) de supraveghere în comunitate, inclusiv puterea de a:

- a) impune pacientului să locuiască într-un loc specificat de tutore;
- b) impune pacientului să frecventeze locurile specificate de tutore pentru tratament medical, ocupație, instruire sau educație;
- c) asigură că un medic, asistent social, sau altă persoană specificată de tutore, să viziteze pacientul la el acasă.

Internarea în spital a persoanelor judecate de tribunal

Aceste secțiuni ale Actului de Sănătate Mintală permit tribunalului să ordone îngrijire psihiatrică pentru cei învinuiți de sau condamnați pentru o infracțiune ce se pedepsește cu privare de libertate. Recomandările medicale sînt necesare, alături de asigurarea că e disponibil un loc în spital.

Trimiterea la spital și ordine de spitalizare provizorii

Persoanele în arest preventiv (dar nu condamnate) pot fi tratate ca pacienți voluntari. Uneori îngrijirea psihiatrică poate fi o condiție a eliberării pe cauțiune. În plus, Actul de Sănătate Mintală 1983 conferă tribunalelor puterea de a:

- a) elibera și trimite la spital o persoană pentru un raport medical (Secțiunea 35)
- b) elibera un acuzat în vederea tratamentului în spital (cu excepția cazurilor de omor) (Secțiunea 36)
- c) interna provizoriu un deținut pentru a evalua cît este de potrivit un ordin de spitalizare (Secțiunea 38)

Procedura (a) solicită o recomandare medicală din partea unui medic aprobat că există suspiciunea de tulburare mintală. Procedurile b) și c) solicită recomandarea medicală din partea a doi medici (unul din ei fiind aprobat) că persoana suferă de o tulburare mintală.

Secțiunea 37: Ordin de spitalizare

Un tribunal poate impune un ordin de spitalizare, a unui infractor, pentru tratament, obligatoriu, în aceleași condiții prevăzute în secțiunea 3 a Actului (vezi mai sus). Durata ordinului este de 6 luni.

Recomandare medicală: doi medici, din care unul aprobat.

Secțiunea 41: Ordin de restricție

Cînd un ordin de spitalizare (Secțiunea 37) e impus de un tribunal al coroanei, tribunalul poate elibera și un ordin conform secțiunii 41 a Actului, care impune restricția externării pacientului din spital. Ordinul de restricție poate fi fie fără limită de timp, fie pentru o perioadă specificată. Dacă este pe termen fix, odată ce termenul expiră sau îi încetează în vreun fel efectul, pacientul va fi reținut conform unui ordin de spitalizare, dar fără restricție (adică Secțiunea 37).

Secțiunea 47: Transferul din închisoare în spital

Această secțiune autorizează pe ministrul de interne de a transfera o persoană care

efectuează o condamnare la închisoare la un spital NHS local sau un spital special (secțiunea 48 se referă la deținuți care efectuează condamnări pentru alte infracțiuni decât cele criminale). O directivă pentru transfer are același efect ca și ordinul de spitalizare. Statutul pacientului se modifică la acela al unei secțiuni 37 la "momentul cel mai timpuriu" al eliberării.

Ministrul de interne poate da directiva cu sau fără restricții speciale privind externarea (Secțiunea 49).

Recomandări medicale: doi medici, dintre care unul aprobat.

Externarea pacienților

Pacienții sub incidența ordinelor de urgență (Secțiunile 4, 5, 135, 136) pot fi externați de cadrul medical responsabil. Pacienții sub incidența unui ordin al Secțiunii 2 pot fi externați de cadrul medical responsabil, conducerea spitalului, ruda cea mai apropiată sau de un tribunal de revizuire a sănătății mintale. Aceleași principii se aplică și pentru pacienții de la Secțiunea 3, cu excepția faptului că responsabilul medical poate face o obiecție privind externarea la cererea rudelor dacă el consideră că pacientul reprezintă un pericol pentru el însuși sau pentru alții. Pacienții sub tutelă au aceeași poziție cu cei de la Secțiunea 3, cu excepția faptului că autoritatea sanitară locală înlocuiește conducerea spitalului.

Ruda cea mai apropiată nu are puterea de a cere externarea pacienților supuși ordinelor Secțiunilor 37 și 47. Pacienții sub incidența ordinelor de restricție de la Secțiunile 41 și 49 pot fi externați doar de responsabilul medical cu consimțământul ministrului de interne sau al Tribunalului de Revizuire a Sănătății Mintale.

Tribunalele de Revizuire a Sănătății Mintale

Acestea sînt tribunale regionale care asigură proceduri de apel pentru pacienții sub incidența ordinelor de lungă durată. Ele audiază apelurile împotriva ordinelor obligatorii și revizuiesc automat anumiți pacienți supuși Secțiunilor 3 și 37 (vezi lista de mai jos). Tribunalele de revizuire pot ordona externarea imediată sau amînată. Membrii tribunalului sînt numiți de Lordul Cancelar și includ un nespecialist, un medic și un avocat care e președintele. Cînd pacientul este supus unui ordin de restricție, președintele este un judecător. Pacienții pot avea reprezentant legal. Pentru diferitele secțiuni ale Actului, timpul de aplicare a apelului este specificat:

Secțiunile 4,5:

Aplicarea fără drept de apel.

Secțiunea 2:

Aplicarea trebuie efectuată în interval de 14 zile.

Secțiunea 3:

Aplicarea poate fi făcută în primele 6 luni, în următoarele 6 luni, și apoi anual. Revizia e automată dacă nu s-a făcut apel fie în primele 6 luni, fie în orice interval de 3 ani.

Secțiunea 37:

Aplicarea poate fi făcută în al doilea interval de 6 luni, apoi anual. Revizia e automată dacă nu s-a făcut apel în orice interval de 3 ani.

Tutelă:

O aplicare se poate face în fiecare perioadă de detenție. Nu există revizie automată.

Consimțământul la tratament

Conform Dreptului Civil, nu se poate administra vreun tratament unui pacient

voluntar fără consimțământul valid al acestuia. Aceasta implică pactul acceptării voluntare, din partea pacientului (adică fără a fi supus coerciției sau unei influențe nerezonabile), a tratamentului, și dacă pacientul e capabil de a lua această decizie. Medicii nu vor administra tratamentul fără acest consimțământ, cu excepția cazului când tratamentul este esențial pentru a salva viața sau a proteja sănătatea pacientului. Actul de Sănătate Mintală 1983 a introdus prevederi care servesc două scopuri: de a conferi autoritate ca în efectuarea unor tratamente fără consimțământ și pentru a proteja interesele pacienților psihici în legătură cu procedurile de tratament.

Actul specifică anumite situații de urgență când tratamentul poate fi administrat, fără consimțământ, unui pacient internat. Orice tratament (cu condiția că acesta să nu fie ireversibil sau riscant) poate fi administrat unui astfel de pacient fără consimțământul acestuia, dacă este imediat necesar de a salva viața pacientului, a preveni o deteriorare severă a condiției lui, de a ameliora suferința gravă, sau de a preveni violența sau pericolul față de sine sau alții.

Actul definește de asemenea diferite grupe de tratament în funcție de tipul de consimțământ care este necesar. Repartizarea tratamentelor în aceste grupe este specificată în Act, în Reglementări (care sînt obligatorii) și în Codul de Practică (care este consultativ). Anumiți pacienți sînt excluși din stipulările privind consimțământul la tratament, și anume cei reținuți conform Secțiunilor 4,5, 135 și 136, cei trimiși la spital pentru rapoarte și cei sub incidența ordinului Secțiunii 41 dar externati condiționat de ministrul de interne. Pentru acești pacienți, medicul are doar drepturi și îndatoriri "cutumiar" când administrează tratamentul.

Pentru alți pacienți sînt stipulate trei grupuri de tratamente, din care toate se aplică la pacienții în detenție și doar prima la pacienții voluntari.

1. *Tratamente care ridică probleme speciale*

Acest grup se aplică atât pacienților voluntari cît și celor internați obligatoriu. El include psihochirurgia și alte tratamente care trebuie specificate, dar nu include medicația obișnuită sau TEC. Pentru aceste tratamente este nevoie de consimțământul pacientului și de o a doua părere, care poate fi a unui medic independent, căruia i se va solicita să se consulte cu două persoane (o asistentă și un medic sau o asistentă) care au fost implicați profesional în tratamentul pacientului. El va lua în considerație tratamentul propus și capacitatea pacientului de a-și oferi consimțământul. În plus, două persoane independente trebuie să certifice capacitatea pacientului de a-și oferi consimțământul.

Aprobarea tratamentului prin procedura unei a doua păreri poate privi un plan de îngrijire ce include mai multe forme de tratament.

2. *Alte tratamente enunțate în Reglementări*

Acest grup se referă la pacienții internați obligatoriu. El este constituit din alte tratamente specificate în Act sau în Reglementări. Include unele forme de medicație și TEC. Pentru aceste tratamente, se va obține a doua opinie (ca la (1), mai sus), dacă pacientul nu-și oferă consimțământul, nu poate să-și ofere consimțământul sau evită. Și aici, a doua părere poate privi un plan de tratament. În orice caz, pentru majoritatea formelor de medicație, aceste proceduri nu se aplică în timpul primelor 3 luni de tratament.

3. *Alte forme de tratament*

Tratamentele ce nu sînt cuprinse în (1) și (2) de mai sus se pot administra pacienților

internați obligatoriu fără consimțământul acestora. Se va remarca faptul că, conform Actului, tratamentul medical "include îngrijirea, abilitarea și reabilitarea sub supravegherea medicală.

Tribunalul de Protecție

Acest tribunal are un istoric foarte lung și se ocupă de bolnavi și deficienți mintali. Majoritatea funcțiilor sale sînt îndeplinite de un "Master" și alți funcționari numiți de Lordul Cancelar. Ei sînt asistați de echipe medicale, legale și generale ale "Lord Chancellor's Visitors", care vizitează pacienții pentru a revizui capacitățile lor și implementarea procedurilor aprobate de tribunal. Cererile către tribunal pot fi făcute de ruda cea mai apropiată sau orice parte interesată. Ele trebuie să includă un certificat medical de la medicul curant și o declarație sub jurământ privind familia și proprietatea pacientului. După analiză și deliberare, judecătorul poate numi un administrator care să conducă afacerile pacientului și a tuturor treburilor ce sînt necesare sau oportune. În timpul administrării afacerilor pacientului de către tribunal, se va avea în vedere obținerea unui aviz medical privind capacitatea pacientului de a face un testament și privind orice cerere de întrerupere a administrării din partea tribunalului. Vezi Gostin (1983), și MacFarlane (1985).

Copiii și legea

Consimțământul părinților este cerut în privința îngrijirii medicale a copiilor sub 16 ani. Există anumite neclarități cu privire la situațiile în care nu trebuie solicitați părinții, în cazul prezentării la consult a unor copii de 15 sau 16 ani. Ori de cîte ori există dubii, e preferabil de a fi consultat un pedopsihiatru cu experiență, o societate de apărare medicală, sau altă autoritate.

Internarea obligatorie prevăzută de Actul de Sănătate Mintală este rareori folosită pentru copii sub 16 ani din două motive. Primul, există alternative, precum Procedurile de îngrijire (vezi mai jos) sau o cerere din partea Tribunalului Tutelar. Al doilea, au puteri pînă la vîrsta de 16 ani sau pînă la vîrsta de 18 ani a copilului (dacă acesta nu este capabil de consimțământ). "Răspunsul practic este, prin urmare, că dacă copilul este capabil dar protestează vehement, ar fi neînțelept de a proceda fără a invoca puterile de instituire obligatorie, cînd e capabil și consimte, e mai sigur de a se proceda în consecință; și dacă e incapabil, dorințele părinților vor prevala afară de cazul cînd s-au folosit măsurile obligatorii" (Hogget 1984, pp. 92-93).

Separat de dispozițiile legale discutate mai jos, poate fi necesară o opinie psihiatrică în diferitele tipuri de proceduri civile, de exemplu adopțiunea, tutela, divorțul și arestul. În funcție de circumstanțe, este înțelept de a se obține sfatul de la cei cu cunoștințe în domeniu și experiență, precum pedopsihiatri, asistenți sociali și avocați (vezi de asemenea Hoggett 1984).

Copii condamnați pentru infracțiuni penale

Copiii sub vîrsta de 10 ani nu sînt socotiți capabili de responsabilitate penală (vezi pag.682). Între vîrsta de 10 și 14 ani, responsabilitatea trebuie dovedită în tribunal. Pedepsele pot fi prezentate pe scurt ca:

- 1) *Eliberare totală sau condiționată.*
- 2) *Amenzi și compensări.* Există limite maxime pentru amenzile ce pot fi aplicate unui copil sau tînăr.
- 3) *Obligația părinților sau a tutorelui.* Dacă copilul a fost găsit vinovat de

infracțiune, tribunalul poate ordona părintelui sau tutorelui (cu consimțământul acestora) de a-și lua angajamentul de a se îngriji adecvat de el și de a exercita un control adecvat.

4) *Ordin de supraveghere.* Acesta este echivalentul unui ordin de eliberare pe cauțiune pentru cei sub 17 ani. Prevede supravegherea din partea unui ofițer de cauțiune sau a unui asistent social pe o perioadă specificată de pînă la 3 ani.

Cînd e adecvat, tratamentul psihiatric poate fi condiția ordinului de la Secțiunea 12, Actul privind Copii și Tineri (1969). Infractorul trebuie să consimtă la această situație.

5) *Ordin de îngrijire* (vezi mai jos).

6) *Ordin de vizitare obligatorie a unui centru.* Vizitarea regulată a unui centru de zi, timp de un număr specificat de ore, poate fi impus cu scop de instruire și ocupație constructivă.

7) *Ordin de spitalizare* (Actul de Sănătate Mintală, 1983) (vezi mai sus pag.705).

8) *Ordin de internare într-un centru de detenție.* Prevede instruire în condiții de internat ce durează 3 luni, pentru infractorii de 14-16 ani, și 3-6 luni pentru infractorii de 17-20 ani. Reducerea cu 1 lună e frecventă pentru ambele grupe de vîrstă.

9) *Instruire într-o casă de corecție.* Prevede instruirea de corecție pentru infractori tineri (de 15-20 ani) care nu sînt adecvați sau prea mari pentru îngrijire rezidențială. Accentul se pune pe latura educativă, nu punitivă. Durata e de 6-24 luni.

10) *Detenție la închisoare.* După cum e specificat în secțiunea 53 a Actului privind Copii și Tineri (1933), tribunalul poate da o sentință cu privare de libertate pentru o infracțiune care în cazul unui adult ar fi dus la închisoare pe termen lung sau pe viață. Intervalul de timp este limitat sau nelimitat (ceea ce nu înseamnă însă pe viață).

Actul privind copii și tineri (1969)

Aceasta este cea mai semnificativă legislație ce privește îngrijirea copiilor (0-14) și adolescenților (15-17). Ea micșorează distincțiile anterioare între cei care comit infracțiuni penale și cei care au nevoie de ajutor din alte motive.

Ordin de îngrijire.

Un ordin de îngrijire încredințează un copil sau un adolescent (pînă la vîrsta de 17 ani) îngrijirii departamentului de servicii sociale al autorității locale. Ordinul poate fi dat dacă una din condițiile următoare este îndeplinită:

- a) dezvoltarea sa adecvată a fost în mod evitabil împiedicată sau neglijată ori sănătatea sa este în mod evitabil deteriorată sau neglijată ori dacă este maltratat;
- b) este probabil să fie satisfăcută în cazul lui condiția prezentată la a), avînd în vedere faptul că tribunalul (sau alt tribunal) a găsit că aceasta este sau a fost satisfăcută în cazul unui alt copil sau adolescent care este sau a fost un membru al gospodăriei căreia îi aparține;
- c) este expus unui pericol moral;
- d) este în afara controlului părintelui sau tutorelui;

e) este la vârsta învățământului obligatoriu (în sensul Actului privind Educația 1944) și nu primește educație completă, eficientă, adecvată vârstei, abilităților și aptitudinilor sale;

f) este vinovat de o infracțiune, cu excepția omuciderii.

Actul de îngrijire a Copilului (1980)

Acest act cuprinde "îngrijirea voluntară și specifică îndatoririle autorităților locale privind îngrijirea copiilor sub 17 ani care nu au pe nimeni ce le-ar purta de grijă, din motiv de moarte, părăsire, boală sau orice alt motiv".

Spitalele și poliția

Poliția are dreptul de a chestiona orice persoană, suspectă sau nu, care este, în opinia ei, capabilă de a oferi informații utile. Persoana nu e obligată să zică ceva și nici nu poate fi constrinsă să meargă la o secție de poliție (cu excepția situației arestului). Dacă poliția dorește să intervieveze un pacient psihic, poate fi necesar uneori ca medicul să-și dea avizul medical dacă starea mintală a pacientului nu permite să fie interviuat.

Regulile Judecătorului (The Judge's Rules) declară că, pe cât posibil, copiii și adolescenții sub 17 ani (suspectați sau nu de infracțiune) vor fi intervievați doar în prezența unui părinte sau a tutorelui sau, în absența acestora, o persoană care nu e ofițer de poliție și care este de același sex cu copilul. Această recomandare se aplică tinerilor spitalizați. Dacă părinții sau tutorii nu pot fi prezenți, spitalul va acționa in loco parentis și un membru adecvat din personalul spitalului, de același sex cu copilul, va fi prezent.

RECOMANDĂRI BIBLIOGRAFICE

Bluglass, R.S. (1983). *A guide to the Mental Health Act 1983*. Churchill Livingstone, Edinburgh.

Hoggett, B.M. (1984). *Mental healthlaw* (2nd edn). Sweet and Maxwell, London.