

NICOLAE OPREA • MIRCEA REVENCO  
VALENTIN OPREA • ROXANA CHIRIȚĂ • VASILE CHIRIȚĂ  
NICOLAE COSMOVICI

# Psihologie

MEDICALĂ

Psihologie

MEDICALĂ

ȘTIINȚA

## IN MEMORIAM

**Nicolae OPREA,**  
*profesor universitar, d.h.ș.m.,*  
*șeful Catedrei psihiatrie, narcologie*  
*și psihologie medicală (1988–2000),*  
*Chișinău, Republica Moldova*



UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „NICOLAE TESTEMIȚANU”,  
CATEDRA PSIHIATRIE, NARCOLOGIE ȘI PSIHOLOGIE MEDICALĂ;  
UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „G.R.T. POPA”, IAȘI;  
INSTITUTUL DE PSIHIATRIE „SOCOLA”, IAȘI

NICOLAE OPREA • MIRCEA REVENCO  
VALENTIN OPREA • ROXANA CHIRIȚĂ • VASILE CHIRIȚĂ  
NICOLAE COSMOVICI

# Psihologie

MEDICALĂ

Conspecte și note de curs pentru studenții și rezidenții  
Universității de Medicină

**Ediția a 3-a**

Știința

Acest manual de „Psihologie medicală” este dedicat reflectării particularităților psihologice ale bolnavilor cu diferite boli. Pe larg sunt redată corelațiile psihosomatice și somatopsihice. O deosebită atenție se acordă reflecției tratamentului psihomedical, psihoterapiei, îndeosebi psihanalizei. Sunt expuse aspectele psihomedicale ale comportamentului auto- și heteroagresiv și ale conjugopatiilor. De asemenea, sunt descrise chestionarele de evaluare psihologică și psihiatrică. Manualul este destinat studenților Universității de Medicină, medicilor psihiatri, narcologi, medicilor interniști, psihologilor, rezidenților de profil și cadrelor didactice ale facultăților respective.

Aprobat la ședința Catedrei Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, proces-verbal nr. 16 din 10.03.2016.

Aprobat la ședința Seminarului Științific de profil „Psihiatrie și Narcologie” al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, proces-verbal nr. 1 din 25.03.2016.

Aprobat la ședința Comisiei metodice de profil „Neurologie, neurochirurgie, psihiatrie, psihologie medicală și neuropediatrie” din cadrul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova, proces-verbal nr. 1 din 31.01.2017.

#### Recenzenți:

Nicolae BUCUN,  
doctor habilitat în psihologie, profesor universitar

Zinaida BOLEA,  
doctor în psihologie, conferențiar universitar

ÎNȚREPRINDEREA  
EDITORIAL-POLIGRAFICĂ

**ȘTIINȚA**

str. Academiei, nr. 3; MD-2028, Chișinău, Republica Moldova  
tel.: (+373 22) 73-96-16 (anticamera); (+373 22) 73-99-94 (marketing)  
(+373 22) 73-99-83 (depozit); fax: (+373 22) 73-96-27  
e-mail: prini\_stiinta@yahoo.com  
www.editurastiinta.md

#### Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

**Psihologie medicală:** Conspecte și note de curs pentru studenții și rezidenții Universității de Medicină / Nicolae Oprea, Mircea Revenco, Valentin Oprea [et al.]; Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală; Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa”, Iași; Institutul de Psihiatrie „Socola”, Iași.  
– Ed. a 3-a. – Ch.: Î.E.P. Știința, 2021, (Tipogr. „Bons Offices”). – 224 p.

Referințe bibliogr.: p. 221-224

ISBN 978-9975-85-265-4

## COLECTIVUL DE AUTORI

*Nicolae OPREA*

Profesor Universitar  
Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie medicală  
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”  
Chișinău, Republica Moldova

*Mircea REVENCO*

Profesor Universitar  
Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie medicală  
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”  
Chișinău, Republica Moldova

*Valentin OPREA*

Conferențiar Universitar  
Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie medicală  
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”  
Chișinău, Republica Moldova

*Roxana CHIRIȚĂ*

Profesor Universitar  
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”  
„Socola” Institutul de Psihiatrie, Iași, România

*Vasile CHIRIȚA*

Profesor Universitar  
Academician, Academia Română de Științe Medicale  
„Socola” Institutul de Psihiatrie, Iași, România

*Nicolae COSMOVICI*

Doctor în Psihologie  
„Socola” Institutul de Psihiatrie, Iași, România

*Viorel PARASCHIV*

Psiholog medical  
„Socola” Institutul de Psihiatrie, Iași, România

# CUPRINS

CUVÂNT ÎNAINTE .....	8
Psihologia medicală: semnificații relaționale.....	10
Relația medic-pacient .....	21
Boala și reacția psihologică .....	30
Aspecte psihologice ale bolnavului cardiovascular.....	36
Aspecte psihologice ale bolnavului cu afecțiuni ale aparatului digestiv .....	42
Aspecte psihologice ale bolnavului cu afecțiuni ale glandelor endocrine.....	48
Aspecte psihologice ale bolnavului cu afecțiuni ale sângelui și organelor hematopoietice.....	53
Aspecte psihologice ale bolnavului cu afecțiuni urogenitale .....	57
Aspecte psihologice ale bolnavului cu afecțiuni respiratorii.....	62
Psihokinetoterapia deficitului psihomotor. Aspecte psihomedicale .....	65
Aspecte psihomedicale în clinica de neurochirurgie .....	70
Metodele de tratament psihomedical (psihoterapii).....	76
Psihanaliza.....	85
Istoricul psihanalizei ca psihoterapie.....	91
Personalitatea în viziunea și perspectiva psihanalizei.....	98

Psihoterapia în concepția psihanalizei.....	106
Profilaxia tulburărilor psihice.....	125
Aspecte psihomedicale ale durerii .....	133
Implicații psihomedicale în alcoolism.....	138
Semnificații psihologice în dispensarizarea ambulatorie .....	142
Relații medico-psihologice în psihofarmacologie .....	146
Componentele psihologice ale comportamentului patologic autodistructiv .....	151
Psihologia stărilor de agresivitate.....	163
Aspecte psihomedicale ale conjugopatiilor.....	169
Victimologia: aspecte psihomedicale .....	177
Noțiuni și principii de deontologie medicală .....	186
Aspecte de deontologie în asistența medicală prin spitalizare .....	191
Scale diagnostice și de evaluare utilizate în psihiatrie și psihologie medicală .....	201
 BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ .....	 221





## CUVÂNT ÎNAINTE

O nouă ediție a părții a treia a manualului de psihologie generală și medicală după 20 ani de la apariția primei ediții (1993) este binevenită din mai multe considerente. Motivele cele mai importante care ne-au făcut să reedităm partea clinică a trilogiei manualului vizează cerințele contemporane legate de procesul didactic, de contribuțiile noi ale sociologiei, antropologiei, psihologiei experimentale, neurofiziologiei, psihofarmacologiei și categoriilor diagnostice ale psihopatologiei.

În plus, necesitatea racordării la tendințele actuale rezidă tocmai în schimbările majore care se produc în asistența în domeniul sănătății mintale, prin accentuarea importanței centrelor comunitare și a echipelor multidisciplinare în managementul cazurilor. Deschiderea centrelor comunitare în teritoriu, conștientizarea necesității prezenței în serviciile spitaliere și de reabilitare a psihologului clinician, presupune nu numai creșterea numărului acestor specialiști, dar și o atenție particulară oferită formării și specializării acestora. Rolul psihologului în echipele multidisciplinare este unul incontestabil, acesta asigurând nu numai participarea la actul diagnostic, dar și, prin aplicarea metodelor psihoterapeutice, participarea la procesul curativ. În acest sens, manualul ar putea fi util nu numai pentru studenții ciclului universitar, dar și pentru medicii rezidenți în psihiatrie și în alte specialități conexe. În acest manual am încercat să delimităm și să clarificăm preocupările esențiale ale psihologiei medicale actuale, aspectele dinamice ale afectivității, rolul pulsiunilor, al mecanismelor de apărare în geneza tulburărilor comportamentale, psihosomatice, psihopatologice, circumscriindu-le conceptului bio-psiho-social.

O atenție deosebită este acordată relației medic-pacient în contextul afecțiunilor somatice, a particularităților comunicării cu pacienții diagnosticați

cu patologie organică cronică (cardiovasculară, respiratorie, endocrină, gastrointestinale, urogenitale...). În manual se analizează detaliat factorii psihologici care contribuie la apariția patologiei somatice.

Sunt mai detaliat descrise tehnicile psihoterapeutice cu unele detalii suplimentare pentru a le face mai clare pentru cititor și a fi mai bine înțelese ca sens de aplicare. Sunt descrise elementele de baza care asigură eficacitatea variantelor de psihoterapii, punctele slabe, limitele aplicabilității.

Manualul include un capitol consacrat psihanalizei, psihoterapiei psihanalitice și psihosomaticii psihanalitice. O atenție deosebită este acordată relației transfer-contratransfer. În manual sunt reflectate și aspectele profilactice în psihologia medicală, a durerii, a dependențelor de substanțele psihoactive, a farmacoterapiei, în comportamentul suicidal și victimologic. Totodată sunt analizate probleme fundamentale ce vizează deontologia actului medical și psihologic, precum și abordarea unor situații particulare ca de exemplu conjugopatiile, în complexitatea lor multidimensională. În plus, a fost revizuit capitolul destinat metodelor de investigare, de testare care ar putea asigura descoperirea momentelor importante din funcționarea pacienților (a personalității, a tulburărilor psihice, a depresiilor, riscului suicidal, a anxietății, calității vieții și a somnului, a capacităților cognitive, a dependenței de alcool).

În concordanță cu elementele de noutate din noua ediție a manualului a fost reactualizată și bibliografia, cu referințe ce subliniază cele mai noi tendințe din domeniul psihologiei, psihologiei medicale și psihopatologiei. Deasemenea sunt descrise chestionarele de evaluare psihologică și psihiatrică utilizate frecvent la etapa contemporană.

Acest manual își propune să reprezinte un veritabil instrument de învățare, precum și operațional, atât pentru comunitatea universitară cât și pentru specialiștii în domeniu.

*Colectivul de autori*



## PSIHOLOGIA MEDICALĂ: SEMNIFICAȚII RELAȚIONALE

Psihologia medicală are o dezvoltare relativ recentă. Astfel Charcot, în lecțiile sale de psihiatrie, reclama necesitatea creării unei psihologii care să opereze în domeniul patologiei. În anul 1845, Isensee, titularul catedrei de patologie terapeutică și medicină legală din Berlin, prezenta un curs intitulat «Psihologie medicală», ca urmare a unor tendințe doctrinare dezvoltate în cadrul școlii de psihiatrie, denumită psihologică și care la începutul secolului XIX era reprezentată în Germania de Heiroth și Ideler. Această orientare se atinge o dată cu triumful școlii somatice a lui Griesienger, pentru a reapare la începutul secolului XX prin tratatul de «Psihologie medicală» a lui Schilder (1924) constituit după o orientare net freudiană. La scurt timp apare cunoscuta lucrare a lui W. Kretschmer «Medizinische Psychologie», care pledează ferm pentru necesitatea formației psihologice a medicilor și studenților în medicină. Pentru Kretschmer, psihologia medicală este în esență «Psihologia nevrozelor, ca expresie a psihologiei sufletului omenesc în general. Cel care înțelege nevrozele, cunoașteșiiființa umană și devine mai bine format pentru alte exigențe psihologice ale profesiei medicale».

Preocuparea esențială în psihologia medicală o constituie aspectele dinamice ale afectivității, alături de descriția afectelor, a pulsuniilor și a manifestărilor voluntare, în timp ce funcțiile superioare ale inteligenței sunt tratate într-o formă succintă, întrucât ele sunt preocuparea preponderentă a psihologiei pedagogice.

Această orientare a psihologiei medicale din Germania, centrată asupra afectivității, printr-o abordare antropologică și insistând asupra «psihologiei

profunzimilor» se conservă și astăzi în lucrările lui E. Wiesenhuter și N. Schjelderup.

În SUA, în ultimele trei decenii, psihologia sub influența psihiatrilor de orientare analitică este introdusă în învățământul medical sub forma psihologiei dinamice. Raportul publicat în 1948 de către Commonwealth Found, care deținea rolul principal în organizarea acestor studii, își propune o medicină comprehensivă, printr-un raport mai strâns cu bolnavul, cu istoria sa, cu mediul său actual, cu exigențele sale fundamentale, raport care să promoveze o integrare, flagrant absentă în stadiul actual al medicinei.

Specialitățile medicale, în mod comun, resimt nevoia nu atât a psihiatriei, cât mai ales a unei specializări în patologia emoțiilor. Totuși, psihiatria poate demonstra astăzi rolul relației medic – pacient și poate oferi tehnicile pe care le implică această relație.

Prin investigația psihologică și studiul clinic psihiatria a dezvoltat, în ultimii ani, o doctrină asupra istoriei dezvoltării personalității umane, a dinamicii privind relațiile umane, a efectelor reciproce dintre gândire, sentimentele omului și propriul său corp, sugerând metodele terapeutice în atare situații. De aceea, psihiatria dinamică deține un ascendent asupra psihologiei comprehensive, întrucât cercetează modul integral de a reacționa al persoanei umane și prin aceasta, se separă de neurologie, putând ajuta medicina să nu subordoneze pacientul diferitelor specialități medicale.

O orientare apropiată o găsim în Anglia, la școala de la Tavistock Clinic, cu Balint, reprezentantul cel mai cunoscut astăzi care își propune descripția procesului privind relația medic – bolnav cu efectele secundare neprevăzute sau nedorite de remediile medicale, descripția semnelor de diagnostic care să poată permite recunoașterea în timp util a procesului patologic și modelul corespunzător de psihoterapie în cadrul acestor relații complexe.

Psihologia medicală dezvoltată în forma variantelor amintite întrunește o serie de elemente comune: autorii lor sunttoți psihiatri și ca atare, se consideră posibilă difuzarea cunoștințelorși tehnicilor de lucru numai de către acei psihiatri care suntcompetenți pentru formarea lor medicală și clinică de a săvârși aceasta. Domeniul de acțiune, deși în mod diferit denumit, constituie o zonă comună preocupărilor psihiatriei: nevrozele pentru Kretschmer, medicină psihosomatică pentru Commonwealth Found, efectele secundare neprevăzute și nedorite ale remediilor medicale pentru Balint, iar pentru toțirelația medic – bolnav.

Principiile teoretice ale acestor tendințesunt diversele orientări ale psihopatologiei, psihologia holistică și antropologia, psihanaliza și psihologia dinamică.

Metodele de acțiunesunt înscrise în diferitele procedee ale psihoterapiei.

Paralel însă acestor orientări se dezvoltă și cele fundamentate pe o abordare experimentală. Așa cum rezultă din analiza lui Stoller și Monsh, în 1966, asupra învățământului psihologiei medicale în SUA, numeroși psihiatri de formație analitică, după cel de-al doilea război mondial, au devenit titularii catedrelor de psihiatrie, imprimând învățământului o puternică tendință psihanalitică. În ultimii ani, entuziasmul pentru această orientare descrește o dată cu dezvoltarea altor științe ale comportamentului, situație în afara psihanalizei. Astfel psihologia medicală se dezvoltă astăzi prin numeroasele contribuții ale sociologiei, antropologiei psihologiei experimentale și neurofiziologiei.

Mewbray și Rodger, autorii manualului «Psychology in relation to medicine» (1963), afirmă în prefața lucrării lor: «Am prezentat o vedere sistematică a comportamentului uman ca o completare firească la ceea ce studentul învață despre structura și funcțiile diverselor organe ale corpului. Nu am pus accent, cum s-a făcut altădată, asupra psihologiei relațiilor medic – bolnav, cu un punct de vedere holistic al bolii, sau centrat asupra persoanei; a existat convingerea că acest mod de tratare l-ar face pe student sau pe medic mai uman. Din punctul nostru de vedere un astfel de scop se poate obține mai bine prin exemplul celui care predă cunoștințele clinice indiferent dacă este chirurg, internist sau psihiatru, dar se găsește în contact cu bolnavul».

Un raport mai recent al British Psychological Society atribuie studiului psihologiei medicale cinci subiecte majore: funcțiile psihice elementare, psihologia socială, psihologia dezvoltării, diferențele individuale, psihologia în relațiile cu medicina (efectele psihologice ale bolii, relațiile medic – bolnav). Un astfel de program este aplicat în unele universități britanice ca cele de la Liverpool și Theffield, iar o concepție apropiată se reflectă în lucrarea lui J. Delay și P. Pichot «Abrégé de Psychologie à l'usage de l'étudiant» (1969), ca și studiul psihologiei din învățământul medical din Franța. Tratarea psihologiei medicale în acest fel implică colaborarea interdisciplinară pentru cercetarea comportamentului uman, inclusiv preluarea datelor psihologiei experimentale. De aceea, atât în învățământ, cât și în redactarea manualelor, întâlnim în prezent o sugestivă colaborare dintre psihiatri de formație complexă (mai largă decât cea psihanalitică sau antropologică) și psihologi. Cităm câteva exemple: T. Ferguson Rodger, profesor de psihiatrie, R.M. Mowbray, profesor de psihiatrie și P.R.F. Clarke, psiholog; în SUA, colaborarea dintre Stoller și Mensch; în Danemarca dintre Lun și Ostergaard; în Franța: J. Delay și P. Pichot.

Câmpul de cercetare preconizat depășește în aceste condiții interesul pentru medicina psihosomatică și nevroză și se extinde la ansamblul factorilor

individuali și sociali ai comportamentului, în măsura în care acesta interesează medicina. În această cercetare se dezvoltă raportul cu fiziologia prin intermediul psihologiei medicale, la fel cu deontologia și psihiatria. Pentru psihiatrie se oferă posibilitatea unei ample cooperări, pornind de la psihologia generală ca bază a psihopatologiei și la metodele de explorare funcțională psihologică din serviciile clinice de boli mentale. Perspectiva acestor preocupări definitorii pentru obiectul unei discipline reduce la valoarea reală relația medic – pacient care nu poate constitui nici obiect și nici scop singular al unei discipline și consideră psihologia dinamică o orientare psihologică în stare să aducă doar o înțelegere mai bună a faptelor studiate, aparținând unor categorii de achiziții diferite, de la psihologia diferențială cantitativă la fenomenologie, de la etiologie la psihiatria socială și etnopsihiatrie.

Psihologia medicală cunoaște o dezvoltare aplicativă și experimentală în Rusia, prin tradiția laboratoarelor psihologice înființate de Bekhterev și Korsakov pe lângă clinicile de psihiatrie, iar prin Pavlov și ampla sa activitate de concepție teoretică, experimentală și metodologică a școlii pavlovienne, se fundamentează perspectivele cercetării mecanismelor complexe ale comportamentului ca și metodele obiective de cercetare. În acest sens, cercetările lui Leontiev, Rubinștein, Anohin, Luria și alții, constituie contribuții importante, la fel ca și lucrarea lui M. S. Lebedinski și V. M. Miasîșcev în mod distinct intitulată «Introducere în psihologia medicală».

Nu poate trece neșemnat, indiferent de opinia critică asupra bazelor doctrinale, contribuția adusă în problema comportamentului de Thorndike, Watson și behaviorism, psihologia experimentală a lui R. S. Woodworth și N. Schlesberg.

Cercetările medicinei psihosomatice, care au stagnat în studiul psihogenetic al comportamentului, sunt în ultimii ani substituite de importanța preocupărilor pentru stresul relațional și modul de a reacționa prin comportament observabil față de boală, prin care ea însăși poate deveni sursă de conflict interuman.

Tulburarea psihică poate fi concepută ca un fenomen abstract, în afara observației sociale, atunci când o studiem sub formă de concept general, în scopul sesizării legilor și mecanismelor ei de funcționare. Dar ea reprezintă, în același timp și în mod individualizat, suma reacțiilor fizice și mentale ale unei persoane la agenți nocivi, exprimată psihocomportamental prin stări afective, acțiuni efectorii, activitate simbolică de gândire și limbaj. Boala, în același timp, înseamnă și modul în care cineva trăiește procesul patologic, ca membru al unui grup social și măsura în care acest fapt influențează

comportamentul său în interacțiunea participării la restanțele de grup ca și concepțiile colectivității despre boală.

Generalizarea datelor despre comportament, în aceste condiții, va relua în considerare personalitatea pacientului prin caracteristicile motivaționale ale dezvoltării sale ontologice, relațiile sale curente de viață, valoarea pentru procesul morbid al factorilor aparținând mediului neuman, precum și particularitățile procesului patologic.

Răspunsul, ca fenomen care semnifică ceea ce o persoană percepe, simte și gândește, este intrapsihic, comportamental și relațional față de ambianță. El va fi, conform cu informația unei persoane și a colectivității despre boală, evaluarea ei critică privind comportamentul vizibil, prevederile consecințelor ei și adoptarea unor măsuri protective pentru individ și relația comunitară.

Să nu omitem, fără a tenta o integrală tratare și importanța tradiției unor surse ce aparțin școlii noastre medicale, încă Jujien Lukaszewski, precursorul asistenței psihiatrice moderne la Iași, sublinia calitățile necesare unui medic și anume spiritul umanist, cunoștințe și însușiri de psiholog, alături de temeinica sa pregătire în disciplinele biomedicale. Al. Brăescu și Panaite Zosin s-au referit în lucrările lor la aspecte ce privesc relația dintre starea de sănătate, boală și societate, ca și la unele semnificații ale determinismului psihocomportamental. Era perioada de început a psihiatriei la Iași, perioada de înființare a spitalului «Socola», în care ideile și progresul științei europene găseau climatul propice unei originale dezvoltări prin oamenii și instituțiile de învățământ și cultură ale timpului. Prin activitatea științifică a lui C.I. Parnon putem ilustra caracterul aplicativ al cercetării medicale spre interdisciplinaritate, într-un original și creator cadru teoretic cu multiple referințe de studiu asupra psihoafectivității, memoriei, conduitelor criminogene și psihopatologiei clinice. Buletinul societății de neurologie, psihiatrie, psihologie, endocrinologie, înființat la Iași, a promovat o reală deschidere și către psihologia medicală, deschidere continuată apoi de Leon Ballif, participant la primul congres mondial de igienă mintală de la Washington, ca și de buna și durabila colaborare cu facultatea și catedra de psihologie ale Universității «Al. I. Cuza», colaborare susținută de valoarea contribuție științifică a acad. V. Pavelcu, atât de atașat acestei relații interdisciplinare. Activitatea noastră, la rândul său, nu face decât să exprime nesubstituibilă valoare a psihologiei în cercetarea medicală actuală ca și perspectiva unor surse creative pentru dezvoltarea psihiatriei. În prezent, pentru a ilustra o prestigioasă contribuție la dezvoltarea psihologiei și a problematicii sale aplicative ne putem referi la lucrările lui Paul Popescu-Neveanu, M. Golu, Em. Verza, A. Atanasiu, Al. Sen, D. Ivana, precum și

la durabila colaborare cu valoroase cadre din învățământul universitar de la Iași: Stela Teodorescu, A. Cosmovici, Cornelia Dimitriu, A.Neculau, T.Prună, T. Rudică, C. Logofătu, I. Holban, putând astfel proiecta activități care să promoveze învățământul, cercetarea, perfecționarea profesională și competențele aplicative în varianta problematică a asistenței medicale.

La lucrările ce pot fi considerate de valoare directivă pentru cercetarea și învățământul psihologiei evidențiem contribuțiile aduse psihologiei medicale de disciplinele de psihologie din învățământul universitar medical și în mod deosebit valoroasele contribuții pentru relația psihologiei cu psihiatria aduse de către E. Panfil, V. Predescu, G. Ionescu și alții, prin care poate fi ilustrată contribuția conceptuală și metodologică a relațiilor interdisciplinare. Desigur, acest simplu caracter enumerativ al unor contribuții și activități nu poate sugera decât parțial ceea ce se referă la orientările medicale ale școlii de psihiatrie de la Socola.

**Cercetare și metodă.** Psihologia medicală în sensul aplicativ, deține două atribuții esențiale:

1. participă la formularea diagnosticului;
2. participă prin metode proprii la actul terapeutic.

Diagnosticul psihologic se aseamănă doar parțial cu cel medical și se bazează pe: descripția modificărilor de comportament ale persoanei cercetate în condițiile vieții de grup social, familie, loc de muncă sau chiar în momentul examinării; decelarea originii disfuncțiilor psihice în domeniul motivației și orientării, care ne permit rezolvarea corectă a problemelor de existență: stabilirea gradului de participare a mecanismelor psihologice în geneza modificărilor de comportament, fie prin plasarea persoanei în situații dificile, fie prin defect al personalității de natură constituțională sau dobândită prin factori endo-exogeni.

Diagnosticul psihologic este analitic și integrativ, iar în raport cu situația și cu aspectele nosologice, unul dintre procedeele de diagnostic poate deveni preponderent. În orice situație însă, el se bazează pe diagnosticul medical, cu toate elementele sale funcționale subsidiare: rezistența organismului, răspunsul la actul terapeutic, evoluția procesualității, prognosticul bolii.

Diagnosticul medical beneficiază intensiv de cel psihologic și se completează comprehensiv prin informații care permit o reală individualizare a actului profesional și umanitar de asistență medico-socială. În acest mod, cunoscând gradul de deteriorare organică, se stabilește handicapul psihologic și social al unei persoane ca și raportul stresant al acestei situații față de procesul morbid și funcțiile homeostazice ale organismului.



Stabilirea diagnosticului psihologic pentru utilitate medicală este atribuția psihologului, diferențiat și specializat în problemele psihologiei medicale. Numai acesta, prin specializarea sa, poate poseda abilitatea tehnică, informația teoretică și timpul programat pentru aplicarea metodelor psihologice de investigație, al căror rezultat se integrează în diagnosticul medical.

Metodele de explorare pentru elaborarea diagnosticului psihologic sunt clinice și experimentale.

Metodele clinice prevăd observația bolnavului și investigarea prin discuții dirijate, obținându-se date elementare asupra funcțiilor psihice, reacțiilor generale de comportament, datelor actuale de viață, modului de existență, precum și asupra dezvoltării psihologice în raport de circumstanțele semnificative din istoria vieții sale. Aceste date configurează tabloul clinic al celui examinat, capacitatea sa de integrare în relațiile interpersonale, cât și dificultățile față de care și-a pierdut abilitatea integralei sale afirmări.

Investigația psihologică clinică cere o deosebită competență, câștigată prin instruire și exercițiu. Ea poate constitui o probă suficientă pentru necesitatea formulării diagnosticului sau să stabilească ipoteze care să necesite o verificare prin metodele experimentale.

Metoda experimentală sau experimentul diagnostic se bazează pe modul de rezolvare de către persoana cercetată a unei teme prestabilite și în raport cu rezultatul obținut, se stabilesc unele caracteristici psihologice și unori nivelul lor. Experimentul standardizat este, în mod general, denumit test; experimentul nestandardizat, denumit și experiment clinic, se programează individual pentru anumite cazuri, în scopul verificării unei anumite ipoteze diagnostice, adică este nestandardizat, dar programat individual. Pentru realizarea lui se selectează comportamentul ce trebuie elucidat, se construiește ipoteza explicativă și apoi se verifică ipoteza cu ajutorul unui experiment ales. Dekler și Groen au folosit experimentul clinic pentru a verifica stimulii emoționali care contribuie la declanșarea accesului de astm. Experimentul standardizat sau metoda testelor psihologice, deși mult controversată, justifică utilitatea lor în forma aplicării judicioase la ansamblul explorărilor clinice, începuturile acestor tentative sunt legate de numele lui F. Galton și John Mc. Cattel, care le-a introdus în psihologie, extinse apoi de Binet pentru determinarea dezvoltării intelectuale a copiilor și mult dezvoltată de N.Minsterberg la determinarea aptitudinilor în scopul selecției profesionale.

Definirea testelor a fost deosebită în raport de apartenența ideologică a grupurilor de cercetători, de scopul utilizării lor, precum și de condițiile în care au fost aplicate. Definiția adoptată de Asociația Internațională de Psihotehnică consideră testul «o problemă definită», implicând o sarcină

de îndeplinit, identică pentru toți subiecții examinați, cu o tehnică precisă pentru aprecierea succesului sau eșecului, sau pentru notarea numerică a reușitei.

Riscul unei asemenea definiții este ușor de întrevăzut, prin abuzul standardizării care nu ține seama de parametrii individuali ai personalității studiate, care își are experiența proprie în complexul factorilor social-morali, caracteristici dezvoltării sale.

P. Pichot consideră testul mental o situație experimentală standardizată servind de stilul unui comportament. Acest comportament este evaluat într-o aceeași situație cu cel al altor subiecți plasați într-o aceeași situație, permițând astfel clasarea subiectului examinat, fie în mod cantitativ, fie în mod tipologic. Definiția lui P. Pichot implică:

1. o situație experimentală constituită dintr-o probă sau mai multe;
2. înregistrarea obiectivă a comportamentului declanșat;
3. evaluarea statică a acestui comportament;
4. clasarea lui în raport cu un grup determinat.

Sub aceste aspecte, testul psihologic poate face parte din ansamblul de investigații asupra comportamentului bolnavului. El prezintă o valoare teoretică, permițând verificarea ipotezelor asupra apartenenței nosologice a unui comportament patologic și o valoare practică, răspunzând la cunoașterea clinică mai precisă a bolnavului pe parcursul asistenței medicale. Utilizarea acestor metode a devenit în fapt atât de comună, încât medicul este indispensabil legat de folosirea lor în activitatea clinică.

Testul psihologic rezultat din experiment poate comporta o asemănare cu examenul clinic. Examenul clinic, bazat însă pe cercetări și probe, poate deveni test numai în măsura în care este raportat la un studiu statistic, întrucât experiența medicului nu este niciodată suficientă pentru a se substitui acestui studiu. Analiza factorială, utilizată ca metodă matematică în cercetarea clinică, folosește tocmai elementul cunoscut și comun al unui grup mare de incidențe care puse în formula algebrică permite deducerea unor necunoscute.

Astfel standardizarea concură la o definiție mai obiectivă decât simpla observație, medicul având posibilitatea aplicării ei în studiul dinamic al evoluției bolnavului.

În raport cu conținutul cercetării care urmărește a stabili structura personalității sau constituția sa, metodele experimentale pot fi: obiective, raportându-se la un obiect determinat de studiu (desenul, producția aritmetică,

comportamentul unui bolnav) sau metode subiective, care se raportează la starea psihică rezultată din introspecția trăirilor subiective.

Aceste metode care folosesc în testarea psihică elementul comun, dedus din standardizare, sunt desăvârșite de metodele proiective care permit aprecierea în mod dinamic a momentelor care participă la formularea complexă a răspunsului, în baza unor multipli factori determinanți.

Există multiple modalități de clasificare a testelor. Ele diferă după modul lor de utilizare și după scopul lor. În general pentru utilizarea clinică se pot distinge două grupe de teste, din care unele sunt susceptibile de o evaluare cantitativă și alte teste, ale personalității, prin metode proiective sunt capabile de a evalua în mod calitativ structura personalității. Descrierea și tehnica acestei metodologii face parte din cunoștințele și capacitatea aplicativă a psihologului ca și din instruirea necesară înțelegerii particularelor aspecte ale psihologiei medicale în relațiile sale cu diferite forme de boală și de devianță psihocomportamentală. Doar în condiția acestei necesare specializări cu aplicarea critică, selectivă sau deseori grupată a instrumentarului variat și complex al explorării psihologice, se poate realiza utila și reciprocă relație dintre psihiatrie și psihologia medicală.

**Relații actuale și de perspectivă.** Aspectele de referință ale psihologiei medicale în relație cu cercetarea și asistența psihiatrică comportă mutații și particularități ce decurg între progresele și tehnicizarea medicinei contemporane ca și din actuala expansiune a psihiatriei și a modalităților sale de intervenție pentru promovarea sănătății mentale.

Medicina contemporană specializată și chiar hiperspecializată, cu posibilitățile sale de explorare ajunse la nivel de acuratețe mereu perfectibil prin progresul tehnic și instrumental, a dus în mod inerent la scăderea, aproape de anulare, a tradiționalei relații interpersonale de creditare morală și liant emoțional între medic și pacient. Fără a atribui aceste observații în egală măsură la toate formele de asistență medicală, se constată totuși prezența acestor tendințe în procesul și căile de elaborare ale diagnosticului prin contactul cu diferite tehnici sau chiar specialități medicale, contact care, de fapt, contribuie la diminuarea comprehensiunii din tradiționala și bilaterala relație subiectivă. De asemenea aplicarea asistenței în etapele sale clinice, de postură, reexaminare periodică sau dispensarizare, introduce în mod firesc multiple contacte prin proceduri formalizate sau instituționalizate care influențează condiția subiectivă a bolnavului până la gradul unui risc de înstrăinare a integralității cu valorile existenței sale. În asemenea condiții care exprimă tendințe ce decurg din specializarea și tehnicizarea actului medical se ajunge la necesara opțiune de formulare umanistă și axiologică

atât a modalităților asistentelor medicale, cât și a cercetării sale asupra stării de sănătate a unei persoane sau a unei populații.

Psihiatria și psihologia medicală, prin demersul lor de cercetare plasat în problematica existenței și devenirii personalității și în general a condiției umane, pot contribui și acest lucru este așteptat, la instituirea unei comprehensiuni și lucide responsabilități față de starea de sănătate mentală și dinamica relațiilor lumii noastre contemporane.

Psihiatria și psihologia medicală, dispunând de progresele actuale ale explorărilor analitice și cantitative, cât și de capacitatea de a opera cu sistemele funcționale integrale, oferă o exemplară deschidere către axiologia existenței și a destinului condiției umane în prezența unei factorialități de risc patogen ce poate aparține și posibilităților create de propria sa civilizație. Urmarea aplicativă a înțelegerii acestei relații actuale dintre psihiatrie și psihologia medicală se referă la o dinamică problematică și diferențiată a psihodiagnosticului și psihoterapiei în sistemul etapizat și individualizat al asistenței medicale. Investigația psihologică completează cu sensibilitate și competență diagnosticul medical și prognoza sa prin evaluarea procesualității unei stări psihopatologice în sistemul relațional al unor factori sanogeni și patogeni ai unui spațiu ambiental.

O situație dificilă sau un risc față de starea de sănătate a unei persoane, un debut de boală sau semnificația de gravitate a prognozei sale, un proces de degradare sau de structurare a unei personalități sunt incidente sau destine individuale, dar și psihotrauma, cu potențiale mutații de valori și motivații pentru ceea ce noi denumim o psihopatologie relațională.

În acest context psihiatria dezvoltă în prezent și proiectează prin anticipație modalitățile sale de asistență populațională, care implică precizări conceptuale, diversificări acționale și o activă sesizare a unor factori de risc sau tendințe în evoluția stării de sănătate mentală ca valoare dinamogenă pentru condiția persoanei și a grupului comunitar de care aparține aceasta. Aspecte cum sunt de exemplu: ontologia personalității și dinamica modelelor sale de identificare, ecosistemul familial și factorialitatea sau efectele conjugopatiilor, formele discomportamentale ale eșecului și frustrării în alcoolism, hetero- și autoagresivitatea în sistemul relațiilor interpersonale, boala mentală și relația victimologică și alte aspecte ce pot fi enumerate exprimă actuala dimensiune medicală a psihiatriei, dar și posibilitatea colaborării interdisciplinare cu psihologia, în proiectarea unei comprehensive explorări a factorilor subiectivi și a modalităților de organizare a unei asistențe populaționale. Astfel prin exemplificarea făcută dorim să semnalăm diversitatea actuală a conținutului tematic în psihologia medicală când se referă la boală și bolnav, la boală, bolnav și grupul comunitar sau la bolnav

și terapeutul său. Această diversitate duce în mod firesc la selectarea metodelor de explorare și psihoterapie, la gradarea evoluției fenomenologiei și a personalității cercetate, la validarea unor rezultate obținute prin intervenția medicală și în general la operațiuni diferențiate și repetate capabile să evidențieze dinamica unor relații psihocomportamentale. În acest mod procedăm la explorarea psihologică a unor efecte terapeutice, la explorările din activitățile expertale, la explorarea din durata unei evoluții clinice a bolnavilor asistați în spital, sau aflat în post cură sau dispensarizare și să nu omitem valoarea preventivă a unor examinări în situații psihosexistențiale dificile, examinării care au calitatea de a orienta și asistența psihiatrică.

În concluzie, metodele de explorare psihologică aplicate la situații psihopatologice diferențiate și după o dinamică caracteristică scopului urmărit, oferă în mod necesar posibilitatea elaborării unei evaluări de sinteză. Această evaluare este uneori dificilă datorită semnificației diferite a rezultatelor obținute, dar care prin procedee de apreciere cantitativă sau calitativă poate preciza semnificația tulburărilor decelate și a mecanismelor lor ca factori patogeni ai personalității și ai relației psihocomportamentale.

Psihologia medicală, prin obiectivele și modalitățile sale de cercetare, oferă posibilitatea unei mai bune precizări și aprecieri ale tulburărilor psihice din evoluția unui proces de îmbolnăvire, fapt atât de necesar diferențierii actului terapeutic și a modalităților de asistență medicală proiectată competent și comprehensiunii față de persoana bolnavă, ambianța și factorii ce întrețin riscurile de îmbolnăvire.

Relația dintre psihiatrie și psihologia medicală se exprima și se dimensionează, de fapt, după problematica stării de sănătate mentală a lumii contemporane și promovarea valorilor care pot promova progresul.



## RELAȚIA MEDIC-PACIENT

Între medic și pacient, în afara aspectelor tehnico-profesionale, se stabilesc unele relații care pun față în față (două) psihologii diferite într-o situație de «colocviu singular». Bolnavul și medicul nu ignorează nici unul, nici altul, că fără o ambianță de încredere, terapeutica este imposibilă.

Dar uneori bolnavul este considerat un capitol de patologie, un prilej de experimentare, un caz științific, relația medic – pacient fiind transformată în relația experimentator – obiect.

Datorită laboratorului cu rezultate strălucite, adeseori se ia în considerație boala și nu bolnavul. Dar în ce măsură cuceririle psihologiei pot modifica aceste relații? Numai pregătirea psihologică și de specialitate nu este suficientă. R. Konsieski menționează «abordat de către un psihiatru, bolnavul se va simți obiectul unei clasificări. Abordat de către psihanalist, el se simte în prezența unui soi de experimentator, a unui înregistrator imposibil. El trebuie să-și extragă din personalitatea sa o serie de fapte, care îi par foarte îndepărtate de suferințele de care se plânge. În abordarea psihosomatică se face o juxtapunere și o comparație a fenomenelor care se desfășoară simultan în cele două registre» (La formation psychologique des medecins, 1964).

Această relație ia alt aspect atunci când medicii și psihologii au o atitudine apropiată față de bolnav (vorbe bune, compasiune, explicații răbdătoare etc). Este atitudinea nativă a vechilor clinicieni și care contribuie în mare măsură nu numai la înțelegerea între medic și bolnav, dar și la succesul terapiei. E. Pamfil a făcut observația că «medicina veche nu dispunea de tratamente fizice, chimice etc. eficiente, dar era totuși eficientă grație psihoterapiei și relațiilor interpersonale medic-pacient».

Cea mai valabilă formă de contact cu pacientul este aceea a medicului avizat și totodată afectuos care știe că omul bolnav este în totalitate bolnav, deoarece întreaga sa persoană participă la această dramă. O analiză mai profundă a vieții afective (și respectul acesteia) este profitabilă pentru a-l înțelege și ajuta să pătrundă în semnificația gesturilor, a inflexiunilor vocii sau a tăcerilor pacientului, trebuie de avut o tactică psihologică, de care depinde felul de a întreba și modalitatea de conducere a terapiei.

Relațiile medic – pacient fac parte din psihologia comportamentului interpersonal. În acest cadru se deosebesc 7 categorii de relații:

- **interacțiunea socială** (cooperativă sau competitivă) produsă de tendințe care nu sunt propriu-zis de natură socială (ex. nevoie de hrană sau de bani);
- **dependența** – cuprinzând acceptanță, interacțiune ajutor (protecție – călăuzire);
- **afiliația** – cuprinzând proximitate fizică, contact din privire, răspunsuri calde și prietenoase;
- **dominația** – adică acceptarea de către alții a poziției de lider sau învățător, sau critic, sau sfătuitor, sau judecător etc.
- **sexualitatea** – fizică, contact corporal, interacțiune intimă, de obicei cu persoane de sex opus, atractive;
- **agresiunea** – lezarea altora pe plan fizic, verbal etc.
- **autostima și ego-identitatea** – acceptarea autoimaginii de către alții sau de către sine a imaginii pe care o au alții.

Psihologul trebuie să fie util nu numai prin cunoștințele sale de specialitate (pt. psihodiagnostic), dar și prin sfaturile pe care le dă în reconstrucția morală și sufletească – prin ceea ce învață pe bolnavi – un fel de pedagogie curativă. Pacientul vine, cu anumite dominante instinctuale și cu anumite refuzări, cu un anumit caracter și cu păreri preconcepționate, cu un anumit orizont cultural și spiritual. Bolnavul ia anumite atitudini nu numai față de boală, ci în același timp față de medic: încredere, îndoială, teamă, dispreț, ură, simpatie, stimă.

**Dialogul medic – pacient.** «În sanctuarele Greciei Antice, Esculap nu vorbea, ci asculta» (Fernet). A ști să ascuți este prima condiție a unui dialog.

Dar ce poate să spună bolnavul? El nu are cunoștințele psihologice și medicale care să-i permită o descriere a acuzelor sale în termeni proprii și preciși. El poate să tacă din timiditate sau pentru că nu găsește cuvinte potrivite. El poate folosi cuvinte goale, cuvinte vagi. Este bine cunoscută ezitarea de a vorbi tocmai despre detaliile cele mai importante, dacă ele sunt de ordin intim sau dacă ele aruncă o lumină nefavorabilă asupra persoanei sale.

Procedeele pentru reperarea unui diagnostic și psihodiagnostic se învață din experiență. Valoarea simptomului subiectiv (ex. cefaleea) poate fi uneori mai mare decât valoarea rezultatelor examenelor obiective de laborator.

În homeopatie se acordă cea mai mare atenție simptomelor subiective neobișnuite, bizare pentru alegerea remediei potrivit.

Trebuie de ținut seama de înțelesul cuvintelor, care diferă uneori foarte mult după gradul de cultură și după calitatea culturii pacienților (element semantic – vezi deficiența mintală). De exemplu, în tuberculoză pacientul se întreabă dacă diagnosticul este o «sentință de moarte», dacă boala este «o pedeapsă sau un blestem». Pentru unii a fi tuberculos este o situație ce trebuie camuflată, chiar față de propria conștiință (de aici tendința de a nega tratamentul). Cuvântul popular «ofticos» are un sens peiorativ; s-a constatat că tuberculoza este mai frecventă printre cei ce nu se supun explorărilor radiologice. Pacienții pot opune rezistență la recomandarea de a se muta într-o altă localitate, cu o climă mai potrivită.

Problemele privind comunicarea dintre medic și pacient nu se rezumă numai la chestiunile de limbaj.

Medicul trebuie să înțeleagă nu numai boala (care este principala atribuție a medicului), ci și bolnavul. Această înțelegere înseamnă cunoaștere și comprehensiune (nu numai cunoștințe), înseamnă cunoașterea unui individ (cunoașterea idiografică).

Dar cum ajungem la cunoașterea individului (în afară de cunoștințe și instrumentar)? Aici intervin procedee «intuitive», instinctive sau imaginative, care nu fac parte (încă) din arsenalul științific.

Empatia – transpunere imaginativă, tentativă de înțelegere, identificare, simpatie, participare (introduc persoana în mine și mă identific cu ea). Dar e o relație complicată, care uneori se poate erotiza, nu este pe planul cunoașterii raționale.

Trebuie să existe puterea de înțelegere între om și omprin «dublu transfer psihologic».

Comunicarea complexă și profundă care se efectuează, de exemplu în cursul unui tratament psihanalitic poate fi privită ca o premisă exemplară a studiului metodic al semenului.

Dar toți bolnavii vin la medic pentru a fi vindecați?

Unii vin să găsească o detensionare, alții pentru a-și satisface anumite dorințe inconștiente, iar alții pentru a găsi o acoperire medicală a unei situații penibile (refugiul oferit de bolile căilor genito-urinare: bărbatul impotent își acuză prostata, iar femeia frigidă își acuză vezica).

Dialogul pentru majoritatea bolnavilor are o mare valoare de susținere, convorbirea este elementul esențial (și nu medicul sau psihologul).



Ameliorări ale stării mentale s-au putut obține și prin dialoguri cu mașini cibernetice.

**Situația bolnavului.** Pentru a îngriji un bolnav trebuie să cunoaștem nu numai numele bolii sale, ci să înțelegem «sensul situației bolnavului».

Situația magică – primitivă, când bolnavul caută miracolul (minunea); pacientul atribuie medicului (și mai puțin psihologului) puteri supraomenești.

La mulți bolnavi, boala însăși determină o regresie de mentalitate. Dintre aceștia se recrutează cei care se adresează cu predilecție «tămăduitorilor».

Elementul magic este chemat, de obicei, să explice «de ce» (de ce eu și nu altul, de ce aici și acum), în timp ce știința explică «cum» s-a produs boala.

Sunt unele categorii de bolnavi care suferă influența mediului cultural (reflex al modei sociale) și care atribuie cea mai mare importanță medicamentelor «noi», suverane, considerate din cele mai eficace.

Situația de dependență. Prin însăși boala lor bolnavii sunt în inferioritate, care este cu atât mai marcantă, cu cât EU-l lor este mai slab, fără capacitate de compensație a tulburărilor. Uneori «adultul devine prin boală copil», mai ales cei cu structură nevrotică care nu pot finaliza maturitatea personalității, manifestând un atașament afectiv particular față de medic și psiholog.

Freud a pus această relație în centrul explicării mecanismelor psihoterapeutice și a propus pentru a o desemna (relația) termenul de transfer. Pentru psihanaliză transferul este o repetiție (în viața actuală a bolnavului și în particular, în relațiile sale cu medicul și psihologul) a atitudinii emoționale inconștiente, dezvoltată în copilărie, față de familie și în special, față de părinți. El reprezintă o proiectare asupra psihologului a atitudinilor de afecțiune și de ostilitate (ambivalență), pe care bolnavul le-ar fi avut înainte în relațiile cu un părinte.

Sub numele de contratransfer psihanaliza descrie atitudinile negative ale medicului sau psihologului față de bolnav (mânie, nerăbdare, agresivitate). Ele ar fi rezultatul influenței bolnavului asupra sentimentelor inconștiente ale psihologului și ar avea originea în identificările și proiecțiile iraționale ale acestuia din urmă. Cu alte cuvinte, psihologul «vede» în bolnav pe altcineva, o persoană care a jucat un rol în biografia sa afectivă.

Acest contratransfer are o acțiune defavorabilă actului terapeutic; psihanaliza recomandă ca orice medic și psiholog să-și facă lui însuși, în primul rând o psihoterapie (psihanaliză didactică) în așa fel încât propriile sale probleme psihologice, ale inconștientului, să nu se interfereze cu cele ale bolnavului.

La un moment dat transferul poate să ia forma de dragoste care apare mai ușor dacă sunt sexe diferite. Unii pacienți pot deveni periculoși prin

erotomanii (iluzia delirantă de a fi iubit), prin comportare agresivă și gelozivă etc.

Complexul paternalist – care apare la medic sau psiholog. Însăși structura psihologică a medicului sau psihologului adică autoaprecierea despre rolul său dominator (ambție, rol, prestigiu, rivalitate, reușită) sunt circumstanțe psihologice pentru rolul de «tată». Medicii și psihologii care au fost frustrați de afecțiune sau au fost victime ale autoritarismului în copilărie, care au avut sentimente de inferioritate socială, care și-au refuzat dorințele de cucerire, pot ajunge (datorită unei nevoi de compensare) să caute satisfacții de «valorizare» pe lângă pacienții lor.

Medicul sau psihologul care vrea să facă totul singur, să se ocupe numai el de toate suferințele bolnavului său, răspunde acestui complex de autoritarism paternalist. Însăși acțiunea poate fi antisocială, antimedică, lipsind pe bolnav de competența altora.

**Medicul-psiholog și pretențiile pacientului.** De diagnostic se leagă atât teama bolnavului (de prezența și gravitatea bolii), cât și speranța că medicul sau psihologul i-o poate trata eficient.

Psihologul, de la primele cuvinte trebuie să-l asigure pe bolnav, să-i creeze atmosferă de destindere și încredere imediat ce simte «nota emoțională» a anamnezei.

Anumiți bolnavi prin antrenament (frecventarea cabinetelor) au pierdut emotivitatea primelor contacte, având impresia că ei vor să domine și manifestă agresivitate în tentativele de pătrundere în intimitatea lor. Alți bolnavi, pe baza unor informații, singuri își pun diagnosticul.

Medicul-psiholog nu trebuie să se lase condus de bolnavul care tinde să-i impună nu numai diagnosticul, ci și tratamentul, deși este obligat să țină seama de năzuirile acestuia, de experiența sa de «bolnav», de ameliorările obținute cu anumite terapeutici.

Sunt cazuri în care medicul foarte bine intenționat, tolerant și înțelegător, dar mai ales bolnavul, participă la terapia indicată și cu toate acestea ameliorările nu apar, pentru că bolnavul s-a «instalat în boala sa organizată». Intervine aici o «homeostazie a stării patologice» și uneori, interveni mecanisme inconștiente care întrețin boala (pentru «avantajele» sale sau ca o expresie de satisfacție autopunitivă, de «masochism» etc). Și în aceste cazuri și nu numai, medicul trimite bolnavii «spre tratament la psiholog».

Pretenția pacienților de a primi medicamente este o prejudecată, iar în zilele noastre una din cauzele polifarmaciei nu numai pentru boală, ci și pentru orice senzații neplăcute fizic și mintal. Dacă nu primește medicamente, înseamnă că medicul nu e bun sau că el are o boală incurabilă, mai intervin și reclamele medicamentelor.

**Informarea pacientului de către psiholog și medic.** Când, cum și cât din adevăr și din detaliile asupra bolii trebuie comunicat celui suferind determină medicul. Forma sub care îi prezentăm realitatea este în funcție de personalitatea bolnavului, de natura bolii sale. Nu trebuie să i se spună pacientului că nu are nimic, chiar dacă nu are nimic; când este vorba de boli cronice, incapacitate și readaptare funcțională și profesională, trebuie de avut răbdare și tact ca bolnavul să-și accepte boala; sunt bolnavi care se lasă numai în grija medicului și psihologului; «nevoia de a ști» a bolnavilor ține de anxietate dar și de curiozitate; trebuie ajutat bolnavul de a supraviețui cât mai mult; folosirea «diagnosticelor» atenuate este recomandată tuturor medicilor.

**Consimțământul.** Un alt aspect al triadei relaționale medic – pacient – psiholog (în orice sens), îl constituie consimțământul bolnavului (adeziunea ori asentimentul) la actul psiho-medical (sau medico-psihologic). Acest consimțământ decurge dintr-un principiu fundamental care este libertatea bolnavului (înscrisă în drepturile omului și drepturile bolnavului). Libertatea bolnavului este și un principiu de bază al deontologiei medicale – «schimbul uman între medic – psiholog – pacient, implică respectul libertății mele». (G. Tibon). Consimțământul implică rezonanțe etice și juridice. Interesul bolnavului primează întotdeauna. În cazuri de urgență (răniți, sinucigași, sarcini), conduita este dictată de conștiință și criteriul de utilitate situațional.

Există și o «funcție apostolică» a medicului și mai ales a psihologului: când se investighează un pacient asupra problemelor de viață, el trebuie să-și exprime propriile idei și dorințe în legătură cu ceea ce ar trebui de făcut într-o anumită situație. Unul din mijloacele esențiale de a ameliora competența psihoterapeutului (a medicului și psihologului), este de a-i face conștiință de similitudinea problemelor omenești care-i afectează.

Un alt aspect al «funcției apostolice» este vizitarea domiciliului bolnavilor cronici, pentru care medicina curativă nu poate face prea mult. Ajutorul psihologic consolator este foarte mare punându-se problema convertirii bolnavului la o anumită filozofie a vieții, pentru a-i da încredere și speranță sau pentru a-l face pe bolnav să-și accepte suferința fără a-și simți viața dezorganizată (sau ca o povară).

Aceste implicații etice nu neglijează nici funcția de duhovnic a medicului și psihologului; deși termenul este teologic, este mai expresiv și concret, apropiat de sufletul bolnavului.

Se pot delimita două categorii de bolnavi:

1. **scrupuloși** – care consideră că a fi bolnav este un păcat;
2. **profitori** – care obțin avantaje de pe urma bolii.

Ce atitudine trebuie să aibă medicul și psihologul? Sunt posibile mai multe atitudini:

- de tutore autoritar, care nu dă nici o explicație, așteptând de la bolnav o ascultare fidelă;
- de mentor, care își oferă cunoștințele de expert, gata să-lînvețe pe pacient să se adapteze la condițiile modificate ale stării de sănătate;
- de savant detașat, care descrie obiectiv avantajele și inconvenientele diferitelor posibilități terapeutice, lăsând pacientului libertatea de alegere, dar și impunându-i responsabilitatea acestei alegeri;
- de bun părinte, protector care caută să evite pacientului orice nouă dureroasă sau orice responsabilitate chinuitoare;
- de avocat al «adevărului înainte de toate», care socotește că nimic nu este mai rău decât înșelăciunea.

Atitudinea se adaptează în funcție de caz și bolnav.

Medicul și psihologul sunt și ei oameni și nu pot fi disponibili la orice oră din zi și din noapte, au obsesiile și înșelările lor, probleme de viață; sunt și limite de răbdare față de exigențele neraționale ale bolnavilor. Este nevoie de tact, finețe, încredere și compasiune, dar și de educarea bolnavului.

W. Schultz în lucrarea «Studii de psihoterapie» a trecut în revistă câteva dintre ipotezele în care este văzut psihoterapeutul (fie medic, fie psiholog), de către pacienții săi, adăugând și câteva dintre idealurile psihoterapiei moderne:

- reprezentantul unei tehnici științifice, dar și al unei forțe «numenale» (arhitipul de vindecător): magicianul, vindecătorul, mântuitorul, preotul, omul de știință, luptătorul, calvatorul, artistul;
- psihoterapeutul poate fi considerat ca un erudit, un înțelept, învățat, judecător, sfătuitor, pedagog, moralist, predicator, apostol;
- poate fi un catalizator sau un ferment al interacțiunii terapeutice dintre oameni (în terapia de grup);
- poate fi o autoritate și reprezentantul solidarității omenesti;
- un «releu impersonal» pentru a ajuta folosirea resurselor personale interne ale bolnavului sau numai o oglindă, care să ajute bolnavul să se cunoască.

Bolnavul așteaptă ajutorul medicului într-o stare afectivă excepțională care-i subminează obiectivitatea și-i exacerbează ambivalențele.

O interesantă tipologie a medicilor, datând din sec. al XVIII-lea, o datorăm lui Th. de Bordeu, medic celebru, considerat ca unul dintre precursorii endocrinologiei. El distingea, în istoria medicinei, opt categorii de mentalitate:

1. **empiricii**, care se bazează exclusiv pe experiența personală și tradițională; se poate deosebi un empirism popular și unul «rațional și sistematic», cum este celal hipocraticilor, al lui Empedocles, Celsius, Andromacus etc;
2. **dogmaticii**, care pornesc de la anumite teorii despre natura bolilor și determină remediile prin raționament; mentalitatea lor seamănă cu cea a astronomilor și fizicienilor, dar sunt mult mai livresți și mai siguri de ei înșiși; dogmaticii au fost și sistematicii postcartezieni (iatrofizicieni, iatrochimiști etc);
3. **medici observatori și expectatori**, care au încredere în natură, în forțele sale curative, se mulțumesc cu o terapeutică minimă și cu stabilirea prognosticului, nu pretind să explice; această medicină contemplativă (pe care Asklepiades o numea «meditație asupra morții»), a îmbogățit semiologia clinică, a introdus individualizarea terapeutică; este medicina lui Hipocrate, a perioadelor de reacție împotriva dogmatismului, a medicilor vârstnici dezamăgiți de ineficiența remediilor;
4. **medicii antisistematici**, electici conciliatori; «practicieni», ca și «pyronienii sceptici»; sunt cei care, de fapt, suportă toată povara medicinii; scepticii sunt utili pentru că ei «curăță științele» și le «purghează de toate vanitățile lor»; totuși, certitudinea câtorva principii (nu chiar geometrice), este o necesitate pentru orice practică; un reprezentant ilustru al acestui grup a fost Sydenham;
5. **medicii filozofi**, care studiază «omul, pasiunile, societatea»; este grupul marilor reformatori, al creatorilor de doctrine etc; ei contribuie la progresul științelor, la împrăștierea prejudecăților și spaimelor publicului și oferă filozofilor materiale pentru edificarea concepțiilor;
6. **medici militari, medici juriști și medici teologi**, medici la care activitatea medicală este subordonată unor scopuri precise de ordin social sau religios.

Urmărind istoric apariția profesiei medicale H. Sigerist susține că tipul primitiv a fost șamanul care înmănușea într-însul cunoștințe empirice, puteri magice și poziții religioase: deci, o personalitate complexă la care scindarea în componente s-a produs prin izolarea treptată a medicinei laice, «arta medicală» devenind un meșteșug. Specializarea medicală analitică începe încă din antichitate, când apare și o medicină de școală (scientifi-zarea și oficializarea învățământului medical) și o medicină ortodoxă, în opoziție cu cea empirică, bazată pe talente înnăscute și dorința de a vin-deca, cu o «monopolizare» a sa de către persoanele calificate, titularizate. Opoziția medievală (până în secolul al XVIII-lea) între medici și chirurși este semnificativă.

F. Spranger, pornind de la «tipurile de viață», în ierarhia valorilor, distinge tipurile de medic: teoretic, economic, estetic, de putere, religios, social etc. Sunt și alte tipologii care aparțin lui K. Jung, K. Jaspers, Kretschmer, Freud, Szondi etc.

Există însă medicul umanist, în opoziție cu specialistul de orizont limitat, care are o cultură generală bogată și umanistă, proprie tuturor celor care vin în contact strâns și important cu omul.



## BOALA ȘI REACȚIA PSIHOLGICĂ

Unul din principalele merite ale concepției psihosomatice (P.S.) în medicină a fost acela al relevării importanței laturii psihologice a bolii (chiar acolo unde organicitatea era indiscutabilă). În sens larg aceasta înseamnă relevarea și revalorizarea aspectelor reacției psihice a individului bolnav, boala fiind, în fond, o sinteză realizată de psihicul pacientului în care «conștiința bolii» poate domina adesea în mod disproporționat asupra substratului «real». Rezistența la boală este legată și de maniera în care bolnavul își imaginează boala și capacitatea sa de a înfrunta această boală. Intrând în boală, bolnavul părăsește logica obișnuită și pătrunde într-o lume «irațională» dominată de logica instinctelor și a afectivității, o lume egocentrică.

**Modelul psihosomatic de boală.** Ca o reacție față de modelul fizic de boală (mecanicist corpul uman este o mașină, un dispozitiv mecanic; în 33% din cazuri modelul fizic nu poate da o explicație), a apărut modelul psihic elaborat de cercetători din domeniul psihopatologiei și care au acreditat ideea de boală în afara leziunii. Boala nu este legată de leziune sau substratul anatomic, ci de o disfuncție specială a forțelor psihologice. Patologiapsihiatrică la care acest model se aplică, în special este legată de situația relațională, de condițiile omului în societate, în timp ce ponderea bolilor lezionale psihiatrice se consideră foarte scăzută.

Un pas spre numirea celor 2 modele de boală (care absolutizează adevăruri parțiale) s-a făcut prin introducerea modelului psihosomatic. În acest cadru P.S., tulburările psihice și somatice nu mai apar astfel în opoziție. Pentru aceasta a trebuit depășită noțiunea de conflict (pavlovian și freudian). Așa cum știm în boală P.S. introduce mediația (între mediu și organism) emoția (reacție psihică), care destramă stresul, mobilizând organismul și modificându-l funcțional.

În contextul modelului P.S. de boală, omul bolnav ca și cel sănătos, formează o unitate psihosomatică, iar reacția organismului presupune participarea ambilor factori, leziunea apărând tardiv ca rezultat al eșuării totale a apărărilor psihologice și fiziologice ale organismului.

Boala trebuie privită ca o deviere de la normal, o anormalitate în sens popular, dar modelul de boală rămâne deschis, ca o doleanță, încă mult timp în aria medicilor, poate cât va exista omul.

**Rolul factorilor psihologici în boală.** Importanța factorilor psihologici în boală a fost și este încă cercetată în ultimele decenii. Psihogeneza, după Livadon este o variație fiziologică care este impusă de structura situației trăite de persoană și nu de natura fizico-chimică a mediului extern. Psihogeneza nu implică, deci, nici absența fiziologului și nici prezența conștiinței, ci mai degrabă, corespunde unei trăiri conștiente sau nu față de o situație și nu față de o variație fizico-chimică a mediului intern sau extern.

În acțiunea sa psihogenetică, factorul exterior și trauma psihică nu reprezintă încă singurul element, ci alături de acesta mai participă și alți factori, cum ar fi o serie de particularități psihologice ale individului, precum și rolul stării generale psihosomatice (boli somatice, subnutriție, surmenaj, stări fiziologice particulare înăscute și chiar situații de moment a persoanei respective).

În 1936 Hans Selie introduce noțiunea de stres și sindrom general de adaptare. Stresul psihic și cel fizic nu se deosebesc în esență în ceea ce privește reacția organismului și reacția generală adaptativă.

Fazele reacției la stres(Livadon)ar fi următoarele:

1. faza de amenințare cu trăirea psihologică a stresului ceea ce determină o perioadă de tensiune;
2. faza de impact, în care individul se află în prezența pericolului și când apar principalele reacții fiziologice (reacții vasomotorii, creșterea adrenalinii). În această fază crește vigilența, atenția, iar uneori apar comportamente automate;
3. faza de prelungire a pericolului cu prelungirea stării din faza anterioară (fără a mai fi pericolul);
4. faza posttraumatică, cu reconstituirea echilibrului fiziologic.

Putem avea o reacție la stres benignă cu tulburarea echilibrului funcțional de scurtă durată (secunde/ore), moderată(zile) sau severă (luni sau chiar ani).

Freud a elaborat teoria angoasei în 2 etape.

În prima etapă el oferea o explicație simplistă (angoasă ca rezultatul unei descărcări a libidoului). El reformulează teoria angoasei (după ani), aceasta



fiind declanșată de un pericol și asociată unui reflex de autoconservare. Angoasa devine o funcție a EU-lui, un semnal care permite mobilizarea energiilor și reacțiilor de adaptare.

Frustrarea – altă noțiune psihologică; este o situație în care un obstacol modifică conduita subiectului și care are drept consecință ca reacție din partea individului apariția stării de anxietate angoasă, ură, agresivitate. Reacția la frustrare poate fi normală sau patologică.

Sensibilizarea și obișnuința constituie alți factori psihologici, după Livadon, care acționează asupra organismului. La unii indivizi factorii stresanți duc la obișnuință și la posibilitatea unei apărări mai facile.

La alții din contra, traumatismul psihic duce la o stare de sensibilizare de așa manieră, încât ulterior chiar excitanți slabi pot determina reacții importante.

Sensibilizarea necesită uneori timp (luni, chiar ani), dar, odată constituită o reacție evidentă va putea fi indusă chiar de situații frustrante, minore.

Maturizarea ridică pragul toleranței la frustrație.

**Reacția psihologică legată de boală.** Boala reprezintă pentru organism o agresiune cu importante consecințe pe plan psihologic. Individul realizează pe plan psihologic boala ca o agresiune, ca un stres, ca o stare de insecuritate sau dezastru.

În cazul bolnavilor gravi, Janis a introdus noțiunea de victimizare, care apare în perioada acutăbolii sau accidentului, când pacientul realizează amploarea atingerii integrității sale fizice și totodată începe să-și imagineze amploarea handicapului și a situației lui sociale și profesionale.

Frica prealabilă este principalul element care dă amploare reacției la stres și mai ales, consecințelor afective după trecerea perioadei acute a stresului. Esențialul în cadrul îmbolnăvirilor este «anxietatea momentului», posibilitatea unor noi complicații, amenințarea de noi suferințe și chiar distrugere.

Se pot releva 3 repere tipologice privind intrarea în boală:

1. rezistența la propria slăbiciune;
2. optimism necritic (refuză acceptarea bolii datorită supraestimării posibilității de vindecare rapidă);
3. frica de diagnostic și tratament (în fond frica de necunoscut). Uneori se merge la nominalizarea simptomelor bolii.

După Leriche, boala poate fi definită prin trei maniere diferite:

1. o anumită stare a corpului;
2. o anumită interpretare a medicului;
3. starea de conștiință a bolnavului.

Starea de boală este percepută ca o stare negativă, în timp ce conștiința de sănătate se exprimă printr-un sentiment de siguranță. Ceea ce este esențial în această stare – boală este anxietatea.

Pacientul poate reacționa la boală prin optimism, pesimism, negare, indiferență sau independență, el poate accepta sau refuza ideea de boală. Felul în care bolnavul apelează la medic (oferțele bolnavului) este foarte variat. Dacă în cazurile simple bolnavul își expune simptomatologia (chiar și diagnosticul), în 1/3 din cazuri simptomele descrise amână diagnosticul. Bolnavul, exprimându-și simptomele, face medicului o serie de «propuneri de boală» și acest fenomen va continua până când cei doi (medic și pacient) cad de acord – o boală acceptată de ambele părți. Reacția bolnavului după stabilirea diagnosticului va depinde de natura lui și de caracteristicile psihologiceale individului.

Bolnavul își va însuși astfel «rolul de bolnav», un factor important în condițiile socio-culturale.

Examinându-se P.S., problema beneficiului primar și secundar se găsesc, în cadrul trăirii bolii, următoarele situații:

satisfacțiile în cadrul trăirii bolii sunt parțiale și umilite de către suferință; satisfacțiile constau în ocaziile oferite de boală printre care și acelea de a se putea sustrage unor relații negative sau frustrante care pun pe subiect în fața unor exigențe excesive;

introversiunea este un fenomen de retragere în măsura în care individul este sustras de la anturaj și în același timp concentrat asupra lui însuși.

În sfârșit al 4-lea grup de satisfacții ar fi constituit din ceea ce este desemnat cu termenul de regresivitate.

Beneficiile secundare, în acceptarea bolii, sunt valorificate de bolnav.

**Comportamentul în boală.** Comportamentul bolnavilor este dominat de trei trăsături principale:

strâmtarea orizontului cu dimensiunea importanței lumii exterioare, creșterea anesteziei, centrul atenției devenind alimentația, digestia, excreția;

egocentrismul – lumea personală devenind astfel excesivă;

comportamentul tiranic și în același timp, dependent, cu aspect de regresivitate infantilă.

Nu toți bolnavii reacționează la fel la aflarea diagnosticului. Bolnavii, intrând în boală, prezintă diverse tulburări intelectuale: fixare excesivă față de unele preocupări etc.

După Delay și Pichot, pacientul intrat în boală se poate manifesta sub trei aspecte principale: dependența și regresivitatea, evaziunea, exaltarea Eu-lui.

**Dependența și regresivitatea.** Intrat în boală, bolnavul suferă o regresivitate. Boala oferă individului un statut de dependență, justificându-i slăbiciunea față de el și față de ceilalți. În determinarea stării de dependență se incriminează factorii: personalitatea bolnavului cu gradul ei de maturitate și tărie a Eu-lui, atitudinea și sollicitudinea celor din jur, natura bolii și, în special, gravitatea ei, atitudinea medicului.

Pacientul intrând în boală devine o persoană slabă și dependentă, mai ales față de medicul său. Medicul (psihologul), boala și personalitatea bolnavului formează o triadă de factori considerați cei mai importanți. Orice atingere a integrității personale atrage după sine reacții de protecție de tip regresiv. Există diferite forme de regresivitate, cum ar fi subordonarea oarbă sau revolta irațională, boala oferind adesea ocazia de a se sustrage de la orice tip de relații frustrante. Disfuncția de regresivitate nu este tocmai clară. Ea poate fi reprezentată de tendința de a abdica în fațavișii și durerii, dorința și exigența unor bolnavi de a fi hrăniți, spălați, compătimiti, de a fi îngrijiți de o anumită persoană înțelegătoare sau chiar maternă. Nu putem cere bolnavului în regresivitate să aibă o judecată matură și discernământ asupra stării sale de boală; este o stare de imaturitate afectivă, agresivă temporară sau definitiv, până când bolnavul poate fi abandonat într-o unitate de boli cronice.

Regresivitatea bolnavilor ar avea următoarele caracteristici:

reducerea temporo-spațială – bolnavul ca și copilul trăind în prezent și în spațiul apropiat, nesuportând așteptarea;

egocentrismul – bolnavul ca și copilul vede lumea prin raporturile cu el (nu-și imaginează că altul ar fi obosit sau bolnav);

dependența – bolnavul ca și copilul are nevoie de alții (pentru îngrijire), tiranizând ca și copilul pe cei din jur.

Personalitatea bolnavului, se manifestă în cadrul dependenței, prin scăderea responsabilității, ceea ce le poate crea o mare satisfacție.

Așa cum am menționat, pe lângă fenomenul de «condiționare nevrotică» se poate vorbi și de o «demisie nevrotică» atât de frecventă în prezent. Chiar în cazul unor afecțiuni ușoare pacientul stă gata «a demisiona» imediat de la obligațiile lui sociale. Este mai frecvent la femei și pune serioase probleme comisiilor de expertiză.

**Evaziunea.** Fenomenul de demisie e cunoscut și sub denumirea de fenomenul evaziunii. Bolnavii evaziuniști se pot caracteriza astfel:

Exagerează simptomele morbide și diminuează efectele tratamentului. Sunt agravate simptomele subiective, cu dificultăți mari de obiectivizare (vestigii, cefalee, astenie etc).

Au o dispoziție pesimistă. Pe acest fond se poate ajunge la concluzii catastrofale.

Simptomele bolii variază foarte mult în diferite momente (agravându-se când bolnavii se știu observați).

Evaziunea se poate evidenția prin retragere, introversiune și regresivitate. Evaziunea frecvent este legată de personalități isterice, exacerbate de către stresul conștiinței bolii.

Psihanaliștii vorbesc de problema «refugiului în boală» sau de problema «beneficiului secundar», boala fiind utilizată pentru a obține avantaje (revalorizarea beneficiilor).

Fenomenul se găsește în majoritatea bolilor psihosomatice. Boala este utilizată ca o umbrelă protectoare pentru a scăpa de asperitățile vieții (pensii, scutiri de impozite, facilități etc).

**Exaltarea EU-lui.** Boala poate crea și o satisfacție orgolioasă. O tendință primitivă și deci foarte puternică este narcisismul, care este tot un «beneficiu secundar» (copii și bătrâni utilizează boala pentru a se revaloriza în ochii anturajului).

Orice boală reprezintă o atingere a narcisismului, aceasta fiind «tendința cea mai primitivă și cea mai puternică a spiritului uman și care traduce ceea ce mai simțim inviolabil, imperisabil, important și mai ales demn de a fi iubit», în terapeutică narcisismul poate fi considerat o «criză psihologică de readaptare» după boală.



## ASPECTE PSIHLOGICE ALE BOLNAVULUI CARDIOVASCULAR

**I**nima este cel mai important organ al corpului, iar moartea este asociată cu oprirea acesteia. În antichitate iniraa era considerată «sediul psihicului». Este un organ foarte sensibil și se pare că cel mai frecvent se moare de insuficiență cardiacă.

Inima este legată de rațiunea de forță și slăbiciune, iar durerile și agresiunile în regiunea inimii dau ideea de moarte. Există frecvența legăturii (corelație) între factorii emoționali și aparatul cardiovascular, ce a determinat ca disfuncționalitățile să fie cunoscute sub denumirea de **nevroză cardiacă**, cord iritabil, distonie neurovegetativă (discutabile încă).

Simptomele funcționale pot fi: dureri anginoase, palpitații, lipotimii, extrasistole, variații tensionale etc.

Interdependența factorilor psihici, organici și de termen formează cheia de bază a tuturor manifestărilor psihopatologice din cadrul cardiopatiilor. Tulburările psihice apar ca secundare tulburărilor circulatorii din cadrul bolilor cardiovasculare cu etiologie diferită; boli congenitale, valvulare, infecțioase etc.

**Principalele diagnostice și modificările psihice.** *Tulburările cardiovasculare funcționale.* Tulburările funcționale, la nivelul aparatului cardiovascular, de fapt sunt modificări somatice ale unor emoții fundamentale (anxietate-depresie-mânie) și se manifestă cel mai frecvent sub forma unor tulburări de ritm: tahicardie, extrasistole. Tulburările cardiace legate de factori stresanți, pot fi:

- palpitații legate de stările de frică sau angoasă;
- tulburăridefrecvențăsaauritm(tahicardii,extrasistole) legate de aceeași etiologie;

- dureri precardiace care apar în stările de tensiune psihică;
- stări lipotimice condiționate psihogen și în care funcția cardiacă pare să joace un rol important.

Sub denumirea improprie de «nevroză cardiacă» la personalități **hiperexcitabile** (existând concomitent și stări nevrotice) la nivelul aparatului cardiovascular, apar simptome ca: anxietatea, fobii (frică de moarte subită, senzație că inima se oprește), asociindu-se cu hiperventilație, sufocare și decompensări vegetative, palpitații, leșin, frică de efort («sindrom de efort»).

Frică, teama, anxietatea și îngoasa duc la tulburări ale ritmului cardiac (disritmii funcționale) ca: tahicardie și extrasistole; se pot face corelații cu elemente de cenoștiopatie și steroide.

**Cardiopia ischemică.** Este o afecțiune psihosomatică destul de frecventă. Pe lângă factorii psihici, în etiologie se adaugă factorii genetici sau constituționali. Este vorba de personalități ambițioase, competitive, cu simțul «existenței timpului», cu persistența în «multiple vocații».

Suportarea bolii poate duce la crize depresive (până la sinucidere). Se poate întocmi și un profil de personalitate, în care predomină frica de moarte, sentimentul că sunt abandonat, cu idei de culpabilitate; coronarianul prezintă un activ în stare de tensiune, cu tendințe nevrotice pronunțate, pulsunile sunt stăpânite și ținute sub control; agresivitatea în aspectul unei explozii de ură necontrolată; victoria, dominarea, succesul apar mereu în comportament.

Deși pot ocupa poziții sociale mari acești bolnavi au sentimentul de insecuritate și inferioritate. Adeseori sunt duri, compulsivi, anxioși de reușită, terorizați de sentimentul lipsei de timp, cu tendința de a preveni criticile prin control rigid, luând totul în serios.

**Infarctul miocardic.** Sunt factori psihici stresanți și sociofiziologici care provoacă infarctul miocardic. Ca rezultat apar: anxietatea, frica acută de moarte, teama, amețeli, stupoare, stare confuzională, uneori infarctul este precedat de un episod depresiv ca răspuns la lezarea sistemului de securitate și stimă față de sine. După 60 de ani pacientul se adaptează mai bine, iar sub 40 de ani apar reacții psihice depresive.

La bolnavii cu infarct și sub supraprotecție familială se sesizează o diminuare a activității psihice, vocabularul devine mai sărăcăcios, memoria scade, precum și judecata în profesie; apar tulburări ale caracterului și dispoziției; este izolat și nu-și poate controla comportamentul social.

Emoțiile și profesiile periculoase au mare rol în geneza insuficienței coronariene; factorii psihologici cresc gradul de aterogeneză coronariană.

În declanșarea infarctului de miocard sunt implicați următorii factori predispozanți:

- pacienții au sentimentul supraincercării în familie;
- trăiesc într-un context socio-cultural competitiv (selecție genetică);
- prezintă tendințe agresive, competitive, ambiția unor situații sociale cât mai înalte;
- pacienții se expun unor situații de stres care corespund problemelor lor interioare.

Între 40–50 ani, în infarct factorii psihologici sunt predominanți, iar afectivitatea este dominată de angoasă, pacienții crezând că excitația sexuală poate declanșa un nou infarct sau o moarte subită.

**Hipertensiunea arterială.** Este o boală curent întâlnită. Se consideră a fi patologică o creștere a TA de peste 140/95 mmHg sub 40 ani și de 160/95 mm Hg pentru această vârstă. Creșterea TA în situațiile de luptă sau activitate este considerat un fenomen fiziologic.

Au fost remarcăți unii factori etiologici în HTA, cum sunt: surmenajul, traumatismele psihice, emoțiile negative care duc la scăderea capacității funcționale a scoarței cerebrale, cu perturbări funcționale hipotalamice ducând la hiperexcitabilitate și instabilitate marcată a funcției vaso-motorii. Hipertensiunea nu este o boală specifică, ci o reacție sistemică, datorită unei varietăți de cauze.

Cauza principală este tensiunea emoțională, care acționează prin intermediul SNV asupra inervației vasculare. Tensiunea emoțională nu poate fi suprimată prin intervenția cuvântului sau actului motor. Personalitatea unor hipertensivi este calmă în exterior, iar în interior sunt agresivi și ostili prin autoritate.

Hipertensivul este mereu în insecuritate, se simte amenințat, gata de apărare, dar nu declanșează agresivitatea. Crește neurotiform, cu tendințe de perfecționism și tendințe compulsive.

Personalitatea hipertensivului se poate caracteriza prin aceea că evită conflictul agresiv, sunt psihastenici, evită uneori tratamentul.

În perioada de trecere de la funcțional la organic în HTA, după Ozeretki, ar exista următoarele forme: variații caracterologice; formă paranoică; formă confuzională; formă pseudodementială. În faza organică sunt alte forme.

În genere se constată la bolnavii cu HTA următoarele forme de manifestare sindromologică: sindromul astenic, sindromul depresiv, sindromul obsesivo-fobic, sindromul hipomaniacal, sindromul confuzional.

**Hipotensiunea arterială.** Este un sindrom psihosomatic caracterizat printr-o bogăție de manifestări psihopatologice (fatigabilitate, astenie, cefalee, vertij, irascibilitate, transpirație, labilitate afectivă etc).

Sincopa hipotensivă este însoțită de o puternică stare de anxietate, senzație de moarte iminentă, de leșin, vertije în cadrul unei distonii vegetative (sau nevroze vegetative) în situații stresant-emoțive. Sincopa poate să apară când bolnavul vede ceva impresionant sau se află în fața unui pericol brusc (scade TA, crește fluxul sangvin muscular, iar pielea devine palidă). Unii bolnavi cu HTA prezintă o constituție astenică, cu semne de infantilism fizic și o debilitate a sistemului cardiovascular; **astenia** se manifestă după eforturi mici, este caracteristică iritabilitatea, capriciozitatea; incapacitatea și slăbiciunea fizică creând un complex de inferioritate, duce la hiperestezie emoțională și la o tendință spre idei fixe hipocondrice, uneori interpretative.

Un rol mare îl au tulburările vagotonice: bradicardia, aritmia respiratorie, transpirațiile, răcirea extremităților, sensibilitatea la frig.

**Migrena.** Este considerată tot o disfuncție cardiovasculară, la care se adaugă simptoame somatice și modificări ale dispoziției.

Migrenozii provin din familii de ambițioși sau familii convenționale, în care copiii sunt obligați a se conforma în cadrul unor repere comportamentale stricte, ceea ce le limitează exprimarea agresivității prin activitate fizică sau verbală. Ostilitatea față de familie este reprimată, ceea ce duce la anxietate și la apariția tulburărilor neurovasculare.

Reprimarea instinctului sexual ar duce la supraponderarea urii. Personalitatea migrenosului exprimă considerație față de alții, perfecționism, calm în aparență.

**Alte boli ale aparatului cardiovascular.** Dacă în afecțiunile enumerate predomină mecanismul psihosomatic asupra celui somatopsihic, în continuare prezentăm prevalența factorilor somatopsihici; chiar și bolile cronice influențează direct sau indirect activitatea psihică, cu problematică individuală.

**Stenoza mitrală.** Sindromul neurastenic este frecvent în stenoza mitrală, însoțit de senzații subiective: amorțeli, slăbirea picioarelor, astenie, nervozitate, labilitate afectivă, preocupări ipohondrice.

La bolnavii valvulari se mai constată modificări ale caracterului și personalității, mergând până la declanșarea unor stări psihopatoide în funcție și de tipul de temperament; adeseori sunt taciturni, pasivi, cu reacții depresive care pot merge uneori până la tentative suicidale. Au mare sensibilitate la tratamentele psihice, la care pot reacționa disproporționat; acești bolnavi mai pot prezenta dificultăți de contact relațional, iritabilitate, astenie,



tulburări de somn, irascibilitate, senzația că este abandonat, uneori cu scăderea potențialului intelectual. Este prezentă frecvent depresia și anxietatea pe fondul unor idei obsesivo-fobice în context general de tulburări afectiv-conflictuale.

**Insuficiența aortică.** La acești bolnavi se remarcă tulburări ale personalității. Ei pot fi descriși ca fiind capricioși, uneori cu tendințe paranoide. De obicei, ei sunt oboșiți, acuză tulburări de memorie și o scădere a potențialului psihic (intelectual).

**Intervenții chirurgicale cardiovasculare.** Intervențiile chirurgicale pe inimă au căpătat o mare importanță datorită frecvenței lor și a problemelor psihologice pe care le pun. Chirurgia cardiacă presupune variate elemente stresante pentru bolnavi, actul operator, reacțiile emoționale, intervenția și decizia operatorie. Operația cardiacă, mai ales pe cord deschis, presupune numeroase manevre anestezice, manipulări intraoperatorii, reanimarea intensă, probleme de reabilitare postoperatorie. Adaptarea pacientului după operație este dificilă, cu multe incidente de natură psihopatologică.

Prima problemă postoperatorie este frica de moarte la modul real. Factorii importanți care influențează tulburările psihice postoperatorii pot fi:

1. mediul din sala de operație;
2. deprivarea de somn;
3. complicații fiziologice;
4. durata hipotensiunii;
5. starea de confuzie;
6. starea emoțională a pacientului care influențează starea de conștiință.

Personalitatea bolnavului, starea sa psihică anterioară, situația socială și familială sunt de asemenea factorii importanți. Pregătirea preoperatorie a actului chirurgical, conștiința că va fi «operat pe inimă», pun bolnavul într-o dramatică situație existențială. După operație (între a 2-a și a 7-a zi) simptomele se coagulează într-o «reacție catastrofică», după care se poate instala anxietatea și depresia, cu multe stări de confuzie și halucinatorii.

**Endocardita lentă.** Se remarcă simptome ca: astenia, insomnia, adinamia, tulburări de conștiință, tulburări depresive. Confuzia mentală se poate manifesta prin agitație, ruperea hainelor, agresivitate, automutilare, țipete, stereotipii de mișcare și verbale. Se semnalează frecvent depresia și anxietatea.

**Cardiopatii congenitale.** Simptomatologia psihică este prezentă în cel puțin 25% din cazuri, cu apariția precoce a unor leziuni cerebrale. Bolnavii

sunt astenici, cu o scădere a activității psihice; pot să apară crize convulsive și stări confuzionale.

**Epilepsia cardiacă.** Manifestările epileptice la cardiaci sunt mai frecvente în cardiopatia de natură reumatismală, față de numărul de epilepsii din cadrul populației generale. Epilepsia cardiacă rămâne încă o problemă controversată. Ea nu are o desfășurare tipică. În general, la mitrali crizele se declanșează după «supărări», oboseală și se manifestă prin «absenteism». În insuficiența aortică crizele se manifestă mai tipic prezentând toate componentele clinice ale unei crize «grand mal».

**Insuficiența cardiacă.** Este o afecțiune cronică foarte gravă determinând importante **fenomene psihosomatice și somatopsihice**. În cadrul insuficienței cardiace se descriu sindroame confuzionale, stări de agitație, anxietate marcată, idei de persecuție, halucinatorii, elemente ipohondrice, stări depresive, idei de sinucidere, dezamăgire, neîncredere în succesul terapeutic.



## ASPECTE PSIHLOGICE ALE BOLNAVULUI CU AFECȚIUNI ALE APARATULUI DIGESTIV

**D**e fapt, influența factorilor psihici asupra aparatului, digestiv a stat la baza primelor experiențe care au fundamentat medicina psihosomatică, funcția gastrică fiind centrul a numeroase sindroame psihosomatice. Foamea, senzația de sațietate, fac parte din primele experiențe infantile, foamea ducând, încă din primele zile ale vieții, la senzație de disconfort și reacții agresive (după cefalee tulburările gastrointestinale ar reprezenta tulburările somatice cele mai frecvente).

**Principalele diagnostice și modificările psihice.** *Sisteme funcționale.* Primele cercetări ale lui Fr. Alexander în domeniul psihosomaticii au tratat trei tipuri de simptome funcționale ale tubului digestiv: dispepsia, diareea, constipația, care ar fi puse în legătură cu factorii psihici (psihosexuali). Cele mai frecvente simptome gastrice funcționale sunt: anorexia, grețurile, indigestia nervoasă, voma, aerocolia, diareea și constipația; durerile abdominale și disconfortul sunt atribuite «apendicitelor cronice», motiv pentru care adeseori bolnavul ajunge pe masa de operație.

Printre simptomele digestive care au la bază factori psihici se pot enumera:

- dureri abdominale, retrosternale sau interscapulare prelungite, sau repetate, în legătură cu actul deglutiției. Uneori este vorba de un spasm esofagian care urmează un stres psihic evident. Este cunoscut nodul în gât (bula isterică), care se datorește unui spasm esofagian;
- tulburări dispeptice cu explicații psihogene;

- vărsături și grețuri repetate și perseverente, fără explicație somatică, care traduc un sentiment de nemulțumire și de zgust. Factorii psihici gravează vărsăturile, care apar astfel disproporționat în comparație cu criza organică provocatoare;
- senzația de plenitudine gastrică;
- diaree, constipație unele forme anorexice, dischinezii biliare.

Simptomele funcționale gastrice apar după supărări, afaceri proaste, certuri în familie și alte experiențe emotive. O serie de manifestări care au loc la nivelul gurii și dințiției, menționăm bruxismul (scrâșnirea dinților), care poate manifesta ostilitate; de asemenea, se consemnează xerostomia (uscăciunea gurii), întâlnită la persoanele hiperemotive.

**Gastritele și ulcerul gastroduodenal.** Ulcerul diferă de la țară la țară și depinde de stresul social, factorii etnici sau sociologici, fiind considerat o boală urbană (boala managerilor). Se consideră că individul este supus unui stres important, prin predispoziție la hipersecreție și hiperaciditate gastrică. Ulcerul și gastritele sunt incluse în bolile psihosomatice, considerându-se că la originea lor stau cauze nervoase și mecanisme psihosomatice clasice.

Ulcerul peptic poate apărea în următoarele circumstanțe:

- ca reacție tranzitorie în fața unui stres neobișnuit;
- ca reacții la personalitățile cu un infantilism esențial;
- ca urmare a unor conflicte care induc o puternică stare de anxietate.

Psihanaliștii, în cazul ulcerului, afirmă că este vorba de o dorință primitivă de a fi iubit și îngrijit, ceea ce vine în conflict cu tendința de independență a vieții adulte.

În ulcerul gastroduodenal există 4 factori care favorizează evoluția:

- factorul genetic (există familii de ulceroși);
- fizic, determinat de susceptibilitatea nervoasă la ulcerări; nutriție, sănătate generală și uzul de medicamente;
- factorul fiziologic, fluctuația și reglarea homeostaziei;
- factorul psihologic ce reflectă conflictele și frustrările între individ și mediul înconjurător, între nevoia de dependență și cea de independență.

Sunt și alte etiologii ale ulcerului; sunt decisive tulburările ereditare constituționale ale sistemului nervos vegetativ, izolându-se categorii de indivizi «stigmatizați vegetativ». De asemenea, ulcerul poate apare și în cursul unor afecțiuni ale sistemului nervos central. Necroza vasculară ar fi

legată de un factor emoțional anxios și de nevoi afective regresive, cunoscute de către psihoterapeuți. La om frica inhibă secreția gastrică; în stările depresive apare o hipofuncție gastrică. O problemă importantă o constituie personalitatea ulceroșilor. Cercetătorii constată că ulceroșii apar ca personalități hiperexcitante, cu o puternică stare de tensiune afectivă, cu reacții puternice de mânie și nemulțumire, intoleranță, precum și cu tulburări diencefalo-nevrotice cronice sau în pusee; pot apărea alarme ipohondrice cu caracter cancerofob. De asemenea, se constată că ulceroșii sunt indivizi independenți, ambițioși, care nu se atașează ușor afectiv. Agresivitatea ulceroșului se exprimă prin hiperfuncția gastrică, ca o reacție față de frustrație.

Somatopsihic, ulceroșii prezintă în prima parte a bolii o stare de anxietate și nemulțumire continuă, devin revendicativi, se leagă de toate mărunțișurile, cu modificări de dispoziție. În cadrul simptomului psihic al ulcerosului un rol important îl are astenia, marcată prin tulburări de somn, sensibilitate crescută, hiperreflectivitate, apar și simptome (diencefalovasculare): dereglări vasomotorii, senzații de căldură, palpitații, instabilitate, astenie. Unii bolnavi, pe acest fond nevrotic devin irascibili, impulsivi, agitați, prezintă o slăbiciune fizică și psihică accentuată și o marcată labilitate afectivă.

**Tulburările psihice ale gastrectomizaților.** Multe tulburări psihice la acești bolnavi sunt etichetate ca «nevroze». Astenia este frecventă la ei. Se pot delimita 3 grade de intensitate a tulburărilor psihice:

- neurastenie însoțită de cenestopatii sau depresii;
- cefalee, astenie și insomnie;
- cefalee persistentă, fobii, obsesii.

Sunt prezente modificări neurovegetative.

**Colitele.** Se studiază legătura dintre colon și viața psihică punându-se în evidență stresuri emoționale, activitate motorie și secretoare a colonului în diferite raporturi. Frica și tristețea pot modifica funcția intestinului gros, mișcările intestinale devin mai lente, contracțiile se produc încet și mult mai rar, apare paloarea.

Conflictele, sentimentele de ură, ostilitatea, mânia, provoacă, din contra, o hiperfuncție a colonului crescând activitatea contractilă și secreția de lizozim. Conflictele prelungite pot traduce leziuni ulcerative la nivelul colonului. Puseele de colită sunt mai grave după stresurile psihice, uneori fiind declanșate de ele. Frica, alături de emoție, poate determina pusee de apariție a diareei.

Studiindu-se originea colitei medicamentoase se evidențiază importanța stării de tensiune, tradusă prin anxietate, indecizie, resentimente,

hiperscrupulozitate, tendință la depresie și idei de suicid. Rectocolita hemoragică poate fi dramatizarea somatică a melancoliei; în acest sens, factorii stresanți acționează în rectocolita hemoragică (gravă boală psihosomatică), asupra unui teren predispus (mai ales genetic).

Sunt realizate studii privind profilul psihologic al bolnavului cu diferite forme de colită. Se consideră că unii bolnavi sunt imaturi emoțional, atașați mai ales de mamă. Se poate desprinde o orientare de mai multe tipuri de personalitate: pasivi, activi, agresivi, anxioși, schizoizi. Sunt firi dificile, conflictuale (divorțați sau necăsătoriți), au o labilitate neurovegetativă marcată și o mare sensibilitate la stres.

**Colita ulcerohemoragică** este mai des întâlnită la intelectuali, a căror simptome (constipația, melenele), coincid cu un stres psihologic (o pierdere sau un sentiment de culpabilitate).

Reacțiile somatopsihice în colite sunt însoțite de simptome psihice, printre care constante sunt: astenia, insomnia și anxietatea în care psihanalitic se consideră – etiologic – un abandon imaginar de către mamă la vârsta de 2 ani și jumătate, vârsta educării sfincterelor. Simptomatologia psihică în cadrul diverselor forme de colită este polimorfă. De exemplu, în colita ulceroasă se descriu compulsiuni, idei obsesive, anxietate, agresivitate, preocupări ipocondriace și tulburări din sfera vieții sexuale.

În cadrul sindromului de «intoxicație ileocecală» se descriu numeroase simptome psihice (Hațeganu): astenie nervoasă (matinală), excitabilitate psihică, fatigabilitate, anxietate, depresie, obsesie, ipohondrie, stări maniacale, epileptiforme, delir. Aceste fenomene sunt însoțite de tulburări endocrine, tiroidiene, hipofizare, suprarenale, genitale.

**În colita spastică** se remarcă autoobservația exagerată (cu preocupări de boală și medicamente). În general, în cadrul colitei predomină constipația cu dominanța tabloului psihic de depresie. Fr. Alexander arată că bolnavii de colită au o atitudine defetistă, pesimistă, sunt neîncredători, exprimând sentimente de abandon și indiferență din partea anturajului.

**Bolile veziculei biliare.** Cauza afecțiunilor poate fi localizată în oricare dintre componentele arcului reflex duodenohepatic având o etiologie polimorfă. Secreția și eliminarea bilei sunt influențate la om de factori psihici. Se descriu colici biliare după emoții, inclusiv stări icterice emoționale. Bolnavii cu dischinezie biliară au suferit în antecedente umilințe, traume psihice legate de griji materiale, decese, lipsa unor soluții favorabile în viață. Ameliorarea condițiilor afective duce la ameliorarea bolii.

Personalitatea bolnavilor cu diferite dischinezii biliare arată tendința la agresiune și ambiție. În copilărie au depus eforturi mari pentru a obține satisfacții, încărcăți de multe traume psihice, susceptibili și agresivi;

deasemenea, reactualizarea unor conflicte din copilărie prin lipsa de afecțiune constituie sursa de susceptibilitate. Colecistopatii sunt personalități pasive. Există chiar o «anxietate biliară» în cadrul colecistitelor, care se poate asocia cu un sindrom depresiv moderat. Hipotonicii biliari sunt persoane astenice, având un tonus muscular scăzut.

**Hepatita epidemică.** Este o infecție virotică a ficatului, dar ca orice boală infecțioasă, interesează întregul organism. Tulburările psihice apar mai ales în perioada icterică a bolii, manifestându-se sub formă de astenie, irascibilitate, anxietate, cefalee puternică, adinamie, stări confuzionale.

**Hepatita cronică.** Tulburările psihice sunt mai rare (dacă boala corespunde, dacă boala este compensată). Spre deosebire de hepatita epidemică, tulburările psihice au un caracter nevrotic datorându-se unor alterări metabolice secundare hepatitei cronice. Se remarcă oboseală marcată, scăderea atenției, frica de criză și frica de a munci, cu neliniște psihomotorie.

**Criza hepatică.** Este o stare gravă caracterizată printr-o insuficiență hepatică decompensată și o serie de modificări metabolice și hemodinamice. Legătura dintre o insuficiență hepatică gravă și tulburările somatopsihice a fost remarcată de mulți autori. Kraepelin vorbea de un «sindrom psihodigestiv», în cadrul căruia insuficiența hepatică are un rol important. Se remarcă la bolnavii cu insuficiență hepatică decompensată: depresie, anxietate, iritabilitate, astenie, care pot fi constante în această stare. De asemenea, se constată: astenie marcată somatopsihică, cefalee, fatigabilitate, moleșală, lipsă de inițiativă, somnolență sau insomnie, coșmaruri, bradipsihie, tulburări mnezice.

În ciroza cu hipertensiune portală ar exista o serie de etape de evoluție:

- faza caracterizată prin astenie;
- sindromul psihoorganic;
- diferite stări psihotice care pot să apară pe acest fond.

Există o frecvență a tulburărilor de comportament în ciroza hepatică și autointoxicația hepatică cu fluctuații, variind de la o zi la alta, până la apariția comei hepatice, pe a căruifond se dezvoltă ideile delirante nesistematizate.

**Encefalopatia portală.** Această afecțiune constă din apariția unor tulburări psihice și neurologice pe fondul hipertensiunii portale. Encefalopatia este cunoscută ca o complicație din stadiul terminal al diferitelor boli ale ficatului. Este vorba de o encefalopatie asociată cu insuficiență hepatică. Sunt și alte denumiri pentru encefalopatia portală ca: stupoare episodică, comă hepatică iminentă, encefalopatie hepatportală. Deși se întâlnește în cadrul cirozelor poate fi regăsită în hipertensiunea portală

extrahepatică, hepatite acute, insuficiență cardiacă gravă, intoxicații cu leziuni de necroză hepatică.

Simptomatologia encefalopatiei portale poate fi împărțită în 3 categorii de simptome:

1. simptome neurologice;
2. simptome psihiatrice;
3. tulburări de conștiință.

Simptomatologia psihică se caracterizează prin stare de apatie și adinamie, anxietate, depresie, crize de fobie, iritabilitate, lentoare psihică. Tulburările de conștiință se pot instala brusc, cu starea de obnubilare a conștiinței, dezorientare, tulburări de memorie și incoerența gândirii.

Tulburările psihice din insuficiența hepatică sunt date de tulburările metabolice de la nivelul neuronilor, fără substrat anatomic, modificările histologice fiind multe și coincidente.

**Pancreatita acută.** Este o mare urgență medico-chirurgicală, existând mai puține referințe asupra tulburărilor psihice. În plină criză, reacția psihică este de obicei violentă, cu anxietate, neliniște psihomotorie și agitație, cu stări confuzionale, uneori cu aspect stuporos. În pancreatitele cronicizate sunt descrise tulburări de personalitate, tendințe la alcoolism, apetența pentru droguri analgezice.





## ASPECTE PSIHLOGICE ALE BOLNAVULUI CU AFECȚIUNI ALE GLANDELOR ENDOCRINE

Ideea unei influențe humorale a vieții psihice o găsim încă din epoca hipocratică, dar la începutul secolului XX s-au acumulat numeroase fapte și date. Acțiunea sistemului nervos este exercitată asupra glandelor endocrine, care prin intermediul hormonilor influențează psihicul și comportamentul uman. Astăzi, corelația dintre psihic și sistemul endocrin a dus la apariția unei noi ramuri medicale: endocrinopsihiatria; Bleuler a introdus noțiunea de psihosidrom endocrin. La om, constituția endocrină influențează personalitatea, reactivitatea individului, diferitele funcții psihice ca: percepția, capacitatea de învățare, afectivitatea și motivația.

Printre primele lucrări de endocrinopsihiatrie se numără cele a lui C.I. Parhon (autorul primului tratat de endocrinologie din lume). I.P. Pavlov, la Congresul de endocrinologie de la Grand (1923), face o sinteză a raporturilor dintre glandele cu secreție internă – psihologie și patologie mintală. Freud consideră hormonii ca alcătuind principala bază materială pentru energia pulsională. Parhon și Goldstein arată pentru prima oară importanța glandelor endocrine în formarea personalității umane, dar și a structurii lui fizice și comportamentului.

**Modificările psihice în bolile hipofizei.** În gigantism sunt descrise fenomene de labilitate emoțională și iritabilitate, cu lentoare și apatie, crize de furie și violență.

La acromegali se întâlnesc modificări ale personalității cu oscilații de dispoziție, neliniște, depresie, impulsivități insuportabile, lentoarea gândirii, indiferența, superficialitate, uneori cu impulsuri de vagabondaj.

În nanismul hipofizar, comportamentul emoțional este copilăros, deși inteligența este normală. S-a descris uneori, torpiditate, depresie; pot apare și cazuri de întârziere mintală.

În insuficiența hipofizară (boala Simonds) sunt caracteristice: bradipsihia, lentoarea, starea depresiv-anxioasă, pulsuniile, puerilismul emotiv. Pacienții sunt foarte sensibili la stresurile psihice, ajungând la crize funcționale.

În diabetul insipid s-au descris stări de iritabilitate și anxietate.

**Modificări psihice în bolile epifizei.** C.I. Parhon publică un caz de criptorhidie cu manifestări psihice de aspect schizofreniform. Tot el tratează bolnavii psihici ce extract hipofizar obținând rezultate în schizofrenie; de asemenea a utilizat tratamentul în psihoza maniaco-depresivă asociată cu hiperexcitabilitate.

**Modificări psihice în bolile tiroidei.** Tiroida este glanda cea mai incriminată în reglarea funcțiilor psihice și în studiile de psihosomatică. Ablația ei determină importante tulburări psihice. Hormonul tiroidian stimulează activitatea și creativitatea și influențează formarea reflexelor condiționale; au acțiuni importante în metabolismul general al organismului.

Parhon a publicat multe studii privind influența tiroidei asupra proceselor afective, susținând declanșarea psihozei maniaco-depresive.

În hipertiroidie se menționează tulburări de comportament. Bolnavii basedowieni au mare sensibilitate la șocuri emotive, ajungând ușor la irascibilitate și stări coleroase, dificultăți de relație cu anturajul. Prezintă frecvent anxietate, insecuritate, fatigabilitate, emotivitate, labilitate afectivă cu accelerarea proceselor psihice. Hipertiroidia poate favoriza apariția sindromului obsesivo-fobic.

În hipotiroidie și mixedem se notează o scădere a ritmului de gândire și o dispoziție depresivă. La copii se remarcă frica, emotivitatea, iritabilitatea. La adulți se poate ajunge până la psihoză. Se descriu stări psihastenice.

În hipertiroidiile operate (tiroidectomii) s-au descris stări de excitabilitate crescută și depresii, accentuându-se modificările caracteriale.

**Modificări psihice în bolile glandelor paratiroide.** Importanța metabolismului calciului asupra sistemului nervos este cunoscută, iar nivelul calciului-ionic – depinde de mai mulți factori:

- absorbția intestinală care depinde de tulburările funcționale ale tubului digestiv;
- rolul vitaminei D, care facilitează absorbția calciului și favorizează eliminarea fosforului;
- o serie de glande endocrine și mai ales paratiroidele.

Lipsa calciului interesează și sinapsa neuromusculară; ionii de calciu intervin în toate tipurile de transmisie sinaptică, celulele ganglionilor vegetativi fiind în mod deosebit stimulate de ionii de calciu.

În hiperparatiroidie apar tulburări afective și neurologice (parestezii, crampe, depresie, labilitate emotivă). Apar crize cu caracter depresiv anxios, atacuri de panică și teroare, crize tetaniforme.

În hiperparatiroidie se vorbește de o anergie mintală, stări de astenie, somnolență, stupoare, dureri difuze musculare și osoase, tulburări gastrointestinale.

**Modificări psihice în bolile timusului.** Legăturile dintre bolile timusului și tulburările psihice sunt mai puțin cunoscute. În hiperfuncție apar personalități puerile cu inversiuni sexuale, deficit de atenție sau capacități de critică. În hipofuncție se vorbește de astenie și repulsie față de efort.

**Modificări psihice în bolile glandelor suprarenale.** Feocromocitomul este una din bolile importante ale medulei suprarenale, pentru care sunt caracteristice crizele de anxietate, cefalee, hipertensiune arterială paroxistică, nervozitate, grețuri, dispnee, vertije.

În boala lui Addison se descriu forme psihiatrice pure. Simptomele psihice cele mai frecvente sunt: instabilitatea, iritabilitatea, egoismul, perioade de euforie, stări depresive, apatie, izolare, negativism; intelectual apare o scădere a ideții, scăderea sferei preocupărilor.

În hipercorticism, depresia este cel mai important simptom, fiind urmat de anxietate, apoi apar stări funcționale, deficiențe de activitate, uneori reacții schizoide.

În sindromul adiposo-genital se notează tendințe homosexuale cu idei de vinovăție datorită masturbației. Deformarea fizică ar duce la anxietate. Femeile se masculinizează devenind depresive și retrase social.

O problemă importantă o constituie tulburările psihice survenite după tratamentul cu cortizon și ACTH. În perioada inițială a corticoterapiei apare o stare de euforie, logoree, sociabilitate crescută; apoi, în altă fază, apar bizarerii, tensiune nervoasă, reacții maniaco-depresive, cu idei de suicid.

**Modificări psihice în bolile pancreasului.** Insulina are o mare influență asupra metabolismului și face ca în dereglările secreției să apară unele manifestări psihopatologice.

**Hiperinsulinismul** se datorește unor secreții excesive a celulelor beta-insulare din pancreas. Simptomele hipoglicemiei pot fi asemănată cu stadiile anesteziei, începând cu manifestările subiectiv afective și vegetative, până la accidente paroxistice (psihice și neurologice). Reacțiile paroxistice au următoarele stadii în hipoglicemie:

- stadiul inițial, caracterizat prin transpirații, tahicardie, anxietate, tremurături;
- stadiul interesării scoarței cerebrale caracterizat prin somnolență, tulburări de vedere, cefalee, uneori stări confuzionale;
- stadiul cointeresării subcorticalodiencefalice caracterizat prin agitație, spasme, midriază, mișcări primitive (sugere), pierderea conștiinței;
- stadiul cointeresării mezencefalice și spasme tonice Babinski;
- stadiul diminuării funcționale premieliencefalice; rigiditate prin decerebrare, spasme în extensie;
- stadiul cointeresării bulbare caracterizat prin stare comatoasă, mioză, abolirea reflexului fotomotor, pierderea reflexelor bulbare.

Caracteristica tuturor tulburărilor din cadrul hipoglicemiei este marea lor reversibilitate. Tulburările psihice paroxistice se desfășoară pe fondul unei obnubilări a conștiinței, uneori apărând o activitate onirică. În cadrul hiperinsulinismului organic, secreția de insulină fiind mai lentă, apare o stare de somnolență, imposibilitatea concentrării, scăderea atenției și memoriei, neînțelegerea noțiunilor abstracte, absențe, confuzii, crize de violență, apatie, bradipsihie, incoerență, nesiguranță în mers, nervozitate, agresivitate. La acestea se adaugă: transpirații, paloare, eritem, midriază, palpitații, tahicardie, tremor.

**Diabetul zaharat** este o boală cronică, în cadrul căreia se dezvoltă o gamă largă de tulburări psihice unde intervin factori fiziopatologici și aterosclerotici. Stresul are un rol agravant sau declanșator, dar în același timp o situație stresantă poate ameliora diabetul. Cronicitatea diabetului determină manifestări somato-psihice (dependența de medic, limitarea dietei, resemnarea, denegarea, lipsa de disciplină). Simptome psihice caracteristice diabetului sunt: astenia, anxietatea, depresia, apatia, abulia, frigiditatea, somnolența, ura patologică, iritabilitatea, idei ipohondrice de vină. Se mai descrie în diabet «deliruri parțiale triste», tentative de suicid. Unii autori se încumetă să descrie chiar o psihoză diabetică (legată de atrofia cerebrală prin hipoxie).

**Manifestări psihice în bolile glandelor ovariene.** Foliculina are mare influență asupra metabolismului organismului (poate provoca retenția hidrosodică, ionizarea calciului). La femei, factorii emoționali influențează secreția hormonilor ovarieni determinând modificări ale ciclului menstrual, apariția hirsutismului, modificări ale fertilității.

În insuficiența ovariană predomină inhibiția, având o gamă variată de stări de melancolie și instabilitate. Castrarea la femei este urmată de creșterea inhibiției împreună cu depresia, de complexe de inferioritate sexuală, instabilitate afectivă, scăderea atenției și memoriei, scăderea capacității de

muncă. Aceste femei devin agresive și impulsive, se găsește un complex nevrotic caracterizat prin predominanța fenomenelor neurovegetative (transpirație, valuri de căldură, mâini umede). Deși interesul sexual este scăzut, își fac complexe de inferioritate, mai ales, în eunucoidismul feminin.

În hiperfuncția ovariană (hiperfolliculinemia) s-a descris chiar o psihoză specifică. În tumorile ovariene, pe lângă o excitație sexuală, există și o stare de excitație psihică. Psihic apare o stare de emotivitate exagerată, anxietate, nevoia de mișcare, instabilitate psihomotorie, tulburări funcționale ale veziculei biliare, sindromul vezical urinar.

**Sindromul premenstrual** apare cu 10 zile înainte de menstruație și dispăre o dată cu aceasta. Frecvența sindromului este diferită: de la 6% până la 90% din femei. Ar exista trei tipuri principale de manifestare clinică:

- sindromul premenstrual «psihologic», caracterizat prin manifestări în zona afectivă (nervozitate, iritabilitate, labilitate afectivă, gelozie, exaltarea libidoului);
- psihoze premenstruale, care sunt puse la îndoială, sub forma unor stări maniacale sau depresive;
- exacerbară în perioada premenstruală a unor tulburări psihice preexistente; apar mai des crizele la epileptice și frecvența suicidului este mai mare.

În perioada menopauzei se pot manifesta particularități psihopatologice prin tulburări nevrotice, depresii periodice, labilitate afectivă, agitație, exagerarea tuturor mijloacelor de apărare.

**Modificări psihice în bolile glandelor testiculare.** Legătura dintre viața psihică și secreția testiculară a fost mai puțin studiată.

În insuficiența testiculară s-au descris apariția unei stări de apatie, lipsa de inițiativă, izolare, depresie, scăderea proceselor de inhibiție internă, bradipsihie, puerilism, egoism, idee lentă; interesul social scade foarte mult, iar comportamentul începe să devină feminin.

În andropauză se descriu stări depresive cu oscilații timice.

În hiperproducția de testosteron se notează un «temperament genital» cu precocitate intelectuală, cu inițiativă mare, agresivitate, creșterea nevoilor sexuale.



## ASPECTE PSIHLOGICE ALE BOLNAVULUI CU AFECȚIUNI ALE SÂNGELUI ȘI ORGANELOR HEMATOPOIETICE

Importanța integrității sistemului hematopoietic este mare pentru fiziologia sistemului nervos central, sensibilitatea lui la hipoxie și la alte modificări de metabolism fiind cunoscute. Dacă o anemie se instalează rapid (în hemoragii), apar tulburări psihice rapide și grave (stări confuzionale). Dacă pierderea a 500g de sânge este bine tolerată, cea a unei cantități de peste 2L este, de obicei, fatală. Numeroase boli ale sistemului hematopoietic sunt considerate de origine neoplazică (leucemie, limfosarcom etc). Psihicul poate fi influențat de o serie de modificări toxice specifice sau de către modificări celulare sanguine și tratamentul prin raze Roentgen.

Nu se cunosc suficiente studii sistematice asupra modificărilor psihice și a personalității în bolile sângelui, dar referiri sunt multe, psihosomatice și somatopsihice.

**Anemiile** sunt un grup de boli care se caracterizează printr-o scădere a numărului de globule roșii. Două elemente sunt importante în influența anemiei asupra sistemului nervos:

- hipoxia cerebrală;
- tulburările metabolice consecutive, precum și modificările celorlalți constituenți ai sângelui.

În anemii, astenia este simptomul cel mai frecvent, făcând parte dintr-un adevărat sindrom nevrotic (cefalee, astenie, vertije, nervozitate). Dacă anemia a intervenit în perioada copilăriei, cu o evoluție îndelungată, acest

fenomen poate duce chiar la o încetinire a dezvoltării intelectuale, la nivel de diferite grade de deficiență mintală.

**Anemia pernicioasă** are o poziție diferită. Încă din 1855, Th. Addison, în cadrul anemiei pernicioase descrie existența unor modificări mintale ocazionale. Tulburările psihice din cadrul anemiei pernicioase se leagă mai mult de carența în vitamina B<sub>12</sub>, decât de gradul anemiei ca atare. Cele mai frecvente manifestări psihice în anemia pernicioasă sunt: depresia, anxietatea și stările confuzionale, astenia (sindrom astenic), cefaleea, fatigabilitatea, irascibilitatea, insomniile.

**Leuceemiile** sunt maladii ale sângelui care constau dintr-o înmulțire excesivă și anormală a leucocitelor, cu cointeresarea măduvei osoase și a țesutului limfoid (ganglioni, splină, ficat). Datorită mărimii lor celulele leucemice pot bloca vasele sanguine mici, pot determina leziuni hemoragice, edeme, leziuni ischemice. La acești bolnavi se descriu stări astenice, adinamie, «angoasa neexprimată» și «istovirea fizică și psihică», care se pot exprima prin gradul de anemie. Manifestările psihiatrice se explică prin hemoragii cerebrale sau fenomene de hipertensiune craniană. Microtrombozele cerebrale pot determina un sindrom pseudonevrotic, manifestări obsesivofobice. Manifestările neuropsihice din leucemie se pot datora unor complicații cum sunt:

- hemoragia intracraniană;
- interesarea cerebrală leucemică;
- leucemia «meningiană» (cu hipertensiune intracraniană);
- infecții favorizate de leucemie.

În prima fază a leucemiei tulburările psihice se manifestă prin reacții depresive sau anxioase, idei interpretative, agresivitate, elemente legate mai mult de aspectele reacției psihice față de boală, care ulterior se pot agrava prin stări confuzionale și uneori fenomene convulsive.

**Limfosarcomul** este o boală a sistemului limfatic (ganglioni, splină). În infiltrațiile celulare limfosarcomul poate provoca compresii sau obstrucții. În cazul în care acestea interesează creierul, apar diferite grade de confuzie mintală.

Boala lui Hodgkin afectează sistemul limfatic (ganglioni și extraganglioni). În această boală pot să apară hemoragii cerebrale sau subarahnoidiene, infiltrații ale hipofizei, demielinizări. Se constată, de asemenea, modificări psihopatoide ale personalității, comportamentului, caracterizându-se prin iritabilitate, agresivitate și bizarerii. Nivelul atenției, memoria, inteligența pot să scadă.

**Mielomul** este o afecțiune a măduvei osoase, localizarea proceselor patologice având loc în oasele craniene (mai ales la baza craniului). Se descriu în această boală stări confuzionale cu productivitate delirantă și convulsii frecvente.

**Policitemia** se caracterizează prin creșterea de tip neoplazic a numărului de hematii circulante și a hemoglobinei, prin creșterea viscozității sângelui, cu scăderea fluxului sanguin, inclusiv la nivel cerebral.

În următoarele afecțiuni poate apărea policitemia:

- tromboză vasculară (arteriale/venoase);
- insuficiența arterială cerebrală;
- sindromul tumoral cerebral;
- hemoragii cerebrale.

Din punct de vedere psihic se observă un sindrom pseudoneurostenic (cefalee, iritabilitate, amețeli, somnolență), cu scăderea intelctului, uneori se angajează stări de demențiere progresivă, cu tulburări de vedere (încețoșare).

**Sindroame hemoragipare.** Sângerările din cadrul sindroamelor hemoragipare pot interesa și sistemul nervos. Aceste sindroame se pot delimita în purpura (datorită factorilor celulari) și coagulopatii (datorită factorilor plasmatiei necelulari). Dintre cele care interesează sistemul nervos sunt: purpura trombopenică secundară leucozelor acute, hemofilia, scorbutul. La acești bolnavi se remarcă stări depresive, episoade confuzionale, apatie, slăbiciune generală, tulburări de memorie, cefalee, vertij.

**Porfiriile** sunt boli, etiologia cărora constă în tulburări innăscute sau dobândite ale metabolismului porfirinelor. Porfirinemiile se datoresc absenței sau inactivității unor enzime care participă la acest metabolism.

Se pot delimita două afecțiuni distincte: porfirie acută (cu transmisie dominantă, apariție de uroporfirine în urină, defectul congenital fiind la nivelul ficatului) și porfirie congenitală (transmisie recesivă, eliminare în urină a porfirinogenului, defectul congenital fiind la nivelul măduvei osoase). Există și porfirii secundare, determinate de medicamente (sulfamide, plumb, piramidon).

Porfiriea poate fi declanșată și de factori emoționali (dar acest fapt poate fi și o coincidență). În porfirie intervine demielinizarea care ar explica fenomenele psihice, digestive, cardiace etc. Leziunile vasculare și neuronale de tip ischemic demonstrează crizele comițiale și tulburările psihice cu aspecte polimorfe.



**Porfirie acută intermitentă** apare, de obicei, la femei, între 20–25 ani, episodic sau cu reveniri periodice. Este pus în circulație termenul de psihoză porfirică, descriindu-se sindroame psihiatrice.

În porfirie acută există trei ordine de simptome: tulburări abdominale (dureroase); manifestări psihiatrice; emisiunea urinei de culoare roșu-închis. Se pot decela următoarele tipuri de manifestare:

- manifestări nevrotice cu instabilitate emoțională;
- manifestări ipohondrice(solicitarea intervențiilor chirurgicale);
- manifestări histeriodice;
- manifestări delirante și schizoide.

Simptomatologia de tip nevrotic este cea mai bogată, apărând simptome ca: cefalee, astenie, anxietate, insomnie, hiperstezie.



## ASPECTE PSIHOLOGICE ALE BOLNAVULUI CU AFECȚIUNI UROGENITALE

În sens didactic problemele aparatului urogenital fi tratate separat: urinar și genital.

**Aparatul urinar.** Se consemnează încă din 1827 (Bright) referiri la co-interesarea neuropsihică în acest domeniu. Apoi, cercetările continuă descriindu-se bolnavi renali cronici cu o «înțepenire» a inteligenței, stupoare și comă.

Vasoconstricția – după Haynal – în raport cu emoțiile, joacă un rol important la nivelul fluxului renal. O serie de tulburări funcționale pot apare la nivelul bazinetului și sfincterelor, legate de stresul psihic. Cistalgiile cu urină clară pot beneficia de psihoterapie. Micțiunile frecvente, dureroase, fără substrat lezional, coincid cu situațiile conflictuale (frecvent legate de sexualitate, frustrații care explică micțiunile repetate). Factorii emoționali au mare importanță în retenția urinară. Tulburările psihice nu depășesc intensitatea neurotică, dar sunt persistente și obsesive (ptoza renală și litiază). Cistalgiile cu urină clară se întâlnesc la femeile care prezintă tulburări psihosexuale (vaginism, frigiditate). Și uretritele banale psihogene sunt dificil de tratat. La bărbații tineri pot apare – legate de factorii psihogeni – prostatite cronice.

*Enurezisul.* Este o incontinență urinară caracterizată prin micțiuni normale nocturne, involuntare și inconstiente, fără leziuni ale aparatului urinar și survenite la o persoană a cărei vârstă este mai mare de 4 ani. Deși este frecvent la copiii, enurezisul se întâlnește și la adolescenți (uneori poate apare și la adulți). Frecvența enurezisului ar fi – după Dopchie – de 66% la 4 ani, 20% la 10 ani, 10% la 14 ani (ar fi a doua anomalitate după adaptarea școlară).

Există un enurezis primar și unul secundar, legat de stări stresante. Jumătate din enuretici au avut un enuretic în familie; raportul băieți/fete este de 10/1. În etiologia enurezisului, mai ales la vârste mici, stresul emoțional este esențial (funcțional sau organic), dar cauzele psihologice rămân pe primul plan (nematurarea SNC fiind frecventă). Și epilepsia a fost incriminată în etiologia enurezisului. La enuretici există o gamă largă de tulburări de comportament, cu interferențe afective și condiții educative patogene. Pentru unii adolescenți enurezisul poate avea o valoare erotică (ejacularea); la fete ar proteja angajamentul în viața adultă, în sexualitate, reprezentând un refuz heterosexual. Somnul acestor persoane este, de obicei, adânc. Pacientul poate prezenta o stare de anxietate, rușine, sentimentul culpabilității, hipersomnia, la adolescenți, poate fi o cauză a enurezisului. Față de enuretic anturajul poate avea o atitudine agresivă, ceea ce agravează boala.

Psihoterapia și educația ficțională are ca scop să combată pasivitatea.

*Insuficiența renală (uremia).* În leziunile diferitelor regiuni ale sistemului nervos s-au descris tulburări ale funcției sexuale. Etiopatogenia tulburărilor psihice în uremie nu este elucidată, se vorbește de autointoxicația organismului și vicierea unor metabolisme.

Aspectele somatopsihice constau dintr-o bogată simptomatologie psihiatrică. Ideea specificității tulburărilor psihice în bolile somatice este neînțeleasă. Simptomatologia uremiei se instalează lent, bolnavii acuză cefalee frontală, diferite nevralgii, mialgii; simptomele majore în uremie – după Hațieganu – se grupează în:

- semne respiratorii;
- semne digestive;
- semne nervoase ca cefaleea, apatia, somnolența, starea stuporoasă, mișcări dezordonate, convulsii. Debutul tulburărilor psihice în uremie este brutal (se instalează în primele 24 ore), cu stare fizică deficitară (anorexie, pierdere din greutate), cu tulburări neurologice (convulsii, mioclonii, paralizie, ataxie).

În uremie s-au descris următoarele forme clinice:

- forma astenică caracterizată prin astenie marcată, mergând până la stupoare; apar pe acest fond dificultăți ale gândirii, scăderea capacității mnemice, insomnie;
- forma convulsivă: pot apare premonitor simptome ca: obnubilarea vederii, vertije, aritmie cardiacă sau respiratorie; criza debutează brusc, bolnavul

- căzând fără cunoștință; atacul poate dura 5'–15' și poate fi urmat de o stare de comă, la trezire bolnavul resimte o oboseală accentuată;
- forma depresivă (melancolică, cu idei de suicid): pot apare idei de persecuție și autoacuzare care împreună cu anxietatea pot constitui originea fenomenelor de excitație psihomotorie și a prostrației;
  - forma maniacăală: se remarcă tendința la distrugere, convulsii, halucinații;
  - forma mixtă: succesiunea episoadelor maniacale și depresive;
  - forme confuzionale de tip delirant la care predomină halucinațiile și iluziile; delirul se referă la preocupări familiale, ocupații zilnice, profesione;
  - forme paranoide cu idei delirante și tendința la sistematizare;
  - forme pseudoschizofreniforme cu ecolalii, halucinații auditive, bizarerii;
  - forma comatoasă;
  - forma paralică cu tulburări neurologice.

**Probleme psihologice în greft renală și dializă.** Primele grefturi renale au fost experimentate în perioada anilor 1910 – 1920, în care s-au consemnat reacții anxioase și depresii. Dializa renală pune probleme deosebite. Abia în 1946 se aplică pentru prima dată dializa la om. Din 1964 apar primele publicații care dezbat aspectele reacției psihice la dializați. Dializa se execută de 2 – 3 ori pe săptămână, cu o durată de 6 ore. Adaptarea la dializă se face în 3 faze:

- «luna de miere» care durează de la 1–3 săptămâni până la 6 luni, în care apare speranța, încrederea, neperceperea inconvenientelor;
- perioada de descurajare (părăsirea vieții active, handicapuri diverse);
- perioada de adaptare, cu durată lungă, cu acceptarea limitelor și complicațiilor legate de tratament, cu episoade depresive, organizare defensivă cu deplasare, izolare, negare, proiecție.

Sunt unele personalități care nu se acomodează la dializă.

Pot fi descrise 4 tipuri de personalitate:

- tip narcisiac (pasivitate, lipsă de agresivitate, adaptându-se bine);
- tipul isterico-anxios (anxietate și dramatizare);
- tipul paranoic (neîncredere și agresivitate);
- tipul obsesional, cel mai frecvent (depersonalizări, depresie, tulburări psihosomatice).

Timpul trăit este perturbat la dializați, apare distorsiunea timpului. Depersonalizarea se limitează numai la aspectele timpului. Din punct de vedere social, bolnavul cu dializă este retras (după dializă are nevoie de 24 ore pentru refacere). Studiile sunt întrerupte, iar profesia nu poate fi păstrată. Sunt modificări conjugale (suspiciune, frigiditate, impotență).

Evaluarea psihologică în selecționarea bolnavilor pentru dializă trebuie să țină seama de:

- reacția bolnavului la diferite stresuri anterioare;
- reacția față de boală și față de persoanele din anturaj;
- atitudinea față de boala actuală.

Adaptarea ulterioară, tot după Haynal, la rinichiul artificial este legată de următoarele condiții:

- existența unui anturaj cu semnificație afectivă;
- o activitate profesională investită cu interes;
- capacitatea de a admite și a verbaliza anxietatea și a suporta dificultățile emoționale;
- absența posibilităților de a recurge la mecanismele de apărare, ca somatizarea.

Relația medic – pacient este o relație «pe viață» și «pe moarte». Chiar între bolnavi se poate stabili un fel de «frăție», apar probleme de gelozie, revendicative. Relațiile cu familia îmbracă uneori aspecte dramatice.

**Aspectele psihologice în comportamentul sexual deviant.** Motivația sexuală face parte din impulsurile primare cu un rol foarte important în determinismul comportamentului uman. Este un subiect permanent cercetat – de când există omul – cu numeroase studii de specialitate, cu atâtea experiențe și experimente câți oameni au fost, sunt și vor fi pe Pământ. De aceea ne vom limita la o selecție excesivă a informațiilor vizând aspectele psihologice esențiale. Există o strânsă legătură (poate cea mai strânsă) între sexualitate și psihism, când lumea, dar Freud a fost acela care a arătat (1905) importanța conflictelor sexuale în etiopatogenia diferitelor boli, mai ales în cadrul nevrozelor. În acest sens ar însemna că orice om ar avea o coloratură individuală de nevroză (prin nerezolvarea problemelor sexuale după cum dorește). De asemenea, Freud arată importanța sexului în perioada copilăriei.

Psihanaliza a stabilit în cadrul sexualității anumite stadialități, cunoscute de către publicul psihomedical și anumite categorii intelectuale liberale. În dezvoltarea personalității umane sexul are o importanță foarte mare. Învățarea despre sex își are rolul său, conștiința și orientarea cu consecințe psihologice corespunzătoare. Precocitatea și abținerea sexuală ulterioară implică anxietate și culpabilitate cu apariția crizelor funcționale în adolescență, ale unui comportament sexual inadecvat și anormal: masturbarea, impotența, ejacularea precoce, frigiditatea, vaginismul, homosexualitatea. În general, aceste modificări ale comportamentului sexual deviant – spre deosebire de cel aberant-pervertit – au la origine simptome conflictuale intrapsihice, în care factorii psihogeni sunt cel mai adesea incriminați. În tratamentul acestor comportamente sexuale deviante metodele psihoterapeutice sunt

esențiale între care se remarcă cele persuasive și de deculpabilizare, explicația proceselor și consecințelor prin denevrotizarea personalității, în funcție de situația reală a subiectului.

**Aspecte psihologice în practica obstetricală.** Comportamentul femeii este dominat, pe tot parcursul vieții, de componenta maternală a sexualității sale. Dacă la bărbat paternitatea se situează mai mult pe plan psihologic și social, la femeie semnificația existențială este incomparabil mai puternică și de aceea modificările psihice din perioada maternității pot lua aspecte diferite. Ele au fost menționate încă din antichitate (Hipocrate).

Modificările psihologice cunoscute la femeia însărcinată sunt: tulburări de somn, idei dominante de gelozie, diferite plângeri somatice, tulburări de gust, disforie, modificări ale agresivității, revendicare afectivă, o scădere a ideeației, un fel de apatie. Pe acest fond pot să apară accese de anxietate și panică, cu agitație și care necesită un suport afectiv. Sunt implicate și modificări psihologice specifice cum sunt: viitorul rol de mamă, schimbări în imaginea corpului, posibilitatea de reactivitate a unor conflicte psihologice.

Modificările psihologice, spre deosebire de tulburările psihice, sunt mai constante în perioada maternității (nefiind considerate patologice).

Apariția sarcinii este cunoscută numai de către femeie, ea o acceptă cu plăcere sau o refuză cu groază, cu reacții psihice ambivalente. Se mai consensuează conflictualitate crescută, vomismente, tonus anxios special, anume frici.

În etapa a doua femeia are un statut acceptat, are nevoie de dependență; este o perioadă de armonie totală a cuplului.

În a treia etapă, anxietatea este crescută datorită apropierii nașterii, a așteptării. Nașterea este un eveniment anxios și dureros, iar femeia simte nevoia de a fi asigurată, simte nevoiasoțului («o prezență complice»).

Pe lângă factorii biologici: ereditari și constituționali, endocrini, datele epidemiologice și vârsta apariției tulburărilor psihice legate de maternitate, remarcăm factorii psiho-sociali și existențiali.

Se consideră că patru elemente influențează în mod deosebit asupra problemelor psihologice și sociale legate de maternitate: publicitatea legată de sexualitate, «valoarea» atașată copilului, dispariția familiei cu importante schimbări între generații și marea proximitate bărbat – femeie, ceea ce face ca sarcina să devină o problemă a cuplului. Climatul afectiv și social poate face ca sarcina să constituie fie «o boală de 9 luni», fie o etapă fundamentală în viața femeii. Faptul că un copil este planificat sau respins, așteptat, dacă sarcina este în afara căsătoriei – toate acestea devin probleme deosebit de importante ale formării atitudinii față de maternitate. Numeroși cercetători consideră că factorii psihosociali și existențiali ar explica majoritatea tulburărilor psihice din cadrul maternității.



## ASPECTE PSIHOLOGICE ALE BOLNAVULUI CU AFECȚIUNI RESPIRATORII

Se știe că respirația este o funcție bine controlată de sistemul nervos central și există o strânsă legătură între emoție și modificările respiratoare. Respirația este sediul a numeroase expresii psihosomatice, este un proces vital, cu semnificații simbolice afective. Respirația permite exteriorizarea viscerală a conflictelor psihice, a tensiunilor nervoase, a stărilor de anxietate, neliniște, fobie. Râsul, plânsul, țipătul sunt expresii emoționale, iar hipoventilația și hiperventilația sunt răspunsuri respiratoare față de anxietate, apatie sau depresie.

**Principalele diagnostice și modificările psihice.** Sunt simptome respiratoare care pot avea o origine psihogenă, cum sunt dispneea și tușea.

*Tulburări funcționale respiratorii.* În afară de dispnee și tuse – cu origine psihogenă – pot apărea tulburări respiratorii legate de emoție. Anxietatea determină la nivel respirator hiperpnee cu agitație, senzația de agresiune toracică.

Rinita funcțională, blocajul nazal, blocajul trompei lui Eustache pot apare ca expresie psihosomatică, legate de starea de tensiune și anxietate. Se pare că există o adevărată semiologie a respirației legate de stările afective.

Sindromul hiperventilației, deși frecvent, este greu de recunoscut și dificil de tratat. Clinic, acest sindrom se caracterizează prin vertijele, transpirații, senzația de lipsă de aer, dureri anginoase, mers instabil, respirații superficiale, palpitații, senzație de presiune toracică, dureri precordiale, uneori mergând până la leșin.

Anxietatea care declanșează hiperventilația este adesea determinată în cadrul relațiilor interpersonale, a sentimentelor de mânie sau ostilitate.

Astmul bronșic este o boală psihosomatică caracterizată prin prezența unui sindrom respirator paroxistic (dispnee, în special expiratorie) și prezența unor tulburări interparoxistice, mai ales de natură interparoxistică neuropsihică. În ciuda etiologiei sale, astmul este o boală discutată psihosomatic și în continuă cercetare. Importanța factorilor psihici în geneza astmului este o observație veche și frecventă. Legătura țipăt – respirație simbolizează legătura mamă – copil, iar frustrațiile generează mânie și anxietate. Unii autori subliniază faptul că o criză astmatică poate apare în afara alergenului (de ex., la prezentarea lui sub forma unui desen) sau la o anumită oră, aceasta dovedind importanța condiționării în criza astmatică. Emoțiile pot juca un rol important în declanșarea crizei, descriindu-se și un «astm isteric», iar motivul bolii poate fi căutat în copilărie.

Personalitatea astmaticului se poate caracteriza prin iritabilitate, logoree, lipsă de încredere, anxietate, dependență maternă. În acest context criza poate fi considerată – după unii autori – ca un protest simbolic contrar separării de mamă și dorința restabilirii acestor relații prin țipăt (înăbușit). De asemenea, astmaticii pot prezenta hipersensibilitate afectivă, nevoia de afecțiune și agresivitatea neexteriorizată; ei resimt dificultate în a se elibera de contradicțiile pulsionale, iar în situații de frustrare prezintă inhibiție a manifestărilor emoționale datorită sentimentului de insecuritate.

Astmaticul reprezintă sediul convergenței elementelor alergice, umorale, emoționale (un fond de instabilitate afectivă și neurovegetativă). Anxietatea și emotivitatea produc astfel tulburări, dereglări ventilatorii și secretorii. Conflictul afectiv blocat în interiorul personalității (datorită frustrațiilor) duce la o creștere a tensiunii nervoase.

*Aspectele somatopsihice în astm* prin relația cu psihicul multidimensional converg către o adevărată furtună vegetativă, care poate duce uneori la numeroase manifestări psihopatologice. Simptomele constante sunt anxietatea și depresia, la care se adaugă tulburări de somn, sentimentul culpabilității. Astmul poate fi considerat ca expresia unei personalități nevropate; în nevroză și starea alergică existând aceleași cauze. Sunt boli în care mecanismul somato-psihic este mai pregnant, intrucându-se cu alți factori etiologici psihosomatici.

*Pneumonia și bronhopneumonia.* Influențele somatopsihice pot să țină de starea febrilă sau infecțioasă, cât și de reacția encefalului în cadrul infecției. Un simptom frecvent este anxietatea și unele idei delirante cu elemente psihotice; tulburările de conștiință gresează lent.



**Tuberculoza pulmonară.** Există o strânsă legătură între tuberculoza pulmonară și viața afectivă. Frecvent, tuberculoza apare legată de diferite traume psihice (pierderea persoanei apropiate). Alexander consideră tuberculoza pulmonară drept o boală psihosomatică, deoarece imunitatea și rezistența organismului ar depinde de factorii embrionari. Bolnavii au o atitudine pasivă și depresivă, ușurință de exprimare corporală, teatralism, dramatizare sau fenomene somatice banale, cu tendință la autodistrugere (devin alcoolici, au comportamente vicioase).

Ca și în alte boli cronice și în tuberculoză pot apare modificări ale personalității prin apariția unor trăsături caracteriale în timpul bolii: impresionabilitatea, susceptibilitatea, nemulțumirea, sociabilitatea redusă, nehotărâre, certuri în familie; apoi, neîncredere în vindecare, devin bănuitori, revendicativi, plictisitori.

*Encefalopatia respiratorie.* Poate apare în pneumopatii cronice, cu scăderea severă a oxigenării (bronșite cronice, tuberculoză, emfizem pulmonar, silicoză etc). Tulburările psihice constau din tulburări afective și de comportament, iritabilitate, logoree, agitație nocturnă, tulburări mnezice, bufee confuzo-onirice.



## PSIHOKINETOTERAPIA DEFICITULUI PSIHOMOTOR. ASPECTE PSIHOMEDICALE

**P**sihokinetoterapia (PKT), ca modalitate de corectare, educare sau reeducare a mecanismelor kinetice perturbate, în faza de început s-a axat mai mult pe mecanoterapie și terapie cu accesorii, având totuși marele merit de a fi făcut apel pentru prima oară în readaptarea funcțională, la mecanismele psihologice ale mișcării. Rolul analizatorului kinetic era considerat ca o sursă de a furniza creierului informațiile prelucrate de la aparatul locomotor. Pe baza acestor informații sunt elaborate comenzile motrice, se realizează tonusul muscular și postura, se efectuează controlul asupra îndeplinirii comenzilor voluntare.

În această viziune analizatorul kinetic era conceput ca o componentă de biofeedback a servomecanismului ce reglează acțiunea motorie.

Structura compozițională kinetică a unui astfel de program recuperator pentru corectarea, educarea sau reeducarea mecanismelor psihokinetice perturbate includea elemente de forță, viteză, rezistență și îndemânare, punând un accent deosebit de deprinderile motrice, cu un repertoriu de proceduri dinamice care să asigure obținerea unei deprinderi motrice unilaterale, apoi multilaterale.

Deși un asemenea program încorporează etapele mișcării nediferențiate, rigide și apoi diferențiate ale formării și consolidării stereotipului dinamic, de standardizare și individualizare a mișcării, totuși era neglijată încărcătura psihologică a situației de invalidant, resimțită prin lipsa calificată a psihoterapiei și psihoterapeutului.

Încercările de a aprecia mai obiectiv potențialul aptitudinal psihomotor restant la începutul și sfârșitul programului recuperator au dus la concluzia că nu s-a reușit să se beneficieze de un echipament instrumental psiho-medical care să evalueze acest restant astfel ca el să poată fi comparat ori corectat cu necesarul kinetic standard al locului de muncă, cu structura de activitate profesională cerută și impusă de procesul tehnologic.

În prezent, pentru a realiza acest obiectiv integrativ PKT primește un suport științific și metodologic nou, interdisciplinar – suportul ergonomie.

Progresul recuperator, astfel conceput, include în structura sa analitică mișcările ergonomice pe care le execută fiind umană pentru a realiza orice tip de activitate ocupațională ori profesională. Testele funcționale și operaționale la care sunt supuși pacienții în programul recuperator kinetic includ acte motorii care solicită executarea și respectarea principiilor ergonomice, ale regulilor economiei de mișcări. Trusa ergonomică concepută, validată și etalonată de noi poate realiza o diagnosticare a potențialului kinetic cerut de simțul «om – mașină – mediu».

În faza pregătitoare a programului terapeutic kinetic și balneofizic, în funcție de încărcătura psihologică a structurilor de personalitate, se introduce o nouă procedură – psihoterapia destructurantă, după modelul psihoterapiei de relaxare și al trainingului autogen Schultz și Jacobson, care realizează o deconectare musculară prin exerciții de determinare a senzației de greutate, o deconectare vasculară prin determinarea senzației de căldură, o restabilire a controlului respirației prin reglarea funcțiilor abdominale, obținându-se o imagine corporală analitică și sintetică.

Cadrul ergonomie al PKT, prin utilizarea principiilor ergonomice ale economiei de mișcări, oferă posibilitatea reală de integrare și modelare funcțională a tehnicilor de transfer kinetic (transferul pozitiv care înlesnește educarea, corectarea sau reeditarea unui mecanism psihologic kinetic perturbat și transferul negativ care întreprinde formarea unei deprinderi noi sau influența unei deprinderi vechi).

Programul kinetic de recuperare încă din faza de proiectare, într-o viziune ergonomică, introduce în mod intenționat trei direcții vectoriale de transfer:

1. **Stimul kinetic 1** – răspuns kinetic 1; ceea ce determină și răspunde printr-un transfer pozitiv, dar existent;
2. **Stimul kinetic 1** – răspuns kinetic 2; adică proiectarea unui transfer kinetic negativ, dar existent;
3. **Stimul kinetic 2** – răspuns kinetic 2; care nu se finalizează prin transfer, deci transferul nu are loc în programul recuperator;

PKT ergonomică recuperatorie, în afara tehnicilor de transfer, apelează la dispoziția voluntară a comportamentului motric perturbat, care în viziunea autorilor se realizează după o anumită schemă de anticipare operațională:

Organizarea orientării dispoziției voluntare spre un scop precis al comportamentului motric;

Mobilizarea forțelor și resurselor întregului potențial restant, în vederea vectorizării comportamentului spre un scop kinetic recuperator;

Învingerea și suportarea cât mai agreabilă prin dispoziția voluntară a deficiențelor (în special cele de natură dolică ori de disconfort kinetic) în vederea atingerii scopului motor;

Apariția unor tulburări ale dispoziției kinetice care frânează dinamismul actului motor.

Tehnicile de transfer kinetic și de orientare a comportamentului în PKT ergonomică sunt completate și corelate cu tehnicile de compensare kinetică. Multe cercetări au ridicat problema dacă există compensarea la deficitul motor.

Experiența și cercetările noastre oferă un răspuns afirmativ, deoarece compensarea are loc și în procesul dezvoltării normale în condițiile existenței unor deosebiri și oscilații individuale puternic exprimate, dar care nu ies din limitele normale.

La specia umană nu predomină mecanismele compensatorii de specie, ca la animale, ci mecanismele individuale, încheiate ca rezultat al condițiilor obiective în care s-au dezvoltat. De aceea, terapeutul care proiectează și recomandă un program recuperator de PKT ergonomică trebuie să țină cont și de următorul principiu: la om posibilitățile de compensare pe calea regenerării organice sunt limitate, dar în schimb s-au dezvoltat la maximum posibilitățile de compensare pe calea restructurării și reorganizării funcțiilor într-un context sau într-o nouă schemă structurală.

La om nu se formează și nu se restructurează substraturi morfologice noi, dar găsim ceva în plus, pe care mizează PKT compensatorie într-o viziune ergonomică: aceleași procese nervoase stau la baza dezvoltării și activității omului normal și la baza compensației funcțiilor perturbate ori tulburate.

Deci schimbările neurodinamice care au loc în cazul deficitului funcțional motor, în compensație, se supun legilor activității nervoase superioare, iar mecanismele compensatorii aceluiași principii.

Terapia ocupațională, ca recuperare analitică, în viziunea ergonomică nu rămâne la stadiul de «exersare» kinetică, sub formă de activitate ce capătă un conținut nou, nu este o simplă operație, ci o metodă terapeutică de muncă, în care pacientul este obligat să respecte cu mare strictețe principiile ergonomice de economie a mișcărilor, să materializeze combinațiile

de mișcări, în care se finalizează transferul kinetic, orientarea voluntară a comportamentului motric și compensarea kinetică.

Sarcina PKT constă în căutarea acestui ansamblu recuperator, precum și a explicației științifice a caracterului adaptativ și integrativ, prin calcularea unor indici de corelație dintre potențialul psihomotor restant perturbat și necesarul kinetic standard cerut de metodele de muncă și impus de structura activității profesionale unde va reveni persoana invalidantă. Acest lucru este posibil numai prin proiectarea unui program matematic computerizat.

Pentru fundamentarea științifică a mecanismului psihologic perturbat este necesar să se ofere un răspuns onest referitor la ordinea kinetică optimă a unui program recuperator pentru deficitul motor la membrul superior. În acest sens trebuie detașate elementele comune și diferențiale pe structuri individuale, pe grupe patologice, în funcție de gradul, intensitatea și localizarea deficitului.

Pentru a-și câștiga și consolida un caracter ergonomie integrativ socio-profesional, încă din faza de prescripție a programului de educare, corectare și reeditare a mecanismelor psihologice perturbate, PKT trebuie să-și găsească un program propriu de algoritimizare kinetică.

PKT, în viziunea sa ergonomică diferențiată și recuperatorii, deja uzează două tipuri de învățare motrică: educarea și corectarea funcțională (prin readaptare funcțională) și corectarea structurală (prin utilizarea psihoprofesiogramei executantului de la locul de muncă și programul structurat al metodei de lucru impuse de terapia ocupațională).

Prin corectarea, educarea sau reeditarea funcțională se pune accent nu pe transmiterea de către terapeut sau recuperationist a programului kinetic, ci pe instrumentele conceptuale de recuperare funcțională. Programarea structurală kinetică într-o viziune ergonomică exprimă o nouă concepție despre activitatea și actul recuperator, a cărei aplicare în practică exprimă și permite o conturare și organizare treptată a funcțiilor PKT (adaptativă, integrativă, compensatorie și recuperatorie).

Corectarea funcțională inițială introdusă în PKT ne oferă doar condiția unei corectări, educări sau reeditări motorii, pe când o programare structurală recuperatorie într-o viziune ergonomică ar asigura consolidarea și integrarea celor corectate, educate ori reeditate.

PKT funcțională tradițională, de obicei, ne arată unde trebuie să ajungem prin actul recuperator, pe când PKT ergonomică concepută printr-o programare structurală ne-ar arăta unde trebuie să ajungem mai rapid și mai sigur la un potențial psihomotor care să fie integrat și sincronizat cu solicitările psihomotorii cerute de locul de muncă.

Răspunzând la problemele și interogațiile pe care le propune pe viitor PKT, de fapt noi încercăm să rezolvăm anticipativ metafilaxia cazurilor cu risc ori eșec adaptativ socio-profesional prin deficit motor, care se transformă într-o etapă a ergonomiei de corecție diferențiată recuperatoare, care va materializa clinic, paraclinic și la nivelul locului de muncă. Durata readaptării funcționale s-ar micșora vizibil, integrarea va fi mai evidentă și mai consolidată, transformându-se într-o metodă eficientă sub aspectul raportului cost – beneficiu, cu un raport optim favorabil între efortul economic investit și efectul terapeutic integrativ obținut.

Experiența acumulată de PKT ergonomică concepută, validată și practică pe durata de cinci ani ar putea deveni un bun câștigat de Școala ieșeană de recuperare motorie, încercările similare, căutate și adunate cu grijă din bibliografia românească și cea străină, nu au ajuns încă la un astfel de model instrumental terapeutic cu caracter adaptiv și integrativ ergonomic diferențiat, care să aibă la bază triada recuperatoare: corectarea, educarea și reeditarea mecanismelor psihologice perturbate și localizate la membrul superior.



## ASPECTE PSIHOMEDICALE ÎN CLINICA DE NEUROCHIRURGIE

**P**atologia organică cerebrală impune psihologului sarcini specifice și o metodologie particulară de lucru, construită pe ideea că o leziune organică cerebrală se exprimă nemijlocit în desfășurarea proceselor psihice, în raport cu mediul și mărimea acesteia și totodată cu gradul suferinței cerebrale difuze pe care o antrenează (Luris, Penfield).

În acest sens, examenul psihologic are sarcina de a preciza simptomatologia focală, cu valoare semiologică, trebuind să constituie și în interpretarea clinicianului un argument în plus sau în minus la extinderea ariei explorărilor de specialitate și a diagnosticului neurochirurgical.

Indiferent dacă apar în leziuni difuze sau relativ circumscrise, manifestările psihologice se caracterizează ca entități diferite, deoarece ele apar într-o anumită formație și cu o anumită intensitate. Desigur, semnele psihologice sunt mai puțin precise – ca valoare localizatoare – în raport cu semnele neurologice, dar o evaluare precisă a acestora poate da indicii asupra localizării ca arie (Al. Lishman). Dintre acestea, cea mai mare valoare localizatoare o au tulburările proceselor cognitive (mai ales cele ale senzorialității și apoi cele intelectuale), iar cea mai mică valoare localizatori au tulburările emoționale și ale personalității în general.

De altfel, este știut că o disfuncție cerebrală strict localizată este rară, cu excepția intervențiilor chirurgicale cu minim câmp operator și mai totdeauna se constată un adaos la tulburările focale, cele ale zonelor învecinate sau de la distanță prin sinergia funcțională a structurilor simetrice din celălalt emisferă, prin distorsiuni ale țesutului cerebral, prin complicații vasculare și infecțioase sau prin «jocul» edemului cerebral.

Patologia neurochirurgicală la care se recomandă examen psihologic o constituie, în primul rând, procesele expansive intracraniene de etiologie diferită (tumorale, infecțioase – abcese, parazitare, tromboflebite cerebrale), hematoame intra- și extracerebrale primare sau secundare prin HTA sau traumatice, apoi în patologia vasculară (malformații vasculare, anevrisme sau alte tipuri de afecțiuni vasculare regionale sau difuze), în sindroamele focale din neurochirurgia infantilă, în craniostenoze (pentru evaluarea nivelului și sistemului de recuperare) și în alte tipuri de procese endocraniene.

În practica clinică, examenul psihologic se indică în epilepsia la adult, care ascunde cel mai frecvent procese tumorale, sindroamele de hipertensiune intracraniană (mai ales în cazurile în care examenul neurologic nu relevă un sindrom focal), indiferent de etiologie.

Facem precizarea că psihologul nu se ocupă de aspectele psihiatrice decât prin consemnarea lor sumară și care atenționează clinicianul în dirijarea bolnavului către rețeaua psihiatrică, în cazurile în care sunt fie anterioare afecțiunii organice acute, fie secundare acesteia ca răsunet subiectiv, atunci când capătă semnificație psihiatrică (sindroamele reactive post «agresiune» organică cerebrală).

Examenul psihologic respectă modalitatea de explorare neurochirurgicală intra- și supratentorială, evident de elecție fiind cea supratentorială și aceasta împărțită pe dihotomia clasică: emisfera drept – emisfera stângă.

Ne vom referi numai la metodologia de lucru pentru simptomatologia focală, care este cea mai interesantă și în același timp, partea cea mai consistentă din activitatea psihologului. Astfel, examenul neuropsihologic, fiind în esență analitic, va investiga eficiența proprie unor anumiți analizatori prin utilizarea unor probe (vizuale, auditive, tactile) în vederea obținerii unui anumit tip de răspuns (verbal, neverbal), folosind stimuli deosebit de variați (stimuli: sonori, olfactivi, luminoși; imagini, desene, obiecte, litere, cuvinte, cifre). Fiecare probă presupune supunerea bolnavului unei serii de stimuli în prezentare unică, simultană sau succesivă, pentru a surprinde cât mai multe aspecte asupra nivelului relațiilor bolnavului cu realitatea înconjurătoare. Încercând o sintetizare didactică a modificărilor surprinse în patologia organică cerebrală, se poate face următoarea grupare:

- modificări ale proceselor cognitive – senzoriale și intelectuale, în specificitatea lor în raport cu zona leziunii cerebrale;
- tulburări instrumentale: praxia, gnozia, afazia;
- tulburări ale afectivității și comportamentului, de asemenea în raport cu sediul leziunii.



Majoritatea acestor modificări întâlnite în practica neurochirurgicală nu se bazează și nu se bucură în literatura de specialitate de probe standardizate. Ele sunt precizate prin aplicarea selectivă a probelor și formelor de stimulare anterior enumerate, concomitent cu o observație atentă asupra modului în care subiectul execută un instructaj ales și uneori chiar un răspuns spontan la diferitele forme de stimulare.

Tulburările instrumentale sunt apreciate după foaia de examinare a afaziei, separat apraxiei și agnoziei, elaborate de Institutul de Neurologie și Psihiatrie din București (Kreindler).

Tulburările de afectivitate și comportament nu pot fi apreciate după probele cu care se lucrează în serviciile de psihiatrie decât în foarte puține cazuri (Szondi), întrucât nu sunt etalonate pe bolnavi cu leziuni cerebrale.

Acestea sunt evaluate prin specificitatea lor în context cu alte modificări din celelalte două grupe anterior menționate. Facem precizarea că unele din aceste date se iau și anamnestic, printr-un interogatoriu special și particular, de la caz la caz.

Încercăm să facem o prezentare simultană a modificărilor din cele trei grupe, respectând teritorializarea cerebrală și plecând în sens invers, de la explorarea structurilor mai vechi filogenetic și ontogenetic răspunzătoare și deci mai elocvente asupra modificărilor senzorialității.

Prima etapă în examenul neuropsihologic este stabilirea dominanței cerebrale, după care se trece la examinarea propriu-zisă.

**Tulburările psihice ale lobului parietal.** Considerat de către neurofiziologi ca fiind cel mai vechi, lobul parietal este sediul mecanismelor de convergență a informației de la toate modalitățile senzoriale, afectând transferul acestora în coduri – imagini corespunzătoare formei senzoriale (în special tactile, auditive, vizuale, proprioceptive – în ordine). În urma leziunilor parietale se produce o creștere a pragurilor discriminative și în consecință, asistăm la o amorfosinteză senzorială, exprimată prin tulburări ale gnozei acestor forme senzoriale evaluate după foaia de apreciere a gnoziei. Aceste modificări sunt de intensitate diferită, în raport cu mărimea focarului lezional; se examinează separat pentru fiecare mână, ureche, ochi. Acest defect al primei trepte de cunoaștere se reflectă și pe planul reprezentărilor, imaginației și gândirii, printr-o defectuoasă spațializare a obiectelor, verificată prin probele de desen, în care se urmărește caracteristica spațială a acestora (sus – jos, dreapta – stânga, ordonarea, proporționalitatea, simetria). Mai frecvent, în leziunile parietale (în special în cele drepte) se întâlnește dificultatea de orientare în spațiul concret, familiar, incapacitatea de învățare a unei structuri spațiale noi, a unui traseu nou (date luate din anamneză).

În leziunile parietale stîngi întîlnim frecvent discalculul de o anumită configurație. În cazurile în care leziunea se întinde către temporal, găsim afazia semantică, exprimată în esență prin disocierea între imagine și cuvânt.

**Tulburările psihice ale lobului occipital.** Fiind sediul prelucrării și integrării informației vizuale, leziunile occipitale dau modificări ale câmpului vizual, lesne de evidențiat de examenul neuropsihologic și independent de examenul carapimetric – prin probele speciale de desen, în care găsim reprezentări amalgamate de un tip anume, ce reflectă alterarea structuralității percepției. Alături de acestea găsim frecvent discromatopatiile concretizate în dificultăți de percepție a culorilor, confuzii între culori, percepții microme sau acrome.

Tipică pentru leziunile occipitale stîngi extinse către temporal se întîlnește agnozia scrisului (bolnavul recunoaște separat literele, dar nu poate citi cuvîntul întreg). În leziunile occipitale drepte se întîlnesc metamorfopsiile (cu mare valoare localizatorie), asemănătoare cu iluziile dintre care cele mai frecvente sunt macropsiile, micropsiile, imagini în oglindă sau în oglindă deformată, estomparea conturilor, fragmentarea imaginilor, tulburări în percepția mișcării obiectelor în spațiu (teleopsia, pelopsia, aloestezia optică, poliopsia), date evaluate prin probe de redare a obiectelor într-o anumită formație și cu anumite caracteristici sau anamnestic, întrucît cel mai adesea acestea se manifestă intermitent, cu caracter paroxistic.

**Tulburări ale lobului temporal.** Lobul temporal este sediul prelucrării informațiilor auditive și al stocării limbajului și în care lateralitatea se conturează mai clar.

Capitolul cel mai consistent din patologia lobului temporal este afazia, cu netă valoare localizatorie temporofrontală stîngă, în cazurile de lateralitate dextrogiră și echivalentă semiologic cu un simptom neurologic. Afazia îmbracă formule diferite, în raport cu predominanța unei forme sau alte de limbaj alterat, de la aspectul motor, fonematic al cursivității vorbirii, până la cel lingvistic, semantic, concomitentă tulburărilor de limbaj la nivelul funcțiilor expresive și receptive. Această formulă este extrem de variabilă de la un subiect la altul, în raport de sediul leziunii. Trebuie să precizăm că în practică rar găsim forme pure de afazie – afazia Wernicke (T stg) și afazia Broca (F stg), predomină formele mixte, cu o predominanță sau alta.

În patologia acută craniocerebrală, tulburarea afazică este variabilă; sarcina psihologului este de a urmări evoluția sa fazică (în sensul progresiei și regresiei acestui defect instrumental) astfel că aceste informații devin un fapt clinic deosebit de util în conduita clinicianului și uneori, singurul indiciu al unei leziuni cerebrale sau al unei complicații ulterioare.

Intenționăm însă a preciza o cale de diferențiere în ceea ce privește lateralizarea dreaptă – stângă, prin scorurile obținute în discriminarea stimulilor vizuali. Plecând de la ideea că temporalul stâng este specializat în prelucrarea imaginilor cu conținut uzual, iar cel drept al celor cu conținut neuzual (fără sens) și aplicând proba «figura complexă» Rey, obținem date precise în acest scop, prin evaluarea calității execuției prin copiere și apoi prin memorizare. Dificultățile de analiză și sinteză perceptivă ale elementelor figurative sunt net inegale între cele două hemicâmpuri perceptivă, hemicâmpul stâng fiind flagrant incorect, lacunar, neordonat, neintegrat în ansamblul figurii, iar încaturile cu leziuni extinse asistăm la un eșec total, până la incapacitatea subiectului de a-și elabora un plan de abordare al desenului prezentat. Folosim datele acestei probe cu mare valoare semiologică, verificată în practică, mai ales atunci când examenul neurologic nu menționează nici un semn obiectiv.

Amintim sumar că și leziunile temporale pot prezenta tulburări ale sensibilității primare, de tipul agnoziei auditive, până la surditate psihică (în leziunile bilaterale).

Un alt capitol de asemenea consistent și specific activității psihologului îl constituie explorarea funcției mnezice, a cărei diminuare este atât de frecvent acuzată de către bolnavul cerebral. În practica noastră evaluăm memoria recentă și imediată (care aduce informații și asupra eventualelor extinderi lezionale către frontal, pe care îl anticipăm parțial), folosind proba memorie – cuvinte Rey, cu povestirea corespunzătoare, proba Barbizet, proba 20 + 20 (din grupul probelor neverbale), ale căror curbe de achiziție au caracteristicispecifice pentru organicitatea cerebrală.

Un alt grup de tulburări întâlnite în leziunile temporale sunt cele ale motivației și afectivității, care nu diferă semnificativ de cele frontale și capătă valoare localizatorie dacă sunt însoțite de anumite tulburări instinctuale (alimentare și sexuale).

**Tulburări ale lobului frontal.** Lobul frontal este cel mai nou onto- și filogenetic, cu structuri specializate în integrarea și comanda activității voluntare și a gândirii categoriale, fiind astfel răspunzător de sinteza psihică superioară.

În leziunile frontale găsim tulburările de praxie care, ca și afazia și agnozia, îmbracă și formule directe în alterarea mișcărilor voluntare din activitățile instrumentale.

Leziunile frontale se exprimă intens și semnificativ în mari deficite ale gândirii categoriale, prin reducerea acesteia la un nivel concret-intuitiv. Gândirea este lacunară, incoerentă, necritică, sunt pierdute sensurile

proverbelor, nu pot fi depistate absurditățile în judecăți, nu pot fi elaborate predicții. Evaluarea QI la proba H AIS indică valori mari.

Tulburările din sfera afectiv-motivațională se traduc printr-o îngustare a registrului trăirilor, printr-un adevărat regres al vieții afective; comportamentele primare apar cu perseverări și stereotipii specifice, conduitele bolnavului devin nespecifice, nedirecționate, neelaborate. Cel mai frecvent se produce deplasarea către polul pozitiv, cu stări euforice, tendințe moria, uneori chiar un sindrom hipomaniacal. Bolnavului îi lipsește coordonarea viitorului, nu planifică acțiuni, nu are inițiativă și perspectivă (elemente parțial comune și cu patologia psihiatrică, dar cu o specificitate aparte – deși în literatură se menționează tulburări psihiatrice în cazul tumorilor frontale). Acest grup de tulburări sunt mai puțin specifice în raport cu lateralizarea dreapta – stângă, ca și tulburările praxiei (în afara celor numai pentru câte o mână, care sunt foarte rare), prin probabilitatea de sinergie funcțională a celor doi lobi frontali.



## METODELE DE TRATAMENT PSIHOMEDICAL (PSIHOTERAPII)

**E**timologia cuvântului «psihoterapie» – terapie, îngrijire. Uneori, în sens statistic, «terapie» mai poate fi tradus prin «a pune pe picioare» sau cu «picioarele pe pământ».

Terapia este o metodă de tratament care folosește mijloace psihologice cu acțiune directă asupra unei maladii psihice sau asupra persoanei aflate într-o dificultate existențială, fără intervenția somatică directă.

Considerată de specialiști ca o formă de terapie, constând într-un ansamblu de metode și tehnici psihologice care vizează fie vindecarea simptomului, fie restructurarea personalității, fie ambele aspecte.

Indiferent de tipul de psihoterapie folosit, intervenția psihologică – în sine – se bazează pe (și folosește ca instrument) relația «terapeut – pacient». Această relație biunivocă funcționează cu o parte din semnificațiile ei în orice altă terapie. Ea este o relație în care se vehiculează conținuturi afective, în care pacientul exprimă atitudini emoționale inconștiente de afecțiune, ostilitate sau ambivalență, pe care persoana le-a manifestat în copilărie, în relațiile cu părinții sau cu reprezentanți ai acestora.

Calitățile cele mai importante pentru psihoterapeut (așa cum le văd pacienții) sunt calități morale și tehnice – după un sondaj francez: conștiință profesională, exactitatea diagnosticului, devotament și autoritate, siguranță în decizii, cunoștințe științifice, timp consacrat bolnavului, sinceritate, dezinteres, cordialitate, autoritate. Boala, indiferent de natura și gravitatea ei, indică regresie, omul bolnav și suferind intră în relație cu psihoterapeutul, având o serie de cerințe pe care nu le poate recunoaște, în totalitate, deoarece el însuși nu le cunoaște în întregime.

**Caracteristici ale tehnicilor psihoterapeutice:**

- Psihoterapia, în sens larg, este implicată în orice demers terapeutic al unui specialist în relația cu pacientul său;
- Psihoterapia tentează ameliorarea aspectelor psihice implicate în boală, indiferent de natura sa, deci angajarea persoanei într-o perspectivă;
- Terapeutul acționează prin tehnici adecvate și selectate asupra dorinței de vindecare a pacientului (el este personajul pe care pacientul îl investește pozitiv la nivel conștient, dar căruia îi adresează și o serie de treburile conștiente);
- Psihoterapia, în sens restrâns, ca terapie psihologică, se definește ca intervenție terapeutică specifică și controlată asupra bolii sau/și asupra personalității omului bolnav, intervenție care folosește un ansamblu de metode determinate conform unei concepții (teorii) despre personalitate și despre boală;
- Psihoterapia se adresează acelor boli ale căror mecanisme și simptome sunt esențiale de natură psihice, chiar dacă ele au și efecte somatice;
- «Situția psihoterapeutică» este situația specifică în care o persoană – «terapeut» – se angajează conștient, folosind o anumită metodă, într-o relație specifică de vindecare, urmărind dispoziția sau ameliorarea simptomelor, deconținerea mecanismelor etiopatogenetice, modificarea personalității în profunzime sau la un anumit nivel, astfel încât să se evite o stare de conflictualitate;
- Orice psihoterapie vizează, implicit sau explicit, autocunoașterea persoanei;
- Eficiența adaptativă nu presupune suprimarea oricăror suferințe și nici aplatizarea emoțională, în rezonanță «persoană – lume». «Eficiența» înseamnă adaptare și investiție reală nemistificată prin cunoașterea propriilor trebuințe, a semnificațiilor acestora, a posibilității de îndeplinire;
- «Realitatea» este, originar, ambiguă, provocatoare de insecuritate, conflictuală. Ființa umană este ea însăși marcată de conflict (între dorință și renunțare, ființa se construiește pe sine într-o permanentă relație cu un altul care gratifică sau frustrează), este ambivalentă și provocatoare;
- Psihoterapia nu face persoana imună de suferință, dar o păstrează în limitele normalității chiar în suferință;
- Ca o terapie specializată, ca intervenție psihologică definită, psihoterapia dispune de un ansamblu de teorii, metode, tehnici și criterii de aplicare care nu pot fi aplicate decât de un specialist (psihoterapeut).

Indicațiile psihoterapiei, ca metodă specifică de tratament, se referă la următorul tablou simptomatologic:

- Nevroze (anxioasă, isterie, obsesii, fobii);
- Perturbări adaptative (de integrare socială);
- Criza de adolescență;

- Dezechilibrul psihic provocat de o situație stresantă sau traumatizantă, pe care persoana nu o poate depăși, (eșec, dificultăți profesionale, deficit familial, reacție de doliu);
- TDS;
- Toxicomanii, perversii sexuale (limitat), cazuri borderline (limitat);
- Psihoze (o anumită formă de psihoterapie și numai în anumite cazuri);
- Boli psihosomatice.

Există însă și un anumit moment optim al intervenției psihiatrice și o anumită limită de vârstă:

1. în genere, până la 45 de ani;
2. pacientul să dorească în mod real să participe și să se vindece;
3. pacientul să dispună de o capacitate de comprehensiune.

Clasificarea psihoterapiilor este mai dificilă și nu o vom aborda acum. În genere, clasificarea ia în considerare trei criterii esențiale:

- Teoria care fundamentează sistemul psihoterapeutic;
- Metoda psihoterapeutică particularizată pe relația «terapeut – subiect»;
- Scopul urmărit în procesul psihoterapeutic.

Se cunosc și se recunosc, în funcție de efectul psihoterapeutic obținut, mai multe forme și tehnici de psihoterapie, printre care menționăm pe acelea care pot sta la dispoziția psihologului medical clinician:

- Psihanaliza (pe care o vom trata pe larg în manual);
- Psihoterapia adleriană;
- Psihoterapia scurtă de inspirație analitică;
- Psihoterapia analitică (C.G. Jung);
- Analiza tranzațională (Eric Berne);
- Psihoterapia rațional –emotivă (A. Ellis);
- Gestalt-terapia (F. Perls);
- Psihoterapia în grup;
- Psihoterapia familiei;
- Psihodrama (J. I. Moreno);
- Psihoterapia comportamentală;
- Psihoterapia de relaxare (Schultz, Jacobson);
- Psihoterapia experimentală;
- Psihoterapia filozofică.

**Psihoterapia de scurtă durată** (de inspirație psihanalitică; psihoterapia focală). Este o terapie psihologică avându-și originea în psihanaliză, dar cu durata semnificativ inferioară curei psihanalitice. Atitudinea

psihoterapeutului este activă. Terapia funcționează pe principiul «experiență emoțională corectivă», favorizată sau generată de terapeut. Terapeutul are intenția selectivă privind materialul elaborat de subiect și va formula o ipoteză psihodinamică asupra subiectului.

**A. Concepte de bază:**

- Relația «față în față»;
- Atitudinea activă a terapeutului;
- Ipoteza psihodinamică elaborată de terapeut asupra cazului;
- Limitarea interpretărilor;
- Experiența emoțională corectivă;
- Problematika actuală a pacientului;
- Scopul terapiei (limitat);
- Terapia este «planificată» ca durată și scop (6 – 8 săptămâni în cazul unei confesiuni a experienței sexuale traumatizante).

**B. Principii teoretice, care fundamentează efectul terapeutic:**

- Terapeutul joacă un anumit rol în relația cu pacientul;
- Terapia are termen fix care se planifică și se comunică pacientului;
- Frustrarea pacientului este provocată și controlată conștient de către terapeut;
- Vindecarea nevrozei este datorită experienței emoționale corective (retrăirea unor evenimente trecute, într-o relație sub control);
- Aprecierea dinamico-diagnostică a personalității pacientului;
- Experiența din viața reală poate fi folosită ca parte integrantă în terapie;
- Pacientul va fi confruntat cu el însuși;
- Accentul se pune pe problematica actuală a pacientului (pe conflictul actual).

**C. Metode și tehnici:**

- În timpul terapiei poziția terapeutului și a pacientului este «față în față»;
- Asociația liberă;
- Dialogul (convorbirea), terapeutul are manifestare activă;
- Discursul pacientului se articulează la realitate, nu la fantasmă;
- Atenția terapeutului este selectivă (referitor la materialul pacientului);
- Evitarea factorilor care prelungesc analiza (evitarea nevrozei de transfer prin limitarea interpretărilor).

Există mai multe metode și variante în psihoterapia scurtă printre care menționăm cele preferate de psiho-terapeuți:

1. terapia prin repaus;
2. terapia prin izolare (deconectare);



3. terapia prin activitate (hoby);
4. mișcarea fizică în cadrul psihoterapiei (exerciții musculare – medicină formativă);
5. veselie, bucurie, râs, umor.

Psihoterapia scurtă de inspirație psihanalitică este o metodă optimistă punând în valoare complet resursele afectiv-intelectuale ale terapeutului, fiind în momentul de față foarte răspândită – în special în SUA – dând rezultate bune când indicațiile și criteriile de alegere sunt respectate și corect stabilite, pe principii psihoterapeutice științifice.

**Psihoterapia nondirectivă** (sau centrată de pacient – psihoterapia Rogers – 1888 – 1950). Terapia abordează persoana în perspectiva creșterii și maturizării sale; potențialul de creștere și maturizare al unui individ se realizează într-o relație care reprezintă o experiență a comunicării, a acceptării, a înțelegerii, o «relație de ajutor».

Scopul acestei terapii este creșterea și maturizarea psihologică a individului.

Concepte de bază:

- tendința de autodezvoltareca disponibilitate nativă;
- tendință actualizată;
- Eu-I ca expresie a tendinței actualizate;
- experiența ca experiență proprie, ca evaluare proprie;
- orientarea pozitivă a naturii umane;
- înțelegerea empatică din partea terapeutului;
- acceptarea pozitivă necondiționată.

#### *Principii teoretice:*

- natura umană este esențial pozitivă;
- ființa umană își formează de la naștere o experiență proprie cu semnificație de realitate proprie;
- formarea «self-conceptului» se realizeazăpe parcursul dezvoltării, pe măsură ce ființa umană distinge între experiența sa proprie și experiența celorlalți (experiența proprie funcționează în relație cu realitatea exterioară);
- experiența proprie se formează și se modifică în funcție de percepția proprie asupra experienței sale și a celorlalți;
- experiența, în ansamblul ei, se constituie din 2 categorii:
  - a. satisfacerea trebuințelor;
  - b. frustrarea trebuințelor;

- comportamentul se reglează conform unui sistem de valori care sunt analoage sau contrare valorilor parentalecopilul introiecteazăsau respingeanumite valori);
- psihologia presupune acceptare și înțelegere în experiențe de relație;
- atitudinea terapeutului se caracterizează prin congruență, empatie și înțelegere, acceptarea tolerantă neposesivă;
- relația terapeutică este o «relație de ajutor»;
- terapia este centrată pe «lumea pacientului», pe înțelegerea acestei lumi așa cum este văzută, simțită, perceputăde pacient;
- atitudinea de acceptare (pozitivă) autentică a terapeutului, necondiționată;
- terapia vizează actualizarea potențialuluipersoanei, astfel încât persoana să se schimbe și să se dezvolte în libertate și cunoștință de cauză.

### *Metode și tehnici:*

- relația «față în față»;
- atitudinea activă a terapeutului;
- relația terapeutică este o relație valorizantă pentru pacient;
- nu există o durată prestabilită a terapiei (aceasta va dura în funcție de evoluția pacientului, de modificările lui în sens adaptiv);
- procesul terapeutic se definește (Rogers) într-o perspectivă fenomenologică (conștiința experienței, relația terapeutică resimțită ca relație afectivă concretă, pacientul se acceptă pe sine în cadrul relației terapeutice);
- procesul terapeutic este un proces în 7 stadii;
- terapia se concentrează pe «aici» și «acum» și nu există o tehnică propriu-zisă de intervenție.

### *Stadializarea psihoterapiei nondirective*

Persoana refuză comunicarea directă și refuză propriile sale sentimente, are atitudini rigide, nu dorește în mod real schimbarea, se comportă conform unei scheme vechi, generate de experiențele trecute, asimilează situația prezentă acestor experiențe trecute;

Persoana simte că psihoterapeutul o acceptă necondiționat, comunicarea fiind mai puțin superficială, dar simte și propriile probleme ca fiind exterioare și nu se consideră responsabilă față de ele; schemele rigide se mențin, experiența imediată se ancorează în trecut (persoana nu-și trăiește propriile contradicții);

Discursul persoanei se articulează mai mult la sine, referindu-se la experiența trecută, sentimentele proprii sunt privite ca neplăcute, reprobabile și exterioare; persoana își realizează rigiditatea schemelor comportamentale însă nu le poate schimba; ea descoperă că alegerile sale sunt ineficiente (majoritatea celor care cer ajutor psihologic se află în acest stadiu);

Relaxarea schemelor rigide, momente de exprimare actuală a sentimentelor, dincolo de verbalizare, tendința de a trăi în prezent însoțită de neîncredere și teamă, acceptare de sine într-o anumită măsură (relația cu terapeutul este resimțită la un anumit nivel afectiv);

Exprimarea liberă a sentimentelor în prezent, surpriză și teamă în această exprimare, acceptarea propriilor sentimente, criticarea schemelor rigide, diferențierea sentimentelor și intențiilor, confruntarea cu propriile contradicții și disonanțe, responsabilitate față de problemele sale;

Sentimentul autentic și spontan al experienței inedite (Eu-l realizat ca parte integrantă a persoanei, dispariția noncongruenței, trăirea, cunoașterea și acceptarea problemelor fără teamă și fără mobilizări defensive);

Trăirea imediată se montează în interiorul și exteriorul relației terapeutice, situația prezentă nu mai este articulată la scheme anterioare rigide, schemele personale se relativizează, se raportează la experiență (nu experiența la scheme), persoana se schimbă, blocajele interne dispar, comunicarea devine liberă.

#### Indicații:

- tulburări nevrotice;
- tulburări de adaptare (socială, profesională);
- dificultăți în procesul educativ;
- dificultăți maritale, familiale;
- stări de crize;
- situații vitale, eșec la examen, nereușite sentimentale sau sexuale, conflicte diverse etc.

#### Observații:

- se aplică în toate domeniile relației umane;
- reprezintă o teorie și o practică specifică psihologiei umaniste;
- se aplică în educație, consiliere, în domeniile industriale, în probleme de cuplu, mariaj, familie.

**Psihoterapia familiei.** Tratarea familiei ca sistem relațional este mai eficientă pentru echilibrarea membrilor care interacționează în sistem. Ansamblul intervențiilor terapeutice urmărește modificarea relațiilor dintre membrii familiei, astfel încât să se obțină armonia și echilibrul

intrafamilial (schimbarea relațiilor dintre membrii familiei duce la dispariția comportamentelor simptomatice).

### *Concepte de bază:*

- familia nucleară – sistem relațional implicat în geneza simptomelor persoanei («pacientul identificat»);
- patologia se declanșează de la individ la sistem, fiind rezultatul disfuncțiilor sistemului;
- pacientul reprezintă «simptomul», iar familia reprezintă «obiectul» terapiei;
- familia este o configurație dinamică; relațiile de înrudire și interacțiune dintre membrii familiei;
- balansa emoțională în interacțiunile dintre membrii familiei;

### *Principii de bază:*

Individul este produsul familiei sale (sistemul familial este o forță dominantă în formarea individului);

Membrii familiei disfuncționale nu au capacitatea să-și satisfacă trebuințele, așteptările mutuale reciproce, ei nu-și pot exprima liber, autentic identitatea (în relațiile dintre ei);

O familie funcțională este capabilă de compromisuri;

Necesitatea funcțională a compromisului este generată de faptul că trebuințele membrilor unei familii nu coincid (ele nu se întâmpină și nu se satisfac reciproc, decât foarte rar);

Necesitatea unor schimbări în cadrul familiei, date fiind stadiile prin care trece o familie (apariția copiilor, etape în dezvoltarea copiilor, plecarea copiilor din familie etc).

Aspectele terapiei de familie sunt în principal 3:

- terapia centrată pe subsistemul marital;
- terapia centrată pe subsistemul relațiilor părinți – copii;
- terapia vizândhomeostazia familiei, ca sistem (balanța familială).

Regula psihoterapiei de familie susține că persoana se schimbă dacă se modifică structura și configurația relațiilor intrafamiliale.

Observații necesare consemnate de psihoterapeut:

- aspecte importante: istoricul familiei, structurile familiei anterioare care persistă în familia actuală;

- diagnosticul, în sens larg, ca apreciere a modalităților de funcționare a relațiilor intrafamiliale;
- emoția este un instrument în schimbarea comportamentelor membrilor familiei;
- terapeutul este luat ca model (trebuie să aibă o atitudine activă).

*Metode și tehnici:*

- interviul inițial (evaluarea problemei actuale, angajarea familiei în procesul terapeutic);
- terapia se desfășoară în serii de ședințe (de la câteva ședințe până la câțiva ani);
- membrii familiei își aleg singuri pozițiile în încăperea în care se desfășoară terapia;
- reluarea «problemei» cu membrii familiei, delimitarea problemei (participă toți membrii familiei);
- schimbarea modalității de comunicare a relațiilor dintre membrii familiei.

**A. Tehnici folosite frecvent:**

- punerea în roluri;
- acțiuni în familie;
- terapia familială multiplă (mai multe familii sunt luate în terapie);

**B. Recomandări cu privire la numărul optim de ședințe:**

- pentru reducerea tensiunilor dintr-o familie – 1-6 ședințe;
- pentru rezolvarea simptomului – 10-15 ședințe;
- pentru optimizarea comunicării – 25-30 ședințe;
- pentru restructurarea familiei – 40 ședințe, uneori și mai multe (câțiva ani).



## PSIHANALIZA

**Considerații generale asupra psihanalizei.** Psihanaliza este un sistem psihologic izvorât din descoperirile lui S. Freud. Inițial o analiză de tratament a anumitor tulburări nevrotice, psihanaliza a servit apoi drept fundament pentru o teorie generală a psihologiei. Cunoștințele dobândite și obținute din tratamentul unor pacienți au condus la analize de profunzime în sferile artelor, religiei, structurilor sociale, a dezvoltării copilului și a procesului educațional.

**Conceptele fundamentale din sfera psihanalizei.** Redusă la o definiție de esență, psihanaliza este o psihologie a conflictului. Psihanaliza interpretează funcționarea psihicului uman ca expresie a unor forțe conflictuale. Unele din aceste forțe sunt conștiente iar altele, probabil cele mai multe, sunt inconștiente.

Ca sistem psihologic și metodă terapeutică, psihanaliza subliniază importanța forțelor inconștiente în viața psihică.

Conflictul este o dimensiune inexorabilă a condiției umane. El reflectă contradicția inerentă naturii duale a omului văzut și ca creatură biologică și ființă socială. În câțiva ani fiecare copil trebuie să fie civilizat și culturalizat; el trebuie să primească și să integreze în sine idealuri și valori, inhibiții și tabuuri existente grupului său social. Primul instrument de realizare al acestui proces este familia, după care intervine instituția cu un grad mai ridicat de formalizare aparținând de astă dată societății, aceasta preia cea mai mare parte din responsabilitățile necesare dezvoltării individului.

Pe parcursul acestei dezvoltări, frustrarea, mânia, dezamăgirea și conflictul sunt inevitabile. Încă de la începutul dezvoltării sale, psihicul uman este influențat de fenomenele somatice. Fiziologia somatică este substratul întregii teorii psihologice, inclusiv psihanaliza. Răspunsul la stimuli este tradus în termenul de «plăcere» și «durere» (neplăcere), care este o parte din

ereditatea biologică a omului. Aceste răspunsuri determinate filogenetic au avut, fără îndoială, o semnificație pozitivă, din punct de vedere evolutiv, în lupta pentru supraviețuire a speciilor.

Un principiu fundamental al teoriei psihanalitice constă în faptul că psihologia umană este guvernată de o tendință pulsională de căutarea «plăcerii» și evitarea «durerii». Aceasta este cunoscut, de fapt, drept «principiul plăcerii» (Freud, 1911). Deși acest principiu acționează de-a lungul întregii vieți, el este evident și absolut dominant în primii ani de existență. Experiențele timpurii de «plăcere» și «durere» (s-ar mai putea spune de «recompensă» și «frustrare») joacă un rol crucial în formarea structurii psihologice a fiecărui individ. Termenul de «structură», așa cum este el folosit în psihanaliză, se referă la forme organizate, repetitive, relativ stabile ale răspunsurilor psihologice ale mecanismului psihic. Impactul acestor experiențe timpurii este intensificat la copil, deoarece, în contrast cu alte ființe, omul are o perioadă de dependență față de adult mult mai mare. Fără îngrijirea și solicitarea acestora, de-a lungul unei perioade de câțiva ani, copilul nu poate supraviețui. Acest fapt, determinat biologic, explică și un atașament precoce și susținut față de alții, un factor care vine să joace un rol central în ceea ce numim natura umană.

Interpretarea freudiană a psihologiei omului reprezintă o contribuție la cercetarea contemporană științifică a ultimei părți a secolului al XIX-lea și începutul secolului al XX-lea. În psihanaliză Freud combină idealul liberal al respectului pentru integritatea fiecărui individ cu o încercare riguroasă de stabilire a unei metode științifice pentru studierea individului ca entitate vie, socială. El a sesizat și subliniat că observația clinică este fundamentul psihanalizei. Teoria, pentru Freud, este o suprastructură edificată pe observația clinică, dar care poate fi modificată prin noi descoperiri. De aceea era esențial să se stabilească «o metodă de examinare și cercetare», prin care să poată fi făcute observații și constatări demne de încredere. Această condiție necesară «ab initio», Freud a formulat-o în descrierea situației psihanalitice.

De asemenea, este important de menționat că psihanaliza este în același timp o formă de «terapie» și «o metodă de investigație».

Dintre toate formele de psihoterapie, psihanaliza este cea care se sprijină pe cel mai larg, cuprinzător și comprehensibil sistem psihologic. Ea asimilează și cuprinde experiența interioară a omului, ca și comportamentul său, natura sa biologică, cât și aspectul său social, modul de activitate al său ca individ, dar și integrarea sa ca membru al grupului.

Multe din conflictele istorice din mișcarea psihanalitică pot fi interpretate în funcție de modul cum diferiți cercetători, de-a lungul timpului, au subliniat un aspect particular sau altul al teoriei sau practicii psihanalitice,

felul în care aceștia au acordat mai mare sau mai mică importanță forțelor biologice, psihologice, sociale, economice sau istorice care intervin în dezvoltarea individului și care se înfruntă în conflictul psihologic.

În fond, psihanaliza continuă spiritul de comprehensiune care statuează dictonul «Cunoaște-te pe tine însuși». Această cunoaștere de sine este totuși înțeleasă într-un mod diferit.

Atât timp cât ne referim la individul ca atare, «originile nevrozei», ale suferinței sale, sunt prin natura lor «incognoscibile». Aceste origini sunt situate dincolo de sfera conștiinței, fiind exilate din câmpul conștiinței, datorită caracterului lor «dureros», «inacceptabil». Dând pacientului posibilitatea să înțeleagă că simptomele sale nevrotice, comportamentul său, sunt de fapt «o proiectare», derivă din «conflicte inconștiente», psihanaliza permite acestuia «să facă alegeri» (decizii) raționale, în loc să acționeze automat. Astfel, acest tip special de autocunoaștere amplifică abilitatea individului de a-și controla destinul și fericirea. Psihanaliza poate realiza aceasta numai statuând faptul că nefericirea și suferința nevrotică izvorăște din conflicte inconștiente.

Psihanaliza nu poate oferi o cheie magică care să permită accesul la «fericirea universală» sau la «desăvârșire individuală». Deși prin psihanaliză s-au aflat multe date despre psihologia grupului, dinamica maselor, rămâne o problemă deschisă: cum și dacă pot fi aplicate aceste introspecții raționale. Oricare ar fi schemele operaționale și previziunile vizavi de aceste probleme, ele depind de viziunea pesimistă și optimistă a concepției de viață.

Pentru individul care a fost analizat cu succes se constată eliberarea de inhibiție și suferință nevrotică, fiind adesea trăită ca o transformare aducătoare de împlinire care-i permite nu numai actualizarea propriului său potențial, dar și participarea la evoluția și fericirea celorlalți. Astfel, cunoașterea «intimității psihice» a cuiva poate avea implicare de relații interpersonale. Este important de reținut acest lucru, deoarece chiar în cele mai bune circumstanțe, din cauza dificultăților practice, numai un număr mic de oameni pot fi psihanalizati.

**Curențe sistemicе.** Aproape fiecare formă de terapie modernă are ceva inspirat de psihanaliză. Așa cum a arătat Leo Rangell (1973), cele mai multe forme de psihoterapie larg practicate în prezent sunt bazate pe elemente din teoria și practica psihanalitică. De obicei, o procedură oarecare sau o concepție particulară este «împrumutată» din psihanaliză și folosită ca «premisă rațională» pentru un tratament specific. Aceasta nu înseamnă că alte forme de terapie sunt incorecte sau ineficiente. Dimpotrivă, deși sunt variate tehnici terapeutice de a trata nevrozele, există doar un singur mod de a înțelege psihanalitic (Fenichel, 1945). Această supraapreciere nu este



adevărată. Sunt multe situații când tratamentul «nonanalitic» este de preferat unuia «analitic». Pentru multe forme de boală mentală, psihanaliza nu este recomandabilă sau chiar, surprinzător, ea este contraindicată. Totuși, este adevărat că psihanaliza este singura care clarifică ceea ce se petrece în nevroză, este o teorie care oferă o explicație științifică a eficacității tuturor celorlalte forme de tehnici psihoterapice.

Din punct de vedere istoric, linia de descendență din psihanaliză o găsim în teoria lui Jung sau terapia Adler, iar această afirmație este evidentă. Atât Cari Jung, cât și Alfred Adler au fost studenții lui Freud; s-au detașat de el timpuriu în istoria mișcării psihanalitice.

Carl Jung a avut opinii diferite de Freud «privitor la natura pulsionilor». Dincolo de vicisitudinile conflictelor individului, Jung a subliniat semnificația reprezentărilor simbolice ale principalelor teme ale existenței umane care sunt determinate «cultural» și transmise «inconștient». În privința transformărilor individuale, Jung și adepții săi văd apariția constantă a motivelor mistice comune întregii omeniri.

Tensiunile, conflictele din viața fiecărui individ provin din imagini conflictuale, din reprezentări conflictuale ale Eu-lui și în special, ale laturii sexuale a acestuia. Conceptul lui Jung referitor la transmiterea «fantasmelor inconștiente» printr-un «inconștient colectiv», este considerată ca fiind mistică și prea apropiată de o înțelegere religioasă și transcendentă a lumii.

Totuși, trebuie să subliniem că opiniile lui Jung asupra «inconștientului colectiv» corespund conceptului lui Freud de «fantasmă primitivă universală», dar acesta a considerat-o doar ca vehicul al derivatelor pulsionilor instinctuale în copilărie, decât ca determinant originar al comportamentului. Aceștia sunt mai degrabă factori secundari, decât primari, în structurarea personalității.

Câteva din conceptele lui Jung sunt, în special, utile în «înțelegerea simptomelor deficitare ale pacienților schizofreni».

Alfred Adler a crezut că rolul presiunilor sociale și politice a fost subestimat de Freud și adepții săi. În acel moment această opinie critică era valabilă într-o mare măsură, deoarece analiștii se concentrau, în primul rând, pe transformarea elementelor rezultate din energia pulsionii sexuale, a libidoului.

Pentru Adler cauzele conflictelor erau mai superficiale, ele fiind determinate de factori cum ar fi:

- inferioritatea poziției sociale;
- înzestrarea fizică inadecvată;
- slăbiciunea sexuală;
- discriminarea.

Multe din conceptele sale au previzionat, au precedat contribuții psihaanalitice ulterioare, unele din ele vizând rolul «autoaprecierii», mai ales legat de așa-numita «tulburare de personalitate narcisiacă».

În ultimii ani s-a conturat apariția mai multor forme de terapie, în care demersul terapeutic principal constă în:

- autoexprimare;
- eliberare emoțională;
- depășirea inhibițiilor, articularea în limbaj;
- comportamental fantasmelor și impulsurilor inhibitate.

Mișcarea de tip «encounter» – întâlnire (Schultz, 1967; Burton, 1969) reprezintă o astfel de școală. O altă formă de explicare este așa-numitul «țipăt primar». Aceste forme de tratament reprezintă exagerări și caricaturizări ale principiului catharsisului emoțional, pe care Freud l-a postulat în primele sale studii asupra isteriei (Freud, 1895).

În acel timp Freud credea că «descărcarea emoției» reprimată poate avea un beneficiu terapeutic. Următoarele experiențe, cu ocazia tratării bolnavilor nevrotici, l-au convins că această metodă are anumite limite și este «ineficace» pe termen lung, deoarece nu acordă suficientă pondere nevoilor de autopedeapsă, cât și variatelor mecanisme de apărare pe care Ego-ul le folosește spre a se debarasa de anxietate.

În metodele expresive de tratament, experiența grupului joacă un rol uriaș în dimensiunea anxietății. Expresia în prezența altora, tocmai a acelor fenomene care în mod obișnuit nu se exprimă, poate ameliora substanțial sentimentul de vină, culpabilitate. «Povara vinovăției» este ușurată de aflarea faptului că «și alți membri ai grupului au sentimente și pulsuni identice sau asemănătoare». În concluzie, «vina tuturor este vina nimănu» (Sachs, 1942). Efectul unui astfel de tratament depinde totuși, într-o mare măsură, de continuitatea contactului cu grupul terapeutic. Există cazuri când tendința și oportunitatea de exprimare a manifestărilor pulsuniilor interzise sunt considerate atât de periculoase de către individ, încât el nu poate să le diferențieze, putând fi antrenat de un «sentiment necontrolabil de panică» care în multe cazuri produce «reacția psihotică».

Micșorarea rolului SuperEgo-ului în asigurarea echilibrului psihologic global pare să fie aspectul esențial al sistemului «rațional-emoțional», după teoria lui Albert Ellis (1970). Ellis încearcă să determine pacientul să-și schimbe sistemul său de valori, cu referire specială la sexualitate, ajutând la eliberarea acestuia de o vină irațională care inhibă eventual multe din aspectele vieții și comportamentului său. Când acest tratament este eficient, aceasta înseamnă că pacientul a realizat o identificare cu terapeutul său

(cu personalitatea și sistemul de valori al terapeutului). Terapeutul ar fi în acest caz un Superego auxiliar care poate, pentru un timp mai scurt sau mai lung, să înlocuiască sau să modifice sistemul de judecată, de autoevaluare și de aspirații ideale proprii pacientului. Acest fenomen este similar cu cel observat atunci când anumiți indivizi «se vindecă» de dificultățile lor prin «conversație religioasă» care rezultă adesea din atașamentul de o figură religioasă (adesea politică).

În cadrul ședinței psihanalitice analistul ascultă răbdător, cu înțelegere și simpatie, fără considerații critice, cu receptivitate, datele furnizate de pacient. În alte forme de terapie ascultarea binevoitoare poate fi combinată cu acordarea de sfaturi, respectiv cu încercarea de a ghida pacientul printre capcanele reale sau imaginarele vieții.

Otto Fenichel (1954) a studiat dinamica acestor forme de terapie. El a subliniat că exprimarea verbală a unei anxietăți vag resimțite poate să aducă o ușurare, deoarece bolnavul poate face față mai ușor unor idei concrete exprimate verbal decât unor senzații emoționale neclare. «Fenomenul de transfer» joacă de asemenea un anumit rol. Faptul că un doctor, asistent social sau alt terapeut cheltuiește timp, interes și simpatie cu pacientul, readuce în memoria sa situația când a mai fost ajutat de prieteni, rude. Pentru oamenii «singuratici», poate fi o evidentă ușurare faptul că are cu cine discuta și că nu sunt muștrați pentru dificultățile lor. Când pacientul poate vedea o legătură oarecare dintre «grijile reale» și «alte modele» de comportament, el resimte o stabilizare a comportamentului, el resimte o întărire a forțelor sale, în opoziție cu pulsunile mai profunde, inconștiente din intimitatea personalității sale.

Toate formele de psihoterapie menționate mai sus, inspirate de unul sau mai multe concepte fundamentale din psihanaliză, depind de situația în care pacientul își poate exprima gândurile și simțurile sale spontan și liber unui observator necritic și receptiv, de «realizarea introspecției» prin interpretare. În aceste reprezentări, probabil, cel mai bun model de înțelegere a semnificației și importanței îl reprezintă «relația de transfer».

Alte forme de psihoterapie, cum ar fi Gestalt terapia (Perls, 1951), «terapia realității» (Glasser, 1967) și «terapia comportamentală» (Wolpe, 1958) ilustrează principiile menționate anterior. Esențial este faptul că terapeutul acceptă (inconștient) rolul de modul sau de instrument al transferului într-un efort disperat, fie de a anihila, fie de a proiecta efectele conflictelor interne. Inconștient, terapeutul implică pacientul într-o situație care să permită epuizarea efectelor fantasmelor originare dincopilăria pacientului.

Prin urmare, astfel de forme de terapie favorizează «tendența pacientului de a încerca să transpună în realitate» expresia conflictului inconștient. Pentru acest motiv, ne putem aștepta ca astfel de forme de terapie să aibă doar o utilitate limitată și o eficacitate pe termen.



## ISTORICUL PSIHANALIZEI CA PSIHOTERAPIE

**Precursori.** Psihanaliza, așa cum a fost ea elaborată de S. Freud (1856 – 1939), a reprezentat o integrare amplă a mișcărilor intelectuale importante din Europa aceluși timp. Era o perioadă de nemaiintâlnit avânt a științelor fizice și biologice. Se extinde un nou umanism de factură liberală, un umanism bazat pe filozofia materialistă și pe exercitarea liberă a gândirii. Aceste progrese au oferit biologilor noi concepte înlăturând teoriile îndoielnice ale vitalismului. Problema principală la ordinea zilei era teoria evoluției a lui Darwin. Un grup de tineri biologi, profund influențați de ideile lui Hermann Helmholtz, au instituit principiul explicării fenomenelor biologice numai în termeni fizici, respectiv chimici. Unul din membrii acestui grup era Ernst Bruke, ulterior șeful laboratorului de cercetare biologică la Universitatea din Viena, unde Freud a mers să urmeze o carieră de biolog cercetător. Modelele provenite din fizică, chimie, teoria evoluționistă apar regulat în scrierile lui Freud, dar mai ales în lucrările sale psihologice de început.

Freud a ajuns la psihanaliză mânat de interesul său pentru neurologie. În timpul anilor săi de instruire, mari progrese se făceau în neurofiziologie și neuropatologie. Freud însuși a contribuit la avansul acestor științe. El a realizat lucrări originale referitoare la evoluția elementelor sistemului nervos central în afazie, paralizia cerebrală, la funcțiile fiziologice ale cocainei. De fapt, el era foarte aproape de formularea teoriei neuronale (Jones, 1953). În lucrarea «Interpretarea viselor» el a oferit un model al «minții omului» bazat pe fiziologia arcului reflex.

În acea perioadă psihologia se separa de filozofie și își dă statutul de știință independentă. Freud era interesat de ambele domenii. El cunoștea lucrările

școlii de psihologie asociaționistă și a fost impresionat de maniera în care Gustav Fechner aplica conceptele fizice în cercetarea psihologică. Ernest Jones (1953) a sugerat că ideea de a «folosi libera asociație ca tehnică terapeutică» și-ar avea sorgintea în influența lui Herbart.

La mijlocul secolului al XX-lea se manifesta un mare interes pentru stările de disociere, divizare a conștiinței (Zilboorg and Heury, 1941). Neuropsihiatrii francezi erau primii în studiul anumitor tulburări, cum ar fi somnambulismul, personalitatea multiplă, automatismul ambulator, isteria. Hipnoza era unul din mijloacele principale în studiul acestor stări.

**Geneza psihanalizei ca psihoterapie.** Referitor la istoria psihanalizei, Freud a scris două eseuri: «Istoria mișcării psihanalitice» (1914) și «Un studiu autobiografic». Ambele lucrări se referă, în primul rând, la modul cum au apărut teoriile freudiene. În cele ce urmează, este schițată această evoluție prin comentarea principalelor lucrări ale lui Freud. În acest proces se delimitează tematic șase puncte-cheie și titluri celebre (proces legat de psihanaliză): «Studii asupra isteriei» (1895); «Interpretarea viselor» (1900); «Despre narcisism» (1914 b); «Lucrări de metapsihologie» (1915 a, 1915 b); «Teoria instinctului dual» (1920); «Teoria structurală» (1923, 1926).

**Studii asupra isteriei.** Istoria psihanalizei începe propriu-zis când Jozef Breuer, un medic vienez cu preocupări de cercetător, i-a povestit lui Freud despre o experiență remarcabilă pe care o avusese cu o pacientă care părea că s-ar fi vindecat doar prin discuții. Breuer a observat că atunci când își «plasa pacienta în transă hipnotică» și o «determina să relateze despre ce îi apăsa mintea», ea începea să povestească despre evenimente sau fantezii cu mare încărcătură emoțională. Dacă povestirea acestor elemente se însoțea de o puternică descărcare emoțională, pacienta era eliberată de simptomele sale. Revenită la starea de veghe, pacienta nu-și mai amintea de «evenimentul traumatic» pe care îl relatase și nici nu era conștientă de legătura dintre aceasta și suferințele ei actuale.

Freud a încercat același procedeu pe alți pacienți și a confirmat observațiile lui Breuer. Ei au sintetizat datele obținute într-o lucrare intitulată «Studii asupra isteriei» (1895), în care deduc că simptomele de isterie sunt rezultatul unei acumulări de emoție manifestată în legătură cu amintiri negative, dureroase. Aceste amintiri au fost rupte din conexiunile lor cu celelalte structuri, dar ele continuă să existe și să exercite un efect dinamic, de penetrare, sub forma anumitor simptome. Scopul terapiei era, prin urmare, să readucă la iveală aceste evenimente uitate și concomitent să realizeze o observație (eliberare) de sub tensiunea emoțională acumulată. Lucrând în continuare singur, Freud a ajuns la concluzia că evenimentele traumatice implicate în geneza isteriei au avut loc în copilărie și acestea

erau întotdeauna de natură sexuală. Deoarece în acele vremuri se considera că copilul până la vârsta pubertății nu are pulsuni sexuale, Freud a concluzionat că pacienții observați de el au fost cu toții seduși în cadrul unei experiențe sexuale de către o persoană mai în vârstă. Investigațiile ulterioare au arătat că aceasta nu era întotdeauna adevărat. Astfel, fără să știe, Freud era în prezența datelor care urmau să-i servească la descoperirea sexualității infantile.

**Interpretarea viselor.** A doua fază a descoperirilor lui Freud a constat în găsirea unei soluții pentru enigmaticul fenomen al visului. Ideea că visele ar putea fi înțelese i-a apărut lui Freud când a observat cât de frecvent apar ele în asociațiile pacienților săi etichetați nevrotici.

Visurile și simptomele, a descoperit el, au o structură similară. Amândouă sunt rezultatul unui compromis dintre două grupe de forțe conflictuale ale minții; dintre dorințele sexuale inconștiente din copilărie, care-și caută împlinirea, pe de o parte și activitatea represivă a celorlalte structuri mintale, de cealaltă parte.

Pentru a realiza acest compromis, un cenzor interior a deghizat și a distorsionat reprezentarea dorințelor sexuale inconștiente din copilărie și într-o mare măsură tocmai acest proces face ca visurile și simptomele să fie inteligibile.

Natura dorințelor care au intrat în formarea visurilor este strâns legată de senzațiile plăcute, pe care copiii le obțin prin stimularea gurii, anusului, pielii și a organelor genitale și se aseamănă cu diferitele tipuri de activitate sexuală tipice pentru perversiuni.

«Interpretarea viselor» a fost în același timp o înregistrare parțială a propriei autoanalize, a lui Freud. În această lucrare Freud a descris pentru prima oară «complexul lui Oedip», poate cea mai percutantă dintre multele sale idei, care erau menite să tulbure somnul omenirii. În plus, în capitolul final al acestei opere Freud a încercat să elaboreze o teorie a psihicului uman care să includă visele, psihopatologia, funcțiile normale într-un tot unitar. Principiul fundamental, central al acestei teorii este că viața psihică reprezintă un conflict permanent și neslăbit dintre zona conștientă și inconștientă a minții. Zonele inconștiente ale psihicului conțin pornirile biologice, instinctul sexual care presează permanent spre a se descărca. Opuse acestora sunt acele forțe psihice care sunt conștiente sau aproape conștiente. Această parte a minții este la un nivel logic realist și adaptativ. Deoarece principiul fundamental al acestei teorii psihanalitice se referă la adâncimea, stadiul în care se află o idee, în raport cu conștiința, el a numit-o și «teorie topografică».

În cei aproape zece ani care au urmat publicării lucrării «Interpretarea viselor». Freud a utilizat următoarele concepte:

- conflicte inconștiente;
- sexualitate infantilă;
- complexul lui Oedip.

Spre a se realiza noi și profunde analize ale religiei, artei, edificării caracterelor, mitologie, literatură. Aceste idei au fost publicate sub forma unor lucrări importante: «Psihopatologia vieții cotidiene» (1901); «Glumele și legătura lor cu inconștientul» (1905); «Trei eseuri despre sexualitate» (1905 b); «Totem și tabu» (1913).

**Despre narcisism.** Următoarea fază în evoluția ideilor lui Freud a început când el a încercat să aplice metodele psihanalizei la explicarea conținutului psihozelor. Prin acest model Freud a văzut conflictul major din viața psihică ca o luptă dintre energia pulsionii sexuale, pe care el a denumit-o libido și care este îndreptată spre conservarea speciei și energiile Ego-ului, adică pulsionile de autoconservare. Această schemă nu pare să elucideze simptomele din psihoză. Aceste fenomene, a susținut Freud, ar putea fi înțelese mult mai bine în termenii unui conflict dintre energiile libidoului investite în sine și energiile libidoului investite în reprezentarea obiectelor lumii exterioare. Conceptul de narcisism s-a dovedit folositor însă și pentru explicarea unor fenomene, cum ar fi: îndrăgostirea, mândria față de propriii copii, formarea microgrupurilor (Freud, 1914 a, 1921).

**Lucrări de metapsihologie.** Din observațiile sale clinice Freud a putut să semnaleze anumite slăbiciuni ale «modului topografic» pe care-l formulase anterior. El a remarcat, de exemplu, că mult material mental inconștient era, de fapt, antiinstinctual și avea un rol de autopedeapsă; în mod cert, o diferențiere absolut calitativă a fenomenelor mintale după unicul criteriu al accesibilității în câmpul conștiinței nu mai era posibilă. În câteva lucrări, mai ales în «Depresia» (1915 a) și «Inconștientul» (1915 b), Freud a încercat să sintetizeze concepțiile sale psihologice sub denumirea de metapsihologie. Prin acest termen a înțeles descrierea unui proces mental în toate aspectele sale: dinamic (evolutiv), topografic, economic, adică descrierea interacțiunii forțelor implicate, împărțirea în zone a sistemului psihic, transformările cantităților de energie care au loc. Lucrările scrise în această perioadă reprezintă o fază de tranziție în gândirea lui Freud, înainte ca să facă o revizuire majoră a teoriei sale.

**Teoria instinctului dual.** O întreagă serie de fenomene clinice care priveau rolul agresiunii în viața psihică l-au convins pe Freud că trebuie să-și revadă teoria pulsionilor. El a observat cum agresiunea îndreptată către

propria persoană (autoagresivitatea) se reflectă în manifestări psihopatologice, cum ar fi: depresia, masochismul, în general în diferitele moduri în care oamenii se autopedesc. Indivizii care eşuează datorită succesului, persoanele care comit crime în afara sentimentului de vinovăție, cu speranța că vor fi pedepsite, pacienții care răspund negativ la introspecția pe care o realizează în timpul tratamentului, sunt exemple tipice pentru această categorie. În 1920, în esul său «Dincolo de principiul plăcerii», Freud a extins conceptul dual al pulsionilor, punând înainte de toate noțiunea de existență a 2 tipuri de instincte: libido și agresivitate, ambele derivate, la rândul lor, din principiile biologice mai cuprinzătoare, omniprezente: instinctul dragostei (eros) și un instinct către moarte și distrugere (thanatos).

**Teoria structurală.** Recunoscând că în cursul conflictului psihic conștiința poate lucra la un nivel atât conștient, cât și – sau inconștient și realizând că înseși metodele prin care «mintea se pretează la anxietate», pot fi inconștiente, Freud a reformulat teoria sa în termenii unei organizări structurale a minții. Funcțiile mentale au fost grupate după rolul jucat în conflict. Cele 3 mari subdiviziuni ale aparatului psihic el le-a denumit: EGO – ID – SUPEREGO.

EGO cuprinde un grup de funcțiuni care orientează individul către lumea externă și mediază între aceasta și lumea interioară; EGO acționează, de fapt, ca un executant al pulsionilor și corelează aceste cereri cu respectul datorat conștiinței și lumii reale.

ID reprezintă totalitatea presiunilor instinctuale asupra minții, mai ales cele sexuale și cele legate de agresivitate.

SUPEREGO este o porțiune detașată din EGO, un prezidium al istoriei timpurii a individului ce conține educația morală și un sentiment cu cele mai importante identificări și aspirații ideale din copilărie.

În circumstanțe obișnuite nu sunt granițe ferme între aceste 3 componente majore ale minții. Totuși, conflictul intrapsihic face diferențierile necesare, iar liniile de graniță apar foarte des.

Una din funcțiile majore ale EGO-ului este să protejeze mintea de pericole interne, adică impunerea în conștiință a unor impulsii generatoare de conflicte. Diferențierea între sănătatea mentală și boală depinde de cât de bine reușește EGO-ul să îndeplinească această funcție.

În monografia sa «Inhibiție, simptom și anxietate» (1928), Freud a detaliat desfășurarea acestor procese. Cheia problemei este apariția stării de afectivitate negativă, anxietate, care este poate cel mai comun simptom de nevroză. El a demonstrat că anxietatea servește ca semnal de alarmă pentru alertarea EGO-ului față de pericolul unei anxietăți copleșitoare sau panică care poate irumpe dacă o dorință refulată atinge nivelul de conștiință.



Odată alertat, EGO-ul poate utiliza una din multiplele forme de defensă spre a se proteja. Această nouă viziune a avut implicații largi, atât în teorie, cât și în practică.

**Starea actuală a psihanalizei ca metodă terapeutică.** După Freud, dezvoltările psihanalizei au fost multiple și variate. Sub conducerea lui Melanie Klein (1932) s-a detașat așa-numita școală engleză de psihanaliză. Această școală are influență și aderență mai ales în Europa și Africa de Sud, unde este acceptată.

Când persecuțiile naziste au silit mulți analiști europeni de frunte să imigreze în această țară, SUA a devenit cel mai puternic centru de psihanaliză din lume. Figurile remarcabile au fost: H. Hartmann, Ernest Kjis și Rudolf Loewenstein. Într-un număr de publicații (1945, 1946, 1949), acești trei colaboratori au încercat să situeze psihanaliza la baza unei psihologii generale. Ei au realizat aceasta prin extinderea conceptului lui Hartmann la funcția adaptivă a EGO-ului (Hartmann, 1939) și prin clarificarea unei ipoteze de lucru fundamentale referitoare la natura pulsioniilor(1) și la structura(2)și dezvoltarea sistemului psihic(3).

Teoriile au integrat și contribuții valoroase ale Annei Freud (1936, 1951), derivate din analiza copiilor și din studiile pe termen lung ale observației copilului. În cursul acestor investigații s-au pus câteva probleme referitoare la sensul sinelui. Când și cum se dezvoltă conștiința de sine și care sunt consecințele pentru individ, dacă acest proces eșuează? Edith Jacobson (1954), D. Winnicott (1953) și John Bowlby (1958) au fost printre cei care au clarificat problema. Toate aceste studii subliniază importanța atașamentului timpuriu de mamă și vicisitudinile procesului de reperare și individualizare.

Aceste evenimente timpurii par să joace un rol crucial în dezvoltarea stimei față de sine. Considerațiile asupra acestui concept (self esteem) sunt centrale în psihologia tulburărilor de personalitate de tip narcisist sau borderline. Revelații clinice și teoretice ale acestor stări se găsesc în scrierile lui Annie Reich (1973) și au fost extinse într-un mod original de Heinz Kohut (1971) și Otto Kernberg (1968).

Progresele în domeniu sunt prea numeroase, actualmente pentru a fi descrise detaliat. David Rapoport (1951) și câțiva dintre studenții săi au integrat teoriile psihanalitice cu principii și descoperiri psihologice mai largi. Jacob Arlow și Charles Brenner (1964) au încercat să sintetizeze descoperirile clinice mai noi într-o «teorie structurală», iar alții, criticând câteva din aserțiunile psihanalitice, încearcă să reformuleze teoria psihanalitică în termenii unei «teorii a comunicării» (Peterfreund, 1971; Schofer, 1976) și în viziune neurofiziologică (Rubinștein, 1976). Câțiva autori au subliniat importanța «relațiilor interpersonale» (Sullivan, 1953), rolul identificării și

al transformărilor personalității de-a lungul vieții (Erickson, 1968), rolul factorilor sociali, politici și culturali în dezvoltarea individului.

Asociația Americană de Psihanaliză (AAP) este cea mai mare și mai prestigioasă dintre societățile psihanalitice organizate în Statele Unite. Ea constă în aproape 2500 membri și afiliați. Este compusă din 33 de societăți filiale și conduce centre de pregătire profesională a psihanalizatorilor în 26 de institute pe întreg teritoriul țării. Cu excepția câtorva schimbări recente, admiterea pentru pregătire în institutele oficiale și înscrierea în Asociația Americană de Psihanaliză este permisă numai medicilor. Această condiție nu există la nivelul altor societăți afiliate la Asociația Psihanalitică Internațională.

Academia Americană de Psihanaliză este o organizație științifică care în trecut nu a inițiat și condus programe de pregătire și mulți dintre membrii săi aparțin AAP Există, de asemenea și câteva societăți compuse din medici, psihologi, asistenți sociali și alți profesioniști.

Ultimii ani au permis o adevărată erupție și explozie informațională a literaturii psihanalitice. Ediția, în 24 de volume, a operelor complete ale lui Freud este sursa fundamentală pentru teorie și instruire în psihanaliză.

Cea mai concisă, plină de acuratețe și ușor de citit, ca lucrare de teorie psihanalitică actuală, este cea a lui Charles Brenner, 1973 – «An Elementary Textbook of Psychoanalysis». Alexander Griestein a publicat în 1971 «Indexul scrierilor psihanalitice», alcătuit din 14 volume; incluzând toate lucrările de psihanaliză publicate până în anul 1969 inclusiv. Actualmente, sub egida AAP, se pregătește un index cumulativ al tuturor lucrărilor de psihanaliză, de pe toate continentele.



## PERSONALITATEA ÎN VIZIUNEA ȘI PERSPECTIVA PSIHANALIZEI

**T**eoria personalității. Teoria psihanalitică a personalității se bazează pe anumite principii. Primul, cel mai important, este principiul determinismului. Teoria psihanalitică consideră că evenimentele mentale nu sunt întâmplătoare, la îndemâna hazardului, accidentale sau lipsite de corelații. Gândurile, trăirile, impulsurile care vin în conștiință sunt evenimente dintr-un lanț de fenomene aflate în legătură cauzală. Ele rezultă din experiențele precedente din viața individului. Prin metode adecvate de investigație, legătura dintre experiențele mentale actuale și evenimentele din trecut poate fi aflată. Multe dintre aceste relații cauzale sunt inconștiente.

Al doilea principiu al personalității din psihanaliză este cel referitor la topografie. Fiecare eveniment psihic este judecat în raport de accesibilitatea sa în sfera conștiinței (în câmpul conștiinței). Procesul prin care anumite elemente de conținut psihic sunt înlăturate din câmpul conștiinței se numește «represie». Acesta este un proces activ, care necesită un efort persistent, repetat, din partea unei anumite zone psihice, spre a menține anumite gânduri în afara câmpului conștiinței. În conformitate cu principiul plăcerii, motivul represiei este evitarea durerii sau neplăcerii. Investigația psihanalitică a fenomenelor normale sau patologice a demonstrat rolul important pe care forțele inconștientului îl joacă în comportamentul individului. Câteva din cele mai importante decizii din viața cuiva pot fi determinate într-un mod decisiv de motivații inconștiente.

Al treilea principiu de bază în teoria personalității este cel dinamic. Aceasta se referă la interacțiunea forțelor care determină psihicul să lucreze, să acționeze, să se schimbe, adică, se face apel la impulsurile libidinale și agresive, care sunt considerate ca parte din zestrea biologică a omului. Din

cauza rădăcinii lor de natură biologică acută, impulsurile au fost denumite, cam nefericit și neriguros, drept instincte. Termenul corect, în teoria psihanalitică, adus din germanul «erieb», este «drive» (pulsione, îndemn interior de a atinge un scop, de a participa, de a satisface o nevoie). Deoarece acesta a intrat în uzul curent, termenii de instinct și pulsione sunt utilizați ca având același sens în continuare (în contextul psihanalizei).

Este important de a face distincție între pulsionile umane și comportamentele instinctuale la animale. Instinctul la animale este un răspuns stereotip, de obicei cu clară valoare de supraviețuire și care apare ca urmare a unor stimuli specifici în situații particulare. În viziunea psihanalitică, pulsionea este o stare de excitație centrală ca răspuns la stimuli. Acest sens de «excitație centrală» este descris uneori ca nevoie sau stare de tensiune și împinge psihicul la acțiune cu scopul de a procura detensionarea, o «anumită răsplată» care este trăită ca un sentiment plăcut. Totuși, pulsionile la oameni sunt capabile de o mare varietate de transformări, sunt mai complicate. Teoria pulsionilor în psihanaliză este menită să servească drept explicație pentru fapte psihologice observate în instituții clinice. Biologia suportă multe din aserțiunile referitoare la pulsionile libidinale. Acest fapt nu se mai întâmplă însă în cazul pulsionii agresivității (agresiv, ostil, distructiv), un concept fundamental aproape exclusiv pe date psihologice (Brenner, 1971).

Al patrulea principiu din tehnica personalității a fost denumit «genetic» și se referă la posibilitatea de a găsi «originea» conflictelor adultului, a trăsăturilor de caracter, a simptomelor nevrotice, a structurii psihologice în evenimentele cruciale și dorințele copilăriei, precum și în fantezmele generate de acestea. În contrast cu conceptele precedente ale determinismului, respectiv dinamic și topografic, cel genetic nu este teoretic; el este un concept empiric, confirmat în fiecare teorie de psihanaliză. De fapt, el statuează că noi nu ieșim niciodată din copilărie. Noi nu avem încă un răspuns complet la întrebarea «de ce nu reușim să depășim acest stadiu». Unul din elementele răspunsului constă, fără îndoială, în lunga perioadă de dependență biologică caracteristică «puiului de om». De asemenea, se pare că, la formele evoluuate de viață, există tendința accentuată ca evenimentele timpurii să aibă un efect hotărâtor și durabil pentru dezvoltarea ulterioară. Observațiile lui Freud referitoare la rolul fundamental al evenimentelor din copilăria timpurie, în formarea comportamentului ulterior au fost pregnant confirmate de studiile etiologice (Lorenz, 1962; Tinbergen, 1951).

Personalitatea se restructurează din interacțiunea între factorii biologici inerenti și vicisitudinile vieții. Pentru fiecare individ, considerat într-un

mediu înconjurător teoretic, se poate prevedea o secvență, mai mult sau mai puțin probabilă (adevărată), de evenimente care constituie trepte în maturarea pulsioniilor și a altor componente ale psihicului. Orice se întâmplă individului, boală, accidente, lipsuri, privațiuni, gratificații excesive, abuzuri, abandon, într-un anume fel, pot altera sau transforma zestrea naturală și va contribui la configurarea structurii finale a personalității.

Terminologia utilizată pentru descrierea pulsioniilor, inițial a fost aplicată numai pulsioniilor libidinale. Explicația o găsim, deoarece Freud le-a gândit și elaborat mai întâi pe acestea și nu a sesizat existența unei pulsioni agresive independente, decât mai târziu. Mai mult, fazele timpurii ale pulsioniilor libidinale sunt distincte și au un corespondent bine precizat în anumite zone ale corpului. Substratul somatic al agresivității încă nu este bine definit. Psihanaliza acceptă că, atunci când este implicată o pulsione, are loc o fuziune (un amestec) a energiilor pulsioniilor sexuale și ale agresivității. Obșnuit, unul din aceste elemente are un rol dominant în raport cu celălalt.

**Conceptele de bază utilizate în psihanaliză.** *Faza orală.* Cea mai timpurie fază a vieții instinctuale este faza orală. Ea se extinde de la naștere până la aproximativ 18 luni. Este numită așa, deoarece sursa principală a recompensei libidinale este centrată pe nutriție (alimentație) și pe organele legate de această funcție: gura – buzele – limba. Satisfacerea nevoilor orale, sub forma sațietății, aduce după sine o stare de eliberare de sub tensiune și. induce somnul. Multe tulburări ale somnului par să fie legate de fantasme inconștiente de natură libidinală orală (Lewin, 1946, 1949). Mușcatul și suptul sunt activități care au rol atât în satisfacerea pulsioniilor orale, cât și în «explorarea» lumii înconjurătoare. În timpul fazei orale, orientarea principală a psihicului este «să capteze» ceea ce este plăcut și de aceea «bun» și să respingă ceea ce este neplăcut și prin urmare, «rău». După Karl Abraham (1924), oamenii ale căror nevoi orale au fost excesiv neîndeplinite, tind în mod constant să «anticipeze un sentiment de dezamăgire, devenind astfel pesimiști. Pe de altă parte, indivizii, ale căror nevoi au fost satisfăcute, tind să aibă o viziune mai optimistă asupra vieții.

**Faza anală.** Între vârste de 18 luni și 3 ani, sursa principală își are originea în activitățile legate de reținerea și eliberarea materiilor fecale. Orientarea instinctuală fundamentală se referă la discernerea a ceea ce trebuie «reținut» și prin urmare, este valoros și ceea ce trebuie «expulzat» și prin urmare este lipsit de valoare. În timpul fazei anale interesele pentru procesele ce au loc în corp, mirosirea, atingerea și jocul cu fecalele este precumpănitor. Privite un timp ca o parte detașată a propriei entități, fecalele sunt considerate ca o posesiune, cu totul valoroasă, pe care se pune mare preț. Dezgustul pe care cei care îl educă pe copil îl manifestă și rușinea pe care copilul este

determinat să o resimtă, poate contribui la configurarea ulterioară a unui scăzut sentiment de «stimă față de sine». Reacțional, copilul poate răspunde printr-o încăpățânată atitudine de afirmare a propriilor doleanțe, prin «rebeliune» și prin hotărârea de a controla tot ceea ce se întâmplă cu el. Ulterior, aceasta poate îmbrăca forma unei amănări răutăcioase. Printr-un proces numit «formare» («structurare») reactivă, copilul poate să-și învingă impulsul de a murdări, devenind de o curățenie meticuloasă, excesiv de punctual și chiar parcimonios în mânuirea bunurilor sale (Freud, 1917).

**Faza falică.** După cel de-al treilea an de viață, aria principală a satisfacerii libidinale se mută către organele genitale. Atât pentru băieți, cât și pentru fete, penisul devine principalul organ de interes în cursul fazei falice. Aceasta este faza în care clitorisul, care din punct de vedere embriologic este analog penisului, începe să fie apreciat pentru noutatea senzațiilor plăcute pe care le oferă prin simpla atingere și stimulare. Investigațiile recente indică, că o oarecare conștientizare a potențialului generator de plăcere al vaginului este prezentă în această fază la multe fetițe (Greenacre, 1967). De asemenea, în această fază sunt foarte evidente dorințele «exhibiționiste» și «voaieriste». Primele dorințe sunt legate cu «sentimentul de mândrie și plăcere în arătarea corpului» și de a fi admirat. Celelalte comportamente constau în plăcerea care apare prin privirea corpului altor oameni.

În momentul când copilul a atins faza falică, el a făcut progrese notabile în complexitatea structurii sale psihice. Orientarea de bază în această fază este, prin urmare, mult mai complicată și subtilă. Deși copilul rămâne în cea mai mare parte centrat pe propria persoană, relațiile sale cu ceilalți din mediul înconjurător devin mai bogate, mai ample. El iubește și dorește să aibă pe cei care-i oferă plăcerea; urăște și dorește să anihileze pe cel care stau în calea dorințelor sale și îl frustrează; devine interesat de diferențierile sexuale și de originea vieții și într-un mod copilăresc, primitiv, își elaborează propriile răspunsuri la aceste întrebări; dorește să iubească și să fie iubit; dorește să fie admirat și să fie ca cei pe care-i admiră; se poate supraidealiza sau să resimtă sentimentul puterii prin identificarea cu unul din idealurile sale. În acest timp, copilul poate avea un sentiment puternic de ostilitate față de «penisul care servește drept instrument al agresivității». Acesta dă naștere unei puternice frici de răzbuire, în general îndreptată împotriva penisului.

Sunt trei aspecte izbitoare în evoluția pulsioniilor, care trebuie menționate aici:

- a. Primul este conceptul de «autoerotism», când satisfacerea unei nevoi instinctuale particulare nu este dintr-o sursă obișnuită (mamă, tată sau altă persoană care îngrijește copilul), este posibil ca copilul să se «autosatisfacă»

prin stimularea zonelor adecvate ale corpului, combinând pe plan imaginativ, aceste activități cu fantasme adecvate (astfel, apar cele mai comune forme de masturbare infantilă);

- b. Un al doilea aspect care trebuie remarcat este faptul că în timpce individul trece dintr-o fază libidinală în alta, interesul pentru satisfacerea pulsioniilor fazei precedente nu este în întregime dispărut. El este doar parțial înlocuit de satisfacerea libidinală consecutivă următoare. Când există o adeziune deosebit de puternică și persistentă a satisfacerii libidoului, de un obiect anume al copilăriei, vorbim despre fixație. Fixațiile sunt de obicei inconștiente și adesea servesc, așa cum vom vedea, ca un centru de formare și declanșare a unor simptome, mai târziu de-a lungul vieții;
- c. Al treilea aspect al evoluției libidinale este posibilitatea «declanșării represiei», adică reactivarea sau întoarcerea la un mod de satisfacere libidinală anterior. Reactivarea agresivă a unor moduri timpurii de funcționare a psihicului sunt obișnuite și nu sunt neapărat patologice (în anumite circumstanțe regresia dorințelor libidinale timpurii poate apare evident, de obicei regresia reactivează unele pulsioni libidinale care au fost implicate într-un proces de fixație).

Pentru fiecare din fazele (stadiile) libidinale descrise, există «o situație periculoasă» caracteristică, adică o situație care suscită un intens sentiment de neplăcere. În timpul fazei orale cel mai mare pericol este «lipsa mamei». Această situație este de obicei denumită ca «pierderea obiectului» (care satisface pulsinea). În timpul fazei anale, după ce noțiunea de mamă, ca entitate independentă, s-a cristalizat, pericolul este constituit de «pierderea dragostei», a celei materne. Tipic pentru faza falică este «sentimentul de frică în fața răzbunării» sau pedeșirii pentru dorințe sexuale sau de agresivitate interzise.

Tipul de pedeapsă imaginat, de obicei, atât de băieți, cât și de fete ia forma «rănirii corpului», mai ales a organelor genitale. Din acest motiv, pericolul caracteristic fazei falice este denumit «teama de castrare». Mai târziu, după prohibițiile exterioare și amenințările punitive, care au fost interiorizate în personalitate sub forma SUPEREGO-ului, «frica de propria conștiință», se manifestă în situațiile de pericol. Fiecare din aceste situații stârnesc anxietate, ca un semnal pentru ca EGO-ul să pună în mișcare variate mecanisme mintale cu scopul de a micșora sau înlătura pericolul. Aceste mecanisme, Anna Freud (1936), le-a denumit «mecanisme de apărare», deoarece ele protejează restul personalității de efectul neplăcut al anxietății.

Influența combinată asupra psihicului a dorințelor libidinale și agresive constituite ceea ce se numește în teoria psihanalitică ID (SINE). Celelalte componente ale psihicului sunt EGO și SUPEREGO. Vom încerca

săprezentăm doar câteva observații asupra evoluției acestor structuri psihologice. Cea mai timpurie experiență psihologică a copilului este foarte asemănătoare cu o stimulare senzorială globală (Spitz, 1955). Nu există nici o diferențiere dintre propriapersonă și restul lumii, dintre ceea ce se află în corpul său și ceea ce se află în afară. Capacitățile inerente ale omului, de a percepe, de a mișca, de a se mișca, mai târziu de a vorbi se dezvoltă treptat. Conceptul despre sine ca o entitate independentă se dezvoltă într-o perioadă de la 2 până la 3 ani (Jacobson, 1954; Olahler, 1975). Există multe dovezi care sugerează că pentru o anumită perioadă din primul an de viață, copilul este incapabil să distingă între propria persoană și persoana care-l îngrijește. Anumite obiecte din lumea exterioară, cum ar fi o păpușă sau o jucărie sub forma unui animal, pot fi considerate uneori ca făcând parte din sine, iar alteori ca parte a lumii exterioare (Winnicott, 1953).

La început pulsunile instinctuale sunt centrate asupra self-ului, o stare denumită «narcisism». Pe măsură ce alte persoane sunt apreciate ca sursă de susținere, protecție și grafație, o parte din energia libidinală este destinată reprezentărilor mentale ale altor persoane. Tehnic vorbind, aceste alte persoane sunt denumite «obiecte ale iubirii» sau simplu «obiecte». În nucleul său personalitatea umană păstrează, spre a se completa, o considerabilă parte din narcisismul (interesul pentru sine) infantil. Capacitatea de a avea nevoie de alții, de a iubi, de a dori să mulțumești pe alții, de a dori să devii alții, este unul din indicatorii cei mai semnificativi ai maturității psihologice. Alături de factorii constituționali, calitatea contactului cu obiectele în timpul primilor ani este decisivă în formarea capacității de a iubi și de a se identifica cu alții. Perturbarea acestui proces, din cauza unor experiențe traumatice sau a sărăciei relațiilor cu obiectele, contribuie la apariția unor forme severe ale psihopatologiei, cunoscute sub numele de tulburări de personalitate de tip narcisic, stări borderline sau psihoze.

Nevoia de dorințe, identificarea cu persoanele apreciate, este mereu amenințată de pericolele frustrării, dezamăgirii și inevitabil, de apariția conflictului. Dorințele imperioase ale copilăriei nu pot fi niciodată satisfăcute pe deplin. Inexorabil, relațiile cu obiectele importante devin o mixtură de dragoste și ură. Ele devin astfel ambivalente. Astfel de sentimente ating un punct culminant sub forma dorinței oedipiene din faza falică. Ca o regulă a etapei dintre 3 și 6 ani, copilul dezvoltă intense dorințe erotice față de părintele de sex opus și un sentiment de competitivitate ostilă față de părintele de același sex. Diferite circumstanțe pot induce enorme variații ale acestui model de bază al evoluției, inclusiv chiar o inversiune totală a alegerii obiectului sexual. Este responsabilitatea EGO-ului, ca agent executor al personalității, să negocieze conflictul complexului Oedip. În circumstanțe



favorabile dorințele oedipiene sunt îndepărtate, adică, sunt represate. Ca și celelalte elemente ale sexualității infantile, ele devin inconștiente și nu sunt totuși obliterate total, dar continuă să existe sub forma unor fantasme inconștiente care constituie o potențială sursă de regresivitate (potențială). Forme deghizate ale acestor fantasme mai pot persista în conștiință, atât de cunoscutele reverii («visări în stare de veghe»), specifice copilăriei, care continuă să exercite o influență importantă asupra fiecărui aspect al vieții psihice:

- asupra formelor și obiectelor sexualității adulte;
- asupra activităților creatoare, artistice, vocaționale sau a altor activități sublimite;
- asupra formării caracterului;
- asupra oricăror simptome nevrotice pe care individul le dezvoltă mai târziu (Brenner, 1973).

În circumstanțe favorabile, copilul părăsește cele mai multe dintre dorințele ostile și nevrotice ale complexului Oedip și efectuează o identificare cu părintele de același sex, în special cu normele sale morale, cu interdicțiile sale. Aceasta este matricea zonei morale a personalității denumită SUPEREGO. Această instanță analizează și îi judecă gândurile și acțiunile în termenii de «bine» și «rău». Ea poate pedepsi, repara sau regreta acțiunile rele sau dimpotrivă, poate recompensa cu creșterea stimei față de propria persoană și acțiune în cazul gândurilor și actelor morale. SUPEREGO-ul – sămânța conștiinței și sursa sentimentului de vinovăție, în anumite condiții SUPEREGO-ul poate fi la fel de impulsiv și vehement ca și orice alt instinct primitiv din ID (SINE). Acest lucru este deosebit de evident în stările depresive.

**Perioada de latență.** O dată cu trecerea complexului Oedip și paralel cu consolidarea SUPEREGO-ului, începe o perioadă relativ liniștită și anume o perioadă de latență. Acum copilul poate fi socializat, își poate orienta sfera de interese către o lume mai largă, în care procesul de educare devine o experiență de viață formală cu reguli mai stricte. Această stare durează până la pubertate și adolescență. Transformările care au loc în această perioadă sunt cruciale pentru stabilirea identității adultului. Ca rezultat al transformărilor fiziologice și psihologice implicate în asumarea rolului de adult, conflictele copilăriei sunt din nou evocate. Numeroasele fantasme, care inițial au servit ca vehicule ale pulsionilor în copilărie, devin acum fenomene conștiente care acompaniază actul masturbator al adolescentului. Sentimentul de vinovăție indus de masturbare derivă, în primul rând, din dorințele inconștiente care-și găsesc expresia în fantasma masturbării.

În timpul adolescenței se face o a doua încercare de a rezolva conflictele iscate de dorințele copilului (prin rezolvarea cu succes a acestora, individul își consolidează ca adult propria identitate sexuală, rolul său sexual și responsabilitățile sale morale, alegerea unei ocupații sau profesii).

Conflictele care-și au originea într-una din fazele vieții sunt parte din dezvoltarea umană normală. Expresia necontrolată a anumitor impulsuri instinctuale poate avea consecințe dezastruoase pentru individ. Libera exprimare a pulsionilor reprezintă o confruntare majoră în moralitatea individului și ar putea, în anumite împrejurări, să provoace un răspuns sever din partea SUPEREGO-ului sub forma vinovăției și autopedeșirii. Îi revine EGO-ului să medieze cerințele și nevoile vieții reale. Întreaga viață psihică reprezintă o balanță în permanentă mișcare, oscilație, un echilibru subtil, fragil între presiunea ID-ului, a SUPRAEGO-ului și realitate. Se pare că cel mai eficace mod de a aborda un conflict este să îndepărtezi mereu din conștiință pulsionile. Când se reușește acest lucru, putem vorbi de o represie reușită. Dar în cele mai multe cazuri victoria nu este în mod absolut a unuia dintre combatanți. Prin însăși natura lor, dorințele inconștiente rămân în mișcare și din timp amenință să învingă mecanismele de reprimare instituite să le restrângă. Astfel de intruziuni pot precipita atacul de panică sau într-o formă mai ușoară anxietatea. În anumite circumstanțe, EGO-ul întreprinde noi măsuri spre a se debarasa de neplăcutul sentiment de anxietate. Dacă nu poate fi menținută o represie eficace, numeroase compromisuri trebuie să fie efectuate prin punerea în acțiune a mecanismelor de apărare. Anumite compromisuri realizate prin mijlocirea mecanismelor de apărare pot deveni aspecte permanente ale caracterului unui individ.

Rezolvarea nereușită a conflictelor intrapsihice își găsește expresia în nevroză, în trăirile și trăsăturile nevrotice de caracter, inhibiții, perversiuni sexuale și modele de comportament de natură nevrotică sau de autoapărare. În toate aceste cazuri creșterea și dezvoltarea personalității au fost interferate și s-a soldat cu suferințe, restrângeri a capacității și libertății individului.



## PSIHOTERAPIA ÎN CONCEPȚIA PSIHANALIZEI

**Suportul teoretic al psihoterapie.** Principiile și tehnicile psihoterapiei psihanalitice se bazează pe teoria psihanalitică a nevrozei. Prin urmare, modificările acestei teorii au fost inițiate și însoțite de schimbările de tehnică. Inițial, Freud a intuit că simptomele nevrotice erau rezultatul tensiunii emoționale închise, blocate, nedescărcate, generată prin represiile amintirii unei psihotraume sexuale în copilărie. La început el a utilizat hipnoza pentru a obține catharsisul emoțional și abreacția traumei. Deoarece mulți dintre pacienții săi nu puteau fi hipnotizați, el a părăsit hipnoza în favoarea sugestiei puternice, o tehnică de evocare obținută prin cereri insistente, presante ale terapeutului. Printre altele, această tehnică a produs «artefact» sub forma unor fantezii sexuale despre copilărie, pe care pacientul le oferă terapeutului drept evocări ale unor evenimente reale. Valorii când avantajul noilor sale concepte operaționale (dinamica inconștientului, principiul determinismului psihic absolut), Freud a redus elementul sugestiei la minim printr-un nou procedeu tehnic în care a cerut pacientului să expună liber și fără cenzură critică orice îi trece prin minte. Astfel a apărut tehnica «asociației libere».

În perioade în care modelul topografic al psihicului era predominant în gândirea lui Freud, obiectivul tehnic principal era să aducă în câmpul conștiinței conținutul inconștientului. Spusele pacientului erau interpretate conform principiilor foarte asemănătoare cu cele expuse în «Interpretarea viselor». Cea mai izbitoare descoperire pe care a făcut-o Freud în această perioadă a fost «fenomenul de transfer» (o atitudine absolut unică, cu mare încărcătură emoțională, pe care pacientul adoptă față de analist și care reprezintă o repetare a dorințelor fantasmatiche ale individului referitoare

la obiectele din trecut, dar care astăzi sunt proiectate asupra analistului). Descoperirea faptului că forțele antiinstinctuale ale minții, de exemplu mecanismele de apărare, vinovăția și autopedepsirea, ar putea să acționeze și la nivel inconștient, a contribuit la elaborarea teoriei structurale. Aplicată la tehnica psihoterapiei, teoria structurală a subliniat necesitatea de a analiza funcționarea mecanismelor de apărare și a tendințelor de autopedepsire. Elucidarea naturii pericolului inconștient și a calității anxietății însoțitoare asupra apariției sale au devenit din acest moment punctele principale ale tehnicii analitice.

În ultimii ani, încercarea de a aplica terapia psihanalitică la cazuri, înainte refractare la această tehnică, a necesitat colaborarea unor noi metode tehnice. Franz Alexander (1932), a intuit că, deoarece cei mai mulți dintre pacienți au fost traumatizați datorită unor greșeli de educație a părinților, este necesar ca terapeutul să producă «o experiență emoțională corectivă», care să contracareze efectele traumei inițiale. Perfecționări mai recente ale acestor idei au fost propuse de E.R. Zetzel (1970) și Ralph Greensan (1967) care au subliniat măsurile speciale centrale spre a câștiga încrederea pentru a institui cooperare potrivită între terapeut și pacient. Greensan, mai ales, a subliniat importanța personalității reale a analistului. Câțiva analiști, influențați de ideile lui Melanie Klein, în reacția emoțională a terapeutului văd o oglindă a ceea ce pacientul trăiește conștient/inconștient (Weigert, 1970; Rocker, 1953). Heinz Kohut (1971) a sugerat câteva inovații tehnice destinate să crească stima față de sine a pacienților cu tulburări de personalitate de tip narcisic. Mai mult, combinarea psihanalizei cu alte modalități de tratament, cum ar fi farmacoterapia, terapia de grup, interacțiunea cu familia, a fost propusă ca metodă de lucru.

**Debutul nevrozei.** În apariția tulburărilor nevrotice, conflictele copilăriei sunt de importanță capitală. Ulterior, cele mai obișnuite și cele mai semnificative conflicte sunt acelea determinate de dorințele fazei oedipiene. Toți copiii au conflicte și cei mai mulți dintre ei au, într-o anumită formă, o nevroză infantilă. În general, nevroza infantilă îmbracă formele: unei neliniști generalizate; coșmaruri; fobii, ticuri, manierisme; practici rituale. Cele mai multe dintre tulburările de comportament primare ale copilăriei reprezintă forme deghizate de nevroză, din care elementele de frică manifestă au dispărut. Fobia este probabil cel mai frecvent simptom al nevrozei infantile. În cele mai multe cazuri, o dată cu trecerea fazei oedipiene, tulburările provocate de conflictele instinctuale sunt suficient ameliorate spre a permite o evoluție normală a copilului. În unele cazuri, nevroza infantilă continuă cu mici schimbări în viața adultă.

Nevroza la adult poate reapare când balanța dintre presiunile pulsionale și mecanismele de apărare ale EGO-ului este dezechilibrată. Există 3 situații tipice când apare acest fenomen:

Un individ poate fi incapabil să tolereze încărcătura psihologică suplimentară pe care dezvoltarea normală o plasează pe el;

- semnificația inconștientă a devenirii ca adult;
- asumarea responsabilităților căsătoriei, precum și înfruntarea provocărilor agresive;
- competiția din viața adultă se poate dovedi a fi prea împovărătoare pentru EGO.

Dezamăgirea, înfrângerea, pierderea dragostei, boala nevrotică sau alte secvențe inevitabile ale condiției umane pot determina individul să devieze din realitatea înconjurătoare și inconștient să caute mulțumirea în lumea fantasmelor. Aceasta, de obicei, implică și o reactivare (represie) a dorințelor fantasmatică din sfera oedipiană. Pe măsură ce aceste dorințe, sunt active regresiv, conflictele și temerile copilăriei sunt readuse la viață și închepe procesul de continuare a simptomelor. Dorințele fantastice care sunt reactivate regresiv sunt cele care anterior au fostobiectul fixației.

Printr-o combinație de împrejurări se poate trezi în viața adultă într-o situație care corespunde, în aspectele ei esențiale, unei traume din copilărie sau unei fantasme conflictuale. Realitatea actuală este atunci percepută deformat prin prisma conflictului infantil și individul răspunde așa cum a făcut-o în copilărie, astfel, apărând simptomele specifice.

**Procesul psihoterapeutic.** Procedeu tehnic standard al psihanalizei utilizat pentru studierea funcționării psihicului este cunoscut sub numele de situație psihanalitică (psyhanalytic situation). Se cere pacientului să se așeze în decubit pe o canapea, fără a privi spre terapeut. Atât cât este posibil s-o facă, se cere pacientului să exprime în cuvinte orice gânduri, imagini, sentimente, cu alte cuvinte, ce îi vine în minte. Se cere să-și exprime aceste gânduri cât se poate de sincer, fără distorsiuni, cenzuri, inhibiții sau prejudecăți referitoare la semnificația sau lipsa semnificației a oricărui element.

Așezat în spatele canapelei, terapeutul ascultă într-o atitudine necritică, într-o atitudine de curiozitate benignă. În termenii unui strict determinism psihic orice element al gândirii sau comportamentului este observat și evaluat în contextul celorlalte producții ale pacientului. Persoana analistului, valorile personale, judecățile sale sunt strict excluse din relaționarea terapeutică.

Din timp în timp analistul întrerupe curgerea liberă a asociațiilor pacientului pentru a face conexiuni între variatele elemente ale gândirii

pacientului. Prin acestea el interfera, pe moment, cu rolul pacientului de povestitor pasiv și îl determină pe acesta să facă posibile conexiuni și să reflecteze la semnificația asociațiilor sale. Intervențiile analistului pe moment schimbă rolul pacientului care din povestitor pasiv devine uneori interpret. Principiul liberei asociații se modifică întrucâtva în domeniul interpretării visurilor, în acest caz analistul poate cere pacientului să-i relateze ce-i vine în minte legat de anumite imagini de vis.

Condițiile practice de desfășurare a tratamentului sunt, de asemenea strict definite. De la început se stabilește o schemă fixă a întâlnirilor și a remunerării ședințelor, care va fi respectată pe durata tratamentului. Orice încercare a pacientului de a se abate de la condițiile tehnice, ale situației psihanalitice, va fi investigată și analizată. Schimbarea condițiilor fundamentale de desfășurare a tratamentului nu este recomandabilă și atunci când este necesară, este efectuată prin consimțământ mutual între analist și pacient și după ce problema a fost analizată.

Principiul tehnic care stă la baza organizării situației psihanalitice urmărește să creeze un set de condiții în care funcționarea minții pacientului, precum și gândurile și imaginile care vin în conștiința pacientului, să fie cât mai mult posibil de origine strict internă (endogenă). Gândurile și asocierile pacientului vor apare astfel, în primul rând, din sursa generată de presiunea internă, permanentă, dinamică a pulsionilor, așa cum sunt ele structurate în fantasmelinconștiente.

Gândurile și asociațiile sale nu vor reprezenta răspunsuri la manipulări externe, la rugăminți, stimulări sau la acțiunea factorilor educaționali. Aceasta reprezintă un fapt unic psihanalitic în relația terapeutică. În condițiile situației analitice influența forțelor psihice cele mai intime poate fi mai ușor și mai clar observată decât în alte situații obișnuite. Este posibil ca materialul până acum înăbușit, reprimat, să fie verbalizat și analizat. Aceasta presupune cea mai riguroasă respectare a principiilor profesionale din partea analistului. Tot ceea ce face el trebuie să fie în scopul avansării pacientului în procesul de introspecție prin intermediul psihanalizei. Prin urmare, nu există datorie mai mare decât aceea de a păstra stricta confidențialitate a pacientului. Comunicarea oricărui material obținut prin psihanaliză către oricine este contrară spiritului psihanalizei, chiar dacă pacientul crede că o încălcare a confidențialității este în folosul său. Psihanaliza implică angajamentul de schimbare prin procesul de autoexaminare critică. Pentru a menține continuitatea procesului analitic sunt necesare cel puțin 4 ședințe pe săptămână; fiecare ședință durează cel puțin 45 min.; întregul tratament durează câțiva ani. Este clar că începerea unui tratament psihanalitic implică o mare responsabilitate, deoarece angajează un considerabil

sacrificiu de timp, efort și bani. Acestea nu sunt condiții la care cineva aderă cu ușurință.

Situația psihanalitică a fost structurată în această manieră pentru a face posibilă atingerea scopului terapiei psihanalitice, altfel spus, să ajute pacientului să obțină rezolvarea conflictelor intrapsihice prin înțelegerea acestor conflicte și prin tratarea lor într-o manieră mai matură, înțeleaptă. Deoarece situația analitică este relativ ferită de influența relațiilor interpersonale, interacțiunea celor 3 componente psihice: EGO, ID, SUPEREGO, poate fi studiată într-un mod mai obiectiv, făcând posibil să se demonstreze pacientului care parte din psihicul său, din comportamentul său este determinată de dorințe, conflicte și fantasme intime și care parte reprezintă un răspuns matur la lumeaobiectivă.

**Mecanismele psihoterapiei în viziunea psihanalitică.** Procesul psihoterapeutic poate fi divizat în 4 faze:

- Faza de deschidere (introdactivă);
- Dezvoltarea transferului;
- Lucrul ca atare (fazele de lucru ca atare);
- Rezoluția (rezolvarea) transferului.

*Faza de deschidere* (introdactivă, de început). Observația psihanalitică începe încă din primul moment al contactului între medic și pacient. Tot ceea ce pacientul spune și face este notat pentru o posibilă semnificație și folosință ulterioară în tratament. Setul inițial de interviuri reprezintă o porțiune din faza de deschidere. În timpul acestor interviuri natura dificultăților pacientului este stabilită cu certitudine și se decide dacă analiza este indicată. Pentru a determina acest lucru, este necesar ca analistul să aflu cât mai mult posibil despre pacient, de exemplu: situația sa existentă actuală, greutățile reale, ce a reușit să realizeze, relațiile cu ceilalți, istoricul familiei sale, dezvoltarea, copilăria. Nu trebuie încurajată expunerea istorică formală, după o schemă prestabilită. Prioritatea asupra subiectelor discutate va fi lăsată la latitudinea și intuiția pacientului. Se pot afla multe din modul cum pacientul își expune practic problemele realeanalistului, după cum răspunde la rigorile contractului analitic. Înțelegerea situației analitice trebuie foarte clar realizată încă de la început, iar responsabilitățile ambelor părți foarte explicit stabilite.

După câteva interviuri «față în față» începe a II-a parte a primei faze de deschidere, în care pacientul ia loc pe canapea. Nu există doi pacienți care să înceapă odată tratamentul în același fel. Unii găsesc că este dificil să se întindă pe canapea și să spună ce le trece prin minte; alții tratează cu ușurință aceste noi condiții. Tot ceea ce pacientul spune sau face, poziția pe care o

adoaptă pe canapea, hainele pe care le poartă, propozițiile sale specifice, ceea ce alege spre a prezenta ca declarație de deschidere (de început) a ședinței, dacă este punctual la venire, – toate acestea sunt reținute drept chei pentru descifrarea proceselor psihice inconștiente.

În timpul acestei faze, analistul continuă să observe și să afle mai mult despre istoricul și evoluția pacientului. El ajunge să înțeleagă în linii mari natura conflictelor inconștiente ale pacientului și are posibilitatea să studieze modurile specifice prin care pacientul refuză să se dezvăluie sau să devină conștient de gânduri și sentimente repudiate. Progresiv, analistul devine capabil să detecteze un curent continuu de teme care apar într-un context caracteristic, care au o secvențialitate relativ uniformă și se manifestă repetat într-o mare varietate de configurații semnificative. Aceste producții ale pacientului trebuie înțelese în termenii unei fantezii persistente, inconștiente, reprezentând dorințe din copilărie, active, dinamice în viața actuală a pacientului sub forme deghizate și distorsionate. În etapele inițiale, analistul lucrează aproape exclusiv cu aspecte superficiale ale producțiilor pacientului. El încearcă să demonstreze pacientului corelații semnificative în materialul prezentat, dar se oprește mai întâi doar asupra acelor elemente care sunt ușor accesibile în câmpul conștiinței și care, prin urmare, nu sunt prea apropiate de conflictele fundamentale ale pacientului. În cazurile obișnuite această fază inițială durează între 3 și 6 luni.

*Dezvoltarea transferului.* Următoarele faze ale tratamentului, transferul și consolidarea (working through), constituie partea majoră a travaliului terapeutic și în realitate se suprapun. La un anumit moment al tratamentului, când este evident că pacientul este gata să lege dificultățile actuale de conflictele inconștiente din copilărie, conflicte generate de dorințe îndreptate asupra uneia sau unor persoane importante din viața sa, apare un fenomen nou și interesant. Din punct de vedere emoțional, persoana analistului îmbracă o semnificație realistă a impulsurilor sale, a anxietăților sale și elaborează decizii adecvate, la un nivel matur și realist. În acest mod, analiza ajută pacientul să obțină o refacere majoră a echilibrului dintre impuls și conflict. Acesta este tipul de reechilibrare care în final conduce la o rezolvare fericită a conflictului patogen de îndată ce pacientul reușește să înțeleagă nu numai natura temerilor sale de autopedepsire. În cea mai mare parte și acestea sunt inconștiente.

*Faza de lucru ca atare* (de continuare și consolidare). Această fază a tratamentului coincide cu transferul și continuă analiza acestui fenomen. Una sau două experimente de introspecție și lămurire, clarificare (insight) a naturii conflictelor nu sunt suficiente pentru a schimba lucrurile. Analiza transferului trebuie continuată de multe ori și în multe feluri diverse.



Introspecția și clarificarea pacientului asupra propriilor probleme prin intermediul transferului sunt permanent adâncite și consolidate prin procesul de «working through», care constă în repetiție, elaborare și amplificare. Acest proces (w. th.) acționează ca un fel de catalizator între analiza transferului și învingerea uitării care se așterne peste experiențele cruciale ale copilăriei (Greenocre, 1956). De obicei, analiza cu succes a fenomenului de transfer este urmată de apariția din memorie a unor evenimente sau fantasme importante din trecutul pacientului. Analiza transferului ușurează evocarea. Această evocare, rechemare, iluminează asupra naturii transferului; această relație reciprocă devine o relație majoră în viața pacientului. Percepția analistului de către pacient, părerile pacientului adresate analistului devin inadecvate, iar răspunsul pacientului către analist se abate de la exigențele realității. Relația pacientului cu analistul se distorsionează pe măsură ce încearcă să introducă considerații personale în locul celor profesionale în relația dintre ea. Înțelegerea transferului a fost una din marile descoperiri ale lui Freud. El a intuit că în transfer pacientul retrăiește o versiune târzie a unor amintiri uitate din copilărie și a unor fantasme repetate inconștiente. Transferul, prin urmare, ar putea fi înțeles ca o formă a memoriei în care repetarea activă înlocuiește simpla evocare a evenimentelor. Este vulgarizată interpretarea conceptului de transfer sub forma «pacientul se îndrăgostește de analist». Transferul este un fenomen mult mai precis, cu rădăcini în istoria individului și care ilustrează cum trecutul uitat rămâne activ, dinamic în prezent.

Analiza transferului rămâne una din pietrele de hotar ale tehnicii psihanalitice. Ea ajută pe pacient să distingă realitatea de fantezie, trecutul de prezent și arată pacientului realitatea forței cu care persistă dorințele fantastice ale copilăriei. Analiza transferului ajută pe pacient să înțeleagă într-un mod foarte real cum el percepe, interpretează și răspunde eronat solicitărilor prezentului datorită trecutului său (în termenii proprii trecutului său). În locul modalităților stereotipe, automate, necontrolate, prin care pacientul răspunde inconștient fantasmelor sale inconștiente, acesta este acum capabil să evalueze natura acestora. Înțelegerea transferului și amintirea trecutului consolidează iluminarea pacientului asupra conflictelor sale și întărește convingerea sa asupra reconstrucțiilor interpretative făcute în cursul tratamentului său.

*Rezolvarea transferului.* Rezoluția transferului cuprinde faza terminală a tratamentului, când pacientul și analistul sunt de acord cu scopurile majore ale analizei, că acestea au fost atinse și procesul de transfer este bine înțeles; se fixează o dată pentru terminarea tratamentului. Tehnic vorbind, scopul analistului este să rezolve atașamentul nevrotic, inconștient al pacientului

față de el. Există un număr de impresionante aspecte tipice pentru această fază. Cea mai caracteristică este o bruscă și intensă agravare a principalelor simptome pentru care pacientul a solicitat tratamentul. Se pare, în acele momente, că toată munca de *analiză*, a fost zadarnică. Conform psihanalizei, această interesantă turnură a evenimentelor poate fi înțeleasă ca un ultim efort disperat al pacientului spre a convinge analistul că nu este încă pregătit să termine transferul și deci să-i permită să continue indefinit relația stabilită. Există multe motive ale acestei atitudini inconștiente. În parte, pacientul nu este doritor să renunțe la o relație atât de satisfăcătoare și utilă pentru el. Pe de altă parte ea continuă o persistență a unei atitudini pasive, dependența din copilărie. Dar în cea mai mare parte, ea reprezintă un efort al ultimei șanse de a determina pe analist să îndeplinească dorințele profund inconștiente, fantastice, infantile, care au fost sursa conflictelor pacientului.

Un alt fenomen interesant care se produce în faze de terminare a tratamentului este apariția în memorie a unor amintiri anterior repetate care confirmă sau elaborează reconstrucțiile sau interpretările făcute în faze mai timpurii ale analizei. Este ca și cum pacientul ar oferi clarificări și explicații analistului, sub forma unui cadou de mulțumire. Inconștient, au adesea semnificația dăruirii unui copil analistului, darul unei noi vieți, ca o formă de mulțumire pentru noua viață pe care analiza a făcut-o posibilă pentru pacient.

În fine, în timpul fazei terminale a tratamentului, pacientul poate revela un set de dorințe până acum tănuite, grupate în jurul unei intense dorințe de a fi transformat ca prin minune într-o persoană omnipotentă sau atotștiutoare, o stăruitoare dorință pe care a ținut-o secretă de-a lungul întregii analize, dar pe care speră tot timpul să și-o îndeplinească la sfârșitul tratamentului. Este foarte important ca în această perioadă să se analizeze toate fantasmale pe care le are pacientul despre «cum vor fi lucrurile după terminarea analizei» (Schimmidenberg, 1938). Dacă nu reușește rezolvarea tuturor acestor probleme expuse mai sus, posibilitatea recăderii este foarte probabilă.

**Probleme privind tratamentul prin psihanaliză.** Din descrierea psihanalizei ca terapie, ar trebui să reiasă cu claritate că orice pacient potențial trebuie să fie capabil să îndeplinească anumite cerințe obiective, cât și personale. În special, el trebuie să fie puternic motivat în a-și depăși dificultățile printr-o autoanaliză onestă. Deoarece este dificil la început să prezici într-un mod cert cât va dura tratamentul, pacientul trebuie să aibă posibilitatea de a se angaja înainte, că va avea o lungă perioadă de timp la dispoziție pentru a termina cu succes analiza. Mai mult, el trebuie să fie

capabil să accepte rigorile impuse de contactul psihanalitic, așa cum au fost arătate anterior.

Dialogul psihanalitic este o formă deosebită de comunicare, necesitând în mod inevitabil frustrarea de dorințele transferului. Un pacient trebuie să fie capabil să accepte astfel de fantezii și să-și exprime gândurile și simțămintele sale mai degrabă în cuvinte decât în acțiuni. Cei impulsivi, ambițioși, egocentrici și cei pronunțat narcisiști s-ar putea să nu fie capabili să se acomodeze cu aceste exigențe. Oamenii care sunt necinstiți, mincinoșii patologici, psihopații, cu siguranță că nu vor subiecte asemănătoare ale procesului de completă și necruțătoare autodescoverire. Deoarece cooperarea pacientului cu analistul în această autoexplorare are un oarecare grad de obiectivitate și capacitate de a discerne corect realitatea, funcțiuni care sunt sever afectate în psihoze, psihanaliza poate fi rar folosită în tratamentul acestor cazuri, cu excepția unor circumstanțe foarte deosebite.

Deoarece psihanaliza este consumatoare de timp, scumpă, dificilă, nu este indicată în cazurile în care dificultățile sunt relativ minore. Suferința și durerea veritabilă sunt cei mai credincioși aliați ai procesului analitic. Prin clarificare, psihanaliza oferă, permite pacientului să-și depășească conflictele intime. Aceasta poate fi util doar în măsura în care astfel de clarificări, iluminări pot modifica constructiv viața individului.

Dacă situația obiectivă a pacientului este atât de gravă încât el nu poate face nimic spre a o schimba, clarificarea adusă de psihanaliză nu va fi de nici un folos. Acest lucru poate fi evident, de exemplu, în acele cazuri în care analistul vede cum povestirea pacientului reflectă lupta de viață împotriva unor impulsuri ucigăse, distructive sau autodistructive, consecință a unor malformații congenitale grave sau a unor invalidități apărute foarte devreme, în copilărie. Nici o clarificare psihologică nu poate compensa nedreptățile destinului.

Deoarece o parte atât de însemnată din tehnica psihanalitică se bazează pe analiza transferului, psihanaliza este deosebit de utilă în acele situații în care atașamentul de transfer tinde să devină foarte puternic. Aceasta este valabil pentru entitățile nevrotice clasice: isterie, isterie anxioasă, nevroză obsesiv-compulsivă, o varietate de stări caracterizate prin anxietate. În practica actuală, psihozele și psiho-nevrozele tind să se suprapună. Eticheta diagnostică aplicată unei entități particulare de obicei reflectă mecanismul de defensă major utilizat spre a îndepărta anxietatea. În isterie, de exemplu, printr-un proces denumit conversiune, energia unei dorințe sexuale pe care EGO-ul nu a fost capabil să o reprime cu succes, poate fi transformată în alterări ale unor funcții somatice, cum ar fi: paralizia, anestezii, parestezii etc. O fantasmă inconștientă, continuând în scurgerea unui proces,

poate deveni manifestă pe plan conștient sub forma unei senzații de «nod în gât», clasicul «globus histericus». Să reținem că un simptom este rezultatul unui compromis: inconștient, el satisface dorințe, dar reprezintă și nevoia de pedepsire, în același timp.

Fobiile sunt tipice pentru isteria cu manifestări anxioase. Pacientul fobie își îndepărtează anxietatea prin considerarea unor obiecte sau situații din lumea exterioară ca reprezentări ale unor impulsuri inconștiente. Într-o formă de agorafobie, pacientul devine anxios când iese în stradă, reprezentând locul unde este posibil să îndeplinească dorința inconștientă de a se prostitua. Mecanismul de defensă este dublu. Pericolul intim (sexual) este proiectat asupra unui obiect extern: strada. Prin evitarea obiectului extern, pacientul controlează un pericol intern. Mecanismele de apărare reprezintă o combinație de protecție și evitare.

Psihanaliza este de asemenea aplicabilă pentru diferite tipuri de tulburări de caracter care actualmente reprezintă substitutul simptomelor nevrotice. Anxietatea indusă de conflictele inconștiente poate fi îndepărtată prin intervenția permanentă a mecanismelor de apărare care în ultimă instanță sunt încorporate în structurile de caracter ale personalității. Pentru o persoană condusă de pulsuni inconștiente este foarte ușor să interpreteze greșit dansul ca un libertinaj sexual periculos, este mult mai acceptabil să evite să danseze decât să resimtă roșeața în obraji, palpitații, transpirații, atunci când încearcă să danseze.

Mecanismele de inhibiție sunt identice cu cele implicate în apariția febrei. O astfel de persoană poate fi diagnosticată ca suferind de tulburări de personalitate (caracter), de tip falie. Sunt multe feluri de tulburări de personalitate (caracter) de acest tip: isterică, obsesivă, compulsivă etc. Arlow (1972) a demonstrat cum anumite trăsături de caracter care includ «micii minciñoși», cei care înșeală, personalitățile nerealiste, se poate spune că suferă de pervertirea caracterului.

Dificultățile sexuale, cum ar fi ejacularea prematură, depresiile nevrotice, răspund de obicei la tratamentul psihanalitic. Tulburările de comportament mai extinse care interfera motivațiile pacientului pentru fericire, succes, pot fi originare în conflicte inconștiente și pot fi tratate psihanalitic. Unii bărbați adorează, spre exemplu și se căsătoresc cu același tip de femeie, deși știu din experiența precedentă că mariajul se va termina dezastruos. Similar, anumite femei par incapabile să-și aleagă bărbați în afară de cei care le rănesc, le maltratează și le umilesc. Alți oameni își ordonează în mod conștiincios viața de așa manieră, încât orice succes, este urmat de un și mai mare insucces. În acest caz, modul lor normal de viață, alegerea obiectului

iubirii sau construcția propriului destin este echivalentul unei tulburări nevrotice. Asemenea cazuri pot fi psihanalizate la fel ca și o nevroză.

În ultimii ani, mulți dintre pacienții care solicită tratament psihanalitic par să sufere de tulburări de personalitate de tip masochist sau de nevroze narcisiace. În această ultimă categorie intră cei cu paradoxale combinații de joasă autoapreciere și puternică grandomanie. Oscilațiile timice, depresia, tendința la drogodependență, stăruința compulsivă spre recunoașterea celorlalți, promiscuitatea sexuală sunt fenomene obișnuite. Astfel de pacienți se plâng de senzație de gol interior, lipsa scopurilor, ipohondrie, o inabilitate de a contracta atașamente durabile sau sentimente de iubire. Din cauza noilor metode de abordare a acestor probleme, prognosticul lor sub tratament psihanalitic pare mai bun decât în anii anteriori.

Există un număr de situații clinice care pot fi rezolvate prin psihanaliză, în condiții favorabile. Printre acestea se numără unele cazuri de adicție la droguri, perversiuni, personalități de tip borderline și în rare cazuri, psihoze.

Lucrări de pionierat în aplicarea principiilor psihanalitice, nu a tehnicii complete în tratamentul psihoticilor, au fost făcute de Paul Federn (1952), Frieda Fromm Reichman (1950), H.F. Searles (1965) și H. Rosenfeld (1954).

**Evaluări ale terapiei psihanalitice.** Din nefericire nu există un studiu adecvat, care să evalueze rezultatele terapiei psihanalitice. În general, acest fapt este valabil pentru aproape toate tipurile de psihoterapie. Există prea multe, variabile care trebuie luate în considerație în realizarea unui studiu controlat, valid din punct de vedere statistic, referitor la rezultatele terapeutice. Câteva încercări au fost făcute în această direcție, începând cu lucrările lui Otto Fenichel (1930) și apoi Fred Felchman (1968), H.Y. Eysenck (1965), Julian Meltzoff și Alvin Konreich (1970), R. S. Wolleraein și N. J. Smelner (1960), A.Z.Pfeffer (1963), ca și câteva studii ale Asociației Americane de Psihanaliză. Nici una din aserțiunile acestor studii nu s-au dovedit definitive și imuabile. În mare parte, numărul de «cure» reușite variază între 30-60%, în funcție de studiu și de criteriile utilizate.

În fiecare caz în parte evaluarea rezultatelor tratamentului trebuie făcută într-o manieră globală. Trebuie făcute comparații între situația existentă în momentul începerii tratamentului și modificările în viața și simptomele pacientului la terminarea «curei». El poate fi vindecat de mai multe perturbări decât acelea de care se plângea la începutul tratamentului, posibilități de autoîmplinire care înainte de începerea tratamentului nu erau întrevăzute, pot fi realizate în cursul tratamentului. Pe de altă parte, dificultățile care apar și complică evoluția și care nu sunt recunoscute, precum și evenimentele intercurrente, pot schimba total configurația vieții pacientului.

În fața realității obiective pretențiile psihanalizei trebuie să fie modeste. În cel mai fericit caz, psihanaliza încearcă să ajute pacientul să obțină cea mai bună soluție a dificultăților sale, în circumstanțele date. Ea încearcă să caute cel mai bun echilibru, cel mai stabil, între forțele conflictuale ale psihicului său. Cât de bine va fi menținut acest echilibru depinde de modul în care viața îl va trata pe pacient în timpul și după terminarea tratamentului.

Având acest lucru în vedere, nimeni nu poate aproxima cu certitudine rezultatele. Freud însuși a fost modest vis-a-vis de pretențiile psihanalizei. Validitatea faptelor descoperite de psihanaliză, privitoare la natura umană și la funcționarea minții umane nu este în mod necesar legată de eficiența tratamentului psihanalitic. Cu toate acestea, rămâne o realitate faptul că atunci când este corect, adecvat aplicată, psihanaliza este cea mai eficace formă de terapie care se poate recomanda.

**Tratamentul terapeutic psihanalitic.** Referitor la conducerea tehnică a psihanalizei, Freud compara încercarea de a scrie despre tratament cu explicarea jocului de șah. Este ușor să formulezi regulile jocului, să descrii fazele de deschidere și să discuți ceea ce trebuie făcut spre a încheia jocul. Ce se întâmplă între aceste două momente extreme este subiectul a o mulțime de variante. Același lucru este valabil și în cazul psihanalizei. Contractul analitic, faza de deschidere și obiectivele finale pot fi bine descrise. Analiza transferului și procesul de «working through» sunt de fapt, o imensă mulțime de fragmente de muncă analitică. Rudolf Loewenstein (1958) a abordat problema prin diferențierea scopurilor tactice de cele strategice în tehnica psihanalitică.

Scopurile tactice se referă la analiza materialului imediat prezentat de pacient spre a descoperi un conflict, de obicei implicându-l pe analist.

Scopul strategic este să elucidăm natura fantasmelor inconștiente ale copilăriei și să arătăm multiplele căi pe care acestea interferează cu viața actuală a pacientului.

Cum se face aceasta în practica actuală poate fi ilustrat în felul următor. Pacientul este un om de afaceri de vârstă mijlocie, al cărui mariaj a fost marcat de repetate certuri, conflicte. Potența sa sexuală s-a diminuat. Uneori suferă de ejaculare prematură. La începutul unei ședințe el a început să se plângă de faptul că a trebuit să se întoarcă la tratament după un lung repaus de vacanță. El spunea: «Nu sunt sigur dacă sunt bucuros să fiu din nou la tratament, deși vizita la părinții mei nu m-a bucurat. Simt nevoia să fiu liber».

Apoi a continuat cu descrierea vizitei sale acasă, care l-a întristat. Mama sa era întotdeauna autoritară, agresivă, dorind să conducă totul. Îi pare rău pentru tatăl său; cel puțin vara, acesta poate să se retragă în grădină și să-și

îngrijească florile, dar și aici, mama sa îl urmărește ca un uliu. Spunea: «Ea are o limbă atât de ascuțită și o gură atât de crudă. De fiecare dată când îl văd pe tata, el pare din ce în ce mai mic, în curând va dispărea fără urmă. Ea poate face asta oamenilor. Adesea simt că ea se ridică asupra mea, gata să se năpustească peste mine. Ea mă intimidează exact ca și nevastă-mea».

Pacientul a continuat: «Am fost furios în dimineața asta. Când am venit să-mi iau mașina am descoperit că cineva a parcat astfel încât m-a blocat. Mi-a luat mult timp, mi-am dat seama că eram stăpânit de anxietate, transpirația îmi ajungea șiroaie pe spate».

Și continuă: «Mă simt încătușat de oraș; am nevoie de aer proaspăt, de spațiu deschis. Trebuie să-mi întind picioarele; îmi pare rău că am renunțat la casa de la țară. Trebuie să ies din oraș. În realitate nu-mi pot permite să-mi cumpăr o casă la țară acum, dar măcar m-aș simți mai bine, dacă aș căuta vreo una».

Spune în continuare: «Dacă afacerile erau mai bune, aș fi putut manevra mai ușor. Urăsc sentimentul de a fi închis într-un birou de la 9,00 până la 17.00. Prietenul meu Bob a avut o idee bună, și-a aranjat pensionarea. Acum e liber să plece și să vină când vrea. Călătorește, nu are un șef, nici un consiliu directorial în fața căruia să răspundă. Îmi place munca mea, dar impune prea multe restricții asupra mea. Nu pot rezolva această contradicție, sunt ambițios. Ce aș putea să fac?»

În acest moment, terapeutul a atras atenția pacientului asupra faptului că în materialul prezentat, în multe moduri diferite, acesta descria frica sa de a fi închis, de sentimentul de a fi în capcană. Pacientul a răspuns: «Uneori am claustrofobie. Ea este ușoară, doar o simplă anxietate. Încep să transpir pe spate și am o neliniște. Părul pare să se ridice pe spate. Se întâmplă când liftul se oprește între etaje sau când trenul se oprește între stații. Încep să mă îngrijorez cum voi ieși din această situație».

Faptul că el suferea de claustrofobie era nou pentru psihanalist. Condițiile situației psihanalitice impuse de către analist erau resimțite de pacient ca fiind restrictive. Mai mult, analistul a mai reținut, tot pentru sine, că aceste idei erau asociate cu acelea de amenințare și control din partea mamei. Pacientul a continuat: «Știi că am aceleași senzații când trebuie să încep o legătură cu doamna X. Ea dorește aceasta și cred că și eu doresc. Să începem totul este ușor. Ceea ce mă preocupă este ieșirea din această legătură. Cum ieși dintr-o legătură sentimentală, când ești implicat în ea?»

În acest exemplu, pacientul asociază faptul de a fi prins într-un spațiu închis cu cel de a fi «prins în psihanaliză» și cu cel de a fi «prins într-o relație cu o femeie». Pacientul a continuat: «Sunt laș. E de mirare cum de am reușit să am o legătură și să mă însor. Nu mă miră că nu am avut relații

sexuale până la 20 de ani. Maică-mea era întotdeauna cu «gura pe mine»: «Fii atent cu fetele, îți vor numai banii, dacă te culci cu ele, vei lua o boală, fii atent când mergi la un WC public, te poți infecta etc». Ea făcea ca totul să pară periculos, te poți răni cu asta, te poți răni cu cealaltă. Îmi amintesc momentul când am văzut 2 câini în timpul actului sexual. Erau alipiți și nu se puteau separa, masculul bătea și scheuna de durere. Nu mai rețin exact la ce vârstă am văzut asta, la 5, 6 sau poate 7 ani, dar știu că eram încă mic și m-a îngrozit teribil».

În acest moment analistul trebuie să spună pacientului că frica sa de a fi «prins» într-un spațiu închis este derivatul conștient al unei fantasme inconștiente în care el își imaginează că pătrunde într-o femeie cu penisul și că va rămâne blocat astfel, că nu va fi capabil să se separe și că deci ar putea să-și piardă penisul. Criteriile efectuate în interpretarea sa constau în aranjarea secvențială a materialului, în continuitatea temelor relatate, repetarea aceluiași teme sau a unor teme analoge și convergența diferitelor elemente spre o ipoteză comună care cuprinde datele, adică o fantasmă inconștientă a pericolului ca penisul să intre în trupul unei femei. Acesta este scopul tactic care poate fi delimitat pe baza acestui material. În acest caz el constituie un pas important spre atingerea obiectivului strategic care constă în conștientizarea pacientului asupra atracțiilor, străduințelor sale către mamă (în timpul copilăriei), cu caracter sexual, a dorinței de a avea relații cu ea și simultan a unei frici crescânde de personalitatea ei amenințătoare care ar putea să se abată asupra lui ca un vultur și să-l devoreze. Aceste interpretări îi vor clarifica cauzele impotenței sale și a relației sale furtunoase cu femeile, în particular cu soția sa. Materialul demonstrează și faptul că o persoană nevrotică percepe deformat, interpretează eronat și răspunde inadecvat experienței sale, actuale, în termenii fantasmelor sale inconștiente. Pentru acest pacient respectarea unui program riguros de întâlniri cu analistul, găsirea automobilului blocat între două mașini, responsabilitatea în fața autorității, blocarea în lift sau tren –toate erau situații periculoase care deșteptau anxietatea, în mod inconștient el trăia restricțiile prin reguli sau locuri închise în anumite spații din mediul înconjurător, în plan inconștient, el gândea sub forma reținerii inextricabile a penisului său în trupul unei femei.

Aceasta este esența procesului nevrotic – fantezmele inconștiente persistente ale copilăriei servesc la crearea unui sistem mental de referință în raport cu care individul, într-un mod selectiv și idiosincronic, interpretează tot ceea ce i se întâmplă. De aceea conflictele nevrotice nu reprezintă conflicte în realitate. Ele sunt conflicte intrapsihice (Arlow, 1963).



Materialul oricărei ședințe analitice nu este întotdeauna atât de dramatic. Deși trebuie să nu avem idei preconcepute asupra semnificației și a posibilităților ramificații a fiecărui eveniment sau ședință, oricât de triviale ar putea ele să pară la o primă vedere. O aparent insignifiantă interacțiune între pacient și analist poate conduce la foarte importante descoperiri, care să releve originile și natura nevrozei. În cele mai multe cazuri, cea mai mare parte a muncii analitice este orientată către înțelegerea mecanismelor de apărare și spre înfrângerea opoziției sale. Tipic, mecanismele de apărare sunt repetitive, stereotipe, mijloace automate folosite de EGO spre a se debarasa de anxietate. O opoziție rezistentă este oricare, dintr-un larg spectru de fenomene care distrag pacientul de la îndeplinirea condițiilor impuse de situația analitică.

Poate părea ciudat că un pacient care a făcut o angajare atât de serioasă spre a se înțelege pe sine nu-și asumă toate meandrele tratamentului, care are destinația să-i anihileze simptomele. La o analiză mai atentă, acest fenomen nu este total neașteptat, surprinzător. Deoarece mintea deturneză sau încearcă să înăbușe gândurile și sentimentele neplăcute și deoarece procesul nevrotic apare când aceste încercări nu reușesc cu succes, desigur că nu este surprinzător că strădania contradictorie de a satisface concomitent cu a controla un impuls interzis va continua să se manifeste și în procesul analitic. Herman Nunborg (1926) a arătat cum pacientul, inconștient, oferă spre analiză dorința de a păstra neatins acele pulsuni infantile care i-au produs dificultăți actuale.

Analiza defenselor și rezistențelor este lentă, trebuie făcută treptat. Totuși, din această analiză se poate învăța multe despre cum s-a format caracterul pacientului ca răspuns la evenimentele critice și la relațiile obiectuale ale copilăriei. O rezistență deosebit de dificilă în a o învinge prin tratament provine din așa numitul mecanism de izolare. Aceasta demonstrează tendința pacientului de a-și trata propriile gânduri ca și cum ar fi lipsite de coloratură afectivă sau izolate, fără legătură cu alte idei sau cu comportamentul său. Un pacient poate începe o ședință, de exemplu, prin menționarea a două sau trei propoziții, despre ceea ce a avut loc în drum spre psihanalist. El a depășit un om pe stradă, care dintr-o dată, fără o cauză aparentă sau fără avertizare și-a întins brațul astfel în cât aproape l-a lovit. Aceasta i-a reamintit pacientului de un incident de acum câțiva ani, când a văzut cum cineva a fost lovit într-o manieră similară. Cu această ocazie, ca și în trecut, pacientul, care nu era născut în New York, a trecut ușor peste incident, expediându-l cu următoarea apreciere liniștitoare: «Asta-i New York-ul pentru tine. Bine că nu a avut un cuțit».

Toate acestea au fost enunțate pe un ton obișnuit, neutru, fără coloratură emoțională. Fără nici o tranziție, brusc, pacientul s-a reîntors către altă problemă mai stringentă pentru el. El a început să descrie detaliat și din nou cu un ton egal, neutru refuzul șefului său, felul cum acesta i-a criticat activitatea în fața colegilor săi. Multe din critici pacientul le consideră nejustificate, dar în mod conștient adoptă o poziție de calm și atitudine respectuoasă. Chiar și când evocă incidentul, în cursul ședinței, el nu arată nici un semn de mânie. Când i s-a atras atenția asupra acestui fapt, pacientul a admis că într-adevăr a fost supărat și este surprins că nu a transmis acest sentiment terapeutului. În acest punct, terapeutul face pentru pacient legătura dintre incidentul de pe stradă și cele întâmplate cu șeful său. Actualmente, pacientul își spunea: «Există oameni periculoși. Dacă cineva nu este prevăzător, te poate lovi și chiar te poate omori. Ei au impulsuni ucigașe».

Incidentul de pe stradă a servit ca loc convenabil unde pacientul și-a proiectat propriile sale dorințe ucigașe de răzbunare pe șef. El și-a tratat impulsunile într-un mod izolat; a făcut o judecată intelectuală despre motivele altcuiva.

În acest stadiu de tratament pacientul ar putea să conștientizeze numai sub aspect intelectual, prin deducție, intensitatea dorințelor de răzbunare. Multe s-ar putea afla din analiza acestei trăiri existențiale, dincolo de ilustrarea în care pacientul își controlează și înăbușă sentimentele. Acest pacient era deosebit de vulnerabil la orice atentat împotriva mândriei sale, la orice umilire a narcisismului său, în special dacă se producea în public. Ulterior, pe parcursul analizei, a fost posibil să se demonstreze legătura dintre aceste componente ale caracterului pacientului și sentimentele de înfrângere, lipsite de importanță cuvenită și umilire pe care el le-a încercat în timpul fazei oedipiene, pe când privea la părinții săi angajați într-un contact sexual în dormitorul în care stăteau cu toții.

Ar fi imposibil să catalogăm toate formele pe care le poate îmbrăca fenomenul de rezistență. Câteva dintre cele mai obișnuite le vom menționa. Cea mai directă și mai neechivocă formă de rezistență apare atunci când pacientul crede că nu are nimic de spus. Pacientul poate rămâne tăcut pe canapea minute în șir. Chiar o latență banală de câteva minute poate avea un înțeles ascuns. Adesea, un pacient lipsește de la ședințe, poate uita sau se poate trezi prea târziu. El poate întârzia în plata onorariului pentru tratament, găsind explicații foarte realiste spre a-și justifica întârzierea. Uneori, pacienții vor discuta la nesfârșit despre banalele evenimente ale vieții cotidiene, relevând nimic sau prea puțin din ceea ce ar folosi în înțelegerea problemelor lor. Un pacient poate începe ședința cu expunerea unui vis și să nu mai facă nici o referință la el în restul timpului afectat ședinței. Pe de altă parte,

pacientul poate umple întreaga ședință: cu vise, făcând imposibil să afli mai mult decât ofățadă constituită din relatarea trăirilor nocturne. Unii pacienți relatează cum au devenit avocați înfocați ai psihanalizei, făcând prozeliți printre prieteni și rude, îndemnându-i pe toți să intre în tratament, în timp ce fac eforturi mici de a progresa în munca analitică.

Principiul important care guvernează toate manifestările de rezistență este că ele trebuie analizate la fel cum se analizează tot ceea ce se întâmplă în cursul analizei. Ceea ce trebuie înțeles este de ce pacientul se comportă într-un anumit fel, într-un moment dat. Care este cauza dorinței sale inconștiente de întrerupere a travaliului analitic? Ce conflict încearcă să ascundă? Rugămintea, sugestia, încurajarea, interzicerea, oricare din procedeele pedagogice obișnuite, care în alte forme ide psihotrapie pot fi acum aplicate, trebuie evitate cu scrupulozitate. Nu are importanță cât de provocatoare, frustrantă și iritantă poate fi purtarea pacientului, psihanalistul nu trebuie niciodată să abdice de la datoria și responsabilitatea sa de a-l face pe pacient să-și înțeleagă comportamentul. Atitudinea sa trebuie să rămână în orice moment analitică.

Activitatea psihanalistului poate e cel mai bine înțeleasă, examinând trei aspecte ale trăirilor sale în timpul tratării pacientului și anume:

- Introspecția;
- Empatia;
- Intuiția.

Un analist trebuie să fie în stare de empatie cu pacientul său. Empatia este o formă de cunoaștere emoțională, afectivă, trăirea sentimentului celuilalt. Este un mod special de cunoaștere. Ea presupune o abilitate din partea analistului de a se identifica cu pacientul său, de a împărtăși trăirea pacientului, atât sub aspect afectiv, cât și cognitiv.

Procesul empatic este fundamental în relația psihoterapeutică, după cum este capital și în relațiile interumane. El găsește cea mai înaltă expresie socială în trăirea estetică a artistului și a spectatorilor săi, ca și în religie și în alte fenomene de grup. Empatia se bazează pe afectul dinamical fantasmelor inconștiente pe care le avem în comun (Beres și Arlow, 1974). Există două trăsături distincte ale empatiei:

- prima se referă la faptul că identitatea, identificarea pacientului este tranzitorie;
- a doua, la faptul că psihanalistul rămâne totuși separat de obiect.

Procesul empatic al analistului îi permite acestuia să preia și să înțeleagă atât procesele inconștiente, cât și conștiente care operează în mintea

pacientului. Este imprevizibil pentru analist de a păstra în minte, în orice moment, toate datele oferite de pacient. Cum reușește el atunci să-și înțeleagă pacientul? Acest lucru se realizează intuitiv. Miile de date comunicate de pacient sunt organizate în mintea analistului în configurații semnificative și acest proces se face inconștient. Ceea ce analistul percepe conștient, ca un fapt de înțelegere apacientului, este rezultatul actual al unei serii de operații mintale executate în inconștientul său. El devine conștient de acestea, prin introspecție când interpretarea îi vine în minte sub forma unei asociații libere. Nu tot ceea ce îi vine în minte analistului în cursul unei sedințe este o interpretare corectă. Dacă el lucrează corect, de obicei este un comentariu asupra materialului pacientului. După ce introspecția a relevat în conștiința analistului rezultatul muncii sale intuitive, el nu trebuie în mod necesar să împărtășească această informație pacientului, imediat. El își controlează ideea cu ceea ce a aflat de la pacient și îi judecă validitatea în termenii continuității, repetiției, convergenței temei așa cum s-a subliniat mai înainte. Intuiția deschide calea elaborării cognitive. Într-o perioadă lungă de timp validitatea interpretării este confirmată de impactul dinamic pe care-l are asupra producțiilor pacientului, adică de modul cum afectează echilibrul dintre impuls și defensă în mintea pacientului.

**Tehnica tratamentului.** S-a scris mult despre răspunsul emoțional al analistului către pacient. Analistul nu este un automat insensibil, neutru, așa cum este prezentat în caricaturile despre psihanaliză. El răspunde emoțional la interacțiunile terapeutice, dar aceste răspunsuri le păstrează pentru sine, considerându-le ca fiind o formă de monitorizare afectivă a producțiilor pacientului. Analistul își folosește sentimentele drept cheie în înțelegerea direcției pe care o iau gândurile pacientului. Dacă el se simte supărat, excitat din punct de vedere sexual, frustrat, trebuie întotdeauna să aibă în vedere posibilitatea că aceasta este starea pe care pacientul vrea să i-o provoace. Atunci îi revine sarcina să descopere motivul pentru care pacientul procedează în acest fel.

Este un mare dezacord în literatura psihanalitică asupra răspunsului emoțional al analistului vis-a-vis de pacient. Uneori, acesta este denumit *contratransfer*, respectiv oponentul transferului pacientului în cadrul analizei. Aceste probleme au fost reluate de Annie Reich (1960). Strict vorbind, noțiunea de *contratransfer* va fi rezervată acelor situații în care pacientul și producțiile sale evocă în analist conflicte determinate de fantasme nerezolvate din propria sa copilărie și care cauzează perceperea incorectă, interpretarea eronată și răspunsul incorect către pacient, în termenii propriei dificultăți. Unii analiști vad sentimentele terapeutului drept rezultatul unui mecanism cunoscut sub numele de identificare proiectivă (Little,

1951; Tower, 1956). Ei interpretează sentimentele analistului ca fiind identice cu cele trăite de pacient și le consideră benefice pentru bunul mers al psihanalizei cu condiția ca analistul să discute aceste sentimente cu pacientul. Pentru unii analiști acesta este principalul mod de tratament. Este mai bine să spunem că majoritatea analiștilor din Statele Unite nu sunt de acord cu acest punct de vedere. Ei încearcă să vadă ce simt față de pacient. Ei nu discută acest lucru cu pacientul. Contratransferul nevrotic al analistului către pacient poate constitui o reală problemă. De obicei analistul va încerca să analizeze problema singur. Dacă acest lucru va fi considerat ca inutil, el se va consulta cu un coleg. Dacă problema persistă, se va dovedi dăunătoare, mai bine spus mai cuprinzătoare decât pare la prima vedere și apare și în relația cu alți pacienți, este indicat ca analistul să urmeze el însuși o cură de psihanaliză. Când analistul realizează că nu-și poate controla contratransferul, el discută deschis și onest cu pacientul în vederea continuării tratamentului de către un alt analist.



## PROFILAXIA TULBURĂRILOR PSIHICE

**P**sihoprofilaxia tulburărilor psihice abordează atât în plan conceptual cât și pragmatic dimensiunile complexe ale sănătății mintale cu referire la acțiunile profilactico-curative, recuperatorii și de depistare a tulburărilor psihice. Acestea, corelate cu precizarea cauzelor de îmbolnăvire și circumstanțele în care apar, se dezvoltă sau se agravează, implică o activitate susținută a rețelei de psihiatrie, o colaborare interdisciplinară în plan medical și social. În realizarea acestor acțiuni rolul serviciilor extraspitalicești este preponderent, atât prin deschiderea lor către populație, cât și printr-o accesibilitate sporită.

Definiția OMS precizează că depistarea tulburărilor psihice constă în identificarea prezumtivă a subiecților afectați de o boală sau o anomalie necunoscută până la acea dată, cu ajutorul testelor, examenelor sau altor tehnici de aplicare rapidă. Acțiunile de depistare a bolilor psihice pot avea caracter de masă, selectiv, multiplu sau de supraveghere și implică studii și cercetări ecologo-epidemiologice în cele mai diverse medii care pot constitui factori de risc în apariția îmbolnăvirilor psihice. Depistare precoce presupune analiza mediului socio-familial, a cauzelor și circumstanțelor care generează tulburările psihice, în scopul detectării în cel mai scurt timp a cazurilor suspecte de boală. Transpunerea în practică a acțiunilor de depistare precoce a bolilor psihice este posibilă și eficientă prin intermediul rețelei de medicină generală, care realizează legătura directă între bolnav, mediul socio-profesional sau familial și rețeaua de psihiatrie. Aceasta presupune colaborarea în echipă a specialistului psihiatru cu medicul de familie și cadrele medii ale rețelei sanitare de bază de pediatrie și dispensarele medicale din școli, instituții de învățământ superior, întreprinderi, circumscripții

sanitare, urbane și rurale care mențin o legătură directă și permanentă cu mediul familial. Colaborarea trebuie extinsă și la nivelul celorlalte specialități medicale datorită existenței unor corelații complexe psihosomatice sau somato-psihice în evoluția bolii psihice.

Importanța rețelei de medicină generală și a familiei, în depistarea precoce a bolilor psihice rezidă în două aspecte principale. Pe de o parte, un număr mare de bolnavi psihici se prezintă la medicul de medicină generală acuzând o serie de tulburări somatice care pot reprezenta, de fapt, manifestări ale suferinței psihice; de asemenea, este frecventă asocierea tulburărilor psihice cu o boală somatică. Pe de altă parte, o serie de bolnavi cu tulburări psihice, la limita normalității sau în curs de remisiune ca și familiile lor evită medicul psihiatru, cabinetul sau spitalul de psihiatrie, pentru a nu fi etichetat și cunoscut ca «bolnav mintal» sau pentru a nu fi internat. Chiar în cazul tulburărilor psihice majore, de multe ori familia pacientului, din aceleași considerente, preferă a se adresa medicului de medicină generală «În aceste condiții, rolul medicului de medicină generală și al familiei, în depistarea precoce a bolilor psihice, este esențial impunându-se o creștere a aportului acestora atât în depistarea, relevarea și reliefaarea cauzelor care au determinat îmbolnăvirea psihică, cât și a circumstanțelor în care aceasta apare. Realizarea acestor deziderate implică cunoștințe de psihiatrie, igienă și sănătate mintală, întrucât medicul de medicină generală trebuie să diagnosticheze tulburările psihice și să diferențieze normalitatea psihică de boala psihică în paralel cu adoptarea unei conduite terapeutice adecvate. În scopul realizării unei depistări precoce a îmbolnăvirilor psihice, care este esențială în scăderea morbidității prin boli psihice, devine necesară integrarea psihiatriei în cadrul celorlalte specialități medicale. Astfel, se poate realiza o concretizare a conceptului de interdisciplinaritate și de relaționare medico-socială. Creșterea eficienței acțiunilor dedepistare implică, totodată, acțiuni largi educativ-sanitare. De asemenea, este necesară cointeresarea tuturor factorilor medicali și sociali interesați în apărarea și promovarea sănătății mintale a populației. În acest sens nu este de neglijat aportul în depistarea bolilor psihice al familiei, cadrelor didactice din școli, al personalului din creșe, cămine și grădinițe, al lucrătorilor de ordine publică. Aceasta presupune extinderea psihiatriei în colectivitate, extinderea relațiilor medico-sociale ale psihiatrului prin intermediul serviciilor extraspitalicești, influențarea opiniei publice, a societății asupra atitudinii față de bolnavul și boala psihică.

Realizarea unei psihoprofilaxii eficiente trebuie să cuprindă atât individul, cât și mediul în care acesta trăiește: familie, școală, grup profesional și socio-cultural, în scopul îndepărtării sau atenuării factorilor de risc. Locul

important deținut de acțiunile psihoprofilactice în cadrul general al asistenței psihiatrice a dus la conturarea unei psihiatrii preventive care este axată pe problematica prevenirii tulburărilor psihice. Profunzimea măsurilor psihoprofilactice care stau la baza acțiunilor de apărare și promovare a sănătății mintale se detașează ca importanță și cuprind etape înlănțuite dinamic în desfășurarea lor. Astfel, profilaxia primară vizează prevenirea apariției bolilor psihice și cuprinde acțiunile de igienă mintală. Profilaxia secundară se referă la măsurile care urmăresc scurtarea evoluției clinice, diminuarea consecințelor bolii psihice și cuprinde acțiunile curative spitalești sau extraspitalești. Profilaxia terțiară are drept scop readaptarea socială a bolnavului și recuperarea deficientului psihic.

În funcție de criteriul clinico-nosologic se impune diferențierea măsurilor de profilaxie, adaptarea acestora în raport de etiologie, factori favorizantși evoluțiabolii.

Astfel, profilaxia nevrozelor, sindroamelor nevrotiforme și a reacțiilor nevrotice implică acțiuni de igienă mintală în sensul evitării factorilor de suprasolicitare fizică și intelectuală, al factorilor psihostresanți, psihotraumatizanți și al situațiilor psiho-conflictuale. Tulburările psihice din cursul afecțiunilor somatice, care conturează sindroamele de tip psihosomatic, fac necesară colaborarea psihiatrului cu rețeaua de medicină generală în scopul unei abordări terapeutice complexe. Extinderea acestei colaborări se impune și datorită faptului că bolnavul nevrotic se adresează, în primul rând, medicului de familie de a cărui competență depinde îndrumarea corectă și la timp către rețeaua de psihiatrie. Aportul medicinei de familie este util, de asemenea, în urmărirea bolnavului ca și pentru instituirea unor măsuri de sanogenizare a mediului familial și profesional care poate favoriza instalarea tulburărilor nevrotice și evoluția lor nefavorabilă.

Profilaxia tulburărilor de personalitate, sindroamelor psihopatoide și psihopatiforme, a tulburărilor de comportament infantilo-juvenile are un pronunțat caracter social datorită dificultăților mari de adaptare și defec-tivității sentimentelor etico-morale și sociale. Tratarea, urmărirea și su-pravegherea acestor bolnavi necesită o largă relaționare medico-socială a psihiatrului cu rețeaua de medicină generală, medicină legală și orga-nismele comunitare implicate în asigurarea cadrului și măsurilor de asistență socială.

Particularitățile acțiunilor psihoprofilactice în cazul oligofreniilor constau în identificarea cauzelor și în aspectul genetic al acestor afecțiuni. Astfel, profilaxia oligofreniilor se diferențiază în controlul genetic și măsurile de ocrotire a femeii gravide și nou-născutului. În acest sens, colaborarea medico-socială a psihiatrului vizează rețeaua de obstetrică, de pediatrie,



medicină școlară și instituțiile de asistență socială, urmărindu-se prevenirea bolii, depistarea precoce, recuperarea și integrarea socio-profesională a handicapatului mintal.

Măsurile psihoprofilactice în cazul psihozelor (predominant endogene, exogene sau endo-exogene) se diferențiază datorită evoluției îndelungate a acestor afecțiuni și caracterului de gravitate deosebită care impun spitalizarea pe perioade mari. Este necesară în aceste cazuri readaptarea socio-familială și profesională, instituirea psihoterapiei integratoare, ergo-și socioterapiei. De asemenea, trebuie acordată atenție sporită condițiilor de spitalizare, umanizării unităților de asistență psihiatrică, măsurilor de psihoigienă în mediul familial și social în scopul unei reintegrări sociale și al respectării demnității umane. Acțiunile psihoprofilactice vor urmări prevenirea recăderilor și agravării evoluției bolii. În toate aceste acțiuni se impune o largă relaționare medico-socială a rețelei de psihiatrie în scopul readaptării, integrării și recuperării bolnavilor. Aportul rețelei de medicină generală este important începând de la depistarea precoce în faza de debut a psihozelor și pe parcursul evoluției bolii prin dispensarizarea bolnavilor și supravegherea tratamentului în scopul unei profilaxii eficiente a recăderilor.

În domeniul pedopsihiatriei acțiunile psihoprofilactice vizează dezvoltarea armonioasă a copilului și adolescentului, ce trebuie extinse asupra familiei, școlii și colectivității. Necesitatea aplicării măsurilor de igienă mintală la vârsta copilăriei și adolescenței implică acțiuni de sanogenizare a mediului, colaborarea psihiatrului cu rețeaua de pediatrie, medicină școlară, cu instituții de învățământ, precum și dezvoltarea rețelei de pedopsihiatrie în scopul creșterii posibilităților de recuperare.

Profilaxia psihosindroamelor vârstei înaintate implică acțiuni protective, evitarea însingurării, psihotraumelor și situațiilor de conflict, integrarea socială care să respecte statutul social, demnitatea umană, experiența de viață a persoanelor în vârstă. Sunt de asemenea necesare creșterea posibilităților de asistență medicală spitalicească, ambulatorie sau semiambulatorie, găsirea celor mai adecvate modalități de sprijinire pe plan social. Aceasta necesită extinderea măsurilor de igienă mintală la nivelul familiei și mediului social, colaborarea psihiatrului cu rețeaua de medicină generală de geriatrie și cu organismele comunitare vizând atât aspectele medicale, cât și cele sociale ale vârstei a treia.

În toate acțiunile psihoprofilactice, fie că este vorba de tulburări psihice la limită cu normalitatea (*aberratio mentis*) sau tulburări psihice majore (*alienatio mentis*), este necesară o colaborare permanentă cu medicina de familie. Aceasta își demonstrează utilitatea în acțiunile de depistare precoce,

de prevenire a îmbolnăvirilor sau recăderilor, în readaptarea și recuperarea bolnavului psihic, atât prin posibilitatea crescută de urmărire a bolnavului în familie, loc de muncă, societate, cât și prin posibilități de influențare a mediului bolnavului psihic.

Cu toate că măsurile de profilaxie primară se situează în afara asistenței psihiatrice curente, ele au un rol deosebit în prevenirea unor boli psihice ca psihopatiile, oligofreniile, psihozele. Aceste acțiuni se referă la profilaxia genetică și prevenirea factorilor de risc încă din perioada embrionară, prenatală sau perinatală, continuându-se pe tot parcursul vieții individului: copilărie, adolescență, maturitate și vârsta înaintată.

Protejarea și promovarea sănătății mintale implică măsuri programatice care încep cu scăderea riscului genetic, prevenirea leziunilor cerebrale prin factori nocivi infecțioși, toxici sau traumatici, îndepărtarea factorilor negativi de mediul socio-familial care pot perturba dezvoltarea armonioasă a caracterului și personalității. Ulterior, aceste acțiuni trebuie extinse asupra perioadei de instrucție școlară și de activitate profesională ca și asupra perioadei de pensionare și la vârsta înaintată.

Activitatea de profilaxie primară implică măsuri de ordin medical, cultural-educativ și economico-social care necesită o largă colaborare medico-socială a psihiatrului prin intermediul serviciilor extraspitalicești în dezvoltarea armonioasă a personalității umane și prevenirea efectelor nocive ale factorilor morbigenetici. Această colaborare vizează, în primul rând, rețeaua de medicină generală ca și ansamblul instituțiilor comunitare interesate în protejarea și promovarea sănătății mintale.

Măsurile de profilaxie secundară se orientează spre creșterea posibilităților de influențare a bolilor psihice deja instalate și se realizează prin depistare și tratament precoce. Eficiența psihoprofilaxiei secundare este dependentă și se corelează cu posibilitățile rețelei de medicină generală și organizarea rețelei de psihiatrie. Prin colaborarea aceasta se poate asigura depistarea precoce a bolilor psihice și acordarea unui tratament precoce, a cărui eficiență este cu atât mai mare, cu cât este instituit mai aproape de debutul bolii.

Sarcina instituirii precoce a tratamentului bolilor psihice revine unităților ambulatorii și semiambulatorii care sunt mai accesibile, mai eficiente și mai economice, fiind totodată preferate întrucât mențin bolnavul în societate. Realizarea etapelor terapeutice presupune dezvoltarea și perfecționarea serviciilor extraspitalicești care trebuie să dispună de posibilități adecvate de diagnostic și tratament pentru toți bolnavii din teritoriul deservit. În acest sens organizarea centrelor de sănătate mintală pentru adulți și copii corespunde dezideratului abordării terapeutice a bolnavului

psihic concomitent cu menținerea în mediul familial, profesional și social. Realizarea acestui scop devine și mai pregnantă prin intermediul unităților semiambulatorii de tipul serviciilor de zi și/sau staționarelor de noapte, precum și a altor forme diferențiate de asistență psihiatrică. În ceea ce privește spitalul sau secțiile teritoriale de psihiatrie, este foarte importantă organizarea lor în cadrul spitalelor de medicină generală sau amplasarea în localitățile urbane, facilitându-se accesibilitatea și atenuarea resentimentului existent încă față de unitățile de psihiatrie.

În ansamblul lor, aceste măsuri contribuie la sporirea gradului de accesibilitate și la diferențierea posibilităților de depistare și tratament. Totodată, este necesară o bună organizare și încadrare corespunzătoare cu personal, o dotare adecvată cu mijloace de investigație și de tratament în scopul instituirii unei asistențe medicale de cea mai bună calitate. Astfel organizată, activitatea psihoprofilactică își adaugă valențe noi și câștigă în eficiență atât sub raport cantitativ, cât și calitativ. În primul rând, se poate asigura o colaborare funcțională, permanentă cu rețeaua de medicină generală cu rol benefic în asistența medicală a omului bolnav. Rezultatul acestei colaborări se concretizează în creșterea atât a numărului de cazuri depistate, cât și a capacității de efectuare a tratamentului și de consecințele în timp. Se va putea asigura o supraveghere continuă a bolnavului, readaptarea sa la condițiile de mediu socio-profesional și familial. Totodată, cresc posibilitățile de influențare a factorilor de risc din mediul extern prin ameliorarea mediului familial, profesional sau de microgrup și grup social. În această acțiune, intervenția medicului de medicină generală și a medicului de medicina muncii din întreprinderi, școli, circumscripții sanitare, este hotărâtoare, întrucât aceștia cunosc familia pacientului și locul de muncă unde acesta își desfășoară activitatea. Aportul specialistului psihiatru, în condițiile acestei colaborări este mai valoros datorită unei documentări reale și concrete care va conduce la diferențierea măsurilor psihoprofilactice în funcție de specificul fiecărei situații. Tratamentul instituit, pe lângă precocitate, va putea fi mai complex și mai complet printr-o abordare simultană a suferințelor psihice și somatice, printr-o corelare cauzală biologică, psihologică și socială. Putem spune astfel că relaționarea psihiatriei cu rețeaua de medicină generală lărgeste posibilitățile fiecăreia dintre acestea, iar activitatea în echipă concurează la elevarea acțiunilor profilactico-curative, care, în final, reprezintă dezideratul propus.

Măsurile de profilaxie terțiară se orientează spre menținerea bolnavului sau deficientului mental în activitate, în mediul său familial, profesional și social, concomitent cu acordarea unui tratament de specialitate. Necesitatea acțiunilor de recuperare se impune din ce în ce mai mult în

contextul creșterii morbidității prin boli psihice cu incapacitate temporară de muncă sau invaliditate și implică în realizarea lor o convergență a factorilor medicali, profesionali, sociali. Scopul acestora este înlăturarea consecințelor bolii în plan socio-profesional și al ameliorării diferitelor tipuri de handicap, iar realizarea lor este posibilă prin organizarea instituțiilor recuperatorii. Acestea vor asigura bolnavului sau deficientului psihic recalificarea profesională și un loc de muncă remunerat în funcție de capacitatea de muncă restantă. De asemenea, înființarea de ateliere protejate și a unor secții pentru invalizi psihici poate contribui la reinsertia și integrarea socio-profesională a bolnavilor și deficienților psihici. Totodată, în centrele teritoriale este necesară organizarea unor unități cu paturi de asistență socială pentru cazuri irecuperabile, încadrarea și amenajarea de secții exterioare pentru bolnavii cu evoluție prelungită. Prin asigurarea unei încadrări corespunzătoare a acestor unități cu personal calificat, respectiv asistenți sociali și instructori de ergoterapie, se largesc posibilitățile de asistență și îngrijire medico-socială.

Activitatea de profilaxie terțiară presupune o largă relaționare medico-socială a psihiatrului cu rețeaua de medicină generală și organismele comunitare. Aceasta se referă, în primul rând, la selectarea cadrelor medii și superioare (medici, asistente medicale, instructori de ergoterapie) pentru căminele-spital de bolnavi cronici neuropsihici și secțiile exterioare pentru bolnavi cu evoluție prelungită, din cadrul rețelei de medicină generală. Pregătirea acestor cadre în vederea desfășurării unei activități recuperatorii adecvate necesită o instruire periodică de specialitate vizând clinica și tratamentul bolilor psihice, probleme de psihoprofilaxie, ergoterapie, socio- și psihoterapie. Aceasta poate fi efectuată prin organizarea unor cursuri de specialitate atât în spitalele clinice și secțiile teritoriale de psihiatrie, cât și la nivelul unităților respective de către medicii specialiști. De asemenea, este necesară o îndrumare metodologică permanentă a acestor unități de către secțiile teritoriale de psihiatrie și clinicile universitare la care sunt arondate centrele respective.

Complexitatea problematicii psihoprofilaxiei și terapeticii bolilor psihice, în dinamica lor primară, secundară și terțiară, angajează rețeaua de psihiatrie, interesând, în egală măsură, ansamblul organismelor comunitare medicale, sociale, economice sau culturale. Relaționarea medico-socială vizează cooperarea permanentă cu o serie de instituții atât centrale, cât și locale, vizând următoarele obiective principale:

- extinderea posibilităților de spitalizare a bolnavilor psihici la nivel teritorial prin mărirea capacității secțiilor de psihiatrie pentru bolnavi acuți, a

secțiilor exterioare pentru bolnavi cu evoluție prelungită și a căminelor-spital pentru bolnavi cronici neuropsihici;

- umanizarea unităților de psihiatrie în vederea ameliorării asistenței medicale și încadrarea corespunzătoare cu personal calificat;
- dezvoltarea psihoterapiei integratoare, ergo- și socio- terapiei, prin dotare cu aparatura necesară și terenuri necesare activității agro-zootehnice;
- perfecționarea și dezvoltarea rețelei de școli profesionale speciale și a căminelor-școală pentru copii handicapați mintal și adaptarea planurilor de învățământ la specificul acestora;
- încadrarea diferențiată în muncă a bolnavilor psihici în funcție de capacitatea restantă în muncă;
- înființarea de ateliere protejate și a unor secții pentru deficienți psihici în cadrul cooperativelor de invalizi;
- integrarea colectivelor de psihiatri din rețelele teritoriale de psihiatrie în programele de cercetare științifică ale clinicilor universitare din centrele metodologice și ale Institutului de Psihiatrie “Socola”, Iași;
- efectuarea programatică a unor studii ecologo-epidemiologice în scopul cunoașterii morbidității prin boli psihice din teritoriu, evidențierea factorilor de risc și depistarea precoce a bolilor psihice;
- cointeresarea direcțiilor sanitare în acțiunile de apărare și promovare a sănătății mintale, dezvoltarea unităților de psihiatrie și angajarea de cadre medicale pentru rețeaua de psihiatrie;
- lărgirea colaborării cu rețeaua de medicină generală în activitățile de psihoprofilaxie și terapeutică ale bolilor psihice, de educație sanitară în probleme de igienă și sănătate mintală;
- informarea periodică și cointeresarea organismelor comunitare asupra problemelor de sănătate mintală și asistență psihiatrică din teritoriu.



## ASPECTE PSIHOMEDICALE ALE DURERII

**E**valuarea clinică și psihologică a sindroamelor algopatice relevă complexitatea proceselor psihopatologice în corelație somato-psihică și ample variații ale formelor de manifestare în raport cu trăsăturile de personalitate și reflectarea în sfera afectiv-volitivă. Prin cele două componente ale sale, senzația reală, independentă și distinctă și reacția individuală la durere, sindromul algopatic este influențat de vârstă, sex, natura și intensitatea stimulului algogen, structura de personalitate, tipul de sistem nervos și starea psihică. Pe lângă rolul de protejare al țesuturilor, de intensificare a activității sistemului nervos vegetativ și creșterea reflexă a tonusului muscular, durerea induce importante modificări psihice relevate prin neliniște anxioasă, labilitate afectiv-emoțională, iritabilitate, distimie, tulburări hipno-vegetative.

Senzația dureroasă se produce prin acțiunea nocivă a unor agenți fizici și/sau biologici sau prin tulburări ale funcționalității organelor interne care influențează receptori specifici și declanșează impulsuri nociceptive transmise pe căi ascendente nespecifice și specifice la centrii nervoși superiori. Recepția durerii este dependentă de stimulii algogeni, pragul percepției dureroase, algoreceptorii (nociceptori) mecanici și polimodali. Durerea profundă și viscerală realizează o proiecție cutanată în aria inervată de aceleași segmente medulare. Mecanismele periferice transductoare se realizează prin excitarea terminațiilor aferente algogene direct de către stimulii nociceptivi și prin acțiunea unor substanțe chimice ca histamina, kinina,  $K^+$ , 5-HT, Ach, ATP eliberate prin lezarea sau distrucția celulară.

Modularea activității receptorilor se realizează atât printr-un control nervos direct, cât și prin mecanisme umorale, influențate de adrenalina și

noradrenalină. Se presupune astfel existența unui control asupra recepției periferice, inclusiv asupra terminațiilor dureroase printr-un mecanism de feedback central pentru receptorii cutanați. Căile algoconductoare periferice (extranevraxiale) și centrale (intranevraxiale) transmit impulsurile nociceptive prin intermediul neuronilor intercalari multimodali, menținând modelul, excitației primite. Aceasta poate fi influențată prin acțiunea facilitatorie sau inhibitorie a sistemelor centrale descendente.

Talamusul reprezintă un important centru de integrare al durerii, asupra căruia se exercită diverse influențe inhibitorii, prin intermediul sistemelor descendente de origine corticală. În cursul medierii intranevraxiale, recepția dureroasă primară este modificată cantitativ și calitativ prin componente nespecifice (formațiunea reticulată) și prin nuanțare afectivă la nivel talamic. Impulsurile aferente ale acestei senzații primare, mediate de nucleii talamici de asociație cu proiecție corticală prefrontală integrează componentele și dimensiunile care transformă senzația în fenomen conștient și individual. Caracteristicile reactive emoționale ale senzațiilor dureroase sunt conferite la nivelul sistemului limbic, iar răspunsurile individualizate la durere sunt realizate cu participarea scoarței cerebrale. Conexiunile arilor corticale cu sistemul vegetativ explică reacțiile vegetative care acompaniază senzațiile dureroase.

În ceea ce privește mediul și mecanismele de integrare ale senzațiilor dureroase la nivel cortical, persistă o serie de aspecte neelucidate. Dacă unii autori neagă proiecția corticală a durerii, o serie de date experimentale argumentează rolul scoarței cerebrale în percepția algopatică, furnizând informații asupra excitației dureroase.

Modelul actual de abordare a durerii evidențiază complexitatea durerii și a percepției dureroase sub raportul dimensiunilor senzorio-discriminatorii, afectiv-emoționale, cognitive și psihocormportamentale. Acest model permite evitarea dihotomiei clasice între durerea organică și durerea psihogenă, între durerea reală și durerea imaginară. Raportarea la interacțiunea factorilor individuali, ambientali, familiali și socio-culturali relevă caracterul complex al fenomenelor dureroase, lărgind cadrul de abordare și interpretare al mecanismelor neuro- și fiziopatologice.

Asociația internațională pentru studiul durerii (IASP) definește durerea ca o «experiență senzorială și emoțională dezagreabilă, asociată unei leziuni tisulare prezente sau potențiale», subliniindu-se astfel complexitatea diverselor sale dimensiuni și componente în plan somatic și psihic. Această definiție se apropie de concepția lui Merskey (1964) care nu abordează durerea numai din punctul de vedere al etiologiei nociceptive, ci o consideră ca o «experiență trăită». Identificarea diverselor componente în procesualitatea durerii

permite trecerea de la o estimare multilaterală senzorială către o evaluare psihocomportamentală. Dimensiunea senzorio-discriminatorie a durerii se referă la mecanismele neurofiziologice ale somesteziei, decodarea calității, duratei, intensității și localizării influxurilor nociceptive. Dimensiunea afectiv-emoțională exprimă conotațiile aversive ale durerii care se pot prelungi în stări afectiv diferențiate ca anxietatea și depresia. Componenta cognitivă se referă la diversele procese psihice susceptibile de a influența percepția dureroasă ca, de exemplu, atenția, experiențele anterioare, semnificația și valoarea atribuită durerii. În plan psihocomportamental, fenomenele dureroase includ manifestările motorii, verbale și neurofiziologice (tulburări hipno-vegetative, scăderea sau pierderea apetitului, scăderea ponderală).

Corelațiile complexe în generarea și evoluția sindroamelor algopatice decurg din integrarea factorilor individuali, familiali, ambientali, relaționali și socioculturali. O importantă distincție în evaluarea durerii se referă la caracteristicile durerilor acute și cronice. Durerea care evoluează de peste 6 luni este considerată durere cronică. Desigur că această limită este arbitrară, dar poate servi pentru o abordare terapeutică diferențiată.

Durerea acută exercită rolul unui semnal de alarmă, de pericol pentru organism, fiind cauzată cel mai frecvent prin procese lezionale și stimuli nociceptivi care antrenează mecanisme reflexe neuromusculare și/sau vegetative.

Durerea cronică, deși poate avea ca origine o leziune organică, nu poate fi explicată numai prin acțiunea unor factori și agresiune somatică. Ea nu este numai un simptom, ci o entitate determinată printr-un ansamblu de factori neurofiziologici, afectivi și psihologici. În această situație, depresia reprezintă o componentă afectivă considerată ca un factor esențial al prelungirii acuzelor dureroase.

Relația între durerea cronică și depresie este frecvent incriminată, permițând înțelegerea modelului actual al durerii de o manieră diferențiată de aspectele nociceptive.

În patologia somatică există numeroase situații în care boala cronică acompaniată de durere generează o simptomatologie depresivă. Este suficient să amintim aici bolile neurologice, bolile cronice dureroase ca: afecțiunile reumatologice, bolile de sistem, neoplaziile, intervențiile chirurgicale, tuberculoza sau SIDA. De asemenea și o serie de medicamente analgice sau anticancerogene pot induce o simptomatologie depresivă (xilocaina, indometacina, cicloserina, vinblastina, vincristina).

Frecvența asocierii durere – depresie este diferit apreciată în datele din literatura de specialitate. Ea variază între 10% și 83% în raport de populația studiată, criteriile de diagnostic și metodele de evaluare ale intensității



simptomatologiei depresive. Aplicarea unor scale, teste și inventare de personalitate la pacienți cu dureri cronice relevă două aspecte semnificative:

- atunci când durerea evoluează de mai puțin de 6 luni, profilul de personalitate este în limite normale;
- atunci când durerea evoluează de mai mult de 8 luni, se constată scoruri crescute în scalele de depresie, hipocondrie, anxietate și isterie.

În ceea ce privește cronologia și diacronia fenomenelor dureroase și a tulburărilor depresive s-a putut constata că în aproximativ 50% din cazuri depresia este concomitentă cu durerea, iar în aproximativ 40% din cazuri, depresia este secundară durerii. Studiile efectuate asupra pacienților depresivi semnalează că aproximativ 38 – 53% din pacienții internați într-un spital de psihiatrie prezintă acuze dureroase diverse și polimorfe.

Eficiența medicației antidepresive în tratamentul durerii confirmă relația clinică durere – depresie.

Proprietățile analgezice ale antidepresivelor au fost semnalate încă din anul 1969 și sunt susținute prin studii ulterioare care demonstrează statistic prescrierea substanțelor antidepresive în proporție de 56% pentru stări depresive, 30% pentru stări dureroase și 16% pentru alte situații clinice.

Numeroase studii clinice au evidențiat eficiența analgezică a medicației antidepresive, apreciindu-se însă că mecanismul de acțiune nu este univoc. Deși se consideră că efectul antidepresivelor asupra durerii este secundar ameliorării timice, o serie de argumente și studii clinice pledează pentru proprietăți independente de efectul timoanaleptic. Acestea se referă la precocitatea efectului analgezic comparativ cu efectul antidepresiv, eficacitatea antidepresivelor la subiecți normotimici cu diverse sindroame algopatice; acțiunea antidepresivelor în durerile produse experimental la om și animale, care evidențiază creșterea pragului reflexului nociceptiv de flexie după administrarea antidepresivelor serotoninergice, precum și acțiunea analgezică a imipraminei comparabilă cu acțiunea opiaceelor în durerile experimentale la subiecți sănătoși.

Trecerea în revistă a proprietăților analgezice ale antidepresivelor subliniază faptul că acestea nu se pot reduce numai la efectul timoanaleptic, de normalizare a dispoziției, dar și la efectul acestora asupra sistemelor serotoninergice, considerându-se că serotonina intervine în analgezia morfinică.

Rezultatele unor cercetări efectuate în clinica de psihiatrie a Institutului de Psihiatrie “Socola” privind medicația antidepresivă (Imipramină, Amitriptilină, Mianserină, Maprotilină) în stările depresive confirmă și susțin eficiența asupra sindroamelor algopatice în diferitele lor forme de manifestare, localizare și interrelația cu simptomatologia depresivă.

Obiectivarea ameliorării acuzelor dureroase este realizată prin aplicarea scalei Hamilton pentru depresie în varianta 21 de itemi care reflectă simptomele-țintă ale stărilor depresive. Investigarea în dinamică, în zilele 0 – 7 – 14 și 21, permite surprinderea intensității simptomatologiei depresive și grevajului psihopatologic, precum și obiectivarea evoluției itemilor psihopatologici sub acțiunea tratamentului antidepresiv.

În configurația scalei itemii 4, 5, 6 (diferitele forme de insomnie), 11 (anxietatea somatică), 12, 13 (acuzele dureroase gastrointestinale și somatice generale) și itemul 16 (scăderea ponderală) reflectă manifestările psihocomportamentale ale simptomatologiei algopatice. În studiile efectuate s-a putut constata, prin aplicarea scalei Hamilton, în dinamica observației clinice în zilele 0 – 7 – 14 și 21, o ameliorare a itemilor 4, 5, 6, 11, 12, 13 și 16 la a doua examinare din ziua a 7-a. Ameliorarea itemiilor care reflectă evoluția simptomatologiei depresive, se realizează mai lent, fiind semnificativă la a treia și a patra examinare din zilele 14 și 21. Aceste date argumentează eficiența medicației antidepresive prin influențarea simptomatologiei algopatice independent de efectul timoanaleptic.

Paralel cu ameliorarea simptomatologiei depresive administrarea acestor preparate susține corelația clinică depresie – durere, subliniind complexitatea sindromului algopatic în dimensiunile sale somatice și psihice.

Complexitatea proceselor fiziopatologice din sindroamele dureroase implică o atentă evaluare, interpretare și corelare cu variațiile ample de manifestare în raport de structura personalității și reflectarea în sfera afectiv-volitivă. Senzația reală independentă și distinctă, precum și reacțiile individuale la durere sunt influențate atât de natura, durata și intensitatea stimulului, vârstă, sex, cât și de personalitate, tipul de sistem nervos și starea psihică. Pe lângă rolul de protecție, de intensificare a activității sistemului nervos vegetativ, cât și de creștere reflexă a tonusului muscular, durerea induce modificări importante în sfera psihică transpuse în neliniște și tensiune anxioasă, disforie, labilitate emoțional-afectivă, distimie iritabilă, tulburări hipno-vegetative. Manifestările complexe din sindroamele dureroase conturează astfel dimensiunile și componentele senzoriale, discriminatorii, afectiv-emoționale, cognitive și volitive în reflectarea psihocomportamentală. Indicațiile și eficiența terapeutică a medicației antidepresive în clinica durerii argumentează relația complexă depresie – durere, contribuind astfel la explicarea mecanismelor fiziopatologice în corelație somato-psihică. Posibilitățile oferite de evaluările psihometrice standardizate contribuie totodată la obiectivarea tulburărilor somatice și psihice, a evoluției lor sub tratament medicamentos și psihoterapic, precum și la înțelegerea și aprecierea corectă a posibilităților de vindecare în cursul demersului recuperator.



## IMPLICAȚII PSIHOMECALE ÎN ALCOOLISM

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

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

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

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

prealcoolică. Asocierea alcoolismului cu o structură particulară de personalitate arată că această dizarmonie predispune sau determină alcoolismul.

Prezența sociopatiei sau depresiei, acompaniind alcoolismul, nu arată care o precede pe cealaltă și chiar dacă ar exista o succesiune temporală, cauzalitatea rămâne încă ambiguă. Alcoolicii pot comite acte minore sociopate, iar sociopații pot bea mult, dar aceasta nu demonstrează că sociopatia este o trăsătură de personalitate prealcoolică la fel cum depresia apărută înaintea alcoolismului poate fi o stare de boală diferită. Totuși până în prezent nici o teorie despre personalitate nu a diferențiat caracteristicile sau sindroamele centrale de cele periferice și de datele psihostructurale și constituționale.

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

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

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

Alcoolismul, a patra problemă de sănătate publică, este implicat în generarea comportamentului autolitic la aproximativ o treime din cazuri. În ceea ce privește frecvența tentativelor autolitice în raport de boala psihică incidența este evaluată la 32% la personalitățile dizarmonice, 28% în cazul p.m.d., 15% – epilepsie, 11% – alcoolism, 10% – schizofrenie și deliruri

sistematizate, 3% – stări dementiale, 1% – oligofrenie. Se apreciază de asemenea că 20% din cazurile de alcoosim cronic recurg la tentative autolitice.

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

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

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

Constatările clinice atenționează asupra necesității abordării profilactice a comportamentului autolitic și al evaluării riscului suicidal în alcoolism. Aceasta implică dispensarizarea alcoolicilor prin intermediul CSM. În raport de evoluție se va apela la internare și continuarea ambulatorie a terapiei complexe de reabilitare medicală, profesională și socială, precum și extinderea psihoterapiei individuale la nivelul familiei și grupului comunitar. Urmărirea adaptării unui comportament de integrare utilă în

relațiile ambientale face necesară preluarea și continuarea unei dispensarizări active în rețeaua de medicină generală. La fiecare dintre aceste niveluri se va putea urmări activ de către medicul de familie, în colaborare cu factorii comunitari, integrarea familială, reluarea activității profesionale, randamentul în muncă, adaptarea la relațiile de microgrup. Reunirea acestor date, sinteza anchetelor de teren, reexaminările periodice psihiatrice și psihologice, indicațiile terapeutice revin în sarcina specialiștilor din CSM în paralel cu acțiuni în teren care vizează ameliorarea factorilor de mediu, recuperarea și profilaxia. Recomandările stabilite, ce definesc cadrul metodologic, solicită colaborarea în continuare a rețelei de medicină generală, utilă în finalizarea acțiunilor propuse, predicția riscului de comportament patologic și eficiența psihoprofilactică.



## SEMNIFICAȚII PSIHLOGICE ÎN DISPENSARIZAREA AMBULATORIE

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

Acțiunile curativo-profilactice și recuperatorii, ca și cele de dispensarizare, inițiate în spital se proiectează în activitatea CSM, care preia și continuă atât sarcinile de dispensarizare și asistență recuperatorie în dimensiunile lor medicale, profesionale și sociale, cât și asistența profilactică în incidență primară, secundară sau terțiară. Astfel sarcinile CSM (centrul de sănătate mintală) cuprind o arie largă a problematicii de ambulator ca: studiul factorilor de risc și elaborarea acțiunilor de profilaxie primară; depistarea activă și precoce a bolilor psihice ca și a măsurilor de profilaxie secundară; dispensarizarea activă și urmărirea tratamentului de întreținere; rezolvarea

problemelor de muncă, juridice și socio-familiale în cadrul acțiunilor de profilaxie terțiară; elaborarea măsurilor de psihoigienă și psihoprofilaxie în colectivități; îndrumarea metodologică a rețelei de medicină generală. Implementarea cercetării epidemiologice în asistența psihiatrică pornește de la necesitatea unei criteriologii nosologice prin validarea metodologiei de cercetare a bolilor psihice la nivelul cunoștințelor actuale despre natura și activitatea sistemului psihocomportamental, precum și prin beneficiul adus în cunoașterea motivației și proceselor patologiei psihice, a distribuției, profilaxiei, predicției și asistenței la nivelul unei populații.

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

Psihiatria ca disciplină medicală integrativă, antropologică și socială al cărei obiect de studiu și intervenție este boala mintală și destinul celor afectați de aceasta, orientează prin competențele și proiecția sa interdisciplinară deschiderea comprehensivă față de problematica actuală a sănătății mentale, de promovare a sănătății și vieții, într-o formă optimă de afirmare a capacității ca valori fundamentale ale societății. Centrul de sănătate mintală a apărut ca o necesitate de prelungire a contactului direct cu bolnavul psihic, de stabilire și realizare a unor măsuri profilactice și de recuperare, constituind totodată o verigă de bază a unui circuit continuu în care dispensarizarea realizează o supraveghere medicală activă curativo-profilactică individualizată pe categorii de boli psihice. Luarea în evidență a bolnavului se face după stadiul asistenței clinice și stabilirea diagnosticului, procesul dispensarizării cuprinzând acțiuni de depistare, luare în evidență, urmărire activă și scoaterea din evidență. Metodologia dispensarizării necesită fișarea cazurilor prin carnet de dispensarizare, fișa de evidență, anchetă socială și anexarea examinărilor psihologice. Astfel fiecare caz dispensarizat poate beneficia de o asistență complexă – medicală (terapie medicamentoasă și psihoterapie, examinări medicale și psihologice), profesională (ameliorarea sau înlăturarea factorilor nocivi de la locul de muncă, reducerea sau modificarea programului de lucru, reorientarea sau pensionarea) și socială (ameliorarea unor factori negativi sociali și familiali) – prin intermediul unei echipe formate din medic psihiatru, pedo-psihiatru, psiholog, asistente sociale cu concursul și implicarea factorilor de competență comunitară.

Colaborarea dintre medicul de familie și psiholog este o relație de feedback necesară atât în urmărirea evoluției bolii, cât și în stabilirea metodelor



terapeutice diferențiate de la caz la caz. Psihologului îi revine sarcina de examinare și adnotare în carnetul de dispensarizare, întocmirea fișei de examinare psihologică, amplă și descriptivă, ca prim contact, după care periodic consemnează observațiile și reexaminările. Totodată în cazurile indicate de medic se instituie ședințe de psihoterapie, prin care se urmărește recuperarea (pe funcții și tendințe de la caz la caz).

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

Instrumentarul metodologic de examinare psihologică, etalonat și validat de laboratorul clinic de psihologie al Institutului de Psihiatrie "Socola" Iași, cuprinde:

- metode de investigare și validare: anamneză și observație;
- teste psihologice.

**A. Teste de eficiență și performanță:**

- proba de corectură Bourdon-Antimov, proba de calcul Kraepelin, proba de baraj Toulouse-Pieron, proba de atenție distributivă Praga;
- investigarea memoriei;
- testul I2, proba celor 15 cuvinte (Ray A), scala de memorie Weksler, bateria A. Binet;
- evaluarea nivelului intelectual;
- bateria WAIS, matrice progresivă Raven, baterii KLT cu care se stabilesc QI sau gradul de deteriorare mintală.

**B. Chestionare de personalitate:**

- chestionarul Woodworth (WM), inventarul de personalitate Eysenk, chestionarul de anxietate Cattell, MMPI;
- teste proiective: TAT, Testul Szondi, testul Rosensweig.

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

Psihoterapia se diferențiază în funcție de starea prezentă și de durata evoluției bolii cu stabilirea recomandărilor medicale, psihocomportamentale, atitudinale. În cadrul CSM se pot aplica psihoterapie: individuală (nondirecțivă), cognitivă, antianxioasă, antifobică și comportamentală. Psihoterapia familiei are un rol important în influențarea favorabilă a bolii, vizând familia

și mediul ambiant, sistemul de comunicare al familiei intern – extern, organizarea și ierarhizarea familiei, vizitarea și contactarea familiei, stabilirea stadiilor de structurare a familiilor cu bolnavi psihici, în cadrul unui program care urmărește readaptarea și reinserarea bolnavului în mediul familial.

Integrarea psihologului clinician în echipa de asistență a CSM, prin elaborarea psihodiagnosticului și psihoterapiei, extinderea activității în teritoriul arondat reprezintă etape importante în complexitatea acțiunilor de dispensarizare care contribuie la elevarea calității asistenței medico-sociale. Implicarea în programele psihoprofilactice și recuperatorii conduce la lărgirea posibilităților de intervenție în asistența ambulatorie, abordarea diferențială și competentă a fiecărui caz în parte, evaluarea epidemiologică și estimarea predictivă a implicațiilor comportamentale în evoluția bolii psihice. Considerăm că aceste date sunt sugestive în reflectarea comportamentală și ridică problema orientării asistenței profilactico-curative, ca și a eforturilor de recuperare, care este scopul acțiunilor de dispensarizare, prin considerarea și diferențierea măsurilor adoptate în raport de prevalență, gradul de invaliditate și dificultățile de integrare familială și/sau productivă. Totodată se atenționează asupra configurației epidemiologice și riscului comportamental patologic cu dirijarea în consecință a asistenței recuperatorii ca și a predicției implicațiilor medico-sociale în incidență expertală. Astfel orientările de perspectivă privind dispensarizarea bolilor psihice subliniază rolul perfecționării posibilităților terapeutice și amendarea acțiunii factorilor ambientali patogeni prin instituirea unor modalități diferențiate recuperatorii cu acțiune asupra situațiilor psihopatologice induse de procesualitatea bolii.



## RELAȚII MEDICO-PSIHOLOGICE ÎN PSIHOFARMACOLOGIE

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

Fără a insista asupra dezvoltării psihofarmacologiei, se cuvine totuși a consemna evoluția bioterapiei psihiatrice de la medicația simptomatică hipno-sedativă până la descoperirile farmacologice actuale și posibilitățile deschise de perspectiva abordării biochimice a metabolismelor neuronale într-o permanentă corelație dintre substratul biologic și implicațiile psihologice. Amintim doar că încă de la începuturile psihiatriei moderne s-au folosit în terapeutică alcaloizii de opiu și derivații morfینici, alcaloizii solanaceelor. Alcoolul, hașișul și serpentina rauwolfia, sărurile de brom și cloralhidratul, iar din anul 1903 se inaugurează seria barbituricelor prin descoperirea barbitalului și ulterior a fenobarbitalului și altor produși barbiturici. Chimioterapia psihotropă debutează în anul 1952 prin introducerea în terapeutică a clorpromazinei de către Delay și Deniker. Ulterior medicația psihofarmacologică s-a dezvoltat prin descoperirea a numeroase preparate cu efecte psihotrope (sedative, anxiolitice, hipnotice, antidepresive, psihostimulante sau psihodestructurante) care acționează la nivelul

SNC și exercită o acțiune farmacodinamică asupra întregului organism și îndeosebi asupra unor funcții psihice elementare ca vigilitatea conștiinței, activitatea pulsională sau afectivitatea. Cu referire la medicația antidepresivă, de la confirmarea în anul 1957 a proprietăților antidepresive ale iproniazidei și imipraminei s-au introdus în terapeutică o serie de noi preparate. Menționăm dintre acestea, într-o jalonare temporală, preparatele IMAO (izocarbazida, nialamida, fenelzina, tranilcipramina), amitriptilina, trimipramina, sulpirida, antidepresivele cu structură originală (nomifensina, viloxazina, fluvoxamina), antidepresivele tetraciclice (mianserina, maprotilina), inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei. La fel și în cazul medicației tranchilizante (anxiolitice), de la introducerea în clinică a meprobamatului (1954), clordiazepoxidului (1961), diazepamului (1962), gama acestora s-a extins cu rapiditate, ele reprezentând gruparea medicamentoasă cel mai bogat ilustrată. Din domeniul substanțelor neuroleptice consemnăm descoperirea antipsihoticelor atipice și a neurolepticelor de nouă generație care reprezintă un real progres în terapia bolilor psihice cu evoluție prelungită, fiind considerate «a treia revoluție în psihiatrie» datorită caracteristicilor farmacoclinice și avantajelor oferite prin creșterea complianței la tratament, eficiență clinică, certitudinea și spațializarea administrării, precum și modificarea favorabilă a relației medic – pacient prin individualizarea și continuitatea tratamentului în condiții de dispensarizare. Dintre substanțele psihoanaleptice consemnăm beneficiul terapeutic al psihotroanelor de reglare metabolică de tipul piritoxinei (encephabol, piritinol) sau substanțelor nootropice ca piracetamul (nootropil, pyramem, piracetam).

Încercarea de cuprindere a tuturor medicamentelor psihotrope a condus la elaborarea unor numeroase clasificări (V. Predescu și colab., 1976; D. Ginestet, P. Peron-Magnan, E. Zarifian, J.E.Chevalier, 1979; W. Poldinger, 1983; R. Spector, H. Rogers, D. Roy, 1987), care au la bază clasificarea propusă de către Delay și Deniker și în care substanțele psihotrope sunt grupate în trei mari categorii: psiholeptice (sedative psihice), psihoanaleptice (stimulante psihice), psihodisleptice (perturbatoare ale activității psihice).

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

Testarea de laborator a acțiunii și efectelor medicației psihotrope include experimentarea pe animale prin efectuarea unor teste de toxicitate acută,

subacută și cronică, testarea efectelor neurodinamice, teste de motilitate, somn, temperatură, pentru cercetarea efectelor cataleptizante, reactivității emoționale, antireserpinice și a studiului comportamentului liber. Metodologia experimentală în studiul substanțelor antidepressive necesită o evaluare neurofarmacologică pentru determinarea profilului de acțiune prin metode specifice (când se cunoaște clasa din care fac parte) sau metode generale (în cazul unor structuri noi și necunoscute).

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

Experiența acumulată ne permite referiri la medicația tranchilizantă (studii în dublu-orb asupra preparatelor: tofizopam, diazepam și nitrazepam versus placebo), medicația antidepressivă (cercetări clinice deschise, comparative în simplu și dublu-orb asupra preparatelor mianserină, maprotilină, viloxazina, sulpirida, imipramină, amitriptilina, tryptizol, melitracen, tianeptina, sertralina, reboxetina, duloxetina, escitalopramul), studii asupra aplicațiilor și eficienței clinice a antipsihoticelor atipice și a neurolepticelor depou. Metodologia studiilor efectuate standardizată în raport de preparatele cercetate a constat, în observație clinică, notarea momentului primei ameliorări și a ameliorării maxime, determinarea constantelor biologice, EEG, EKG și examenul FO inițial și la sfârșitul tratamentului, măsurarea TA și pulsului pe toată durata observației clinice și investigația psihologică la 0 – 7 – 14 – 21 zile.

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

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

Medicația antidepressivă oferă un cadru optim cercetării experimentale, datorită posibilităților de observație în asistența clinică, investigație psihologică și estimare a rezultatelor într-o perioadă limitată de timp. În cercetările menționate s-a procedat la aplicarea dinamică la 0 – 7 – 14 – 21 zile a scalei Hamilton pentru depresie (HAMD) în varianta 21 de itemi și scara 0 – 4, concomitent cu chestionarele de evaluare DE – AN (40 itemi) și AM – LE (22 itemi) și un supliment dispozitiv testabil (ISDAN, W – M, Eysenk, chestionar anxietate, test I2 și Rawen) aplicate la începutul experimentului în scopul surprinderii intensității simptomatologiei depresive.

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

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

- efecte pozitive ale psihofarmacologiei asupra psihoterapiei, care sunt ilustrate prin reducerea simptomatologiei și în special a tensiunii afective, anularea insomniei, ameliorarea capacităților de comunicare a contactelor interpersonale, favorizând apariția unor noi posibilități de relaționare;
- efecte negative ale psihofarmacologiei asupra psihoterapiei, exprimate prin scăderea tonusului emoțional, capacității de rezonanță afectivă și consecutiv, prin «distanțarea» față de problematica situațională și interpersonală. Se consideră totodată o diminuare a motivației de vindecare și a capacității de participare la actul terapeutic, prin accentuarea regresivității și perpetuarea dependenței, o dată cu creșterea încrederii «magice» în terapeut. Acesta având posibilitatea utilizării medicației psihofarmacologice, este încurajat de a folosi acest mijloc terapeutic facil, cu tentația de a-l mânui uneori mai mult autoritar-agresiv decât tolerant-comprehensiv;
- efecte pozitive ale psihoterapiei asupra psihofarmacologiei, care constau, în primul rând, în facilitarea complianței pacientului privind prescripțiile medicamentoase ale terapeutului. Acest fapt, ale cărui implicații depășesc ariile medicale, având largi ecouri sociale, constituie premisa realizării unei autentice relații interpersonale;

- efecte negative ale psihoterapiei asupra psihofarmacologiei, relativ rar întâlnite și sporadic semnalate, care constau mai ales în creșterea anxietății, fapt ce interferează negativ acțiunea substanțelor neuroleptice.

Această sistematizare este larg orientativă și menționăm că interacțiunea dintre psihofarmacologie și psihoterapie nu poate fi standardizată, în practică necesitând a fi individualizată. Cu toate discuțiile existente asupra reciprocității dintre psihofarmacologie și psihoterapie în sensul unor efecte pozitive și negative ale psihofarmacologiei asupra psihoterapiei sau asupra unor efecte pozitive și negative, ale psihoterapiei asupra psihofarmacologiei putem afirma că «montajul» psihologic, examinările repetate și aportul psihologului clinician realizează o veritabilă psihoterapie în contextul abordării psihofarmacologice ca validare farmaco-psihoterapeutică și socioterapeutică. Aportul explorator și aplicativ al psihologiei medicale prin psihodiagnostic, evaluarea psihopatologică și psihoterapia susțin și racordează psihofarmacologia în complexitatea asistenței clinice, sudează echipa medicală în relația terapeutică medic-pacient prin elevarea competenței, comprehensiunea și ameliorarea bolii psihice care se răsfrânge în adaptarea și înțelegerea pacientului.



## COMPONENTELE PSIHOLOGICE ALE COMPORTAMENTULUI PATOLOGIC AUTODISTRUCTIV

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

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



o încărcătură neașteptată, dar vectorizate spre o traversare a psihicului său, de a funcționa conform unui scop, adesea opus, care apare în sistemul psihic.

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

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

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

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

Tulburarea (lat. *perturbatio-onis* – tulburare, neregulă, patimi) se referă, în contextul ecuației componentelor psihologice ale actului autodistructiv neașteptat, la maniera psihologică în care este deranjată starea de pace, de liniște, de echilibru sufletec; ea exprimă starea de indispoziție tulburătoare a unui individ, la un moment dat. Încărcătura conflictogenă cu conținut dușmănos este continuată (ori suprapusă) cu o tăcere totală, cu un mutism

lipsit total de rezonanță afectivă ori comportamentală, retragere, violență excesivă sau hiperactivitate, introspecția dezordonată și neselectivă.

Investigațiile psihologice realizate au relevat faptul că structura psihologică compozițională a creșterii exagerate a tulburării la un comportament autolitic potențial asimilează cel puțin cinci condiții emoționale negative:

- a. deznădejdea (stresul negativ și depresia de doliu), deposedarea și necazul;
- b. atitudinea extrapunitivă (mânia, ura și agresiunea psihică);
- c. atitudinea intrapunitivă (remușcarea, vinovăția proprie, depresiunea, conștientizarea răului și nevoia de autopedepsire);
- d. ieșirea prin retragere din statut și rol, abandonarea (cu sens de dezertare);
- e. lipsa afectivității, care este o varietate a situației de a fi «mort pentru restul lumii», cu dezgustul, amărăciunea și umorul bațjocoritor sau amar.

Se poate afirma, așadar, că este vorba de un lanț al emoțiilor negative, declanșat de procesul sporirii dușmăniei și tulburării.

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

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

În acest moment critic, gândurile obișnuite, simplele sentimente de iubire, de responsabilitate, nu mai apar perimetrizate și proiectate în minte și nu mai sunt utilizate în conștiință. Acum persoana în cauză crede că nu se mai poate face nimic pentru a se salva și apare acel «tunel al viziunilor», în care focarul dominant este chinul imposibil, insuportabil, iar emoția intolerabilă ca suportare. Apare și se instalează acea stare fatală sau fatalitate, care pentru clinicieni poate constitui un adevărat criteriu de validare predictivă a încărcăturii psihopatologice celor trei componente ale comportamentului autodistructiv neașteptat.

Dar scânteia care aprinde acest amestec exploziv al stării de letalitate este ideea că numai astfel se poate pune capăt durerii, proiectându-se astfel în

mod spontan ideea de a opri, de a înceta, ca o soluție de ieșire din situație (în sensul răspunsului și rezonanței la problemele existenței și nu în sens clinic). Această idee a încetării (lat. *quietare* – a opri dintr-o dată, pe neașteptate, a nu mai continua, a stagna, a întrerupe) încheie ecuația matriceală a celor patru componente ale actului autodistructiv.

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

Descoperirea precoce a acestei situații, cu patru necunoscute structurate dinamic și unitar, ar putea schimba direcția intențională a comportamentului și s-ar putea ajunge la o selectare a tehnicilor de psihoterapie și a schemelor de tratament specifice unei urgențe psihiatrice.

În literatura de specialitate și în clasificările internaționale ale bolilor psihice, tipurile de comportament patologic autodistructiv, înregistrate în momentul descoperirii și asistenței lor, se prezintă criteriologic astfel: tentativă suicidală cu substanțe solide ori lichide; cu gaze de uz casnic sau cu alte gaze și vapori; spânzurare, strangulare și asfixiere; înec; arme de foc sau explozive; instrument tăios sau perforat; săritură de la înălțime; alte mijloace neprecizate.

Elementele psihomedicale încorporate în comportamentul patologic suicidal se referă la procedurile de finalizare ale acestui act autodistructiv. Cele mai frecvente sunt:

- procedurile traumatice (arme albe, proceduri similare cu ace, cuie, andrele etc, arme de foc improvizate, proceduri de aruncare în gol de pe o stâncă, de la o fereastră, în fața unui automobil, tren ori în fata unei mașini industriale);
- proceduri prin arsuri (aprinderi, cremațiuni etc);
- proceduri prin asfixie (cu diferite substanțe), spânzurare cu suspensia completă sau parțială, strangulare direct prin obturarea căilor de acces respirator, submersia în mare, cadă cu apă etc., asfixiere prin vapori de carbon, prin gaze de iluminat, îngropare, electrocutare etc.;
- proceduri toxice (otrăviri vegetale și chimice).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

conflicte intrafamiliale, dacă în familie s-a produs un transfer afectiv de la starea de mariaj la starea de văduvie etc.

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

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

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

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

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

Analiza transculturală a fenomenului luat în discuție trebuie să includă neapărat și parametrul de educație a suicidului, contagiunea autolitică, contaminarea autolitică, epidemia autolitică (imitație directă, indirectă) la care

trebuie adăugat și un nou aspect referitor la împrejurările care au putut induce actul autodistructiv: gesturi autolitice, noțiuni despre tentativele autolitice aflate în mod fortuit, participarea întâmplătoare la un eveniment brutal autolitic, care l-a frapat pe individ și care ar fi putut avea o valoare relevantă, educație pasivă indirectă (a ascultat cu o curiozitate deosebită despre o tentativă autolitică a altcuiva, precum și detalii asupra realizării acesteia într-un moment de mare inducție, mijloacele mass-media din ultimul timp ori cu timp îndelungat, care au rămas imprimare în subconștient și s-au reactualizat, alegerea unui «model suicidar», care a putut precipita o cristalizare ideativă autolitică, ascultarea sau învățarea unor cântece de tipul «suicide song», sugestive și depresive pentru o inducție suicidară).

Modul în care a fost pregătită tentativa autolitică este o altă fațetă a personalității, comportamentului patologic autodistructiv: cu discreție (în special în depresie) sub acțiunea unor impulsii patologice cu dorința de a nu fi finalizată (demonstrativă) și cu dorința de a fi un act autodistructiv sigur.

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

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

1. tendința spre tentativă reprezintă sensul specific al unei constituții oarecare;
2. tentativa se prefigurează în mod reacțional.

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

Actul autodistructiv patologic depinde din punct de vedere psihologic și de structura reacțională de personalitate, pe care literatura de specialitate o

clasifică astfel: introvertiții, extravertiții, egoiștii, altruiștii, realiștii, idealiștii, plasticienii și regizorii.

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

- motilitatea (care dă naștere activității și care reprezintă dispoziția);
- nutriția (care generează aviditatea);
- generarea (care fondează calitatea bună a caracterului).

Concomitent cu structurile și contribuțiile patologice încorporate și asimilate în actul suicidar, trebuie stabilită o corelație și o interdependență între acestea și trăsăturile înnăscute, dacă nu ereditare, pentru individul care a comis actul autodistructiv:

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

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

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

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

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

Delirul de revindicare provine din alternanța elementelor hipomaniacale și paranoide.

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

1. tentativelor de tip automat, mai mult inconștient decât impus, care pot fi la rândul lor de tip:

- automat – inconștient (fără motiv aparent, fără motiv, cunoscut, fără o maladie morbidă și unde poate fi vorba chiar de un echivalent epileptic);
- automat – conștient (impulsul de a urî subconștiința subiectului, fără ca voința să participe la acest act).
- 2. tentativă autolitică emotivă: forma activă (cu excitație, agitație, hipertonie simpatcă) și forma pasivă (cu depresie, imobilitate, hipervagotomie);
- 3. tentativă autolitică pasională;
- 4. tentativă autolitică rațională.

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

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

- starea de sănătate psihică sau somatică neplăcută și insuportabilă;
- insuccese profesionale;
- dificultăți familiale (impacte, conjugopatii);
- carențe afective;
- conflicte de origine sexuală;
- pierderea neașteptată a unui partener apropiat;
- traumatisme psihice, fizice sau sociale;
- stări stresante insuportabile;
- stare de alcoolism avansată;
- frica de răspundere transformată în angoasă;
- rușinea sau regretul pentru unele fapte comise înneconcordanță cu statutul real ori recunoscut sau dobândit;
- căsătorii distruse;
- un partener alcoholic care maltratează pe celălalt partener;
- conjugopatii cu coloratură frigidă sau legată de impotență;
- brutalitatea și severitatea în educarea unui membru de familie;
- inducție prin mijloacele «mass-media»;
- conflicte după un număr mare de eșecuri datorită diminuării dinamicii sexuale în viața matrimonială și familială.

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

- răspunsuri cu ușurință și simplitate despre actul concis;



- răspunsuri care proiectează unele idei autolitice anterioare, dar nerealizate și pe care le-a depășit mai ușor sau mai greu;
- răspunsuri «cu regret» cu rezonanță afectivă pozitivă despre actul comis;
- confirmații prin care subiectul recunoaște încercă actul autodistructiv intenționat a avut un scop pe care nu-l putea declara înainte de a se decide (fie din lipsă de încredere, fie din lipsa unui psihoterapeut);
- nu au lipsit răspunsuri care se refereau la scopul autolitic de a recăștiga unele drepturi pe care el le consideră îndreptățite;
- motivații afective prin care «s-a urmărit ceva» (de obicei astfel de drepturi afective nu vizau drepturi ori câștiguri materiale);
- răspunsuri repetabile atât pentru actul comis, cât și pentru faptul că s-a traumatizat fizic și psihic într-un mod neprevăzut și neluat în calcul;
- puține, dar concludente, răspunsuri prin care se solicită sprijinul unui psihoterapeut competent și discret;
- un număr impresionant de răspunsuri, oferite atât la începutul, cât și la sfârșitul asistenței psihiatrice de urgență, se refereau la intenționalitatea de repetabilitatea actului autodistructiv (imediat, mai târziu, cu aceleași mijloace, cu o siguranță că actul va fi finalizat definitiv, mai brutal și mai categoric).

Asistența de urgență psihiatrică pentru pacienții care au comis actul comportamental patologic autodistructiv a inclus și un eșantion de subiecți care aveau la activ mai multe tentative autolitice. Analiza răspunsurilor verbale asupra actului autodistructiv a înregistrat următoarele formule:

- s-au repetat aceleași mijloace și procedee;
- mijloacele utilizate ultima oară au fost inofensive;
- mijloacele preferate au fost mai puternice și mai dureroase;
- mulți au apreciat efectul negativ al sechelelor restante, ceea ce-i va face să repete actul autodistructiv.

Aplicarea scalei de observație semiologică a riscului comportamental auto- și heteroagresiv a confirmat prezența agresivității împotriva propriei persoane, iar scala de anxietate a evidențiat tendințe puternic recenzate de anxietate ca stare și trăsătură, cu valoare și semnificație clinică:

Scala Hamilton (depresie) aplicată în Clinica de Psihiatrie pentru cazurile cu tentative autolitice a detașat șapte itemi cu valori ridicate: anxietate psihică, depresie anxioasă, tristețe-pesimism-tendință spre plâns, pierderea interesului pentru activitate și incapacitatea de a face față solicitărilor, anxietate somatică, simptome paranoide și sentimente de vinovăție și culpabilitate.

Cercetările efectuate pe un eșantion din grupa patologiei depresiei au semnalat următoarele informații:

1. în depresia organică s-au semnalat traumatisme cerebrale, arteroscleroza cerebrală și tumori cerebrale;
2. în depresiile organice simptomatice au fost detașate: hipertimiile, neoplasmale, leuconevraxitele și simptomatologia reticulară cutanată;
3. în depresiile de involuție s-a apreciat deteriorare precoce, mascată, difuză și nesistematizată;
4. în depresiile endogene, asociate cu stările depresiv-reactive am înregistrat stări de tristețe, descurajare, autoacuzare, lipsa unei speranțe și dorința de a scăpa de o asemenea stare.

Toxicomania în timpul actului autodistructiv a fost înregistrată astfel:

- tentativa a fost comisă după consum de alcool 52%, în stare de ebrietate 28% și după abținere 10%.

Analiza foilor de observație a pacienților care au beneficiat de un tratament intensiv de urgență medico-psihiatrică a permis să desprindem un inventar și un tablou simptomatologic al potențialului de risc suicidar pentru actul autodistructiv prin comportamentul psihopatologic (tablou care poate fi discutat, deoarece sunt prezentate: rezultatele obținute doar pe un eșantion limitat), deși acest evantai simptomatologic are clemente comune cu cele oferite de statisticile Organizației Mondiale a Sănătății:

- insomnii de lungă durată, mai ales în partea a doua a nopții, uneori cu un conținut de risc distructiv;
- agitație anxioasă generalizată și sistematizată, rigiditate afectivă accentuată și cu vectorizare agresivă;
- depresie accentuată diurnă cu idei de inutilitate, culpabilitate, vinovăție și autoreproșuri;
- sentimente grave de autoapreciere cu o coloratură de inferioritate și autoacuzare, inhibiție psihomotorie cu pierderea inițiativei pentru activitate (lentoare ideomotorie și ideoafectivă);
- diminuare ponderală marcată;
- inhibiție generalizată asociată cu diminuarea dinamicii sexuale, teama obsedantă de a nu deveni un bolnav psihic ori de a nu face rău cuiva;
- oroarea intenționată de a nu comunica cuiva despre unele simptome și ideile autolitice și rigiditate la influența față de mediu.
- halucinații imperative sistematizate cu îndemn autodistructiv.

În perspectiva cercetării și în concepția celor două Școli de Psihiatrie din Iași și Chișinău a prezenței și asistenței suicidului putem distinge:

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

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

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

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

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



## PSIHOLOGIA STĂRILOR DE AGRESIVITATE

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

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

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

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

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

Mobilitatea și gradul general și caracteristic nivelului de organizare și funcționare interumană se referă, în semnificația medicală, la concepte generale numite în ansamblul lor, ca dezorganizare, perturbare sau patologie

socială. Sensul multimodal al acestui concept este interdisciplinar, dar competența pentru cercetare și asistență în psihiatrie deține în mod firesc doar limitele medicale și criteriile lor de validare.

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

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

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

Unele din aceste teorii iau în considerație retardarea culturală datorită dezvoltării și expansiunii științifice și tehnice, altele privesc societatea modernă industrială și post-industrială, care în avansul ei rămâne formalizată sau lipsită de funcționarea și structurile interumane ce realizează altele nevoi și aspirații, cu alte relații motivate moral și material.

Apropiat acestor direcții, dezorganizarea socială este cercetată în dinamica conflictului dintre valorile bazele ale funcționării umane. Nu putem epuiza de altfel toate opțiunile teoretice, dar multe dintre acestea contribuie prin aspectele ce le precizează să dezvăluie mobilitatea și tendințele lumii noastre contemporane. Agresivitatea umană prin multiplele ei aspecte denunță conflictul valorilor, dar și generalizarea unor motivații particulare relațiilor noi de viață. Astfel se enunță impactul interpersonal la condițiile și nivelul lor de extindere sau chiar de generalizare la relații funcționale prin care nu mai devin posibile atributele caracteristice unui grup sau comunitate umană.

**Surse psihopatologice în devianța conduitei agresive.** Particularitățile patogene ale conduitei agresive exprimă generalizarea informațională, importanța mass-mediei nivelată comportamental și atitudinile stradale influențate de conflictualitate și frustrații, de standardele pragmatismului dominat de violența, plafonarea și subnivelarea valorică de proiect și aspirații. Ele pot constitui sursele numeroase și variate ale unei psihopatologii comportamentale în lumea noastră actuală.

Dezvoltarea și progresul spectacular al tehnicii, ca și beneficiile incontestabile aduse vieții și civilizației, dau însă în mod constant și previzibil efecte negative ecologice, după cum în mod evident pot provoca acțiuni distructive, provocate de violența individuală sau colectivă ajutată de perfecționarea

tehnicii, până la dimensiunea unor severe calamități. Orice adolescent, orice femeie sau bărbat când dispune de o modalitate agresivă tehnică poate amplifica reacțiile sale de frustrare și violență până la consecințe neprevizibile și distructive pentru persoane sau victime, unele cu totul indiferente și nediscriminate. Actele de agresiune, ca și cele de terorism până la deturnările de trafic rutier și aerian, fac parte din instabilitatea severă a riscurilor noastre de fiecare zi. Dar constatăm tensiunea și îngrijorarea ce implică extinderea agresivității și violențele în nebanuite proporții de victimizare și uneori față de valori irecuperabile. Exterminarea în proporții nebanuite a unor ființe umane poate deveni posibilă în relațiile actuale, fără chiar a unui act agresiv considerat în sine ca o conduită de acest fel. Astfel, fără a se stabili nici o legătură de cunoaștere sau contacte directe, se poate acționa și extinde asupra unor alte persoane, prin acțiuni agresive (teroriste sau războinice), prin intermediul unor tehnici prezente, biologice, toxice, electronice și termonucleare. Orice contacte interpersonale pot dispărea în fuziunea anonimatului și iau locul conflictelor și frustrațiilor. Ele pot fi animate doar de insecuritate, gelozie și angoasă, naționalism prin complexe de inferioritate sau superioritate ce potențează exploziile de violență, care se pot evidenția atât individual, cât și colectiv.

Conflictele, prin aportul lor interpersonal sau cele inter-comunitare, sunt factori necesari și dinamogeni de transformări și substituiri necesare unor stagnări stereotipe și lipsite de dinamism și viabilitate. Violența în limitele conflictelor devine însă depășită de dominanța acțiunilor reactive, de ordin primar sau de diferite grade de complexitate. Expresia sa faptică sau potențialul gestant al conflictelor violente întreține ura ca devianța de înțelegere și reprezentare a unui blocaj psihologic și informațional, cu reproduceri stereotipe de obiceiuri. În acest fel ura devine programată ca expresie a sinelui față de toți, cu explozia pulsională de insațietate cum sunt foamea sau sexualitatea, ce se dezlănțuie prin compensații deviate sau paroxisme fără a dispune de anticipație spre stabilizarea unor modele și valori ce-și găsesc încă proiecția de viață. Putem doar calcula, în limitele previzibilului, efectele unor conduite agresive individuale și poate chiar colective, prin impactele brutale sau mutațiile, a căror consecință generalizează violența ca un mod particular de atitudine și viață. Unele constatări psihosociologice se referă la motivația unor conduite și acțiuniceapartin unor nevoi bazaie față de configurațiile diferite și particulare ale lumii noastre moderne. Astfel nevoia de identitate a oricărei condiții umane s-a realizat și se afirmă prin atitudinea contrarie de acceptare a anonimatului. În lumea noastră fiecare persoană aspiră să se valorizeze și poate această nevoie excesivă conferă fiecărui destinul propriisale existențe. O altă nevoie psihocomportamentală

poate lua în considerare stabilirea permanentă a stimulării ca formă contrară a indiferenței, ca expresie dezangajată a intereselor și atoniei de atitudine. S-a și descris de altfel exercițiul agresivității ca lipsă de preocupare și extravaganță a plictiselii.

Mobilul și direcționarea conduitelor este cu siguranță dificilă și complexă, dar stratifică unele trăsături mai caracteristice ale sistemului modern de viață. Din aceste trăsături fundamentale nevoia de securitate se confirmă cu o constantă a vieții individuale, dar și a unor relații comunitare. Opusul ei apare în tensiunea de panică și angoasă, ca proiecție durabilă a fricii. Violența și agresivitatea în numeroasele sale forme de exprimare umane nu se poate limita doar la cazurile clinice patologice individuale, dar și la situațiile extinse de victimizare intenționată, activă, cu exprimarea clasică și distructive identificate.

În referința noastră, cadrul medical al conduitelor agresive explică aspectele patogene ce decurg din docilitatea individuală și de grup prin ordonarea în acest fel a unor ființe necunoscute sau anonime. Ele acționează și provoacă consecințe unor impacte tehnice, economice, demografice, ecologice și psihosociale. Nu depășim în mod firesc limitele. Și criteriile medicale, dar nu putem semnală climatul psiho-comportamental sesizabil al unor tendințe generale în mutațiile: lumii noastre din care unele consecințe pot întreține potențiale riscuri pentru relațiile de viață și starea de sănătate mentală previzibilă. Docilitatea poate apărea doar ca o trăsătură de comportament, dar ininterconținerea comunitară prin joc oportun de nevoi pragmatice, prin autoritate și însușirea repetată a unor modele neconcordanț subiectivate, dezvoltă frustrații și exaltarea reactivă dominant situațională.

Mutațiile lumii noastre actuale sunt o proiecție de ansamblu a vieții, a progreselor și riscurilor imediate, dar și de durată, a particularităților diferite de acțiune și reacțiune la nevoile și aspirațiile oamenilor. A existat poate mult prea optimistă condiția de orgoliu a lumii contemporane când a apreciat civilizația și o nestăvilită performanță a unor culminante depășiri. Dar cel puțin secolul nostru nu poate fi, în ascensiunea istoriei, un secol blând și tolerant. Unii îl consideră poate cel mai sălbatic secol al umanității, cel al victimelor, al agresivității războaielor și terorismului, al urii și crimei organizate, al intoleranței și exceselor față de viață și natură. În raportarea noastră conduitele agresive dețin dominanța preocupărilor noastre medicale fără a putea fi ignorate sau omise cele ce sunt relaționale psihopatologic și victimolog. Instabilitatea lumii noastre se proiectează în relațiile și conduitele umane în răsturnările politice, juridice, socioeconomice ale oamenilor, la condiții morală de precară coeziune.

În milenara elaborare a creierului nostru s-au instituit formele de comunicare directă prin intermediul grupelor mici sau extinse, după cum s-au constituit colectivități prin relații directe sau mediate, iar în prezent comunicarea și informarea devine accesibilă și extinsă. Urbanizarea și supra-dimensionarea sa, inegalitatea intervențiilor tehnice și a exploataării unor noi relații postindustriale sau condiția tehnocratică marchează inegalabile contraste și mari mutații dintre niveluri de conduită, aspirații și ritmuri de viață. Se fac în continuare constatări și relații despre habitatul urban și bolile mentale, despre zonele expuse unor riscuri patologice extrem de diferite de la o zonă geografică la alta, aglomerări prin migrația internă ce aparține unor alte obiceiuri. Mai deosebită apare migrația din alte zone cu diferențe profesionale sau de altă natură. Aglomerarea deja cunoscută unor zone urbane este din ce în ce mai solicitată de migrație economică, profesională sau etnică, cu maladaptări și conflicte, cu dezadaptări și însingurarea personalității. Stările depresive, reacțiile delirante, nevrozile, alcoolismul și în general narcomaniile, delincvența juvenilă, tulburările de comportament, agresivitatea, criminalitatea, divorțialitatea, conjugopatiile – toate conflu-ează în perturbarea stării de sănătate mentală și a ritmului contorsionat de existență a vieții.

Prezentarea noastră exhaustivă nu-și propune analiza detaliată a acestor aspecte și dezvăluie doar sursele, consecințele medicale ale unor patologii psihocomportamentale clinice și relaționale. Apar însă și alte aspecte constative fără consecințe de calamitate brutală a condițiilor noastre de viață.

Procesele demografice dețin intervenții relativ imediate sau previzibile în dinamica comportamentală a unor populații. Nu le putem nici cuprinde și nici analiza pe toate. Familia restrânsă deține aspecte relativ caracteristice pentru personalitatea psihocomportamentală și socială a copilului deseori unic. Șansa de viață a fost întotdeauna mai mare în familiile numerice, iar copilul unic și relația sa familială deseori a fost considerată o anxioasă înfruntare de riscuri în dezvoltarea și afirmarea personalității infantilo-juvenile. Restrângerea limitată a grupului familial, absorbția mamei în prestația profesională, a grupului familial, pragmatizarea precoce a dezvoltării copilului cu întârzierea maturizării unor conduite și atitudini în adolescență, contribuie alături de alte caracteristici actuale, la profilul psihocomportamental demografic. Se accentuează divergențele până la conflict a raporturilor dintre generații, a căror diferențe se diminuează, ca și tendința de segregare a persoanelor în vârstele înaintate, ce contribuie la o evidentă scădere a coeziunii socio-umane, cu dezafectarea unor înțelegeri, de intoleranță și exacerbare egofilă ca o introducere în calea conflictelor și violenței.



Relațiile umane, supuse unor mutații alerte asupra evenimentelor ce proiectează mecanisme extrem de complexe, biomedicale, atitudinale și socio-comportamentale sunt poate greu de anticipat, dar la gradul nostru de semnalare și înțelegere aparțin prevederii și evitării previzibile pentru promovarea viabilă a existenței și naturii noastre.

Înțelegerea lor poate oferi un prilej de sobră meditație la o angajantă responsabilitate morală față de tot ce poate semnifica condiția umană și proiecția duratei sale de afirmare.

Creativitatea omenească dispune de performante posibilități și valori umanitare ce pot promova dreptul de sine și al celorlalți față de, poate, nerepetabilele și mereu schimbătoarele condiții ale naturii și vieții noastre.

Aceste condiții și relații pot fi cu siguranță diferite, dar și alternative, de respect tolerant față de îndreptățile aspirații valorice ce aparțin traiectoriei proprii ale fiecărei persoane, ale personalității și comuniunii sale. Ele pot susține în integrală măsură contribuția și participarea la promovarea lumii noastre de a fi, a se afirma și de a progresa.



## ASPECTE PSIHOMECALE ALE CONJUGOPATIILOR

**D**atorită rolului și semnificațiilor majore pe care le deține în sistemul social, familia, cu întreaga ei problematică, se menține în continuare în atenția specialiștilor din diverse domenii de activitate social-științifică, inclusiv la nivelul unor organisme internaționale afiliate ONU

În contextul acestor direcții de cercetare pluridisciplinară, medicina și psihologia, pentru care sistemul familial întrunește condițiile unei unități funcționale de bază în asistența stării de sănătate, și-au aprobat nu de puține ori aportul la elucidarea unor aspecte semnificative privind viața conjugală, elemente ce intră în mod firesc în sfera lor de interes științific. Între aceste probleme, studiul familiei funcțional dezorganizate implică analiza unor factori și situații cu potențial perturbator, pentru echilibrul intrafamilial, între care semnalăm alcoolismul, patologia mintală, tulburările de coabitare, violența și conflictele conjugale, diferitele tipuri de conjugopatii etc.

Structura și funcțiile familiei sunt condiționate de o multitudine de factori, între care rolul componentelor grupului familial, tipul de comportament procreativ, forma de exprimare a autorității, nevoia de securitate emoțional-afectivă, stabilitatea economică și conjugală etc., dețin o semnificativă valoare. Caracterul interrelațiilor conjugale și climatului psihosocial creat se exprimă nemijlocit atât în cadrul grupului familial, cât și în raporturile cu ambianța, în acest sens adoptându-se modele diferite de informare, comunicare, educație, participare socială etc. Toate aceste aspecte, care influențează pregnant starea de sănătate familială, devin obiect al cercetării medico-psihologice, în accepțiune modernă privind conținutul specific și promovarea acestor orientări și modalități de studiu și intervenție în viața comunitară.

În concepția OMS, sănătatea conjugală reprezintă un proces de homeostazie bazat pe complementarea dorințelor, pe corespondența și disponibilitatea pentru ajustări și compromisuri reciproce, conjugalitatea fiind de fapt un acord biologic, caracterial, intelectual și cultural-valoric, care menține unitatea și sănătatea familiei, asigură transmiterea valorilor prin intermediul copiilor și contribuie la realizarea progresului social. Acest acord însă nu se realizează totdeauna pe deplin și de la sine, în realitate unitatea structural-funcțională a familiei fiind deseori perturbată de riscul unor conflicte și frustrări diverse, de factură biomedicală psihoafectivă, socio-economică și moral-valorică, multe cupluri ajungând în situația de impas sau chiar de criză. În acest sens ne-am întreba cu o relativă îndreptățire dacă nu cumva familia tinde să devină o instituție cu tot mai puțini slujitori.

Conjugopatiile pot fi definite ca incompatibilități relaționale cu un substrat motivațional complex și polimorf, încare motivele dominante se relevă a fi uneori de ordin biomedical și psiho-comportamental, altele de factură socio-economică, etico-morală, religioasă etc. Conjugopatiile pot fi absolute sau relative, marginale sau asociale, biomedicale (inadaptare socială), psihologice (infidelitate, boli psihosomatice, incompatibilități caracteriale) sau axiologice (disonanțe valorice, principii educative inadecvate sau nocive). Uneori patologia dizarmoniflor conjugale se structurează în sindroame specifice, cum ar fi: psihosindroame nevrotice reactive prin tensiuni reciproce consecutive climatului conflictual: dezvoltări descomportamentale de aversiune și violență cu acte de hetero- și autoagresivitate; alcoolism individual sau de cuplu, cu exacerbarea trăsăturilor egofilice, psihopatizarea personalității sau chiar evoluția psihotică, dezvoltări delirante cu trăiri victimologice rebele; tensiuni conflictuale grave și persistente cu efecte iremediabile de segregare.

Explorarea biomedicală și psihologică a relațiilor intra-familiale (în special a celor dezorganizate) întâmpină deseori dificultăți notabile datorită caracterului specific al acestora, pentru preîntâmpinarea îndoielilor și opoziției cuplului, cercetătorului fiindu-i necesare, pe lângă o solidă pregătire științifică și calități empatice deosebite. De aceea, explorarea medico-psihologică a familiei se realizează de regulă pornind de la caracterul influențelor reciproce în cadrul cuplului, obiectivitate în actele de conduită ale partenerilor și copiilor.

Observațiile pe o îndelungată perioadă de timp și pe un lot puternic semnificativ de cupluri dezorganizate, au relevat:

- conjugopatiile pot surveni indiferent de vârsta partenerilor la căsătorie, precum și la vechimi variabile ale căsătoriei;

- conjugopatiile apar în forme identificabile, indiferent de categoria profesională;
- conjugopatiile au intensități diferite, mergând de la interiorizare taciturnă până la exteriorizare ostilă;
- conjugopatiile duc la devalorizarea partenerului prin atribuirea de către celălalt a unor calități negative și în consecință la deteriorarea relațiilor conjugale;
- distorsiunea relațiilor de cuplu e sesizată de regulă mai întâi de femeie, datorită particularităților sale psiho-comportamentale, care solicită sprijin în funcție de priceperile și convingerile sale;
- conjugopatiile duc frecvent la hipogenitalism, la perturbarea severă a relațiilor intime;
- conjugopatiile produc dezechilibru între tendințele funcționale și cele normative ale personalității;
- conjugopatiile generează situații psihopatologice care angajează întreaga structură funcțională a familiei;
- conjugopatiile devin factori potenți de frustrare afectiv-educativă, distorsionând procesul normal de socializare a tinerei generații, conflictele familiale dețin un risc major în generarea unui climat nociv, cu efecte negative directe asupra descendenților, prin structurarea deficitar-dizarmonică a unor personalități infantilo-juvenile.

Se evidențiază existența unei factorialități cu potențial și risc de dizarmonii conjugale cert identificabile:

- incompatibilități inițiale ale personalității, uneori chiar frapante, nesesizate de către parteneri datorită unor deficite proprii de educație și informare;
- apariția sau predominanța unor situații sau motivații conjuncturale, cu o insuficientă angajare emoțional-afectivă sau dimpotrivă cu supramotivare;
- încheierea unor căsătorii întâmplătoare, de circumstanță motivate pragmatic etc, care generează cupluri inafective egocentrice, competitive, imature etc., incapabile de modelări sau compromisuri;
- deficite emoțional-afective, greu educabile ale partenerilor (rigiditate psiho-afectivă, instabilitate psiho-comportamentală, toleranță scăzută la frustrări, sugestibilitate, susceptibilitate etc.);
- conduitele impulsiv-agresive constituie un factor acut de risc, dar și o componentă particulară a conjugopatiilor, atât în mediul urban, cât și în cel rural;
- incompatibilitățile sexuale și instabilitatea coabitării generează frecvent crize conjugale;
- imixtiuni ale părinților în viața familiilor tinere, deși uneori bine motivate, pe fondul arhicunoscutului conflict între generații;

În astfel de situații, riscurile de conflict, suferințe morale, anxietate, stări de provizorat, infidelitate, izolare sau agresivitate, devine maxime, eșecul conjugal exprimând de fapt o neîmplinire a aspirațiilor individuale și de cuplu.

Între consecințele imediate ale deteriorării relațiilor conjugale, ce se evidențiază cu o profundă semnificație nocivă în contextul oricărei analize se înscriu:

- alcoolismul, factor de risc major, dar și efect al conjugopatiei, dus la extrem în varianta consumului în doi;
- inadaptarea și devianța infantilo-juvenilă, expresia nemijlocită a întregului cortegiu de frustrări generate de climatul familial;
- planificarea familială defectuoasă cu perturbarea unor echilibre demografice bine cunoscute;
- creșterea numărului de concubinaje și divorțuri – consecințe maligne ale destrămării familiei – ce implică deseori noi frustrări, conflicte, traume psihice și inadaptări;

De altfel, fiecare din consecințele dezorganizării familiale constituie prin ele însuși probleme majore mult discutate în prezent.

Semnalarea succintă a unor aspecte privind problematica generală a dizarmoniilor conjugale, cu precizarea unor particularități, a unor factori de risc și a consecințelor ce le generează, confirmate prin observațiile noastre expertale, deține o valoare criteriologică teoretico-aplicativă, din care decurg și atitudinile de psihoprofilaxie și asistență medicală, în același timp apare necesară și oportună precizarea cadrului problematic de asistență medico-psihologică a relației familiale prin promovarea unui efort comun interdisciplinar în direcția sanogenezei populației.

În explorarea psihologică a diferitelor tipuri de conjugopatii, sunt urmărite cu precădere anumite trăsături sau condiționări care ar putea fi implicate în apariția, întreținerea sau agravarea climatului conflictual, dizarmonic.

Metodologia folosită în acest scop beneficiază de aportul tehnicilor cunoscute (chestionare, scale, fișe mai puțin standardizate, probe de personalitate, existente astăzi într-un număr foarte mare, bazate pe anamneză, interviu și observații adecvate, toate acestea fiind orientate către specificul și particularitățile problematicii familiei, normale sau disociate.

Cercetările privind investigarea unui domeniu mai larg – cel al sănătății familiale – prin explorări psihosociologice, psihiatrice, biogenetice, endocrinologice și medco-legale, această modalitate de analiză fiind orientată către înțelegerea epistemologică a familiei, ca unitate distinctă având structura, funcțiile, dinamica și interrelațiile sale, organizate și integrate într-un

sistem relațional dat. În acest context, noi am folosit în studiul conjugopatiilor, pe lângă explorările menționate și o fișă de abordare interdisciplinară a problematicii dizarmoniilor conjugale, fișă parțial standardizată, care să dea posibilitatea unor conotații calitative și nuanțate, cu o semnificativă pondere în geneza unor climate conflictuale. Astfel, pe lângă datele pașaportale obișnuite (vârsta, domiciliu, studii, loc de muncă, ocupație), s-au luat în considerație și alți parametri:

- condițiile de trai, vechimea căsătoriei, antecedentele civile, antecedentele juridice, antecedentele medicale, numărul de copii, eventualele sarcini nedorite și cauza lor, probleme legate de adopție și tăgăda paternității, devianța copiilor, sindromul copilului bătut, al femeii bătute și mai rar, al bărbatului bătut; debutul și natura conflictelor, incompatibilității psihofective, violențe și agresiuni familiale motivate polimorf, tulburări sexuale, alcoolism, individual sau de cuplu, adulter, gelozie, perversiuni de cuplu, alte elemente cu semnificație disociativă.

Consemnarea răspunsurilor, separat pentru fiecare partener, s-a făcut de către specialiști experimentați, cu adnotarea unor prețioase elemente diagnostic-clinice, psiho-comportamentale și relaționale reieșite din convorbirea cu soții, dificultatea unor asemenea modalități de investigare, evidențiată de altfel în orice tentativă de studiu a vieții familiale, rezidă în imposibilitatea de a explora în toate cazurile ambii parteneri, în distorsionarea răspunsurilor prin reticență sau nesinceritate, în caracterul intim al relațiilor de cuplu, în capacitatea foarte diferită a indivizilor de a evalua corespunzător unele condiții și evenimente familiale etc.

Este bine cunoscut faptul că fiecare familie are specificul său, stilul său de viață, nota sa particulară care o deosebește în mod semnificativ de altele. În acest sens s-au elaborat tipologii de cuplu, a căror existență nici nu poate fi pusă la îndoială, aportul principal aparținând psihologilor și sociologilor, dar și altor specialiști interesați de problematica familiei (medici, pedagogi, juriști, antropologi etc). Astfel, F.C. Cuber, de exemplu, analizează 5 tipuri ale vieții conjugale:

- tipul de cuplu în care conflictele constituie ceva obișnuit;
- tipul de mariaj devitalizat;
- tipul căsniciei pasiv-cordiale;
- tipul căsniciei vitale;
- tipul de conjugalitate bazat pe relația totală.

Aceste tipologii, precum și altele care au fost descrise, nu sunt străine de caracteristicile personalităților individuale ale partenerilor, în egală măsură

fiind descrise profile și tipuri ale membrilor cuplului: casnic-gospodăresc, sportiv, afectuos, copilăresc, independent, aventurist etc.

Dacă într-un studiu general privind cauzele și factorii de risc ai dinamicilor conjugale aceste tipologii pot să nu dețină o semnificație deosebită, în analiza psihologică concretă a unui cuplu disociat, fie din perspectiva unui demers teoretico-explicativ, fie din unghiul de vedere al unui efort profi-lactico-recuperator (sfatul conjugal în sens larg, de exemplu decelarea tipu-lui specific de cuplu) are o importanță majoră în orientarea modalităților efective de intervenție în problemele și destinele unor familii. Semnificația acestor aspecte este certă, fiind confirmată chiar de studiile psiho-sociolo-gice de profil. Din aceste motive, rezultatele raportate sunt foarte variate, fiind strâns legate de eșantionul folosit, astfel încât într-un lot infidelitatea și adulterul pot ocupa primul loc în ierarhia factorilor de criză conjugală, în timp ce în alt grup acestea să nu dețină decât o valoare minoră. Factorii generali de risc conjugopat sunt cunoscuți și implicarea lor în disocierea climatului familial nu mai este pusă la îndoială de nimeni, după cum, la fel de bine cunoscute sunt, de exemplu și cauzele generale ale devianței, ale fluctuației în muncă, ale alcoolismului etc.

Din punctul de vedere al explorării psihologice însă sesizarea ponderii și semnificației fiecărui element cu rol perturbator și în principal relevarea factorilor cu risc potențial de dezorganizare conjugală, grefată pe eviden-țierea structurii specifice de personalitate individuală sau de cuplu, deține o valoare diagnostic-recuperatoare esențială, demersul corespunzând în același timp însuși obiectului de studiu al psihologiei, specificului orientării cognitive și discuției particulare ale cazului analizat.

Din acest punct de vedere, tipologiile conjugale constituie repere expli-cative importante, astfel încât dacă la un cuplu problema loialității e o sursă frecventă de dimensiuni intrafamiliale, la un altul acest aspect nici nu se pune sau are un caracter cu totul secundar.

Desigur că, în cauzalitatea diverselor conjugopatii intră în acțiune un mare număr de condiționări, dar, care, în ultimă instanță, sunt nemijlocit legate de trăsăturile personale ale fiecărui individ în parte, de caracteristicile personalității și comportamentului său relațional. Prin prisma acestei inter-pretări, ceea ce am denumit personalitate sau tip de cuplu nu semnifică decât o juxtapunere, mai mult sau mai puțin unitară, tranzitorie sau cvasi-permanentă, realizată facil sau cu dificultate, a unor personalități distincte, având modul lor specific de a gândi, simți și acționa în diferite situații de viață. Considerăm că această interpretare, fără a trăda un punct de vedere pesimist, este mai adecvată decât a vorbi de o unitate desăvârșită, de o sim-bioză perfectă în viața conjugală, imagine care nu apare în conformitate

cu realitatea obiectivă. Numai în acest fel ne putem explica de ce, în cadrul diferitelor familii, nivelurile de interrelație, de cunoaștere și informare reciprocă, de respect, de întraajutorare, de independență etc., sunt atât de diferite, având semnificații particulare specifice fiecărui cuplu în parte.

Din experiența noastră, raportată la sute de cupluri aflate în impas sau în criză, a reieșit cu pregnanță că indicatorul care deține cel mai bun prognostic cu privire la stabilitatea conjugală este capacitatea de înțelegere și toleranță reciprocă, de acceptare în mod conștient și în scop constructiv a anumitor compromisuri inevitabile. Deși la prima vedere acest indicator pare a avea un grad prea mare de generalizare, la o analiză atentă se constată că el reprezintă, de fapt, o sinteză complexă a unor trăsături și particularități din mai toate sferile personalității: intelect, temperament, voință și mai ales motivație, afectivitate și caracter. În același timp, această capacitate relevă reflecții semnificative privind scala personală de valori, nivelul de educație și instrucție, gradul de conservatorism sau deschidere către ambianță, nivelul de supunere față de tradiții și obiceiuri, diferitele caracteristici etnopsihologice etc.

Această capacitate de înțelegere și acceptare reciprocă este legată de nivelul de toleranță în general al individului, dar în același timp se deosebește net de acesta, căpătând note și caracteristici care aparțin cu strictețe vieții în doi. Cu alte cuvinte, dacă în plan individual această capacitate este în general relativ fructuoasă, în plan familial ea se dovedește a avea o mare stabilitate, fiind caracteristică statusului marital.

În analiza acestui indicator, este important de a evalua tipul trăsăturilor psiho-comportamentale, pozitiv-negative, atât ale personalității de cuplu, al interrelațiilor, evenimentelor și situațiilor de viață, ce pot fi înțelese și acceptate și în egală măsură, intensitatea și frecvența, până la care pragul homeostazic al climatului conjugal se poate menține.

Totodată, în acest context explicativ, explorarea motivațională trebuie să dețină un loc privilegiat, la acest nivel motivele evidențiate întrunind multiple caracteristici de cauzalitate. Acest demers însă întâmpină serioase dificultăți, ca de altminteri și investigarea motivației în general, dar totodată, ea oferă, de regulă, cele mai pertinente suporturi explicative cu valoare de cauzalitate. În acest mod, se pot evalua sursele motivelor, gradul lor de profunzime, orientarea și tendința, conținutul și semnificația valorico-morală a acestora etc.

În sfârșit, dintr-o perspectivă mai analitică, prin explorarea în detaliu a diverselor componente și trăsături psiho-comportamentale, se poate pune în evidență care anume caracteristici, particularități sau chiar structuri de personalitate (nedezvoltate, deficitare, perturbate, patologice) sunt



incriminate în mod potent în etiogeneza diverselor dizarmonii conjugale, analiza menținându-se de la caz la caz, în afara normalității psihice, a unor personalități accentuate, dizarmonice, marginale sau cu o expresivitate evident psihopatologică. În acest sens, noi folosim efectiv diferite metode și tehnici curente de psihodiagnostic, inclusiv cele trei scale complexe elaborate în clinica de psihiatrie Scoala – Iași, privind evaluarea alcoolismului, auto- și heteroagresivității și anxietății care, în multe cazuri de conjugopatii, furnizează informații dintre cele mai utile.

De asemenea, activitățile de psihoterapie, în special de persuasiune și susținere, dar și de altă factură, constituie modalități curente de intervenție medico-psihologică, fiind benefic integrate în activitatea clinică generală de asistență curativo-profilactică a stării de sănătate mintală a familiei. În același timp, trebuie subliniat faptul că și la noi, au început să apară realizări notabile în activitățile de consiliere prenuptială și conjugală, prin efortul comun al unor echipe pluridisciplinare și în acest domeniu, psihologii dovedindu-și necesară implicarea.



## VICTIMOLOGIA: ASPECTE PSIHOMEDICALE

**M**utații psihologice în dinamica și structura victimologiei. Este recunoscut faptul că figura centrală a dramei judiciare devine infractorul, lăsându-se din ce în ce mai marginalizată problema victimei.

Păreră nefundamentată, potrivit căreia victima nu trebuie cuprinsă în analiza datelor infracțiunii, căci ea suportă nemijlocit consecințele acelei infracțiuni și că tribunalele ori Comisiile de expertiză analizează fapta infractorului, nu și a victimei, se pare că nu s-a transformat într-o regulă.

Termenul de victimologie, foarte greu de găsit în dicționarele noastre, este destul de explicit doar în dicționarul Oxford, care indică o etimologie combinatorie, din latinescul «victima» și grecescul «logos», oferind un sens primar de studiu al victimei.

După I. Drapkin, într-o sinteză la lucrările științifice prezentate la Primul simpozion internațional de victimologie din anul 1973, termenul de victimologie, folosit în criminologie se referă la o persoană care suferă, este lezată sau distrusă, prin acțiunea unei alte persoane. Însă victimizarea, termen preluat după același dicționar Oxford, poate fi comisă nu numai asupra unei persoane, ci și asupra mai multor persoane, a unor grupuri, organizații, națiuni sau societăți.

Deci, în afară de sensul primar mai există o accepțiune de victimologie în sens larg, ce se referă la o arie de fapte atât de extinsă, încât fiecare individ poate fi victimă.

Trebuie să apelăm la punctul de plecare a lui Ivan Ilici, care, în «Deșcolarizarea societății» (lucrare tradusă și în limba română) amintește despre victimele iatrogeniilor și nomogeniilor (toate acestea fiind încorporate în activitățile de autovictimizare).

Z. P. Serapovici separă un grup de victime care cad mai cu deosebire în incidență cu poliția, atrăgând atenția că sensul noțiunii de victimă poate avea un sens restrâns. Conform aceluiași autor, termenii de victimă și victimizare se referă la un fenomen social, el fiind de fapt primul specialist care propune, introduce și definește termenul de «risc victimal». Vorbind despre riscul victimal, el face aluzie permanent la o noțiune cu totul deosebită, aceea de agent victimizator care nu are, semantic, același echivalent cu deviantul din comportamentul patologic.

Problemele metodologice despre victimologie sunt analizate de Jeffrey H. Reyman. În lucrarea sa «Victima, vătămarea și justiția» susține că nu orice persoană care suferă de pe urma unei acțiuni criminale este în același timp și victimă, punându-se accentul pe cel care suferă (consecințele morale, fizice, psihice etc.) ale actului comis. După el, suntem obligați să stabilim dacă actul de victimizare comis este sau nu un rezultat al voinței infractorului, astfel încât infractorul, de fapt, el însuși este victimă reală.

O nouă tentă în stabilirea sferei și conținutului noțiunii de victimologie o aduce cercetătorul polonez Iernel Ieszek, care în «Unele observații privind problemele principale ale victimologiei» condiționează că victima trebuie să fie personalizată. Deci numai o ființă umană poate fi considerată victimă, în sensul că un om care se sacrifică pentru o idee sau apără cu prețul sănătății sale, ori chiar al vieții, avutul obștesc, nu intră în categoria logică a victimelor.

În studiul «Devianții considerați ca victime», cercetătoarea venezueleană Castro Lolită Aniyar dă o amploare mare în clarificarea sensului de «victimă a societății». Din punctul ei de vedere, victimologia ar trebui practică dichotomic;

- Studiul personalității și a condițiilor în care trăiește victima;

Analiza mecanismelor socio-dinamice care sacrifică un anumit grup de indivizi. Autoarea crede și susține că delictul nu este pur și simplu un act uman, ci un produs al unei secvențe de interacțiuni. Infractorul prins nu se deosebește cu nimic dacă el nu ar fi fost prins.

Credem că această autoare ar pleda pentru un marxism vulgar, nefundamentat.

O frumoasă interogație din domeniul victimologiei apare în studiul lui Jurg Schuh, «Legătura fatală dintre rezistență și atracție»: de fapt, care este făptașul și care este victima. El susține cuplul penal «făptaș – victimă», care mai apoi s-a transformat în victimologie ca triplu penal, incluzând participantul.

După expresia cercetătorului iugoslav Ante Carich, din lucrarea «Motivul în victimologie», acest al treilea protagonist (the involved bayatander), acest asistent implicat, poate contribui la dezlănțuirea mecanismului motivațional fie la făptaș, fie la victimă.

De aici necesitatea ca orice investigație psihologică să perimetreze un anumit «câmp psihologic victimal» și dacă în acest câmp există sau nu un asemenea protagonist, direct ori indirect, implicat în actul comportamental justițiar.

O serie de autori (Stephen Chaper, Hans Gross, Henri Ellenbergher etc.) atrag atenția asupra termenului de victimă reflexoidă, precum și semnalul prudent de utilizare a termenilor de «victime fascinate» (verblendete Opfer), alături de victime ușoare sau victime înăscute.

J. Hemnard, în studiul «Rolul circumstanțelor victimei în cazul loviturilor și a leziunilor suferite» explică, în legătură cu știința victimologiei că, aceasta ca știință, nu a apărut dintr-o dată, ci într-un lung șir de idei și teorii, toate plasate din diferite unghiuri, până s-au cristalizat bine unele dintre acestea. În acest cadru reamintim pe I. Drapkin, care susține că victimologia este studiul științific al victimei, iar în sens larg, studiul științific al victimei unei acțiuni sau imecțiuni voit criminale.

Tot în cadrul mutațiilor psihologice cu privire la conturarea termenului de victimologie trebuie amintite contribuțiile lui Eliembergher care susține definiția în cauză prin conceptul de «factori victimogeni» și cea de «viitoare victimă».

William H. Nagel, sintetizând mutațiile psihologice în dinamica și structura victimologiei, în binecunoscuta sa lucrare «Noțiunea de victimologie și criminologie» încearcă o nouă definiție: victimologia cade în afara granițelor convenționale de criminologie și ca atare, nu-și are justificarea ca o disciplină aparte.

Față de această poziție putem afirma că doar rezolvarea conflictelor dintre făptaș și victimă nu va putea detașa victimologia ca știință. Viziunea științifică despre victimologie trebuie neapărat să includă problema comensurabilității fenomenelor studiate de victimologie.

Cercetările lui Tai Cho lansează, printre altele și o scală de victimizare, concepută într-o variantă cu 31 itemi. Acest început aduce argumente pentru posibilitatea de exprimare cantitativă nu numai în criminologie, ci și în victimologie.

Legat de comensurabilitatea în victimologie, apare mai frecvent termenul de «înclinare victimală» (victim proneness) vehiculat de Walter C. Reckless.

Conform acestei teorii, receptivitatea victimală propusă de Mendelsohn se referă și la o anumită categorie de indivizi care, prin trăsăturile lor de personalitate – deci trăsături achiziționate ontogenetic, ar fi mai vulnerabili față de agresiunile infractorilor.

Complezența victimală, ca noțiune de bază în victimologie, a fost introdusă de cercetătorul american Yacman N. Dadarian și se referă la acele momente din istorie când grupul dominator discriminează de-a lungul timpului grupul minoritar.

Un termen apropiat de cel de înclinare victimală este acel de impresionabilitate victimală (Gilbert Geis), care amintește despre victimele infractorilor «în guler alb» (funcționarii de bancă, agenții de bursă etc). Deci există un oarecare simț anticipativ al infractorului de a recepta impresionabilitatea victimală a viitoarelor lor jertfe.

Treptat, victimologia adaugă noi valențe psihologice în conturarea ei ca domeniu de cercetare. Pierre Deiteil în lucrarea «Rolul inconștientului în complicitatea victimelor» demonstrează că în cele mai numeroase și diverse cazuri victima nu este aleasă la voia întâmplării, ci adesea pe baza unei trăsături de personalitate, a apartenenței fizice sau a unor comportări care la infractori declanșează trecerea la actul discomportamental. Există oarecum un joc subtil, în sensul că fiecare trezește în celălalt tendințe latente care au doar un catalizator pentru a se descătușa. Din punct de vedere psihologic, acesta s-ar traduce astfel: complicitatea conștientă sau inconștientă a victimei la actul infracțional.

O sinteză asupra mutațiilor psihologice în dinamica și structura victimologiei o realizează Hans Von Henting, la care mai adaugă în plus și termenul de «simptom patologic al victimei», acesta rămânând fondatorul victimologiei. El propune și prima viziune sistemică în victimologie (relația dinamică cu făptașul și cu fapta).

Tipologia lui Von Henting, mult discutată, rămâne totuși un model de plecare pentru celelalte clasificări.

Clasificările efectuate de Ernest Sceling, a belgianului P. Gornil, a canadianului Henri Elienberger și a altora susțin ideea unor mutații și în clasificările care circulă în victimologie.

Și aceste clasificări aduc noi dimensiuni și argumente pentru victimologie. Școala de la Mainz și-a avut ca scop de studiu în victimologie problema «cercetării caracteristicilor victimale» sau «reintegrarea socială a victimelor». Școala de la Padova elaborează o «profilaxie victimală» și un sistem de tratament victimal, reluând ideea că victimologia trebuie să însemneze și aceste elemente psihomedicale.

Tot o viziune sistemică în victimologie este susținută de italianul Filippo Grammatica și libanezul Moussa Prince, care susțin ideea că este oportună depășirea accentuării cuplului infractor-victimă, propunând triada «infractor-victimă-societate». Altfel spus, în fiecare caz de victimizare, societatea poartă o parte din vină, fie că nu poate preveni victimizarea, fie că protejează insuficient și inadecvat victima potențială.

Tot în mutațiile privind victimizarea trebuie enunțați termenii de «victimă întâmplătoare», adică o eroare săvârșită de infractor și termenul de «victimă alăturată» (Nebenopfer), care se referă la victimizarea acelor copii care suferă în urma actelor infracționale săvârșite de unii din părinții lor și care, pentru acest motiv sunt încarcerati.

B.Stephan include în victimologie și problematica «drepturilor și obligațiilor» victimei, adică nu numai despăgubirea materială a victimei, ci și obligația ei legal-socială de a depune mărturie în cazul propriei victimizări.

Reluând o idee a lui Henting – victima este elementul care îl favorizează pe infractor, ne reamintește că personalitatea victimei este aceea care determină comportamentul infracțional propriu-zis.

Datorită dificultăților este greu să stabilim și să diferențiem, cu toată claritatea, infractorul de victimă. Nu o dată criminologia se suprapune victimologiei.

În raport cu toate aceste mutații în dinamica, structura și clasificarea victimologiei, autorii și ideile lansate de ei preconizează o disciplină nouă – victimologia, care să cuprindă toate aspectele penale și civile, de natură să aducă un înțeles corespunzător modului în care s-a săvârșit infracțiunea și în același timp să protejeze interesele legitime ale părții vătămate.

S-ar părea că deja două direcții pot fi sesizate în detașarea victimologiei:

- victimologia să aibă ca obiect studiul sistematic al victimei (să cuprindă cercetarea rolului jucat de victimă la săvârșirea infracțiunii) și separat, problema reparațiilor;
- rolul victimologiei de a scoate în evidență interrelația dintre criminal și victimă.

Școala de Psihiatrie din Iași consideră că analiza victimologică în expertiza psihiatrică corespunde unui concept medical integrator.

**Analiza sistemică a factorilor de risc victimal.** Se pare că prima consemnare și încercare de interpretare sistemică a elementelor funcționale, structurate în sistemul infracțional îi aparține lui Hans Von Henting, încă în anul 1979, care precizează că prin victimă trebuie să înțelegem un element al mediului infractorului. Mai târziu, analiza sistemică a factorilor de risc victimal a fost preluată, completată și fundamentată științific de

Armand Mergen (1986), care susține că victima este în relație dinamică și unitară cu făptuitorul și fapta.

Însă termenul științific de risc victimal a fost propus, introdus și apoi acceptat în literatura de specialitate de către Z. P. Separovici, încă din 1973, care susține că termenii de victimă și victimizare se referă la un fenomen social, iar acești doi termeni au ceva interferențial comun și anume «risc victimal», un termen foarte puțin explorat în momentul de față. Acest termen asimilează și încorporează, în sferă și conținut, toate categoriile de victime, indiferent de agentul de victimizare.

Termenul de victimizare face parte din sfera generală și complexă a «riscului uman» sau din noțiunea generală «viața umană singură».

Cercetarea în manieră sistemică a riscului victimal, în viziunea interdisciplinară, necesită cuprinderea unui adevărat evantai informațional, care trebuie să includă cel puțin câțiva parametri absolut necesari: cauzele, nivelul redus de cultură, instrucție și educație al victimei, menținerea trează în conștiință a unor concepții și mentalități religioase, gradul diferențiat și individualizat de integrare și socializare etc. La interferența acestor informații trebuie să se estompeze condițiile care ar favoriza ajungerea unei persoane în postura de victimă.

Analiza statistică și documentară a tuturor actelor infracționale din ultimii doi ani, de pe raza județului Iași, în special declarațiile victimelor implicate în cadrul acestor acte, a permis detașarea unor concluzii cu privire la factorii de risc victimal.

Dintre condițiile care favorizează săvârșirea infracțiunilor, în general și a celor cu conținut agresiv, în special, consumul abuziv de alcool, se află pe primul loc din punct de vedere statistic. Victimele aflate în această stare nu pot avea întotdeauna și nu pot apela cu abilitate situațională la un comportament de evitare, apărare și dezangajare, în situații conflictuale ce ar putea fi proiectate pe un teren nesigur. Victimele unor infracțiuni cu conținut agresiv sunt alese, mai cu seamă, din rândul persoanelor aflate în această postură – statisticile întocmite, susțin această afirmație: dintre persoanele fizice victime, implicate direct și indirect în acte și comportamente infracționale, cu direcționare penală, peste 50% erau în stare de ebrietate și duipă o stare de ebrietate, iar 76% dintre autorii infracțiunilor respective erau și ei sub influența marcată a consumului de alcool.

Frecvența și incidența mediilor și locurilor unde au căzut pradă victimele se prezintă și se plasează statistic astfel:

- în localuri de alimentare publică (bufete, restaurante etc.) și zone imediat perimetrizate cu acestea, frecvența riscului victimal a fost apreciată cu 47%;

- în locuri publice (parcuri, străzi, piețe aglomerate, gări, stații de tramvai și troleibuze etc.) au favorizat 37% din agresori pentru alegerea victimei;
- în câmp deschis și în alte locuri mai puțin circulat ori frecventate: 10,4%;
- în mijloacele de transport în comun au fost victimizate, în special prin furt de buzunare, peste 6%, din care majoritatea persoanelor erau de sex feminin (62%) bătrâni (30%) și minori (8%).

Încărcătura agresivă conflictogenă se detașează ca un factor psihosocial care formează, favorizează și alimentează riscul victimal, în special prin conflicte persistente în timp, ori cele apărute spontan, cu foarte puțin timp până la săvârșirea actului infracțional: 65%. Mobilul infracțiunii în care victima a fost implicată și angajată se prezintă sub raport statistic astfel:

- din răzbunare: 42%(din care 24% în cadrul grupului familial conflictual);
- conflicte din gelozie, din sfera conjugopatiilor: 25%;
- încărcătura agresivă motivată de unmobilsexual:14%;
- în scop de jaf: 13%;
- din categoria așa-numitelor modalități spontane: 6%.

Trebuie totuși consemnat faptul că prin intermediul diagnosticului psihiatric, expertal, o proporție de 2,9% din victimele înregistrate prezentau în momentul faptei un discernământ critic diminuat și alterat, fiind preferate de către infractori, deoarece nu aveau reprezentarea consecințelor și urmările implicațiilor în actul infracțional.

Atitudinea provocatoare a victimei, prin exteriorizarea intenționată a unui comportament recalcitrant imprudent, ușuratic sau neadaptat situației de moment, poate favoriza implicarea victimei în actul infracțional. Statistica noastră arată că 31% din comportamentele neadecvate au devenit, prin imprudență provocatoare, victime:

- comportamentul verbal incitator: 40%;
- vestimentație tentantă a viitoarei victime: 35%;
- comportament imatur și naiv: 19%;
- alte forme de comportament provocator: 10%.

Comportamentul imprudent indus în parametrii sistemului riscului victimal se raportează la acceptarea cu ușurință, de către victimă, a unor relații și contacte ideo-afective ocazionale și pripite, cu persoane necunoscute și dubioase sub aspectul comportamental psihosocial:

- cei care solicită o găzduire temporară: 41%;
- cumpărare-vânzare întâmplătoare de obiecte de proveniență necunoscută: 18%;



- acceptarea tinerilor și mai ales a tinerelor fete de a participa la diferite întâlniri ocazionale, în locuri necunoscute și cu anturaj necunoscut: 12%;
- persoane care afișează un nivel de trai ridicat, declarat în ocazii ori prin mica publicitate: 12%.

O altă conjunctură favorizantă pentru infractori, dar care este mai puțin imputabilă victimei, o reprezintă slăbiciunea biologică și psihologică a acestora: 9%:

- slaba capacitate de apărare la vârstele extreme: 66% (din care bătrâni și invalizi: 71%, iar minori: 33%);
- diminuarea discernământului victimei: 2,9%.

Persoanele care, de regulă, trăiesc singure și în spații de locuit izolate, care nu-și pot asigura un grad minim de securitate personală, pot fi selectate cu ușurință drept victime pentru infractori: 5%.

Un grad sporit al riscului de victimizare îl reprezintă acele structuri de personalitate care duc și acceptă un anumit mod de viață parazită, care nu au un domiciliu statornic, duc lipsă de surse de sub existență constante și sigure, care sunt obligate să realizeze și să accepte contacte și protecții ocazionale, frecventând locuri și grupuri favorizante actului infracțional, persoane care prin inducție negativă de grup devin victime prin participarea la astfel de manifestări discomportamentale: 6%.

În cadrul comportamentului delictojudiciar victima poate deține una din următoarele situații:

- Atitudinea fără semnificație pentru motivația comportamentului agresiv, în care victima poate fi întâmplătoare și accidentală;
- Atitudinea pasivă sau indiferentă, dar cu semnificație activă în motivația patologică a agresiunii (impactul cu victimă apare ca un act de surpriză);
- Atitudinea activă și potențatoare a motivației patologice la un comportament aberant, care evidențiază potențialul de risc al atitudinilor sau al situațiilor ce intervin și declanșează actul (victima aparține sau este apropiată grupului familial), iar în alte cazuri, victima denotă un comportament dezarmonic sau psihoreactiv și întreține o reacție de tensiune, a cărui agravare se complică prin reacția de impact;
- Atitudinea patologică motivată cu inducție activă spre conflict, în care victima, în asemenea relații, manifestă o durabilă malignitate comportamentală, când este o structură dezarmonică impulsivă, cu degradarea narcomanică a personalității.
- Atitudinea activă de inducție patologică reciprocă, în condiții de regim instituționalizat, în care victima poate face parte din însuși grupul patogen.

Interpretarea sistemică și multiaxială a factorilor de risc victimal, ca un model antropologic utilizat în comisiile expertale, asigură o triplă valoare praxiologicăpsihosocială:

- cunoașterea factorilor de risc victimal asigură o bună protecție a victimelor potențiale;
- modelul de detașare analitică a factorilor de risc victimal oferă practicienilor instrumente valide de influențare, îndrumare și dirijare a comportamentelor victimale;
- în această manieră de abordare, protecția victimelor și sistemul factorilor de risc victimal apar proiectate dichotomic: ca o problemă de apărare și protecție socială, ca o acțiune individuală de autoapărare.

În concepția Școlii de Psihiatrie din Iași, analiza motivațională și cea victimologică, în expertiza psihiatrică, corespunde unui concept medical integrativ, antropologic și social, care operează asupra fenomenologiei psihice prin criterii relaționale sau interacționale.



## NOȚIUNI ȘI PRINCIPII DE DEONTOLOGIE MEDICALĂ

Încă din primele momente ale constituirii comunității umane ca grup eminent social a devenit imperios necesară subordonarea relațiilor interpersonale unor norme de conduită și de reglementare a atitudinilor sociale, cu caracter moral, care să garanteze libera manifestare, integritatea fizică și morală a semenului. Pe măsura evoluției vieții sociale, această dimensiune normativă s-a amplificat neconținut, cuprinzând astăzi cele mai variate și particulare domenii de manifestare a omului în societate.

În virtutea acestui demers exhaustiv, datorită morală dobândește un rol esențial, iar preocuparea specifică pentru această latură a moralei a căpătat denumirea de **deontologie**. În decursul timpului deontologia, ca știință predominantă a obligațiilor profesionale, a fost particularizată la specificul diferitelor profesii, domeniu în care își interferează acțiunea multiple categorii de norme (morale, tehnice, administrative, juridice), în rândul cărora primatul axiologic aparține celor morale. Normele morale trebuie să anticipeze permanent pe cele juridice, iar corelarea mai adecvată a principiilor morale generale cu cele profesionale (tehnice sau etice) conduce la lărgirea limitelor deontologiei profesionale, la crearea unor veritabile coduri de drept profesional.

Se poate aprecia în acest context că necesitatea normelor profesionale medicale s-a născut o dată cu suferința umană, o dată ce s-a simțit nevoia unui ajutor uman.

Ideea de respect nelimitat al vieții și persoanei, ca idee primordială a medicinei înscrisă astăzi în toate codurile de deontologie medicală, odată născută, a fost apoi îmbogățită în decursul vremurilor.

Deontologia medicală este, în fond, morala profesiei medicale reflectată, în primul rând, prin prisma datoriilor profesionale ca element principal al valorilor etice și în al doilea rând, prin prisma drepturilor profesionale ale medicului. Necesitatea de a garanta la maximum interesele bolnavului și ale societății, ca și necesitatea de a apăra pe medic de eventualele abuzuri generate de reaua credință sau de o reprezentare greșită despre posibilitățile medicinei la un moment dat au întărit întotdeauna, în mod necesar, rolul normelor morale în comportamentul profesional. Prin urmare, deontologia medicală își definește sfera noțională prin două laturi complementare.

În primul rând, ea apără bolnavul și prin bolnav, societatea, în virtutea mesajului peren al medicinei de a ajuta la realizarea și desăvârșirea ființei umane. Plecând de la adevărul că fiecare viață este inedită și inimitabilă, profesiunea medicală luptă nelimitat pentru menținerea condiției umane prin grija față de viața biologică și spirituală, în egală măsură.

Celălalt versant al eticii medicale îl constituie necesitatea protejării demnității medicului și prin aceasta, a autorității actului medical, element esențial al încrederii bolnavului în medic și care conferă un conținut etic elevat relației medic – bolnav. Deontologia apără pe medic tocmai în scopul că acesta să se poată dedica cu devoțiune bolnavului, spre a putea realiza un echilibru profesional permanent între știință, etică și artă, în interesul bolnavului. Profesiunea de fidelitate și credință a medicului a fost și este aceea de a merita ca oamenii să creadă în el și pentru aceasta, cu ajutorul deontologiei, medicul trebuie apărat de frustrări și injustiții.

Conținutul deontologiei medicale îl reprezintă categoriile de norme morale ale profesiei medicale care, în interacțiune cu cele tehnico-științifice, administrative și juridice, susțin efortul medicului în realizarea intereselor legitime ale bolnavului și societății. Importanța reciprocă a acestor norme nu poate fi neglijată, deoarece cele mai perfecționate structuri organizatorice sau cele mai înalte competențe profesionale pot fi inoperante sau deficitare în condițiile lipsei normelor morale. Acolo unde celelalte tipuri de normativitate nu oferă soluții, conștiința etică, raportată permanent la atribuțiile profesionale ale medicului, va da răspuns valid celor mai dificile probleme. Medicul va trebui să-și formeze o concepție rezonabilă despre cerințele și conținutul deontologiei profesiei sale, în care nu frica de răspundere, ci asumarea ei firească trebuie să constituie firul călăuzilor al practicii. Atât timp cât norma deontologică interiorizată se transformă în act de comportament profesional, responsabilitatea juridică devine redusă.

Multitudinea de principii și norme morale din medicină a impus elaborarea unor coduri de deontologie medicală, deși mulți autori consideră că varietatea infinită a situațiilor tehnice și morale cu care medicul se confruntă

în practică nu permite o astfel de codificare exhaustivă. Multiple situații pot depăși cadrul limitat al unui cod deontologic, dar nu și aspirația perpetuă a medicului către conștiința etică a datoriei profesionale, manifestată în fiecare împrejurare particulară. În această manieră, un cod de etică medicală trebuie să vizeze concilierea unei tehnici cu imperativul etic, al respectării normativelor cu crearea de noi valori în planul cunoașterii profesionale.

Codul profesional este susținut de autoritatea colegiilor sau ordinelor medicale. Atribuțiile acestor organisme profesionale au evoluat de-a lungul timpului, ajungând astăzi până la acordarea avizelor în diverse probleme și dileme medicale, a sfaturilor și indicațiilor etice, de la caz (însemințării artificiale, concepție și risc genetic, experiment medical, refuzul tratamentului, întreruperea protejării unor funcții vitale etc). Aceste coduri cuprind norme generale valabile, dar și prevederi specifice unui anumit tip de societate (datorii determinate și datorii de prudență și diligență).

Codul de deontologie medicală constituie un îndreptar de comportament profesional util oricărei specialități medicale, necesar a fi cunoscut de către practician, alături de oricare tehnici specifice.

În fapt, deontologia medicală abordează studiul relațiilor medic – societate, medic – pacient ca și al relațiilor dintre medici sau dintre aceștia și personalul sanitar.

Încă de la origini medicina s-a impus ca o activitate socială, iar medicul s-a plasat la intersecția dintre interesul individual și exigențele sociale. Orice gest, orice act, întreaga activitate a medicului are semnificații sociale. Statutul propriu al medicului în societate este fundamentat perespectul nelimitat al ființei umane, pe atitudinile sale, totdeauna active și profund umane, în interesul bolnavului.

Cea de a doua preocupare majoră a deontologiei medicale se referă la relația medic – pacient. Această relație, deosebit de complexă, presupune implicarea tuturor științelor ce vizează OMUL, dar este în esență o relație afectivă în care pacientul vine cu încredere la medic, iar acesta trebuie să-i răspundă cu o conștiință morală ireproșabilă. Instituționalizarea progresivă a activității medicale a contribuit la conferirea unui caracter unitar acestei activități, în sensul unei strânse împletiri între știință și conștiința morală. Pentru a răspunde imperativului de apărător al calității vieții, medicul trebuie să ofere în relația cu bolnavul comportări de ordin deontologic nealterate. El trebuie să îmbine autoritatea sa științifică cu clarviziunea suferinței integrale a bolnavului, într-o atitudine de comprehensiune totală a acestuia, înțelegerea și spiritul de sacrificiu constituie de altfel trăsături esențiale ale personalității medicului, omniprezent, manifeste în relația medic – bolnav. Tăria morală a medicului, echilibrul psihic nealterat în nici o împrejurare

constituie izvoarele care, alături de încrederea bolnavului, alimentează permanent demersul terapeutic eficient. Bunătatea, generozitatea și omenia sunt imperative etice care vor da tărie medicului în a nu-și glorifica succesele, în a-și culpabiliza și regreta eșecurile. Preocuparea constantă pentru psihicul omului bolnav devine o datorie deontologică, latură a umanismului medical, menit să ferească medicul de riscurile dezumanizării actului medical prin tehnicizare, hiperspecializare sau funcționarizare alienantă.

Calitățile psihologice ale medicului fac din acesta un adevărat «remediu», inițiator al unui transfer securizat pentru bolnav. Neglijarea factorilor psihic poate agrava evoluția maladiilor, poate genera angoasa până la acte suicidare la auzul unor diagnostice sau prognostice medicale infauste.

O dimensiune importantă a preocupărilor deontologice se concretizează în abordarea normativă a relației medic – familie. Se cere medicului, în aceste circumstanțe, neutralitate afectivă și exemplaritate, cu evitarea posturii de substituție afectivă. Relațiile cu familia vor fi de maximă sobrietate, fără a crea suspiciunea de ingerință în problemele de intimitate ale cuplului. Aspectele practice ale relației medic – familie sunt deosebit de numeroase și includ: comunicarea unui prognostic infaust, obținerea cooperării familiei în cazul unor tratamente la domiciliu, consimțământul familiei pentru aplicarea unor proceduri riscante pacienților minori sau lipsiți de discernământ, incompatibilitățile medicale în constituirea cuplului sau a descendenței, aderența familiei la adevărul științific în situațiile cu caracter medico-legal.

Un alt domeniu abordat de deontologie îl constituie relațiile medicului cu confratria săi. Principiul colaborării și ajutorului reciproc trebuie să fundamenteze relațiile colegiale dezinteresate față de medic, interesate moral față de bolnav, oneste și securizante pentru acesta. Apărarea prestigiului colegilor, abținerea de la orice gest sau act de popularizare a unor dificultăți profesionale, promovarea interesului bolnavului înaintea reputației personale și deci apelul la colaborare din partea colegilor de îndată ce beneficiul bolnavului o cere sunt elemente deontologice de referință pentru statuarea unui climat profesional exemplar.

Strâns legat de preocupările deontologiei medicale, apare conceptul de responsabilitate medicală. După cum normele care reglementează profesiunea medicală sunt numeroase, tot așa responsabilitatea medicală poate dobândi un caracter disciplinar, administrativ, etic, juridic etc. Legat de acest aspect, de mare actualitate sunt criteriile delimitative între responsabilitățile cu care se confruntă medicul și mai ales dintre răspunderea morală și cea juridică. O delimitare realistă acceptă că medicul va putea trăi conștiința unui eșec moral, dar nu va fi subiectul unei răspunderi juridice

ori de câte ori a făcut tot ce putea să facă ca profesionist și ca om, cu prudență și abnegație, în condițiile sale de lucru și în raport cu pregătirea sa. În aceste circumstanțe, medicul, înfrânt ca profesionist, va rămâne totuși o conștiință morală ireproșabilă. Responsabilitatea medicală se bazează pe greșeala medicală (omologată de regulă cu culpa medicală), motiv pentru care delimitarea conținutului acestei noțiuni, separarea de cazul forței și împrejurarea de forță majoră, precum și de eroarea medicală, constituie o preocupare majoră a oricărei jurisprudențe medicale, deontologice sau judiciare. Evident, cu precădere în sistemele de ocrotire a sănătății cu caracter etatic, acest element definitoriu al responsabilității medicale îmbracă alte aspecte în medicina liberală unde atributul contractual (de mijloace sau de rezultat) devine preponderent. Abordarea exhaustivă, pragmatică a problematicii legate de dificultățile și greșelile întâlnite în practica medicală, depășește cadrul convențional al deontologiei medicale și constituie substanța dreptului medical.

Deontologia și psihologia medicală sunt discipline integrative menite să redea permanent profesiei medicale sensul profund uman, punând-o la adăpost de prejudiciile tehnicizării și hiperspecializării depersonalizante. Interiorizarea convingerilor de etică medicală oferă încredere în propria competență, stăpânire de sine în actul decizional, îndeamnă la înțelepciune profesională și conferă siguranța oricărui gest profesional. În fapt, deontologia medicală stimulează încrederea în idealul profesional și oferă resurse pentru depășirea stărilor de tensiune profesională și promovarea prestigiului profesional medical.



## ASPECTE DE DEONTOLOGIE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIN SPITALIZARE

**A**specte psihomedicale. În pofida potențialului enorm al factorilor umani în domeniul îngrijirii sănătății, majoritatea contribuțiilor au fost aduse nu de specialiștii în acest domeniu, ci de arhitecți, ingineri, sociologi și psihologi, iar în unele cazuri – de către personalul medical și de îngrijire.

Apreciind semnificația și valoarea acestor contribuții, unii autori atrag atenția asupra aportului pe care îl pot aduce specialiștii în factorii umani în rezolvarea problemelor de îngrijire a sănătății.

Îmbunătățirea performanței sistemelor de îngrijire a sănătății presupune proiectarea mediilor spitalicești pornindu-se de la punctul de vedere al principalului beneficiar al sistemului – pacientul. Asigurarea unei bune îngrijiri a pacientului este un obiectiv tot atât de important ca și asigurarea curei medicale. Întrucât însă aceste două obiective nu converg cu necesitate, ci în unele cazuri pot fi chiar în conflict, spitalul, așa cum îl cunoaștem astăzi, va trebui să treacă, după opinia unor autori, prin schimbări considerabile în vederea folosirii lui cu respectarea la maximum a cerințelor umane.

Proiectarea unităților spitalicești, pornindu-se de la punctele de vedere ale celor interesați direct – administratori, personal de întreținere și de serviciu, cadre medicale, personal de îngrijire și pacienți – este o sarcină foarte complexă. Numeroase studii au dirijat proiectele generale folosind diferite criterii de măsurare a randamentului și eficacității medicale, numeroși specialiști s-au ocupat de eficacitatea diferitelor scheme organizatorice (Field,



Hanson Karalis, Kennedy, Lippert și Ronce, 1971). În majoritatea cazurilor s-a urmărit, în primul rând, optimizarea efectuării serviciilor de îngrijire a sănătății. S-a presupus că optimizarea de genul facilitării sau valorificării procedurilor de manipulare a materialelor, de îngrijire a bolnavilor, ca și satisfacerea obiceiurilor și dorințelor cadrelor medicale ar îmbunătăți de la sine starea pacienților. În măsura în care prin aceasta este afectată starea fizică a pacientului, presupunerea de mai sus are o anumită justificare.

Din punct de vedere psihologic însă pacientul este ignorat, dacă nu uitat, în procesul de proiectare și aceasta din următoarele rațiuni evidente:

- Lipsa fondurilor materiale care să permită proiectarea a ceea ce unii ar considera lux extravagant în planurile funcționale. De obicei, numai după ce s-au realizat convenabil siguranța și eficiența funcțională, se acordă atenție realizării standardelor de confort care pot determina confortul psihic al celor care beneficiază de sistemul de îngrijire medicală;
- Implicația minoră de până acum a științelor comportamentale în spital și în domeniul îngrijirii sănătății, cu excepția stabilimentelor pentru sănătatea mintală;
- Insuficiența datelor cu privire la mediul fizic al comportamentului.

Ultima condiție prezintă cel mai mare interes. Cel care proiectează un spital nu poate aștepta ca cercetătorul în domeniul factorilor umani să-i furnizeze principii comportamentale pe care să-și fundamenteze proiectarea. El este pus în situația de a face apel la intuiție. Pe de altă parte, administratorii de spitale nu sunt dispuși să cheltuiască fonduri atât timp cât relațiile dintre mediu și comportamente sunt vag definite. Conștient de dificultatea stabilirii unor relații precise dintre mediu și comportament, autorul încearcă să examineze principalele probleme ale proiectării sistemului de organizare a unui spital.

În proiectarea unui spital se pun, în primul rând, probleme de determinare prin măsurători ai factorilor psihologici care influențează această operație. Printre aceștia unii autori enumera: performanța motoare, senzația și percepția, cogniția, emoția, motivația, atitudinile și convingerile, comportamentul social. Lipsa cunoștințelor cu privire la efectele comportamentale ale esteticii proiectării este în parte un rezultat al dificultății de a măsura aceste efecte. Problemele măsurării ridică și o mulțime de alte dificultăți în stabilirea relațiilor dintre mediu și comportament. Bunăoară, același spațiu arhitectural procură imput-uri diferite la oameni diferiți, după cum poate procura imput-uri diferite la același individ. Imput-urile ambianței unei camere de spital vor fi pentru un individ bolnav total diferite de cele pe care i le oferă aceeași cameră după ce se face sănătos, încăperea în care i

s-a salvat viața puțind deveni pentru el o celulă în care este privat de libertate. O largă gamă de defecte se întâlnește de asemenea în studiile asupra adaptării umane la stimularea senzorială. Suprasolicitarea senzorială produce disconfort și ai le reacții neplăcute. Indivizii trebuie să se adapteze însă situațiilor extreme în pofida stresurilor cumulative considerabile la care sunt supuși, dar în privința extremelor trebuie arătat că până și o stimulare considerată plăcută poate duce la saturație devenind monotonă sau tristă. Așadar, când vorbim despre relația dintre mediu și comportament, vorbim, de fapt, despre o dinamică și o interacțiune fluidă.

Încercarea de a stabili o legătură între mediu și comportament este foarte complicată, deoarece percepțiile unei persoane nu sunt determinate numai de situațiile de stimulare imediată, ci și de experiența trecută. Oricare ar fi situația ambientală, omul revine la ea cu un cadru de referință stabilit, în interiorul căruia el percepe sau interpretează situația respectivă. În consecință, cunoștințele dobândite în trecut, sistemul de valori al unui individ, mediul său cultural și întregul stil de viață sau tip de personalitate îi vor influența reacția la mediu. La aceasta se adaugă faptul că perceperea de către individ a schimbărilor din mediu este în funcție de starea lui psihică, cum ar fi, de pildă, anxietatea.

O altă problemă în proiectarea sistemului de organizare a unui spital, ca în toate cazurile în care se pune problema unui sistem complex, este aceea a determinării și cunoașterii obiectivelor sistemului. Toate sistemele și componentele lor ar trebui să fie proiectate pe baza obiectivelor stabilite, atât a celor delimitate cu precizie, cât și a celor apreciate ca posibile. Similar, măsurătorile folosite în evaluarea unui sistem trebuie să indice cât mai bine funcțiile acestuia. Obiectivele sistemului indică sau implică criteriul în vederea căruia sunt evaluate sistemul și componentele lui. În cazul sistemului de organizare a spitalului obiectivele sunt dificil de stabilit și deci, de evaluat.

Există obiective multiple – fiecare cu un criteriu propriu – care duc la o bună îngrijire medicală a pacientului.

Adesea se consideră că proiectele sau condițiile care corespund nivelului optim pentru un anumit criteriu nu corespund în aceeași măsură pentru un alt criteriu. De exemplu, un mediu foarte automatizat poate fi extrem de eficient din punctul de vedere al costului, dar numai în măsura în care ne putem imagina că putem face ca mediul spitalicesc să fie eficient din punct de vedere operațional, steril și mecanizat fără să afectăm nefavorabil buna stare a pacientului, în astfel de cazuri se impune ca soluția optimă să fie găsită printr-un compromis. Se optează pentru procedee mecanice și operaționale care îmbunătățesc eficiența și confortul personalului spitalicesc.

Din respect pentru nevoile pacientului, procedeele trebuie să fie de așa natură încât să permită surorilor să acorde mai mult timp îngrijirii directe a acestuia, ceea ce îmbunătățește starea, îi mărește satisfacția.

Jaco (1967), după reexaminarea unei serii de studii referitoare la factorii de mediu și la satisfacțiile pacientului și personalului de îngrijire, și-a dirijat investigațiile spre un obiectiv major și anume: evaluarea eficienței unității radiale (comparativ cu o unitate unghiulară cu un singur coridor) din punctul de vedere al îngrijirii intensive mijlocii și minime a pacientului. El a examinat tipul, nivelul și volumul operațiilor de îngrijire de către surorile medicale; utilizarea de către acestea a unității; starea bună a pacientului; satisfacția și reacția lui față de unitatea spitalicească, surori și medici; mărirea costului și a timpului de spitalizare. În urma acestor investigații, Jaco a ajuns la concluzia că în unitatea radială pacienții par a fi mai puțin sesizați de mediul lor fizic, în special de cel din afara camerei lor. Aceasta se datorește vizibilității mai mari date de unitatea radială. Pe de altă parte, mulți s-au plâns de lipsa de intimitate. O mare parte a personalului de îngrijire a reacționat negativ față de nivelul înalt de vizibilitate, acuzând senzația de a fi permanent «în scenă», cu toate că vizibilitatea mărită crează un mai mare contact direct cu pacienții. Surorile-șefe au apreciat superioritatea sistemului radial față de cel tradițional în ce privește activitatea lor de supraveghere, dar nu și în ce privește relațiile interpersonale și îngrijirea pacienților. Presupusa superioritate a unității radiale nu s-a concretizat printr-o îngrijire mai directă a pacientului, ceea ce a pus sub semnul întrebării însăși existența acestui parametru. Proiectarea spitalului – afirmă Jaco – poate afecta comportamentul personalului de îngrijire și al pacientului în mai bine sau mai rău, dar noi nu cunoaștem încă suficient conexiunile dintre mediul spitalicesc și comportamentul personalului și al pacientului pentru a preciza care și cum vor fi reacțiile.

Obținerea unui echilibru optim între obiective este ușor de stabilit atunci când sistemul funcționează pe o scurtă perioadă de timp. Când însă sistemul trebuie folosit pe o perioadă de timp mai îndelungată, soluțiile priorităților și funcțiile sale devin dince în ce mai greu de rezolvat. În sistemul spitalicesc multe dintre scopuri și obiective au rămas aceleași sau, mai bine spus, au fost atent «păzite» în pofida evoluției tehnicii și a necesităților sociale. Bunăoară, pentru asigurarea îngrijirii medicale, sistemul presupune că pacientul trebuie să fie tratat mai mult ca o «persoană bolnavă» decât ca o «persoană care este bolnavă».

Se presupune adoptarea de către «persoana bolnavă» a anumitor roluri prescrise rigid, sistemul, care este surprinzător de inflexibil, nepermițând adaptarea nici unui alt rol în afară de acestea. Pacientul este nevoit să-și lase

la o parte pentru un anumit timp comportamentul normal și obișnuința de a acționa într-un anumit fel și aceasta în ciuda stresului pe care i-l poate provoca asumarea rolului impus.

Or, pentru a asigura buna dispoziție psihologică a pacientului, unele obiective ale sistemului spitalicesc trebuie stabilite în funcție de comportamentele asociate cu această bună dispoziție.

Problema creării mediului psihologic al pacientului rezidă în a dezvolta obiectivele comportamentale corespunzătoare. O cale spre soluționarea acestei probleme o constituie examinarea câtorva aspecte ale statusului psihologic al pacientului spitalizat. Ideal ar fi să se dispună de o serie de date pe care le implică sarcina de analiza comportamentul pacientului. Din păcate însă asemenea date lipsesc. Prin statusul psihologic al pacientului se înțelege cadrul de referință subiectiv al individului ca unul care este influențat de mediul spitalicesc. Firește, nu trebuie uitat că experiența subiectivă a individului este în funcție de experiența trecută, nu numai de cea prezentă, de mediul spitalicesc. Realizarea unui status psihologic uman pentru individul spitalizat presupune luarea în considerație a următoarelor aspecte: privarea fizică și psihologică; lipsa suportului familial; lipsa posibilității de a se izola; dezorganizarea tipurilor de comportament; lipsa de autonomie etc.

*Privarea fizică.* Orice spital reprezintă o formă de privare în sensul că limitează considerabil posibilitățile de mișcare ale individului spitalizat. Această limitare este adesea o problemă care ține de regulile și tactica organizațională. Fiind foarte solicitat, spațiul spitalicesc este în mod specific supraaglomerat și zgomotos. Pacientul are o mișcare neplăcută (încoace și încolo) în propria lui cameră de spital, ca să nu mai vorbim de mișcarea din afara ei. De obicei spațiul din afara camerei (coridorul) este atât de neatrăgător, încât pacientul îl evită de regulă, iar atunci când este nevoie să-l parcurgă, se observă la el un mod specific de a se mișca cu privirea îndreptată înainte, evitând să intre în camerele altor pacienți și probabil, să fie examinat de ceilalți pacienți în situația de bolnav. În aceste condiții nu este surprinzător faptul că pacienții nu îndrăznesc să se aventureze dincolo de propriul lor teritoriu restrâns.

*Privarea psihologică.* Mai mult decât în privarea fizică pacientul trăiește un sentiment de privare psihologică. El nu mai are posibilitatea de a lua decizii nici măcar în sfera propriului comportament. I se spune când să doarmă, când să mănânce, ce să facă și cum, când să se miște și unde. În genere, pacientul este sub controlul total al sistemului. El întâmpină uneori dificultăți în utilizarea propriului pat, unde își petrece majoritatea timpului.

În mediul industrial condițiile de felul acesteia duc la alienarea muncitorului cu toate consecințele dăunătoare asupra performanței. În societatea

actuală indivizii reacționează împotriva unor astfel de condiții, dar în mediul spitalicesc ei sunt obligați să le accepte în virtutea faptului că nu există altă alternativă. Firește, în spital este necesară o anumită înregimentare, dar, de obicei, acest aspect se exagerează și aceasta, în primul rând, în folosul personalului și nu al pacientului. Se pune întrebarea dacă mediul fizic spitalicesc poate fi folosit pentru a se reduce sensibilitatea la privera psihologică. La această întrebare au răspuns pozitiv H. Osmond și R. Sommer. În experimentele întreprinse în vederea înlăturării situațiilor neplăcute create de spațiile sociofugale dintr-un spital (care îi mențin pe pacienți izolați unul de altul), ei au observat că mesele dreptunghiulare din saloane stingheresc conversația. Procedând la schimbarea mediului fizic prin înlocuirea meselor dreptunghiulare cu măsuțe pătrate și prin aranjarea în cerc a scaunelor din sălile de așteptare, ei au constatat intensificarea conversațiilor dintre pacienți, dublarea numărului lor. Osmond și Sommer au observat de asemenea că, deși aveau condiții optime de igienă, bolnavii nu dispuneau de un spațiu personal, cu excepția unui pat și a unui scaun. De aceea, au introdus pe lângă paturi o serie de măsuțe cu sertar și cheie, creând fiecărui pacient sentimentul posesiunii unui spațiu personal, a unui loc în care să-și poată depozita obiectele personale. Un efect vizibil al acestor schimbări l-a constituit sporirea lecturilor particulare ca urmare a faptului că dispuneau de un loc în care să-și țină cărțile.

*Lipsa izolării.* În mediul spitalicesc este practic imposibil să separe sau să izolezi o persoană de altele. Deseori camerele pacienților sunt invadate de personalul de îngrijire. Necesitatea izolării se remarcă în special în timpul vizitelor făcute de familiile bolnavilor, care simt nevoia unui spațiu în care să poată angaja o discuție deschisă sau o conversație intimă. În camerele cu mai mulți pacienți discuțiile cu familia sunt încordate, nefirești. De o importanță și mai mare este nevoia pacientului ca în decursul unei zile normale să evadeze din când în când de sub observația directă a altor persoane – de la infirmiere până la medici.

*Lipsa suportului familial.* Numai un naiv se poate aștepta ca mediul spitalicesc să fie ca acasă. Cu excepția câtorva elemente personale, acest mediu nu include de regulă elementele personale semnificative care să-l ajute pe pacient să țină legătura cu lumea de afară.

În spitale sunt dorite de pacienți cărțile, mesele, scaunele, fotografiile și alte obiecte legate de familie care constituie simboluri ale vieții normale.

De o mare importanță este în spital hrana și modul în care se servește masa. Pentru foarte mulți oameni servirea mesei împreună cu familia este esențială atât pentru viața de familie, cât și pentru viața civilizată. Or, în spital pacienții trebuie să ia de cele mai multe ori masa în pat, sunt forțați

să mănânce singuri la ore nepotrivite. Remedierea acestei divergențe stricte între practicile servirii mesei în interiorul spitalului și în exteriorul lui ar avea, după opinia autorului, efecte terapeutice semnificative.

*Dezorganizarea tipurilor de comportament.* Spitalul dezorganizează modul normal de muncă și de viață al individului. Pacienții sunt în imposibilitatea de a exercita anumite activități de muncă, de recreere etc. Contactul cu familia, colegii de serviciu și cu prietenii este rupt. Dacă proiectarea condițiilor favorabile nu poate învinge prin ea însăși această dificultate, ea poate face totuși mult pentru a se da pacientului posibilitatea să depășească anumite efecte psihologice ale acestor situații. Astfel, s-ar putea crea spații particulare pentru întâlnirile dintre pacient și familie, locuri de odihnă în care pacienții să poată interacționa, camere de recreere accesibile și chiar ateliere de lucru care să contribuie la diminuarea efectelor depresive ale privării de un mod de viață normal.

*Lipsa autonomiei pacientului.* Cele cinci aspecte analizate mai sus au ca trăsătură comună pierderea controlului asupra vieții. Cercetarea efectuată în mediile spitalicești furnizează informații cu privire la efectele lipsei de autonomie a pacientului asupra comportamentului său. O serie de studii psihologice industriale atribuie scăderea performanței controlului extern excesiv asupra comportamentului. În sens larg, frustrarea pe care pacienții o simt zi de zi provine în mare parte din faptul că nu pot exercita decât în infim control asupra evenimentelor și asupra propriului destin.

La examinarea factorilor de natură să provoace disconfortul psihologic al pacienților nu trebuie scăpat din vedere faptul că aceștia sunt într-o stare de stres chiar din momentul în care pășesc pragul spitalului. Ei se află în fața unui pericol, real sau imaginar, trec într-o situație necunoscută. Părăsesc stilul de viață de familie și sunt anxioși nu numai pentru ei înșiși, ci și pentru cei din afară pe care i-au părăsit. În mod greșit, se consideră că pacientul nu are prea mult de suferit într-o săptămână de spitalizare și că la urma urmei el se ajustează și se adaptează. Este adevărat că pentru un individ activ și sănătos această perioadă de timp nu este prea îndelungată, dar pentru un individ bolnav ea înseamnă foarte mult, o dată ce stresul provocat de viața de spital poate fi fără limite. Cu toate că vine în ajutorul pacientului pentru a-l face să se adapteze, personalul spitalicesc uită că și el, la rândul său, trebuie să se adapteze pacientului, pierde adeseori din vedere ce înseamnă să fii pacient. Cu toată duritatea și caracterul impersonal al tratamentului, comportarea personalului medical în ansamblul ei nu este, firește, deliberat pornită să înrăutățească viața pacienților. Datorită însă scopurilor direcționate exclusiv spre aspectele medicale, acest personal nu reușește să identifice trebuințele psihologice pacientului ca individ.

Există suficiente date, multe din ele sub formă de manuale, cu privire la unele aspecte ale mediului fizic, cum ar fi căldura, lumina, sunetul, culoarea, ventilația etc. S-au acumulat o serie de cunoștințe cu privire la modul de folosire a acestor factori pentru realizarea condițiilor de spațiu optime, cu privire la caracterul locuibil al anumitor ambianțe. Dat fiind însă faptul că multe dintre aceste informații au fost obținute prin examinarea unor situații întrucâtva atipice, cum ar fi zborul spațial, condițiile submarine sau comunitățile izolate în zăpezi, aplicarea lor directă la situațiile spitalicești ar fi hazardată. Nu este însă exclusă utilitatea unor generalizări pentru cazul privării spitalicești. Referindu-se în această ordine de idei la simplul fapt semnificativ al recreerii, autorul materialului respectiv constată că se știe mai mult despre activitățile recreative ale personalului submarinelor și rachetelor spațiale decât despre cele ale pacienților din spitale. Spitalul tipic asigură posibilități numai pentru activități pasive: citire, vizionarea TV și ascultarea radioului. Majoritatea camerelor de zi și a locurilor de odihnă din spital sunt proiectate în special pentru ședere. Aceste activități pasive au loc de obicei numai în camera pacientului. Dispunerea televizoarelor într-un spațiu public ar oferi posibilitatea vizionării în grup facilitând interacțiunea socială. Ar fi de preferat ca plasarea unor centre de lectură să se facă lângă salonul bolnavilor pentru a li se crea acestora posibilitatea de a merge să selecteze și să citească materialul. De asemenea, s-ar putea realiza anumite spații și echipamente pentru meserii mai active, special proiectate în afara camerei bolnavului. Nici existența unui centru muzical cu înregistrări, fonografie, căști de audiere la care pacienții să-și poată satisface preferințele muzicale nu trebuie considerată, după părerea autorului, un «fason». Pe aceste căi s-ar facilita interacțiunea socială, s-ar genera la pacienți un sentiment de independență.

Este necesar un număr mai mare de informații asupra comportamentului pacienților de diferite categorii medicale în timpul internării, precum și asupra activității lor în cadrul sistemului. În prezent aceste probleme sunt rezolvate printr-o combinație de tehnici care nu furnizează date constante. Cu unele excepții (Le Compte și Willems, 1970) nu există încă o descriere reală a comportamentului pacientului. În consecință, se impune găsirea unor tehnici de observare și înregistrare care să ducă la descrieri mai detaliate și mai complete ale comportamentului pacientului. Investigațiile trebuie extinse și asupra variabilelor dependente de care nu s-a făcut uz în domeniul factorilor umani. Este vorba de măsurarea teritorialității, a interacțiunii sociale, a securității emoționale, satisfacției și altor variabile de acest gen care, fiind exprimate în limbaj psihologic, nu sunt clar definite sau sunt ambigue și din acest considerent evitate adeseori de către specialiști în

factori umani. Multe dintre aceste concepte pot fi traduse într-un limbaj specific factorilor umani, ceea ce nu înseamnă însă abandonarea definiții clare și a măsurătorilor precise ale unor aspecte ale performanței umane ca: timpul de reacție, acuitatea vizuală, inteligibilitatea vorbirii, precizia mișcărilor de control, timpul de deplasare, discriminarea senzorialăetc.

Au fost întreprinse investigații asupra efectelor comportamentale presupuse ale proiectării arhitecturale și ale condițiilor favorabile de la New England Medical Center. Scopul general al investigației a fost identificarea aspectelor mediilor spitalicești care contribuie fie pozitiv, fie negativ la activitatea celor care le populează. S-au urmărit efectele ambianței spitalicești nu numai din punctul de vedere al comportamentului deschis (caracteristicile performanței colectivității spitalicești), ci și sub acela al reacțiilor psihice ale pacientului în timpul spitalizării. În acest scop au fost folosite o serie de instrumente de măsurare psihologică pentru determinarea impresiilor subiective: scale de atitudini și opinii, scale de diferențial semantic, liste de verificare a atributelor, inventare de personalitate etc. Unul dintre considerentele pentru care se folosesc aceste scale, în special pentru evaluarea subiectivă a proiectului arhitectural, este relevanța lor. Relevanța include validitatea, dar este mai generală. Dacă, bunăoară, sunt interesați numai de estetică, măsurarea preferinței estetice este relevantă. Cel mai frecvent însă, când se măsoară preferința estetică individuală pentru un anumit proiect, se face implicit presupunerea că acceptarea acestuia va conduce la comportamente «dezirabile». Din punctul de vedere al proiectului nu contează dacă oamenii consideră că un spațiu este urât, iar un altul este frumos, din moment ce se comportă la fel în ambele. Intuitiv se știe că există diferențe de comportament, dar se pune problema demonstrării lor. Trebuie să se demonstreze că evaluările subiective obținute nu sunt numai valide, ci și relevante, că există o corelație între impresiile subiective și criteriile obiective. Mai trebuie apoi arătat că nu este simplu să se determine cum percep oamenii mediul. Să presupunem, bunăoară, că internarea din timp a pacientului este stabilită ca un comportament-criteriu. Acesta poate fi măsurat destul de obiectiv prin observație directă. Este de asemenea posibilă măsurarea gradului de internare (a ponderii internărilor) în diferite medii. Luându-se alte variabile echivalente în medii diferite, se poate proceda la izolarea efectelor mediului fizic asupra internării stabilindu-se astfel o relație empirică între două medii. În același timp se pot determina impresiile subiective ale pacientului sau ale observatorului în diferite medii. Dacă diferența percepută dintre medii este legată de diferite grade de spitalizare, se poate presupune o relație între evaluarea empirică și comportamentul-criteriu. Acest tip de raționament implică probleme care trebuie soluționate



și anume: ce semnificație are mediul fizic din spital pentru pacient; cum cunoaște pacientul mediul fizic.

Dintre instrumentele mai sus amintite pentru măsurarea impresiilor subiective ale indivizilor este unanim acceptat în ultimii ani diferențialul semantic ca tehnică de măsurare a semnificației cantitative a obiectelor și conceptelor. Dat fiind faptul că această tehnică s-a folosit cu succes într-o serie de studii anterioare asupra spațiului arhitectural, ea & fost acceptată și pentru investigarea spațiului arhitectural spitalicesc. Dar pentru aceasta a trebuit inventat un set particular de scale corespunzător situației specifice din spital. S-au creat 19 scale cu termeni bipolari pentru cinci factori denumiți «evaluare», «întreținere», «spațialitate», «mișcare» și «sociabilitate». Cu acest instrument au fost evaluate o serie de spitale de către 123 subiecți, printre care mulți pacienți spitalizați. Evaluarea s-a făcut pe baza examinării de către subiecți a unor fotografii și a unor scene din viața reală. Scala s-a dovedit a fi foarte sensibilă la diferențele observate în diverse medii. Evaluările au confirmat ipotezele, cele ale fotografiilor corelând cu cele ambianței reale. Se conchide că instrumentul este valid, cel puțin în sensul că discriminează medii diferite, scop pentru care a fost elaborat. Din punctul de vedere al factorilor umani instrumentul este însă puțin utilizabil, cu excepția cazurilor în care răspunsurile la scală sunt legate de criterii comportamentale mai obiective sau de trăsăturile specifice mediului. Aceasta nu înseamnă însă că specialistul trebuie să fie mai puțin implicat în proiectarea spațiului spitalicesc așteptând descifrarea de către alții a sensurilor diferențialului semantic. Legitimitatea acestei participări i-o conferă faptul că acceptarea de către beneficiar și satisfacția acestuia trebuie să constituie unul dintre criteriile în lumina cărora se examinează specificațiile proiectelor.

Implicarea specialistului în factorii umani în domeniul îngrijirii sănătății presupune, pe de altă parte, familiarizarea lui cu echipamentul de control fiziologic, de prelucrare a informației, cu alocarea resurselor și analiza sistemelor etc. El trebuie să fie direct interesat de starea pacientului, chiar dacă acesta ar însemna apelul la concepte și tehnici evitate în general până acum. Problema nu se pune, firește, în sensul că specialistul în factori umani să-l facă pe pacient fericit, dar nu trebuie uitat că o ambianță necorespunzător proiectată poate să-l facă nefericit și să influențeze procesul însănătoșirii lui, că abordarea științifică a factorilor umani este de natură să preîntâmpine multe dintre efectele negative ale spitalizării.



## SCALE DIAGNOSTICE ȘI DE EVALUARE UTILIZATE ÎN PSIHIATRIE ȘI PSIHLOGIE MEDICALĂ

**A**spectul de bază în activitatea psihologului clinician în cadrul instituțiilor medicale constă în participarea sa în procesul de diagnostic. Confirmarea rolului psihic în mecanismele multipelor patologii, evoluției bolii, proceselor de compensare și decompensare, pot fi confirmate cu ajutorul testelor, scalelor, chestionarelor de diagnostic. În sarcinile psihologului sunt incluse activități ca aprecierea stării proceselor psihice (rezistența tulburărilor, gradul de exprimare, particularitățile de evoluție) unde în comun cu medicul psihiatru pot concluziona un sindrom clinico-patopsihologic. Sunt analizate personalitatea bolnavului, nivelul psihologic de afectare, determinarea factorilor ce contribuie la apariția și evoluția simptomelor bolii. Se folosesc diferite metode de examinare psihologică (metoda descriptivă și prin experiment), testele de apreciere a stărilor și tulburărilor psihice.

### *Evaluarea personalității*

**MMPI.** Se caracterizează printr-o tratare tipologică a personalității. Este compus din 567 afirmații care formează 10 scale diagnostice de bază și încă cca 400 de subscale suplimentare (pentru alcoolism, capacitățile academice și profesionale, responsabilitatea socială, rigiditatea etc.). La sfârșit are loc structurarea profilului personalității pe formulare speciale, după anumite scale de cotare (T-balurile cu o notare medie "50" și deviere standart "10"). Scalele de bază sunt:

1. *Scala hipocondriei* (Hs, "somatizarea anxietății") – indică "apropierea" pacientului de o personalitate astenoneurotică. Examinatii cu o cotare înaltă mereu sunt obsedați de starea sănătății sale, pasivi, greu se acomodează la noile condiții, greu suportă schimbările de împrejurări, sunt creduli, supuși tutelării, lenți în luarea deciziilor, ușor își pierd echilibrul în conflictele sociale.
2. *Scala depresiei* (D, anxietate și tendințe depresive) – determină nivelul depresiei subiective (tipul hipotimic de personalitate). Balul moderat ridicat este dat persoanelor sensibile, anxioase, timide și sfioase. Muncesc asiduu, cu o moralitate înaltă, conștiinciozitate și responsabilitate, dar cu greu iau deciziile proprii, nu au încredere în sine, la cel mai mic insucces cad în disperare.
3. *Scala isteriei* (Hy, eliminarea factorilor ce produc anxietatea) – caracteristica persoanelor orientate spre reacțiile nevrotice tip conversie. Ele aplică simptomele patologiei somatice ca o modalitate de evitare a responsabilității. Toate problemele apărute sunt rezolvate prin "refugiul în boală". Au tendințe de supravaloare a Eu-lui propriu, necesitatea în admirație etc.. Sentimentele și interesele le sunt superficiale.
4. *Scala psihopatiei* (Ps, realizarea "anxietății ascunse", comportament tensionat) – orientată în diagnosticul personalității sociopate, dezadaptate social. Cumulează baluri la afirmațiile ce țin de agresivitate, conflictuozitate, negarea normelor și valorilor sociale, capacitate redusă de autocontrol. Constată dispoziție instabilă, explozivitate, hipersensibilitate.
5. *Scala bărbăției – feminității* (Mf, masculinitate, feminitate) – are ca scop aprecierea gradului de identificare a examinatului cu rolul de femeie sau bărbat pe care i-o prescrie societatea.
6. *Scala paranoiei* (Pa, rigiditatea afectului) – permit de a evalua prezența în gândire a ideilor de supravaloare, a suspiciozității (personalitate paranoială). Sunt persoane mărginite, agresive și ranchiunoase. Cele mai mici succese în plan personal le supraapreciază.
7. *Scala psihasteniei* (Pt, fixarea anxietății, comportament limitat) – stabilește asemănarea examinatului cu un bolnav suferind de fobii, acțiuni obsesive, gânduri obsesive (personalitate anacastă).
8. *Scala schizofreniei* (Sch, autizare) – orientată în diagnosticul tipului schizoid de personalitate (autist). Persoane cu un bal ridicat obținut la afirmațiile (indicii) cu privire la capacitatea de a percepe abstract viața, fără răsunet emotiv etc.
9. *Scala hipomaniei* (Ma, negarea anxietății) – persoane apropiate tipului hipertimic. Cu un indice ridicat al dispoziției, optimism nemotivat. Sunt activi, energici, plini de viață. Iubesc să-și schimbe serviciile în permanență, comunicarea cu diferite persoane, dar sunt lipsiți de stăpânire și tenacitate.

10. *Scala introversiei sociale* (Si) – diagnosticul nivelului de apartenență tipului de personalitate extravertită (bal ridicat pe scală) sau introvertită (bal mic pe scală).

Sunt luate în considerație și așa aprecieri ca: sinceritatea examinantului (L), exagerarea sau simularea răspunsurilor (F), precauția în comiterea greșelilor (K).

**Testul Szondi.** Testul Szondi este un test proiectiv de personalitate, creat de Leopold Szondi (1893-1986). Acesta a fost publicat în 1947, alături de manualul “Diagnosticul experimental al pulsioniilor”. Testul Szondi se bazează pe elaborarea teoriei “analiza destinului” – destinul fiind un șir de alegeri fundamentale pe care le face individul și care îi marchează viața în principalele sale domenii: iubire, prietenie, profesie, boală, atitudine față de moarte.

Pulsiunea este un concept apropiat de cel de *trebuieță* și a fost inspirat de opera lui Freud, situându-se la limita dintre somatic și psihologic și definind o serie de trebuiețe care prezintă 4 caracteristici: sursa (dezechilibru care duce la apariția unei trebuiețe), tensiunea (forța cu care acționează pulsiunea din interior), scopul (satisfacerea pulsiunii), obiectul (elementele din realitate prin care se poate satisface pulsiunea). Testul este conceput ca o succesiune de 6 planșe cu câte 8 figuri, fiecare figură reprezentând o anumită patologie psihiatrică, care denumește cei 8 factori atribuiți celor 4 pulsiuni. Subiecții sunt invitați să numească două figuri care le sunt cele mai simpatico și două cele mai antipatico, în final contorizându-se raportul simpatic/antipatic pentru fiecare factor al fiecărei pulsiuni.

Sistemul include patru pulsiuni, fiecare având doi factori pulsionali complementari:

#### A. PULSIUNEA SEXUALĂ

- Se referă la energia investită în activitățile sexuale și agresive
- Factori pulsionali:
  1. h (homosexualitate) – conturează latura feminină, tandră a sexualității
  2. s (sadism) – conturează latura masculină, dură a sexualității

#### B. PULSIUNEA PAROXISMALĂ

- Se referă la energia prin care reacționăm afectiv sau prin care ne controlăm exprimarea emoțiilor
- Factori pulsionali:
  1. e (epilepsie) – vizează tendința de descărcare bruscă a energiei afective
  2. hy (isterie) – se referă la dorința de exhibitionism

### C. PULSIUNEA DE CONTACT

- Se referă la energia investită în relație cu obiectele lumii (de căutare, de păstrare, de atașament)
- Factori pulsionali:
  1. d (depresie) – indică nevoia de căutare și de păstrare a obiectelor din mediu
  2. m (manie) – se referă la nevoia de a obține plăcere din acestea

### D. PULSIUNEA EULUI

- Se referă la energia depusă de subiect pentru a regla și a controla celelalte trei pulsuni, astfel încât să se asigure un echilibru între satisfacerea lor și supraviețuirea organismului
- Factori pulsionali:
  3. k (catatonie) – nevoia de organizare a Eului ca entitate distinctă de mediu
  4. P (paranoia) – nevoia de fuziune a Eului cu lumea

Reacția pozitivă- se notează cu „+” :cel puțin două fotografii ale unui factor alese ca simpatice și maximum una ca antipatică – variante: 2/0, 3/0, 4/0, 5/0, 6/0, 2/1, 3/1, 4/1, 5/1. Reacția pozitivă ne arată că subiectul își acceptă și se identifică cu acea trebuință, adică Eul său o acceptă ca atare, în forma sa primară.

Reacția negativă se notează cu „-” : este acea reacție în care s-au ales cel puțin două fotografii ale unui factor ca antipatice și maximum una ca simpatice- variante: 0/2, 0/3, 0/4, 0/5, 0/6, 1/2, 1/3, 1/4, 1/5. Reacția negativă ne arată că subiectul refuză să se identifice cu trebuința respectivă, refuză să o accepte ca atare și atunci tinde să o exprime în comportament într-o forma modificată sau disimulată.

Reacția ambivalentă „+/-” : acea reacție în care subiectul a ales minimum două fotografii ale unui factor ca simpatice și minimum două ca antipatice- variante: 2/2, 3/2, 4/2, 2/3, 2/4, 3/3. Reacția ambivalentă exprimă un conflict sau o dilemă în trebuința respectivă, adică oscilația între acceptarea și respingerea acelei trebuințe. Ambele tendințe ale factorului sunt active, iar lupta care se dă între ele duce la un conflict aproape conștient resimțit de către subiect.

Reacția nulă se notează cu 0: pe un factor apare maximum o alegere simpatice și maximum o alegere antipatică- variante: 1/1, 1/0, 0/0, 0/1. Reacția nulă arată că nu există momentan o tensiune în trebuința respectivă.

**Pa (personalități accentuate).** În psihologia aplicată, diagnosticarea personalității are astăzi o pondere deosebită, încercându-se diverse corelări între comportament, activitate, performanță și “trăsăturile personale”. Neuropsihiatrul german Karl Leonhard insista asupra exploatării “personalității accentuate” pentru nevoi clinice, iar colaboratorii săi au elaborat

diverse instrumente de lucru pentru facilitarea investigațiilor. Chestionarul cuprinde 88 de întrebări, prezentate amestecat, formind zece grupe (I-X), fiecare grupă urmărind explorarea/evidențierea unei anumite trăsături “accentuate”.

- I. 12 întrebări vizînd firea demonstrativă;
- II. 12 întrebări vizînd firea hiperexactă;
- III. 12 întrebări vizînd firea hiperperseverentă;
- IV. 8 întrebări vizînd firea nestăpînită;
- V. 8 întrebări vizînd firea hipertimică;
- VI. 8 întrebări vizînd firea distimică;
- VII. 8 întrebări vizînd firea ciclotimică;
- VIII. 4 întrebări vizînd firea exaltată;
- IX. 8 întrebări vizînd firea anxioasă;
- X. 8 întrebări vizînd firea emotivă.

În versiunea românească, acest chestionar are patru pagini (format coală ministerială). Pe pagina I (pagina “copertă”) sînt menționate:

- indicațiile care formează titlul acestor instrucțiuni;
- datele personale ale subiectului;
- o sinteză pentru ușurarea efortului psihologului și a intuirii operative a rezultatelor cotelor). În sistematizarea aceasta (care revine traducătorului), trăsăturile de personalitate sînt redate prescurtat, pentru a nu influența pe subiect în răspunsurile sale.

La acest chestionar, subiectul răspunde în scris, subliniind sau încercuind pe DA sau NU în dreapta fiecărei întrebări. Timpul de lucru variază între 30 și 60 de minute, după ritmul gîndirii și gradului de înțelegere al fiecărui subiect. Întregul experiment pretinde cca. 90-100 minute.

Oboseala, tensiunea, graba falsifică situațiile de răspuns. Se preconizează că, la unele din întrebări, răspunsul NU este cel simptomatic, cîntînd, deci, drept DA (simptomatic). El va fi astfel, înglobat printre răspunsurile pozitive (simptomatice).

- I. **Firea demonstrativă** – caracterizată printr-o tendință de autocompătîmire, o capacitate anormală de refulare, o grabă în luarea deciziilor, o abilitate de a se transpune în modul de a gîndi sau simți al altcuiva, laudă de sine și agreabilitate. Hipertrofierea acestor trăsături duce la o fire isterică.
- II. **Firea hiperexactă** - contrariul firii demonstrative, este caracterizată de lipsa capacității de refulare, dificultăți în luarea deciziilor, meticulozitate, o grijă excesivă, manifestată prin verificări repetate, un atașament față de

locul de muncă; hipertrofierea acestor trăsături duce la psihopatie anancastă (concept abandonat de psihiatria modernă) sau tulburare de personalitate de tip obsesivcompulsiv după DSM IV.

- III. **Firea hiperperseverentă** – poate evolua în sens pozitiv, când ambiția, setea de prestigiu personal, dorința de a-și atinge interesele duc la câștigarea stimei din partea celorlalți, dar și în sens negativ, când egoismul (mai intens decât la celelalte persoane), susceptibilitatea, suspiciunea, predispoziția de a se simți ușor jignit, persistența ecoului afectiv pot determina persoana respectivă să recurgă la discreditarea și înlăturarea oamenilor în care văd posibili concurenți, reacționând cu dușmănie; hipertrofierea acestor caracteristici duc la o personalitate paranoidă.
- IV. **Firea nestăpânită** - dominată de impuls, sub toate formele acestuia, individul fiind iritabil, uneori agresiv, capabil să comită un act necinstit sau violent, nestatornic în viața profesională, acționând după sentimente, instincte, și mai puțin după considerente raționale; o intensitate mai mare a firii nestăpânite conduce spre psihopatia de tip epileptoid.
- V. **Firea hipertimică** – se caracterizează, în principal, printr-un surplus de energie care se cere a fi utilizată și se manifestă ca o combinație de veselie, optimism, cu dorința de a acționa și nevoia de a vorbi; o accentuare negativă duce spre agitație sterilă, superficialitate, iritabilitate, digresiuni în gândire etc.
- VI. **Firea distimică** – caracterizează persoanele inerte, extrem de serioase, cu principii etice ferme și solide; evenimentele zguduitoare le accentuează starea de seriozitate până la o depresie reactivă, ceea ce se întâmplă mai ales atunci când starea de depresie este foarte clară și de lungă durată. Îmboldul spre acțiune este diminuat, iar gândirea este mai lentă decât la ceilalți indivizi.
- VII. **Firea labilă** – apare ca o succesiune de stări pur hipertimice cu stări totalmente distimice; aceste alternanțe afective pot avea cauze externe, vizibile celor din jur, dar și cauze interne, neevidente, ceea ce le fac mai de neînțeles; evenimentele fericite nu produc numai bucurie normală, ci întregul tablou al hipertimiei, din care face parte și dorința de a acționa și de a vorbi, precum și tendința către digresiuni în gândire; evenimentele triste nu declanșează numai depresie, ci în același timp și o încetinire în gândire și acțiune.
- VIII. **Firea exaltată** - reacționează mult mai intens la diferitele întâmplări, prin entuziasm sau disperare de cele mai multe ori, cauzele fiind mai degrabă nobile, superioare și altruiste, decât egoiste; frica și grija pentru propria persoană pot deveni excesive; se descurcă greu în viață, deoarece reacțiile lor deosebit de sensibile îi fac mai puțin apti să înfrunte dificultățile brutale ale existenței; de obicei firi artistice (mai ales cu înclinații poetice).

- IX. Firea anxioasă** – la adulți anxietate nu mai exercită o influență dominatoare cum se întâmplă în copilărie, adultul anxios fiind adesea timid și docil, incapabil să se afirme în cazul divergențelor de opinie; se poate produce însă și o supracompensare, timiditatea exagerată având ca rezultat o atitudine aparent sigură de sine, plină de încredere, sau chiar aroganță.
- X. Firea emotivă** - se caracterizează prin reacții de mare sensibilitate și profunzime în sfera sentimentelor subtile; trăirile emoționale se exteriorizează prin expresivitatea mimicii (de exemplu, plâng la filme sau romane, la despărțiri sau revederi); traumele psihice sunt greu suportate, deși nu are o predispoziție specială pentru depresie și nu se lasă contaminat de o societate veselă, ca hipertimicul.

### *Evaluarea psihozelor*

**BPRS.** Scala de evaluare psihiatrică BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*) este un instrument folosit pe larg în evaluarea simptomelor pozitive, negative și afective în rândul persoanelor care se confruntă cu tulburări psihotice, în special schizofrenie. A fost desemnat extrem de valoros în documentarea eficienței tratamentului pentru pacienților care dețin un grad moderat sau sever al maladiei.

Chestionarul trebuie să fie aplicat de către un clinician cu experiență și versat în materie de tulburări psihotice și capabil să interpreteze semnificația enunțurilor utilizate în procesul de evaluare. Deasemenea se ia în considerație comportamentul individului pe parcursul ultimelor 2-3 zile, ceea ce poate fi comunicat și de către unii membri ai familiei, deoarece o parte din itemi se raportează imediat, iar restul reprezintă simptomatologia ultimelor 2 săptămâni.

BPRS-ul este compus din 18 itemi care au o noțiune sumară, fără criterii operaționale, în același timp se potrivesc tuturor acordurilor semiologice și diagnostice acceptate internațional și ocupă aproximativ 20-30 de minute pentru interviu și notare. Acești itemi sunt: 1 – preocupări somatice, 2 – anxietate, 3 – retragere emoțională, 4 – dezorganizare conceptuală, 5 – sentimente de vinovăție, 6 – tensiune, 7 – manierisme și posturi, 8 – grandoare, 9 – dispoziție depresivă, 10 – ostilitate, 11 – suspiciozitate, 12 – comportament halucinator, 13 – inhibiție motorie, 14 – necooperare, 15 – conținut neobișnuit al gândirii, 16 – tocire afectivă, 17 – excitație și 18 – dezorientare. Evaluatorul punctează fiecare item cu numere de la 1 (nu este prezent) până la 7 (extrem de sever), iar cu 0 se punctează dacă n-a fost evaluat itemul.



Pentru prima dată scala a fost publicată în 1962 într-un chestionar alcătuit din 16 itemi de către doctorii John Overall și Donald Gorham. În continuare dezvoltatorii acestei scale au adăugat încă 2 itemi, care au creat o scală formată din 18 itemi folosită pe larg în zilele noastre pentru evaluarea eficienței tratamentului.

**PANSS.** Scala de evaluare a simptomelor pozitive și negative PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*) elaborată de Kay și colaboratorii (1987) pentru a constata severitatea simptomatologică la bolnavii cu schizofrenie, tulburare schizoafectivă, tulburarea schizotipală și alte psihoze.

Scala este alcătuită din 30 de itemi care reușesc să acopere cu exactitate fiecare simptom caracteristic maladiei și pe cât posibil e lipsită de ambiguitate conceptuală în diferențierea acestor simptome, ceea ce oferă un grad înalt de încredere în deosebirea de alte modificări psihopatologice. Toate item-urile sunt definite cu detalieri și sunt evaluate pe o scară cu 7 puncte, de la 1 (absent) la 7 (sever). Fiecare punct este și el definit, pentru a crește gradul de precizie.

Scala se împarte în 3 subscale:

1. Scala simptomelor pozitive care conține 7 itemi: idei delirante, ideatie dezorganizată, activitatea halucinatorie, agitație psihomotrică, idei de grandoare, suspiciune/persecuție și ostilitate.
2. Subscala simptomelor negative care conține 7 itemi: trăire emoțională săracă, implicare afectivă scăzută, relații interpersonale alterate, retragere de tip apatic/pasiv, dificultăți la nivelul gândirii abstracte, lipsă de spontanietate și de fluentă verbală și gândire stereotipă.
3. Subscala de psihopatologie generală care conține 16 itemi: preocupări somatice, anxietatea, sentimente de culpabilitate, tensiune interioară, manierisme și postură, depresie, lentoare psihomotorie, lipsă de cooperare, conținut neobișnuit al gândirii, dezorientare, atenție diminuată, lipsa discernământului și a criticii asupra propriei condiții, tulburare volițională, control diminuat al impulsivității, preocupare de tip autist și evitare socială activă.

Scala PANSS este aplicată de către un clinician sau un evaluator învățat pentru acest gen de testare. Evaluarea constă dintr-un interviu clinic semi-structurat, însă în caz de necesitate se pot folosi și informații obținute de la personalul medical sau de la membrii familiei. Testarea durează aproximativ 30-40 minute, iar perioada care se evaluează este de 7 zile înaintea testării.

Scala PANSS are o importanță deosebită în identificarea și aprecierea severității simptomelor schizofreniforme. Se folosește de clinicieni pentru evaluarea gravității bolii, monitorizarea tratamentului antipsihotic și a recidivelor maladiei.

### *Evaluarea maniei*

**Young Mania Rating Scale (YMRS).** Scala cel mai des utilizată în evaluarea simptomelor maniei YMRS (*Young Mania Rating Scale*) creată în 1978 de Young și colab. Ea constă din 11 itemi și se bazează pe aprecierea subiectivă de către pacient al stării sale clinice pe parcursul ultimelor 48 de ore. Informația adițională se prelevă pe parcursul interviului pacientului. Itemii se bazează pe descrierea simptomelor de bază a maniei.

Scala constă din 4 itemi gradate de la 0 la 8 (iritabilitate, vorbirea, gândirea, comportament auto/heteroagresiv), restul 7 itemi sunt gradați de la 0 la 4. Ultimii sunt diferiți cu scopul de a compensa o posibilă necooperare din partea pacienților cu maladie avansată. Ei sunt itemi-cheie bine definiți, gradați corespunzător fiecărui simptom pe care îl descriu. Un scor  $\leq 12$  semnifică remisiunea simptomelor. Cu această scală se poate monitoriza răspunsul la tratament.

Scorul:

$\leq 12$	absența maniei
13-19	manie minimă
20-25	manie ușoară
26-37	manie moderată
$\geq 38$	manie severă

### *Evaluarea simptomelor extrapiramidale*

**AIMS.** Scala de evaluarea a mișcărilor anormale involuntare AIMS (*Abnormal Involuntary Movement Scale*) a fost creată în anii 1970 pentru înregistrarea apariției mișcărilor involuntare (dischineziei tardive) la pacienții tratați cu medicație neuroleptică. De asemenea testul este utilizat în detectarea dischineziei tardive cu urmărirea evoluției severității în timp. Din acest motiv se recomandă a fi aplicată până la și după administrarea neurolepticelor. Durata testului – 10 minute și poate fi aplicat în examenul clinic psihiatric la necesitate.

AIMS-ul este format din 12 itemi, se aplică și se interpretează de către o persoană instruită. Itemii de la 1 la 10 sunt scorați pe o scală de la 0 la

4 unde: 0 – absența simptomului, 1 – simptom minor, 2 – simptom ușor, 3 – simptom moderat, 4 – simptom sever. Primii 4 itemi evaluează mișcările orofaciale. Itemii 5 – 7 constată mișcările extremităților și dischinezia trunchiului. Următorii 2 itemi sunt apreciați de către pacienți în contextul evaluării globale a severității dischineziei și reprezintă capacitatea de conștientizare a mișcărilor și disconfortul provocat. La itemii 11 și 12 se răspunde cu „da” sau „nu” cu privire la dischinezia dinților și/sau a protezei dentare, deoarece astfel de probleme pot fi interpretate eronat de către examinator. Scorul final nu se comunică pacientului. Un punctaj de 2 sau mai mult reprezintă o demonstrație a dischineziei tardive. Dacă pacientul are dischinezie tardivă ușoară în două arii sau dischinezie tardivă moderată într-o singură arie de examinare, pacientului i se constată diagnosticul de dischinezie tardivă. Aplicarea testului este recomandată cu o frecvență de o dată la 3-6 luni.

### *Evaluarea satisfacției pacientului față de tratament*

**PSQ.** Chestionarul satisfacției pacientului PSQ (*The Patient Satisfaction Questionnaire*) pentru prima dată elaborat de către Ware și colegii lui (Ware, Snyder și Wright 1976) pentru a evalua gradul global de satisfacție a pacienților față de serviciile medicale și satisfacția față de 6 aspecte ale îngrijirii medicale: calitatea tehnologiilor, comportamentul interpersonal, comunicare, aspectele financiare, timpul petrecut cu medicul și accesibilitatea îngrijirilor medicale. Există diferite chestionare cu număr distinct de itemi, de ex.: PSQ-II conține 55 de itemi, iar versiunea PSQ-III conține 50 de itemi. Un avantaj esențial al acestei scale reprezintă facilitatea administrării.

### *Impresia clinică globală*

**Impresia clinică globală CGI.** CGI-ul (*Clinical Global Impressions*) a fost original publicată de către W. Guy în 1976. Constă din 7 categorii de itemi pentru aprecierea severității patologiei pacientului la moment inclusiv în bolile psihice (depresie, anxietate, schizofrenie etc.) pentru care este necesară implicarea specialistului. Medicul trebuie să țină cont de experiența personală cu pacientul dat și al altor pacienți cu diagnostic similar. Permite estimarea severității bolii, evoluția clinică și eficiența tratamentului administrat. Severitatea bolii este apreciată pe o scală în 7 trepte (de la 1 la 7). Variantele de răspunsuri sunt: 1 – sănătos, 2 – la limita dintre sănătate și

boală, 3 – ușor bolnav, 4 – moderat bolnav, 5 – relativ grav bolnav, 6 – grav bolnav, 7 – printre bolnavii extremi de gravi. Scala permite aprecierea stării generale în contextul: s-a îmbunătățit sau s-a înrăutățit relativ în comparație cu starea anterioară până la inițierea tratamentului. Gradarea se efectuează conform următoarelor criterii: 1 – îmbunătățită important, 2 – mult îmbunătățită, 3 – ușor îmbunătățită, 4 – fără nici o schimbare, 5 – ușor înrăutățită, 6 – mult înrăutățită, 7 – foarte mult înrăutățită. Scala este simplă în aplicare, utilă pentru majoritatea maladiilor și permite urmărirea evoluției bolii indiferent de tratamentul aplicat.

### *Evaluarea depresiei*

**Inventarul pentru depresie Beck (BDI).** Scopul testului Beck este de a măsura severitatea auto-raportată a depresiei la adolescenți și adulți (13-86 ani). Fiecare din 21 întrebări ale chestionarului necesită aprobarea uneia din patru variante de răspuns notate de la 0 la 3. Scorul crescând indică o severitate mai marcată a sindromului depresiv. Fiecare enunț face referință la următoarele: tristețe, pesimism, erorile din trecut, pierderea plăcerii, sentimente de vină, sentimente de pedeapsă, auto antipatie, auto critică, gânduri sau dorințe suicidale, plâns, agitație, pierderea interesului, indecizie, inutilitate, pierderea energiei, schimbări în somn, iritabilitate, inapetență, dificultăți în concentrație, fatigabilitate, asexualitate. Testul poate fi auto completat sau examinatorul poate prezenta itemii și completa pentru pacient. Timpul necesar pentru îndeplinire este de la 5 la 15 minute. Rezultatele pentru fiecare item se apreciază de la 0 la 3, scorul mai înalt indică un sindrom depresiv mai avansat. Scorul total este calculat prin sumarea scorului încercuit la fiecare din cele 21 enunțuri. Scorul maxim posibil este de 63. Interpretarea se bazează pe suma finală obținută. Rezultatele pot fi interpretate separat. Subscala cognitivă, poate fi calculată prin sumarea scorului itemilor 2, 3, 5-9, 14 (simptomele: pesimism, erorile trecutului, sentimente de vină, sentimente de pedeapsă, auto critică, gânduri suicidale, indecizie. Scala non-cognitivă, sumarea scorurilor itemilor 1, 4, 10-13, 15-21.

Interpretarea rezultatelor:

0-13	lipsa depresiei
14-18	depresie ușoară
19-28	depresie de intensitate medie sau moderată
29-63	depresie severă

**Scala pentru depresie Montgomery – Asberg (MARDS).** Scala Montgomery-Asberg este folosită pentru evaluarea nivelului de depresie. Aceasta metodă de testare clinică a fost introdusă în 1979 ca o alternativă pentru Scala Hamilton. Pentru fiabilitate în practica clinică orice scală trebuie să fie scurtă în conținut, ușor de utilizat și sensibilă la dinamica stării pacientului. Ca baza pentru scala Montgomery-Asberg a fost folosită scala de evaluare psihopatologică – standard pentru detectarea generală a tipurilor de tulburări psihopatologice. MARDS constă din 10 întrebări fiecare dintre acestea fiind evaluate pe o scală de la 0 la 6. Cu cât mai gravă este starea pacientului, cu atât mai mare este scorul atribuit. Punctajul total pe scară variază între 0 și 60. Scala este una de heteroevaluare. Timpul total de completare poate fi de până la o oră. În cazul în care este imposibil de a evalua severitatea afecțiunii la momentul interviului, medicul trebuie să caute informațiile necesare din alte surse, cum ar fi de la membrii familiei.

Scorul:

0-6	absența depresiei
7-19	depresie ușoară
20-34	depresie medie
35-60	depresie severă

**Hamilton D (HAM-D).** Este un chestionar (inițial publicat în 1960) ce constă din itemi multipli ce este folosit în determinarea nivelului de depresie până la, pe parcursul și după tratament. Trebuie să fie îndeplinit de un medic psihiatru. Inițial a fost destinat pentru adulți și presupune evaluarea severității depresiei prin analizarea dispoziției, sentimentelor de autoacuzare, ideilor autolitice, insomniei, agitației sau inhibiției, nivelului anxietății, scăderii ponderale și altor simptome somatice. Inițial a fost considerat standardul de aur pentru aprecierea depresiei în studiile științifice. Cu toate că scala Hamilton constă din 21 itemi, scorul se apreciază după primii 17 itemi. Opt itemi se evaluează pe scala de 5 baluri: 0-absent, 4-sever. Nouă itemi se evaluează de la 0 la 2. Timpul de îndeplinire e aproximativ 20 de minute.

Rezultatele:

0-7	absența depresiei
8-13	depresie ușoară
14-18	depresie moderată
19-22	depresie severă
≥ 23	depresie majoră

**Scala pentru depresie Zung (Zung SDS).** Scala pentru depresie Zung (*Zung Self-Rating Depression*) a fost publicată în anul 1965, constă

în autoevaluarea simptomelor depresive și servește ca instrument folosit în aprecierea severității depresiei. Scala este alcătuită din 20 itemi care apreciază simptomele afective, cognitive și somatice întâlnite în depresie: dispoziție scăzută, variații diurne și nocturne ale dispoziției, anhedonie, labilitate emoțională, iritabilitate, anxietate, gânduri autolitice, pesimism, indecizie, capacitatea de concentrare, dificultăți în realizarea sarcinilor, scăderea satisfacției de viață, insomnie, inapetență, scădere ponderală, palpiții, fatigabilitate, constipație, scăderea libidoului. Este de dorit ca pacienții să completeze chestionarul fără ajutorul evaluatorului. Testul evaluează o perioadă anterioară de 7 zile. Fiecare item trebuie evaluat pe o scală de la 1 la 4 în dependență de frecvența simptomului (1- niciodată, rar; 2-uneori; 3-o bună parte a timpului; 4-majoritatea timpului). Jumătate din itemi au un scor pozitiv, cealaltă parte negativ. Un dezavantaj major prezintă lipsa afirmațiilor care permit să aprecieze simptomele atipice ale depresiei.

Interpretarea rezultatelor:

<50	absența depresiei
50-59	depresie ușoară
60-69	depresie medie
>70	depresie severă

### *Evaluarea riscului suicidar*

**SPS.** Scala de probabilitate a suicidului (*Suicide Probability Scale*) este creată de către Cull și Gill în 1988 și măsoară ideea suicidară curentă, disperarea, autoevaluarea negativă și ostilitatea. Scala este compusă din 36 de itemi de autoadministrare care poate evalua probabilitatea suicidului la adolescenți și adulți. Răspunsurile descriu sentimentele, emoțiile și comportamentul pacientului. Rezultatele se descifrează: 1 (deloc sau foarte puțin timp) la 4 (aproape tot timpul sau tot timpul). Testul ocupă aproximativ 10-20 minute pentru completare. Pentru aprecierea riscului suicidar administrarea acestei scale deseori nu este suficientă, necesită a fi evaluată într-o strictă corelare cu clinica tulburării psihice la moment.

**Scala de masurare a ideatiei suicidare a lui Beck (The Scale for Suicide Ideation - SSI).** SSI este o scala cu 19 intrebari care se administrează de intervievator și care evaluează intensitatea atitudinii, comportamentului și planului de comitere a suicidului în ziua aplicării scalei. Fiecare întrebare este cotate pe o scala de severitate de la 0 la 3, scorul total puând varia între 0 și 38. În plus, există și două întrebări care evaluează incidența și frecvența tentativelor anterioare de suicid. Cele 19 întrebări privesc

urmatoarele aspecte: dorința de a trăi, dorința de a muri, motivul de a muri/trăi, dorința activă de suicid, dorința pasivă de suicid, durata ideății suicidare, frecvența ideății suicidare, atitudinea față de ideăția suicidară, controlul asupra gândurilor suicidare, capacitatea de a amâna planul suicidar, rațiunea de a face un suicid, metoda de suicid luată în calcul, disponibilitatea metodei, sentimentul de culpabilitate, așteptările legate de suicid, starea preparativelor de suicid, scrisoarea de suicid, ultimele aranjamente înainte de suicid, acoperirea și ascunderea dorinței de suicid. Dacă la primele cinci întrebări care sunt întrebări de screening (evaluează dorința de a trăi sau a muri și dorința de a comite suicidul) subiectul răspunde pozitiv, atunci se aplică și restul întrebărilor și se face scorul total.

**Scala Columbia de evaluare a severității riscului suicidar (The Columbia Suicide Severity Rating Scale – C-SSRS).** C-SSRS este un instrument complex, multidimensional, destinat să evalueze severitatea ideății suicidare pe o subscală Likert în cinci ancore, intensitatea ideății suicidare cu cinci trepte de severitate, comportamentul suicidar și letalitatea gândurilor și planului de suicid pe o scală cu trei trepte. Autorii au dezvoltat această scală de evaluare pornind de la constatarea că există o folosire inconsistentă a termenilor din acest domeniu ceea ce conduce la o lipsă de acuratețe în identificarea ideății, ideăția suicidară fiind concepută ca un construct unidimensional care se întinde pe un continuum de la ideăția pasivă la intenția activă. Astfel, scala C-SSRS furnizează definiții pentru ideăția suicidară, comportamentul suicidar și comportamentul autodestructiv nesuicidar, cuantifică întregul spectru al ideății și comportamentului suicidar, distinge comportamentul suicidar de comportamentul auto-vătămător nesuicidar și folosește un format atrăgător care permite integrarea informațiilor din mai multe surse. C-SSRS a evidențiază performanțe psihometrice foarte bune atât la validitate cât și la confidență și sensibilitate la schimbare, ceea ce o recomandă în utilizarea clinică. Există mai multe versiuni ale scalei C-SSRS precum versiuni pentru adulți și versiuni pentru adolescenți, versiuni de bază și versiuni pentru screening, versiuni de follow-up. Autorul recomandă scala C-SSRS pentru a fi adoptată ca un standard de calitate pentru orice program de intervenție în criză.

### *Evaluarea anxietății*

**Testul Spielberger.** Testul Spielberger reprezintă un chestionar de apreciere a nivelului de anxietate. Măsoară severitatea anxietății reactive

și celei de personalitate. Chestionarul conține 40 întrebări cu 4 răspunsuri, apreciate: 1 – negativ, 2 – probabil, 3 – da, 4 – exact. Pentru interpretarea testului se sumează punctele de la anumite întrebări:

$E_1 = 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18$  și  $E_2 = 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20$ , pentru anxietatea reactivă și  $E_1 = 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40$  și  $E_2 = 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39$ , pentru anxietatea de personalitate, cu introducerea lor în formula.  $AR/AP = E_1 - E_2 + 35$ . Pentru anxietate normală este caracteristic acumularea până la 30 puncte, anxietatea majorată – 30 – 45 puncte, anxietatea foarte exprimată – mai mult de 46 puncte.

**Hamilton anxiety Rating Scale (HAM-A).** HAM-A este una din primele scale folosite în determinarea nivelului de anxietate și este pe larg utilizată până în prezent. Scala constă din 14 itemi, fiecare determinat de o serie de simptome, care măsoară anxietatea psihică (dispoziția anxioasă, dificultate de concentrare, frică, încordare psihică, dispoziție depresivă) și anxietatea somatică (insomnie, încordare musculară, modificări senzoriale, simptome gastrointestinale, cardiovasculare, genitourinare, respiratorii, vegetative). Evaluatorul completează ultimul item bazându-se pe comportamentul pacientului pe parcursul interviului. Fiecare item este apreciat de la 0 (absent) la 4 (sever), cu un scor total ce variază de la 0 la 56.

Scorul:

0-17	anxietate ușoară
18-24	anxietate moderată
25-30	anxietate majoră

**Scala de anxietate și depresie [HADS](Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).** Scala de anxietate și depresie (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) a fost realizată la începutul anilor 80 de Snaith și Zigmond pentru screeningul simptomelor depresive și anxioase la pacienții cu afecțiuni somatice. Fiind utilă și în evaluarea severității simptomatologiei la pacienții cu afecțiuni psihiatrice. Scala HADS este un instrument de autoevaluare raportat la perioada de 7 zile anterioare examinării. Completarea chestionarului se realizează în mai puțin de 5 minute.

Este alcătuită din 14 itemi împărțiți în două subclase de 7 itemi:

1. HADS-D (pentru evaluarea simptomelor depresive);
2. HADS-A (pentru evaluarea simptomelor anxioase).

Ambele subscale anulează simptomele somatice pentru a evita rezultatele fals-pozitive. Fiecare item are un scor de la 0-3 în funcție de frecvența și severitatea simptomelor. HADS-D evaluează anhedonia și depresia asociată cu anhedonie fiind considerată de autorii scalei responsabilă la antidepresive.



Scorul:

Se face suma răspunsurilor la itemi separat pentru fiecare din cele 2 sub-scale: HADS-D și HADS-A. Scorurile variază între 0 și 21 atât pentru simptomele depresive cât și pentru cele anxioase.

Severitatea simptomelor este evaluată astfel:

- 0-7            în limita normei;
- 8-10         simptome ușoare;
- 11-14        simptome moderate;
- 15-21        simptome severe.

### *Evaluarea calității somnului*

#### **Chestionarul Pittsburgh referitor la calitatea somnului PSQI.**

Chestionarul Pittsburgh a fost publicată pentru prima dată în anul 1988 cu scopul de a colecta informație consistentă în privința calității somnului. PSQI este un test de autoevaluare ce determină calitatea și prezența tulburărilor de somnu pe un interval mai mare de o lună. Testul constă din 18 itemi individuali cu 7 componente: calitatea subiectivă a somnului, latența somnului, eficiența somnului, tulburările somnului, utilizarea medicamentelor, tulburările de veghe. Rezultatul mai mare de 5 puncte semnifică o calitate scăzută a somnului. Instrumentul este unul fiabil și valid în determinarea unui somn calitativ și necalitativ. Scorul final este apreciat de către un specialist în domeniu.

### *Evaluarea calității vieții*

**Interviul de calitate a vieții Lehman (QOLI).** A fost original publicat de Lehman în 1983. Ea este una dintre cele mai populare scale folosite pentru determinarea calității vieții unica limitare fiind doar lungimea relativ mare și timpul de completare care este aproximativ de 45 de minute.

Pacienții sunt rugați să aprecieze 13 aspecte ale vieții sale. Satisfacția de viață este apreciată în conformitate cu realizarea așteptărilor, dorințelor, scopurilor și necesităților. Rezultatele sunt folosite pentru a monitoriza schimbările și progresul pacientului pe fondalul tratamentului.

QOLI este structurat sub forma unui interviu ce constă din 153 de itemi. Scopul e de a măsura calitatea vieții din mai multe perspective:

1. Experiență personală
2. Sentimente asociate cu această experiență

Scala evidențiază mai multe aspecte: situații de viață, relații familiale, relații sociale, activități recreative, finanțe, probleme legale și de siguranță, muncă și alcool, sănătate, religie, vecini.

**HONOS.** Chestionarul HoNOS (*Health of the Nation Outcome Scales*). Este un set de 12 scale, fiecare din ele măsoară un tip de problemă frecvent prezentată de către pacienți / clienți în centrele de îngrijire a sănătății mintale. Apreciază severitatea diferitor probleme precum: comportament hiperactiv, agresiv, perturbător; auto-vătămare neaccidentală; problema consumului de alcool sau drogurilor; probleme cognitive; boală fizică sau problemă cu dizabilitatea; problemele cu halucinațiile și ideile delirante; probleme cu dispoziția depresivă; alte probleme mentale sau comportamentale; probleme cu relațiile; probleme cu activitățile din viața de zi cu zi; problemele cu condițiile de trai; probleme cu ocupația și activitățile.

Severitatea este măsurată pe o scară de cinci puncte (0,1,2,3,4).

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| 0 | nici o problemă în perioada evaluată |
| 1 | problemă sub prag                    |
| 2 | ușoară, dar cu siguranța prezentă    |
| 3 | moderat severă                       |
| 4 | de la severă până la foarte severă   |

Fiecare evaluare acoperă cele mai semnificative probleme prezente în ultimele 2 săptămâni. Este o înregistrare numerică a unei evaluări clinice, dar nu înlocuiește notițele clinice sau orice alte înregistrări efectuate în centrele de îngrijire a sănătății mintale. HoNOS este recomandat pentru utilizare de către practicieni calificați din domeniul îngrijirilor în sănătatea mintală.

**MANSA.** Evaluarea Scurtă a Calității Vieții din Manchester (Mansa - Manchester Short Assessment of Quality of Life) a fost dezvoltată ca un instrument condensat și ușor modificat pentru evaluarea calității vieții. MANSA poate fi aplicată pe un eșantion de pacienți care primesc îngrijiri comunitare. MANSA constă din 3 secțiuni:

- Detalii personale care ar trebui să fie consistente de-a lungul timpului (data nașterii, sex, origine etnică și diagnostic).
- Datele personale care pot varia potențial în timp și trebuie să fie redocumentate dacă schimbarea a avut loc (educație; statutul profesional, inclusiv un fel de ocupație și ore de lucru pe săptămână; venitul lunar, beneficii de stat, situație de viață, inclusiv numărul de copii, oamenii cu care pacientul locuiește și tipul de reședință).
- Doar 16 întrebări trebuie să fie întrebate de fiecare dată când se aplică instrumentul. Patru dintre aceste întrebări sunt denumite obiective și

trebuie să se răspundă cu da sau nu. Doisprezece întrebări sunt strict subiective. Itemii obiectivi evaluează existența unui "prieten apropiat", numărul de contacte cu prietenii pe săptămână, acuzație de crimă și victimizare a violenței fizice. Întrebările subiective obțin date despre satisfacția cu viața ca un întreg, loc de muncă (sau de muncă acoperită, sau de formare/educație, sau șomaj/pensie), situația financiară, numărul și calitatea de prietenii, activități de agrement, cazare, siguranța personală, oameni cu care pacientul trăiește împreună (sau locuiesc singure), viața sexuală, relația cu familia, starea de sănătate fizică, și de sănătate mintală. Satisfacția este evaluată pe o scală de 7 puncte.

Pe baza experiențelor acumulate în mai multe mii de interviuri de calitate a vieții și pe rezultatele studiilor sistematice a fost dezvoltată o versiune scurtă de testare. Întrebările subiective au fost reduse la un singur item pentru fiecare domeniu al vieții și a pus într-un limbaj consistent evaluarea satisfacției pacienților.

### *Evaluarea funcțiilor cognitive și demenței*

**Scala de Evaluare a Sănătății Mentale (MMSE).** MMSE (*Mini – Mental State Examination*). A fost implementată de Folstein în anul 1975. Este un chestionar pe larg folosit pentru determinarea prezenței tulburărilor cognitive și a demenței. De asemenea este util în monitorizarea evoluției procesului patologic sau răspunsul pacientului la tratament. Scopul MMSE nu este stabilirea unui diagnostic concret. Îndeplinirea testului durează de la 5 la 10 minute și conține itemi ce apreciază funcțiile cognitive, în special: atenția, calculul aritmetic, memoria, limbajul, capacitatea de a îndeplini comenzi simple și orientarea. Inițial Folstein l-a introdus pentru a diferenția pacienții psihiatrici organici de cei funcționali. Neajunsul testului e faptul că este afectat de factorii demografici, vârstă și de educație. De asemenea el nu poate face diferență între pacienții cu stadiu începător de Alzheimer și cei sănătoși.

MMSE include întrebări și probleme simple din diferite domenii: timpul și locul îndeplinirii testului, repetarea unei liste de cuvinte, operațiuni aritmetice, verbale, comprehensibilitatea și funcțiile motorii de bază. Există o versiune modificată a testului folosită pentru pacienții cu cecitate, pareză sau imobilizați la pat.

Testul evaluează severitatea funcției cognitive: ușoară MMSE  $\geq 21$ , moderată MMSE 10–20, severă MMSE  $\leq 9$ . Scăderea medie a scorului MMSE la pacienții cu boala Alzheimer ușoară și moderată este de 2–4 puncte pe an.

### *Evaluarea dependenței față de alcool*

**AUDIT. Chestionarul AUDIT** (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) este un chestionar destinat măsurării abuzului de alcool în populație, compus din 10 itemi. Chestionarul a fost proiectat și realizat sub auspiciile Organizației Mondiale a Sănătății în anul 1989, pentru depistarea în masă a consumului riscant de alcool (așa cum este el definit de ICD-10). Este recomandat pentru a fi folosit în instituțiile medicale din sistemul îngrijirilor primare de sănătate. Chestionarul se utilizează prin metoda completării de către pacient. În structura chestionarului sunt incluși: 3 itemi referitori la cantitatea și frecvența consumului de alcool, 3 itemi referitori la dependența de alcool și 4 itemi pentru evidențierea problemelor medicale și psiho-sociale generate de consumul excesiv de alcool. Fiecare item este cotelat cu valori cuprinse între 0 și 4 puncte. Scorul minim este de 0 puncte, iar scorul maxim este de 40 puncte. Cu cât scorurile sunt mai mari, cu atât cresc consumul și dependența de alcool. Chestionarul nu identifică, nu detectează problemele din trecut ale pacientului, referindu-se la ultimul an de viață.

**MAST.** Un alt instrument de identificare a bolii alcoolismului este **chestionarul MAST**. Dezvoltat în 1971, testul MAST (*Michigan Alcohol Screening Test*), este una dintre cele mai vechi și mai precise unelte de screening pentru alcoolism disponibilă astăzi, eficiența în identificarea consumatorilor dependenți cu o precizie de până la 98%. Cele 24 de întrebări care se regăsesc în testul MAST vizează autoevaluarea de către pacient a problemelor sale sociale, profesionale și familiale care sunt asociate cu consumul frecvent de alcool. Testul a fost special construit pentru screening, pentru a evidenția, din populația generală, pe acei indivizi care au o problemă în legătură cu consumul de alcool. Există două dezavantaje majore ale folosirii testului MAST în comparație cu alte teste de screening pentru alcoolism folosite astăzi. Primul este legat de durata de timp necesară completării chestionarului, care fiind destul de lungă îl face mai puțin util pentru aplicare în situații de triaj, de prim ajutor, sau de asistență în sistemul de urgență. Alt dezavantaj se referă la faptul că itemii testului fac referire și pun accent mai mult pe problemele de-alungul vieții decât pe cele curente. Aceasta înseamnă că acest test este mai puțin sensibil la detectarea simptomatologiei incipiente în formarea adicției.

**CAGE. Testul CAGE** (*Cut-down; Annoyed; Guilty; Eye-opener*) este un instrument de screening pe cât de vechi pe atât de popular. Este un test foarte scurt, cu numai patru întrebări care diagnostichează problemele cu alcoolul

considerând întreaga istorie de viață a pacientului. CAGE a apărut pentru că deși sunt disponibile sute de teste ce pot fi folosite în screening-ul pentru alcoolism, inclusiv unele foarte elaborate, cu până la 100 de itemi, a fost nevoie să fie dezvoltate teste scurte și foarte scurte de screening pentru a încuraja folosirea lor în cabinetele medicale de medicină de familie și nu numai sau în situații de triaj, de prim ajutor, ori de asistență în sistemul de urgență. Dispensarele, cabinetele medicilor de familie și centrele de urgență pot oferi cea mai bună oportunitate de screening pentru pacienții alcoolici. Studiile demonstrează că și la pacienții cu simptome clasice, abuzul de alcool este identificat doar în 30% din cazuri în special din cauza limitei în timp și suprasolicitării. Două răspunsuri afirmative la testul CAGE indică la probleme legate de consumul de alcool.

### *Evaluarea nivelului de inteligență*

**Testele Standardizate IQ.** IQ este prescurtarea pentru „Intelligence Quotient” – „coeficientul de inteligență”, reprezintă un concept și un scor derivat din diferite teste standardizate prin care se încearcă măsurarea inteligenței. Există o serie de teste care cu aproximație apreciază nivelul intelectual-mnestic al individului. Ideea se datorează psihologului și filosofului german William Stern, care a studiat psihologia personalității și a inteligenței. Subiectul testului IQ constă din exerciții de memorie, spirit de observație și gândire logică. În baza coeficientului de reușită se stabilește punctajul IQ:

peste 140	inteligență de geniu
130-140	inteligență superioară excepțională
120-130	inteligență mult peste medie
110-120	inteligență peste medie
100-110	inteligență medie superioară
90-100	inteligență medie
80-90	inteligență sub mediu
70-80	inteligență la limită
50-69	retardare mentală ușoară
35-49	retardare mentală moderată
20-34	retardare mentală severă

La copii QI-ul se măsoară în baza criteriilor pe care copiii sunt capabili să le execute la vârsta respectivă, iar la adulți se măsoară în funcție de nivelul inteligenței individului respectiv în comparație cu populația medie.



## BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Allport G.W. Structura și dezvoltarea personalității, Edit. Didactică și Pedagogică. București 1981.
2. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5), Washington D.C., 2013
3. Arseni C., Golu M., Dănăilă L. Psihoneurologie. Edit. Academică, București, 1983.
4. Athanasiu A. Elemente de psihologie medical. Edit. Medicală. București, 1983
5. Beckwith H., Moran P.F., Reilly J. Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: a systematic literature review. Personal Ment Health. 8(2):91–101.10.1002/pmh.1252, 2014
6. Brânzei P. Itinerar psihiatric. Edit. Junimea, Iași, 1979.
7. Chiriță R. Concept și metodă în psihiatrie. Editura Gr. T. Popa, UMF Iași, 2005.
8. Chiriță R. Depresie și suicid –dimensiuni biologice și axiologice. Edit. Fundației “Andrei Șaguna”, Constanța, 2002.
9. Chiriță R., Cireașe E., Chele G., Chiriță V. La 50 de ani de la ipoteza monoaminergică, este timpul pentru o nouă abordare terapeutică a depresiei?. Buletin de Psihiatrie Integrativă. Vol XIII, Nr.4 (39), an XIV, decembrie 2008, 13-17.
10. Chiriță R., Cosmovici Idsoe E., Cosmovici N., Chiriță V. Considerations regarding the clinical method in psychology. Buletin de Psihiatrie Integrativă. Vol XIV, Nr.1 (40), an XV, martie 2009, 13-17.
11. Chiriță R., Chiriță V. Centrul de sănătate mintală – Alternativă ambulatorie și comunitară în asistența psihiatrică. Rev. Română de Sănătate Mintală, București, nr. 10. 1998.
12. Chiriță V., Papari A., Chiriță R., Cosmovici N. Terapie medicamentoasă și recuperare în psihiatrie. Edit. Fundației Andrei Șaguna, Constanța, 1997.

13. Chiriță V. Psihosindromul algopatic. Interferențe psiho-neurofiziopatologice. Rev. Med. Chir., Iași, Supliment, 1993.
14. Chiriță V., Chiriță R., Ștefănescu C., Tetraru M. Dimensiuni extraspitalicești în asistența psihiatrică. Buletin de Psihiatrie Integrativă, Iași, vol. VII, nr.2. 2002.
15. Chiriță V. The integrative valences of psychiatry : from bio-psych-social concept to person centered psychiatry. Buletin de Psihiatrie Integrativă Nr.2 (45), an XVI, iulie 2010, 11-12.
16. Chiriță V., Chiriță R. Etică și psihiatrie. Prolegomene filosofice. Edit. Synposion, Iași, 1995.
17. Chiriță V., Chiriță R., Papari A. Tratat de psihiatrie, vol I, vol II . Ed. Fundației „Andrei Șaguna”, Constanța , 2009.
18. Cosman D. Psihologie et medicine. Editura Casa Cărții de Știință, Cluj Napoca, 2011.
19. Cucu I. Psihosomatică medical, Edit. Medicală București, 1980.
20. Deri S. Introducere în testul Szondi. Editura Paideia, București, 2000.
21. Fontaine O., Fontaine P. Ghid clinic de terapie comportamentală și cognitivă. Editura Polirom, Iași, 2008.
22. Freud S. Introducere în psihanaliză. – Prelegeri de psihanaliză. – Psihopatologia vieții cotidiene. Edit. Didactică și Pedagogică. București 1980.
23. Golu M. Principii de psihologie cibernetică. Edit. Didactică și Pedagogică, București, 1975.
24. Gorgos C. Dicționar enciclopedic de psihiatrie. Edit. Medicală, București, vol. I–1987, vol. II – 1988, vol. III – 1989, vol. IV – 1992.
25. Ionescu G. Introducere în psihologie medical. Edit. Științifică, București, 1973.
26. Ionescu G. Tratat de psihologie clinică și psihoterapie. Ed. Asklepios, București, 1995
27. Ionescu S. 14 abordări în psihopatologie. Ed. Polirom, 2006
28. Larmat J. Genetica inteligenței. Edit. Științifică și Enciclopedică. București, 1981.
29. Larousse, Marele dicționar al psihologiei. Ed. Trei, București, 2006
30. Leonhard K. Personalități accentuate în literatură și viață, Edit. Enciclopedică, București, 1972.
31. Marinescu D., Udriștoiu T., Podea D., Ciucu A.. Tulburarea depresivă și anxioasă, actualități. Ed. AIUS Print, Craiova, 2008
32. Minulescu M. Chestionare de personalitate în evaluarea psihologică. Editura Garell Publishing House, București, 1996
33. Molban I. (sub red.). Cunoașterea elevului. Edit. Didactică și Pedagogică, București 1976.
34. Mungiu O. Tratat de algeziologie. Edit. Polirom, Iași, 2002
35. Nireștean A. Person and personality. University Press, Tg. Mureș, 2013
36. N.Oprea, V. Oprea Diagnostica curativă și biosocială în psihiatrie. Bioetica, Filosofie, Medicină practică. Chișinău, 2000

37. Pavelcu V. Drama Psihologiei, Edit. Didactică și Pedagogică, București, 1972.
38. Pavelcu V. Invitație la cunoașterea de sine, Edit. Științifică, București, 1970.
39. Pavelcu V. Cunoașterea de sine și cunoașterea personalității, Edit. Didactică și Pedagogică. București, 1982.
40. Piaget J. Nașterea inteligenței la copii. Edit. Didactică și Pedagogică. București 1973.
41. Piaget J. Psihologia inteligenței. Edit. Științifică, București, 1965.
42. Pirozynski T., Scripcaru Gh. Introducere în psihopatologia relațională, Iași, 1989.
43. Pirozynski T., Chiriță V., Boișteanu P. Psihiatrie clinică, Iași, 1993.
44. Pirozynski T. Elemente de psihologie medical și psihologie, Iași, 1988.
45. Prelipceanu D.. Psihiatrie clinică. Editura Medicală, București, 2011
46. Prelipceanu D., Mihăilescu R., Teodorescu R. Tratat de sănătate mintală, vol I. Edit. Enciclopedică, București, 2000
47. Popescu Neveanu P. Curs de psihologie general. București, 1976, vol. I. 1973.
48. Roșca M. Metode de psihodiagnostic. Edit. Științifică și Enciclopedică, București, 1972.
49. Roșca A. Metodologie și tehnici experimentale în psihologie, Edit. Științifică, București, 1972.
50. Sadock B. J., Sadock V. A., Kaplan & Sadock-Manual de buzunar de psihiatrie clinică, Ediția a III-a, Ed. Medicală, 2001.
51. Sadock J.B., Sadock Alcott V. Kaplan and Sadock's *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, eleventh edition, 2015.
52. Stahl, S M. Stahl's essential psychopharmacology – neuroscientific basis and practical applications. Fourth edition. Cambridge University Press. 2013.
53. Tucicov A. Psihologia general și psihologia socială. Edit. Didactică și Pedagogică. București 1973.
54. Scafele Clinice de Evaluare utilizate în Psihiatrie și Psihologia Medicală:
  - <https://www.wikipedia.org/>
  - <https://valant.atlassian.net/>
  - <http://www.minddisorders.com/>
  - <http://www.cqaimh.org/>
  - <http://www.pearsonclinical.com/psychology/products/100000461/minnesota-multiphasic-personality-inventory-2-mmmpi-2.html>
  - [http://www.public-health.uiowa.edu/icmha/outreach/documents/BPRS\\_expanded.PDF](http://www.public-health.uiowa.edu/icmha/outreach/documents/BPRS_expanded.PDF)
  - [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:B9eXtZ\\_63QYJ:www.emotionalwellbeing.southcentral.nhs.uk/resources/doc\\_download/62-panss-positive-and-negative-syndrome-scale-pdf+&cd=2&hl=ro&ct=clnk](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:B9eXtZ_63QYJ:www.emotionalwellbeing.southcentral.nhs.uk/resources/doc_download/62-panss-positive-and-negative-syndrome-scale-pdf+&cd=2&hl=ro&ct=clnk)
  - <http://dcf.psychiatry.ufl.edu/files/2011/05/Young-Mania-Rating-Scale-Measure-with-background.pdf>



- [http://www.cqaimh.org/pdf/tool\\_aims.pdf](http://www.cqaimh.org/pdf/tool_aims.pdf)
- <http://www.rcgp.org.uk/training-exams/mrcgp-workplace-based-assessment-wpba/~media/Files/GP-training-and-exams/WPBA/PSQ.ashx>
- <http://www.psywellness.com.sg/docs/CGI.pdf>
- <http://www.woundcare.ca/Uploads/ContentDocuments/BDI%20with%20interpretation.pdf>
- <https://outcometracker.org/library/MADRS.pdf>
- <http://healthnet.umassmed.edu/mhealth/HAMD.pdf>
- <http://healthnet.umassmed.edu/mhealth/ZungSelfRatedDepressionScale.pdf>
- <https://www.ets.org/Media/Research/pdf/RR-86-45-Powers.pdf>
- <http://dcf.psychiatry.ufl.edu/files/2011/05/HAMILTON-ANXIETY.pdf>
- <http://www.scalesandmeasures.net/files/files/HADS.pdf>
- [https://www.gonzaga.edu/student-life/Health-Center/psqi\\_sleep\\_questionnaire\\_1\\_pg.pdf](https://www.gonzaga.edu/student-life/Health-Center/psqi_sleep_questionnaire_1_pg.pdf)
- <https://www.mountsinai.on.ca/care/psych/on-call-resources/on-call-resources/mmse.pdf>
- <http://www.health.nt.gov.au/library/scripts/objectifyMedia.aspx?file=pdf/63/68.pdf>
- <https://outcometracker.org/library/MAST.pdf>
- <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ypUQ3tAPoMkJ:www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFileByID/838+&cd=3&hl=ro&ct=clnk>





Profesorul universitar

## Nicolae Oprea

s-a născut pe 14 iunie 1935, în localitatea pitorească Târnova, m. Edineț, Republica Moldova. După absolvirea Școlii Medii de Cultu-

ră Generală și a Institutului de Stat de Medicină din Chișinău, a fost repartizat în calitate de medic psihiatru la Spitalul Raional Ocnița. Între 1963–1966 își face studiile în doctorat cu destinație specială la Institutul de Cercetări Științifice în domeniul psihiatriei în numele Prof. Serbski din or. Moscova, Rusia. După susținerea tezei de doctor în medicină și revenirea în țară, tânărul savant este repartizat de Ministerul Sănătății la Spitalul Clinic Republican de Psihiatrie, în calitate de medic-șef adjunct, unde a activat pe parcursul următorilor ani. Capacitățile native, atitudinea conștiincioasă și responsabilă față de obligațiile sale l-au determinat pe Nicolae Oprea să se lanseze în cariera didactico-științifică, urcând treptele ierarhice de la asistent universitar (1969); profesor universitar (1988); șef de catedră (1989–2000), profesor consultant (2000–2012). În calitate de șef de catedră, a optat pentru organizarea, perfecționarea și optimizarea continuă a cursurilor și lucrărilor practice, pentru implementarea celor mai avansate forme și metode de instruire, pentru consolidarea colectivului și a bazei tehnico-materiale a catedrei. S-a remarcat ca un adevărat profesionist, un model de conduită morală și umană pentru studenți și colegi. Vasta sa activitate științifică este întruchipată în cele peste 250 de lucrări științifice și metodicodidactice în domeniul psihiatriei și narcologiei, inclusiv 3 monografii, 2 manuale de psihiatrie, 3 volume de psihologie medicală, lucrări metodice ș.a. Sub îndrumarea profesorului Nicolae Oprea au fost pregătite și susținute șase teze de doctor și doctor habilitat în domeniu.

